

Vincenzo
Califano



SALUTE & SANITÀ

dalla Sars-Cov-2 all'Ospedale Unico
della Penisola Sorrentina



mezzogiornoedintorni.it
edizione 2021

©**mezzogiornoedintorni**

tutti i diritti riservati

Sorrento - Giugno 2021

Mezzogiornoedintorni è una testata giornalistica autorizzata dal Tribunale di Napoli N°80 del 02/12/2005 pubblicata in formato cartaceo e successivamente come giornale telematico

www.mezzogiornoedintorni.it

mezzogiorno.dintorni@gmail.com

in memoria del
dottor Paolo Castellano
vittima della Covid-19
testimone generoso di serietà,
competenza professionale e altruismo
(Maggio 2021)



Bibliografia:

asl napoli 3 Sud - regione.campania.it - salute.gov.it - politicainpenisola.it -
ilmattino.it - conoscereilrischioclinico.it - "La Casta Bianca: viaggio nei mali
della sanità" di Paolo Cornaglia Ferraris

Grazie all'amico e collega Vincenzo Aiello per l'editing.

“...Il sistema si è ammalato. La malattia si chiama lottizzazione partitica ed è molto pericolosa. Ha le caratteristiche di un cancro, le cui metastasi stanno sottraendo a tutti quelli che lavorano onestamente motivazione, fiducia, capacità, rispetto dei colleghi. Contro questa malattia ciascuno di loro si sente impotente. Una “casta bianca” di laureati in medicina (non chiamateli medici, perché non curano nessuno) s’è resa complice di politici lottizzatori, che diffondono quel cancro.

Li aiutano, anzi fanno parte integrante del sistema. Oppure non reagiscono alla diffusione della malattia, o ancora lo fanno esclusivamente pro domo propria, per ritagliarsi privilegi economici e di potere. E gli altri, quelli che fanno per davvero i medici?

Silenzio. Sgomenti oppure avviliti, tacciono perché intimoriti da un sistema che nasconde verità imbarazzanti, soprusi, trucchi, privilegi e perfino violenze. Così facendo diventano complici della lottizzazione; se ne vergognano, ma continuano a tacere, cercando di salvare le moltissime cose buone, faticosamente conquistate, offerte a tutti i pazienti grazie al loro lavoro...”.

(“La Casta Bianca” Ed. Mondadori)

Paolo Cornaglia Ferraris
(ematologo pediatra)

PREFAZIONE

Salute e Sanità sono due volti di una stessa medaglia e toccano interessi di primaria importanza per la qualità della vita, sul piano medico-sanitario e su quello socio-economico.

La *pandemia covid-19*, contro la quale si continua a combattere con l'intento di frenarne la contagiosità e i conseguenti effetti devastanti sulle comunità, ha messo a nudo i gravi deficit del *Servizio Sanitario Nazionale (SSN)* compromettendo l'immagine di una presunta eccellenza che si credeva fosse rappresentata dal sistema nel Nord Italia e confermando le storiche criticità nel Mezzogiorno.

Il tutto con le dovute eccezioni che, però, confermano la regola che è fatta di ritardi, inadempienze, deficienze, latrocini che, nel corso degli anni, hanno pesantemente mortificato il servizio pubblico.

Nonostante tutto esso conserva una sua peculiarità che lo differenzia da quello degli altri Paesi anche se da tempo è in discussione la sua *"sostenibilità"* in termini di *"guarentigie"* per il cittadino.

Dal marzo 2020 ad oggi, cioè dall'avvento della pandemia causata dalla *Sars-Cov-2*, sono emerse tutte le criticità di un'organizzazione sanitaria pubblica che è stata letteralmente stravolta nel corso degli ultimi 20 anni in favore di una sanità privata dimostratasi inadeguata a fronteggiare la sopravvenuta emergenza sanitaria a supporto di una sanità pubblica rivelatasi a sua volta carente sul piano logistico e organizzativo, ma soprattutto deficitaria di personale medico-infermieristico specializzato nella gestione di una pandemia così grave.

Le conseguenze le abbiamo avute sotto gli occhi: milioni di contagiati e morti nel mondo (168.040.871 casi confermati dall'inizio della pandemia e 3.494.758 morti). In Italia 4.192.183 casi confermati e 125.225 morti conteggiati al 27 Maggio 2021, le strutture ospedaliere e il personale sottoposto a stress disumani e a esposizioni pericolose che hanno determinato contagi e decessi a conferma dell'inadegua-

tezza complessiva a fronteggiare nel modo corretto e con gli strumenti idonei una calamità sanitaria di tale entità.

La riflessione che andiamo a sviluppare in questo contesto analizza la situazione socio-sanitaria con particolare riferimento all'*Asl Napoli 3 Sud Distretto 59* e riguarda in pratica i Comuni della *Penisola Sorrentina*.

Ciò anche in virtù della peculiarità di quest'area sul piano socio-economico trattandosi di una realtà a "*turismo maturo*" a livello internazionale per cui si cercherà di capire anche se un buon livello di sanità pubblica territoriale può rappresentare un fattore attrattivo sul piano turistico visti anche gli obiettivi in tal senso dichiarati dal Presidente della Giunta Regionale della Campania *Vincenzo De Luca* nell'annunciare, per il Distretto 59 dell'Asl Napoli 3 Sud, l'avvio dell'iter formale per la realizzazione del nuovo *Ospedale della Penisola Sorrentina* nel comune di Sant'Agello.

Sono stato spinto a scrivere della nostra sanità con lo scopo di proporre spunti di riflessione, sul presente e sul futuro, in forza di tre circostanze: l'esperienza traumatica della *Covid-19* vissuta nell'autunno 2020 (seconda ondata) in *Ospedale a Boscotrecase* dove ho potuto apprezzare un contesto sanitario e umano assolutamente straordinario; l'impegno profuso in questi anni dal dottor *Vincenzo Iaccarino* (dal 2016 sindaco di Piano di Sorrento) per realizzare una rivoluzione nell'assistenza ospedaliera possibile solo con la realizzazione dell'*Ospedale Unico della Penisola Sorrentina* per risolvere problemi scottanti della sanità e che solo in minima parte ho potuto trattare in questo lavoro; l'amicizia con *Paolo Castellano* che mi ha portato nel corso degli anni a condividere con lui, oltre a momenti dolorosi per la malattia dei miei cari che lui ha assistito, tanti ragionamenti sulla sanità e sulla politica sanitaria nel nostro Distretto e nella nostra Asl.

Infine l'opera svolta negli *anni 80/90* in favore dei nostri *due Ospedali* da mio zio materno *Giosuè Porzio* che nella sua vita si è straordinariamente prodigato in modo disinteressato per una *buona sanità* fatta di strutture all'altezza e di medici competenti al servizio dell'ammalato.

SALUTE

Essere in salute, secondo la definizione dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS), non significa non avere malattie, ma vivere in uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale.

La *pandemia* ha compromesso, e in molti casi pregiudicato, lo stato di salute individuale e collettivo danneggiando le persone sul piano *psico-fisico* e su quello *socio-economico*. Il che ci aiuta a comprendere quanto gravi e molteplici sono state le conseguenze provocate dalla Covid-19 e quanto complesso è l'esercizio di ritornare in "*piena salute*" da parte degli individui, delle comunità, delle società contemporanee che hanno fronteggiato, e continuano a farlo, quest'emergenza planetaria.

Per chi ha responsabilità di governo della cosa pubblica e della salute collettiva, a tutti i livelli, si tratta di perseguire questo obiettivo: far recuperare un accettabile e quanto più generalizzato *stato di salute collettivo*, sapendo che già prima della pandemia erano pesanti i *deficit* di salute pubblica e che la *Sars-Cov-2* ha solo finito di ulteriormente aggravare.

I *decessi* che si contano a milioni in tutto il mondo, e che probabilmente risultano sottostimati, hanno inferto una ferita profonda nelle comunità, nei nuclei familiari, nei luoghi di lavoro. Chi è sopravvissuto alla malattia, dopo esserne stato contagiato, ha cominciato a fare i conti con una varietà di problematiche classificate come "*long Covid*" di cui ancora manca una precisa conoscenza utile a superarle scongiurandone le possibili implicazioni dannose per la salute e per la vita stessa.

Gli esperti stimano che solo il **20%** di chi è stato affetto dalla *Covid-19* si è completamente ristabilito. Per tutti gli altri c'è da fare i conti con una serie di problemi che li costringono a controlli e a cure costanti nel tempo per cui anche il Governo è orientato a fornire un supporto assistenziale a chi è stato ricoverato in ospedale a seguito del contagio: praticamente l'esonero per due anni dal pagamento

del *ticket* sanitario per alcune prestazioni mediche e diagnostiche (Decreto Legge 25 maggio 2021 N°73).

C'è un cosiddetto "*mal-essere post-covid*" che lascia ferite profonde nella persona compromettendone non solo la salute fisica, ma anche quella psicologica rendendo ancora più complicato il ritorno a una normalità che, dobbiamo dircelo, non potrà più essere quella di prima.

Se la *pandemia* ci ha insegnato qualcosa, a cominciare dalla ristrutturazione comportamentale delle relazioni interpersonali, da oggi e per gli anni a venire conosceremo un modo diverso di vivere la quotidianità se non vogliamo disperdere il senso di alcune *restrizioni* che, conservate e adottate come *modus vivendi* ordinario, possono aiutarci a prevenire infezioni simili o di altra e anche più grave natura.

La salvaguardia della nostra *Salute* assume così un significato che va ben oltre l'eccezione comunemente intesa impegnando gli *individui, le comunità, le organizzazioni sociali, gli ambiti produttivi, le istituzioni pubbliche* ad adottare in modo permanente strategie più complesse e sofisticate in tutti gli ambiti della nostra quotidianità.

Ce l'ha insegnato la *Sars-Cov-2* che niente e nessuno è al riparo dagli effetti devastanti di una pandemia. Questa che si è scatenata nel 2020, per cause ancora non del tutto chiarite, non è stata la prima ma neanche l'ultima in un mondo dove gli *abusi* e i *soprusi* perpetrati dal genere umano ai danni dell'ambiente e anche di sé stesso possono causarne il collasso e finanche il decesso!

Abbiamo tutti tanti buoni motivi per dare il nostro contributo a un processo impegnativo e duraturo nel tempo, dobbiamo farlo cominciando a dare l'esempio ognuno nel proprio ambito sapendo che adottando spontaneamente *best practices* nella nostra vita familiare, lavorativa e relazionale siamo in grado di sviluppare una forza contaminante dagli effetti speciali.

Proviamoci, anche per rispetto di chi per questa pandemia è morto.

SANITA': IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - L'ASL NAPOLI 3 SUD

La Sanità è il complesso servizio pubblico e privato che sovrintende al governo della salute collettiva attraverso un articolato sistema *logistico-organizzativo* fatto di strutture, persone e tecnologie. Si attua attraverso il *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN) fatto di strutture e servizi preposti a garantire ai cittadini, in condizioni di uguaglianza, *“l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione”*.

L'assistenza viene erogata attraverso le *ASL, le Aziende Ospedaliere, gli Istituti di Ricovero e Cure a Carattere Scientifico* (IRCCS) e le *Strutture Private Accreditate* come le Case di cura o Ospedali convenzionati.

Qual è la differenza tra Azienda Ospedaliera e ASL? Nella prima l'Ospedale coincide con l'azienda stessa. Nella seconda l'Ospedale è solo una delle tante strutture di cui si compone la ASL, insieme agli ambulatori e ai distretti. L'Azienda Ospedaliera ha un Direttore Generale, un Direttore Sanitario e un Direttore Amministrativo. Il Presidio Ospedaliero dell'ASL ha un Direttore Sanitario e un Direttore Amministrativo che rispondono al Direttore Generale dell'ASL.

Il Direttore Generale viene nominato dalla Regione tra gli iscritti in un apposito elenco presso il Ministero della Salute. Il Direttore deve essere laureato, ma non necessariamente in Medicina e Chirurgia. Ha ovviamente incarichi e responsabilità di gestione e di rappresentanza dell'Azienda. Il Direttore Generale nomina il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario: quest'ultimo è responsabile dell'assistenza sanitaria ai pazienti.

In alcune Regioni le ASL hanno assunto una nuova denominazione: per esempio in Lombardia le aziende ospedaliere prendono il nome di *ASST (aziende socio sanitarie territoriali)* mentre le ASL prendono il nome di *ATS (agenzie di tutela della salute)*, ma ciascuna regione ha scelto per queste aziende una propria denominazione.

Anche i meccanismi di finanziamento sono diversi: le *Aziende*

Ospedaliere vengono pagate a prestazione tramite i **DRG** mentre la maggior parte dei **Presidi Ospedalieri** sono finanziati attraverso un meccanismo di budget globale assegnato dalla ASL.

Ma cosa sono i **DRG**? A seguito dell'applicazione dei decreti legislativi 502/92 e 517/93 gli ospedali non sono più remunerati secondo la spesa storica, ma con un sistema di finanziamento a prestazione detto DRG (Disease Related Groups, in italiano raggruppamenti omogenei di diagnosi). Dato che costerebbe troppo misurare quanto costa un paziente singolo, si raggruppano i pazienti con la stessa patologia presumendo che abbiano lo stesso costo. È quindi un metodo di pagamento che si basa sull'idea che il rimborso non deve essere correlato alle spese effettive sostenute, ma alle spese medie attese, indipendentemente dal costo effettivo delle cure prestate.

Gli IRCCS invece sono ospedali che, oltre a svolgere l'attività ospedaliera, svolgono anche attività istituzionale di ricerca applicata al Sistema Sanitario (es. trial clinici), differente dalla ricerca di base svolta dai **Policlيني Universitari**. Gli IRCCS sono finanziati non soltanto dalla Regione, ma anche mediante finanziamenti specifici del **Ministero della Salute** destinati alla ricerca.

Sul sito web dell'Asl Napoli 3 Sud sono disponibili tutte le informazioni utili per conoscere nei dettagli l'organizzazione dell'Azienda che serve 57 Comuni per una popolazione di circa 1 milione 100mila abitanti, con un'alta densità abitativa (DA) pari a 1.737 abitanti/Kmq.

Per comprendere di cosa stiamo parlando facciamo un sintetico riepilogo delle notizie principali.

1. PROFILO SOCIO-ECONOMICO E DEMOGRAFICO

“L'Asl Na 3 Sud è caratterizzata da una popolazione abbastanza giovane, che si trova in una situazione di notevole affollamento, particolarmente in alcune aree sub-metropolitane; una parte consistente dei suoi cittadini vive in condizioni sociali ed economiche che, seppur simili a quelle della maggioranza delle asl campane, sono particolarmente svantaggiate rispetto a quasi tutte le altre Regioni italiane. Questa situazione, inevitabilmente, espone i cittadini di ogni età e la Comunità nel suo complesso a un più alto rischio di malattia associata a un ambiente sociale non protettivo, a stili di vita

non salutarie e a un utilizzo delle risorse sanitarie incongruo.

In una tale situazione è certamente auspicabile verificare la programmazione alla luce delle disuguaglianze in salute tra i diversi gruppi socio-economici della popolazione, per evitare di dover poi verificarne le conseguenze in fase di valutazione degli interventi. Nel prossimo futuro, proprio al fine di poter fornire ai decisori elementi utili per una programmazione sempre più ancorata al contesto socio-economico aziendale, sarà opportuno migliorare la lettura epidemiologica delle disuguaglianze presenti nel territorio”.

2. LA RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera dell’Asl Napoli 3 Sud è costituita da:

- Presidio Ospedaliero **NOLA**
- Stabilimento di **POLLENA TROCCHIA**
direttore sanitario Dr. Daniela Schiavone

- Presidio Ospedaliero **CASTELLAMMARE DI STABIA**
- Stabilimento di **GRAGNANO**
- Presidio Ospedaliero **SORRENTO**
- Presidio Ospedaliero **VICO EQUENSE**
direttore sanitario **Dr. Giuseppe Lombardi**

- Presidio Ospedaliero **TORRE DEL GRECO**
direttore sanitario **Dr. Fernando Siani**

- Presidio Ospedaliero **BOSCOTRECASE**
direttore sanitario **Dr. Salvatore Marziani**

I Distretti Sanitari sono 13 identificati numericamente: **34 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 -56 -57- 58 e 59**. Quest’ultimo comprendente i sei comuni della Penisola Sorrentina: **Vico Equense, Meta, Piano di Sorrento, Sant’Agnello, Sorrento, Massa Lubrense**.

Direttore Generale dell’Asl Napoli 3 Sud è l’**ing. Gennaro Sosto** che è stato nominato nell’Agosto 2019 succedendo alla dott. **Antonietta Costantini** che dal 2015 è stata prima commissario per risanare i conti dell’Asl e, da Luglio 2016, nominata direttore generale.

Per meglio comprendere la situazione alla luce delle criticità esplose a cavallo della pandemia bisogna tener presente che, dal 2009, la sanità campana era stata commissariata dal Governo Nazionale con la nomina di due commissari, il Dr. **Joseph Polimeni** e il Dr. **Claudio D’Amario**, che hanno sovrinteso a questa fase critica durata ben dieci anni (2009-2019).

Il **buco finanziario** che ha provocato il collasso dei conti dell’Azienda è apparso ancora più grave alla luce di una serie di inchieste giudiziarie che hanno svelato una gestione della spesa quasi fuori controllo con l’aggravante di truffe perpetrate ai danni dell’Azienda. Queste sono state le ragioni per cui la spesa sanitaria ha subito una drastica stretta con conseguenti **tagli di servizi e prestazioni** che sono stati pagati in primo luogo dall’utenza. Tagli che hanno interessato anche il **personale** provocando una riduzione di circa **15mila professionisti** nell’ambito sanitario campano. La fine della stagione commissariale in Campania per decisione **del Governo** è maturata grazie al rientro dal debito ed è avvenuto nel **dicembre 2019** con un provvedimento adottato dal Consiglio dei Ministri.

“Dopo dieci anni per la Campania è un risultato storico, che apre una nuova stagione per la Sanità campana. Ringrazio il Governo, il Presidente del Consiglio, i ministri dell’Economia e della Salute. E ringrazio vivamente le centinaia e centinaia di dirigenti, medici, dipendenti che con il loro impegno hanno consentito di raggiungere questo risultato straordinario”. Questo è stato il commento del Presidente della Giunta Regionale della Campania, **Vincenzo De Luca**, alla notizia del provvedimento governativo.

Gli effetti delle **“politiche di rientro dal debito”** si stanno ancora pagando, ma nessuno poteva immaginare che, di lì a qualche mese, nel momento in cui ci si doveva apprestare a riprogrammare la sanità campana anche grazie allo svincolo di significative risorse finanziarie, si sarebbe invece dovuto fare i conti con la **“public health emergency of international concern”**, secondo la corretta definizione con cui l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è tenuta a dare comunicazione di quanto accaduto, nel nostro caso della pandemia covid-19.

Parliamo di **“un’emergenza sanitaria pubblica di portata internazionale”** (da cui l’acronimo PHEIC) che è una dichiarazione formale

da parte dell'OMS di un evento straordinario che può costituire un rischio per la salute pubblica per altri Stati attraverso la diffusione internazionale di malattie. Potenzialmente richiede una risposta internazionale coordinata, formulata quando si verifica una situazione *“grave, improvvisa, insolita o inaspettata”* che *“comporta implicazioni per la salute pubblica oltre i confini nazionali dello Stato colpito”* e *“potrebbe richiedere un'azione internazionale immediata”*.

E' in questo contesto che la nostra sanità, nello specifico l'*ASL Napoli 3 Sud* diretta dall'ing. *Gennaro Sosto*, si è trovata a dover affrontare l'emergenza *Covid-19* con un sistema pesantemente stressato dalla lunga stagione commissariale e con gravi disfunzioni sul piano logistico-organizzativo e di personale per affrontare la guerra alla *Sarc-Cov-2*.

3. LA CAMPAGNA VACCINALE

Il *19 febbraio 2021* può essere definito il giorno della svolta in Campania per l'avvio della campagna vaccinale agli ultra-ottantenni quando è stato siglato l'accordo nell'*ASL Napoli 3 Sud* con le Sigle Sindacali capitanate dalla FIMMG, che prevede il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nell'effettuazione dei vaccini, nelle strutture che verranno messe a disposizione dai Comuni delle 30 AFT nelle quali afferiscono i medici di famiglia di ciascun territorio. Due turni di 6 ore vedranno impegnati i medici e personale infermieristico e amministrativo, messo a disposizione dalla ASL Napoli 3 Sud, per sottoporre alla vaccinazione la popolazione anziana.

A seguito della riunione dei vertici Asl con i Sindaci della Penisola Sorrentina sono state attivate le seguenti postazioni per la somministrazione dei vaccini:

- a Massa Lubrense presso *Villa Cerulli*
- a Piano di Sorrento presso *Villa Fondi* (postazione per i Comuni di Sorrento, Sant'Agnello, Piano di Sorrento e Meta)
- a Vico Equense presso l'*Ospedale “De Luca e Rossano”*

in un secondo momento è stato attivato un *presidio privato* promosso da *Federalberghi* della Penisola Sorrentina presso l'*Hotel Vesuvio*.

I P.O. DI SORRENTO E VICO EQUENSE TRA PRESENTE E FUTURO

Gli effetti provocati dalla *Covid-19* hanno determinato la necessità di rivisitare logistica e organizzazione sanitaria nell'ambito distrettuale (59) tenendo presente molteplici fattori quali, per esempio, la *vetustà* dei due presidi ospedalieri peninsulari e la loro assoluta *inadeguatezza* a fornire servizi consoni al fabbisogno dell'utenza in linea con le logiche di una moderna concezione dell'assistenza sanitaria fondata sul territorio.

Nel decennio del commissariamento (2009-2019) è maturato un costante e progressivo *decadimento* delle politiche sanitarie con lo scopo primario di contenere una spesa pubblica fuori controllo. Le conseguenze le abbiamo sotto gli occhi e non richiedono troppe analisi per essere comprese.

Dalla *mala-gestione* della spesa si è passati a una *stretta finanziaria* che ha causato un *declassamento* della qualità generale del servizio pubblico nel quale anche il *turnover* del personale non si è potuto concretizzare, prediligendosi così *scelte-tampone* che in troppi casi non sono giustificate soltanto dalla mancanza di risorse finanziarie.

In questa condizione di criticità il ruolo svolto da una certa *politica* non è stato quello di *emancipare* la sanità peninsulare per renderla più funzionale alle aspettative del territorio e di una comunità residente e turistica legittimamente esigente. Piuttosto si è rivelata eccessivamente ingerente nell'indirizzare (qualcuno azzarderebbe "*condizionare*") le politiche sanitarie e poco propensa a riconoscere e a premiare il merito degli addetti ai lavori. Ciò ha pure comportato l'instaurarsi di "*rendite di posizione*" assolutamente incoerenti rispetto al soddisfacimento dei reali fabbisogni dell'utenza.

Situazioni spesso dimostratesi assolutamente difficili da governare nel tentativo di ricondurle nell'alveo di una ordinaria gestione permanendo quell' *ombrello politico* grazie al quale una certa sanità e certi sanitari sono sempre garantiti.

I nodi, com'era prevedibile, sono venuti al pettine, nonostante

le promesse e gli impegni assunti a cambiare registro e che solo in minima parte sono stati mantenuti. Fino all'avvento dell'emergenza **Covid-19** che ha finito con l'accelerare una vera e propria situazione di crisi manifestatasi con la decisione di chiudere il Pronto Soccorso dell'Ospedale "**De Luca e Rossano**" di Vico Equense e di sospendere l'attività chirurgica al "**Santa Maria della Misericordia**" di Sorrento.

Nello stesso tempo si è manifestato in tutta la sua gravità il problema del pauroso deficit di personale: in particolare di **medici anestesisti-rianimatori** e di infermieri, situazione che ha pregiudicato la funzionalità dell'intera **filiera** dell'assistenza ospedaliera distrettuale.

Una situazione paradossale che va esaminata tenendo conto delle conseguenze della gestione commissariale, ma anche di scelte che non sono state funzionali a operare un salto di qualità nei servizi ospedalieri strategici accantonando "**prassi protezionistiche**" addirittura dannose per la stessa comunità sanitaria. Si è anzi accentuata una criticità, come è avvenuto per esempio nella "**Rianimazione**" degli **Ospedali Riuniti della Penisola Sorrentina** diretta dalla dottoressa **Matilde De Falco**, con effetti a catena su tutti gli altri settori.

Un tema quest'ultimo finito nel mirino di una variegata platea di portatori di pubblici interessi che con iniziative di protesta e manifestazioni da tempo sollecitano verifiche e invocano provvedimenti necessari a ripristinare quell'agibilità che si ritiene sia stata compromessa nel corso degli anni giungendo a un punto di non ritorno.

L'annuncio che la direzione generale dell'**Asl** abbia bandito un concorso per l'assunzione di 5 **anestesisti** e di **personale infermieristico** per il reparto di **Rianimazione** se da un lato va letto come un concreto potenziamento del settore maggiormente in difficoltà, dall'altro va inquadrato in un contesto nel quale da più parti si invocano cambiamenti nell'organizzazione e nelle metodologie di lavoro e nei rapporti interni chiamando il direttore della Rianimazione a rendere fattibile la svolta.

L'auspicio è che prevalga su ogni altra valutazione l'interesse generale con il ripristino di quelle condizioni che sono indispensabili a garantire il funzionamento del reparto e di riflesso di tutte le altre aree sanitarie. Altrimenti il rischio è che anche i nuovi assunti potranno addurre motivazioni per non restare in servizio nei presidi sorrentini.

Una recente manifestazione di piazza svoltasi a **Sorrento** a fine maggio ha ben evidenziato la situazione mettendo però nello stesso

tempo a nudo una contraddizione che alimenta il variegato fronte della contestazione civica. In particolare quella rappresentata da un **Coordinamento** composto da decine di Associazioni del territorio guidate dall'Unità Pastorale Sorrentina scesa direttamente in campo per chiedere una migliore sanità in Penisola e svolgendo in tal senso anche un'azione incalzante sul fronte politico regionale.

Quando una protesta collettiva che, fino a prova contraria, persegue un medesimo obiettivo marca invece una divisione pubblica come quella apparsa a **Piazza Veniero** il 29 maggio, allora è legittimo interrogarsi sui reali obiettivi perseguiti da tutti i soggetti in campo e che potrebbero, più o meno consapevolmente, essere espressione di una strumentalizzazione "**a difesa di o in attacco a chi**".

Se **trasparenza** dev'esserci, è chiaro, da tutti è dovuta perché in ballo ci sono gli interessi generali alla salute e alla vita e non è pensabile che questi interessi siano sacrificati sugli altari delle ambizioni individuali di qualunque genere e identità.

In questo senso l'azione di cambiamento svolta da un **direttore generale**, peraltro estraneo alla realtà locale, dev'essere sostenuta se coerente con la programmazione, con la mission affidatagli e soprattutto se svolta con competenza e trasparenza. Il sottobosco di interessi confliggenti non può e non deve condizionare l'iter verso una sanità pubblica più moderna e più rispondente alle reali esigenze dei cittadini anche alla luce dei deficit emersi con la pandemia.

A differenza del **virus** che ha imposto tempi strettissimi per cambiamenti radicali nel modo di vivere, di lavorare e di relazionarsi tra le persone sull'intero pianeta, quelli della politica e nella fattispecie sanitaria possono, anzi sono, piuttosto lunghi e richiedono impegno corale, lungimiranza e disponibilità di risorse straordinarie di persone, professionalità e non ultime finanziarie.

Bisogna fare i conti col tempo, con l'incalzante quotidianità che pretende risposte immediate e impone scelte, con la prospettiva che, per concretizzarsi, dev'essere accompagnata con puntuale determinazione per non risultarne pregiudicata.

Tutte le **criticità sanitarie** che si registrano nelle strutture di qualunque distretto e azienda sono più o meno note, ma non sono causate soltanto dalle scelte della politica: dipendono anche dalle persone che nella sanità lavorano, in tutti i settori, e da come interpretano quotidianamente il loro ruolo.

Su questo fronte si gioca una partita decisiva e che, attenzione,

non vale solo per la sanità peninsulare, ma per quella campana e nazionale. La politica, il governo di un ente o di un'azienda conseguono gli obiettivi se chi è preposto all'attuazione dei programmi, dei progetti e di quanto altro compete all'organizzazione fa il proprio dovere con competenza, con senso di responsabilità, con disponibilità e sensibilità: regole che valgono ancora di più per coloro che agiscono nell'universo della salute!



I sindaci della Penisola Sorrentina con il Presidente Vincenzo De Luca, il Direttore Generale Asl Na3Sud Gennaro Sosto alla presentazione del progetto "Ospedale Unico Penisola Sorrentina" - 3 Gennaio 2021

L'OSPEDALE UNICO DELLA PENISOLA SORRENTINA

Cosa c'è nel futuro della sanità pubblica del *distretto 59*? Allo stato c'è la progettazione di un nuovo ospedale, denominato *Ospedale Unico della Penisola Sorrentina*, che sorgerà nel comune di *Sant'Agnello* al posto dell'attuale sede del distretto sanitario, ma con un ampliamento di superficie sulla base di un progetto di fattibilità predisposto a seguito dell'adesione di tutti i Consigli Comunali dell'area e in aggiunta del Comune di *Positano* i cui residenti storicamente gravitano, per le loro attività e per l'accesso ai servizi pubblici, più sul versante sorrentino che su quello amalfitano-salernitano.

Prima di ripercorrere le tappe salienti di come si è giunti a questo risultato soffermiamoci sugli ultimi passaggi che ne hanno decretato la *progettazione esecutiva*. Il 15 gennaio 2020 è stato pubblicato sul sito di *SORESA* (Centrale di Committenza) il bando per la realizzazione del nuovo "*Ospedale Unico della Penisola Sorrentina e della Costiera Amalfitana*", una gara relativa all'affidamento dei servizi di "*progettazione, direzione lavori e coordinamento della sicurezza*" per conto della Stazione Appaltante che è la ASL Napoli 3 sud. L'importo della gara, che verrà aggiudicata con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, è pari ad € 5.641.081,15.

"Il costo complessivo dell'opera è di *65 milioni di euro* (fondi edilizia sanitaria ex articolo 20 sbloccati con il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio). I Comuni coinvolti sono Vico Equense, Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agnello, Sorrento, Massa Lubrense e Positano. Tale intervento è inserito nel programma di investimenti previsto dall'Accordo di Programma ex art. 20 legge 67/1988 (Edilizia sanitaria) sottoscritto da Regione Campania e Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze nei mesi scorsi. L'aggiudicatario avrà 240 giorni naturali per l'espletamento del lavoro. Le offerte potranno essere presentate entro e non oltre il 16 marzo 2020".

Arriviamo a *Febbraio 2021* quando il Presidente della Campania *Vincenzo De Luca* insieme a *Gennaro Sosto*, Direttore Generale Asl

Napoli 3 e ai **Sindaci** del territorio, ha annunciato la progettazione di un Ospedale Unico nella Penisola Sorrentina da 250 posti letto.

Dichiarazione di **Sosto**: *“La Regione Campania ci sta dando l’opportunità di organizzare un progetto molto importante. Rappresenterà la rinascita della sanità della Penisola Sorrentina”.*

Dichiarazione di **De Luca**: *“Questa è una giornata importante per tutti noi. Si parlava di questo progetto da tantissimo tempo e ora abbiamo trovato il finanziamento adatto, 65 milioni di euro. Abbiamo mantenuto la parola che avevamo dato, l’ospedale unico della Penisola Sorrentina si farà. **Le vecchie strutture rimarranno, le terremo in vita e le riqualificheremo.** Spero sia una bellissima opera di arte contemporanea, così da richiamare turismo anche per questo. Nonostante il covid siamo andati avanti nel progetto nonostante in Italia a causa della pandemia si è bloccato tutto. Dobbiamo fare presto a livello di tempistica, lavorate anche di notte, fa bene alla salute. Noi andremo avanti a prescindere, nonostante ricorsi e contro ricorsi, non ci faremo fermare da nessuno. 2 anni di tempo, da quando apriamo il cantiere, saranno alla nostra portata”.*

Nello **studio di fattibilità** (2018) in base al quale si sono sviluppate le fasi successive fino all’aggiudicazione della gara per la progettazione esecutiva e direzione dei lavori vengono individuate le linee guida sulla base della “Programmazione Regionale” che “prevede per l’ASL Napoli 3 Sud due DEA di I livello e quattro Presidi Ospedalieri di Base e nessun DEA di II livello. La **Regione Campania**, in particolare, con il DCA 33/2016 e il DCA 8/2018, ha approvato gli indirizzi per la riorganizzazione della rete ospedaliera, ai sensi del DM 70/2015, assegnando agli **Ospedali di Vico e Sorrento**, la classificazione prevista per gli **Ospedali di Base**, e di fatto programmando un **Ospedale Unico della Penisola**, che risponderebbe ai bisogni sanitari sia della popolazione residente in Penisola sia delle area del Salernitano limitrofe (costiera Amalfitana), i cui cittadini raggiungono più facilmente la Penisola Sorrentina che la città di Salerno. L’unificazione dei due Presidi esistenti, pertanto, preso atto delle serie difficoltà della viabilità ordinaria, può consentire l’attivazione di un Ospedale Unico con le caratteristiche di almeno un **DEA di I livello**, come previsto dal DM 70/2015 e di seguito specificato: i presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di

Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità:

- Medicina Interna;
- Chirurgia Generale;
- Anestesia e Rianimazione;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Ostetricia e Ginecologia
(se prevista per numero di parti/anno);
- Pediatria;
- Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.);
- Neurologia;
- Psichiatria;
- Oncologia;
- Oculistica;
- Otorinolaringoiatria;
- Urologia;
- Servizi di:
- Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia;
- Laboratorio;
- Servizio Immunotrasfusionale.

L'attuale rete ospedaliera dell'ASL Napoli 3 sud, quindi, costituita per l'area della Penisola Sorrentina dagli ospedali di Vico Equense e Sorrento, richiede una operazione di riorganizzazione e razionalizzazione, con la finalità anche di recuperare risorse economiche da indirizzare al miglioramento qualitativo dei servizi offerti, giacché i Presidi Ospedalieri di Vico Equense e Sorrento, in virtù della loro articolazione, potrebbero nel prossimo futuro non essere in grado di rispondere compiutamente alle nuove disposizioni normative, in particolare per quanto attiene ai volumi e agli esiti. La realizzazione dell'**Ospedale Unico** consentirà, a fronte della riorganizzazione e razionalizzazione di tutti i servizi che l'ospedale potrà offrire, importanti economie sia in ordine ai costi di funzionamento e manutenzione delle strutture sia al costo di erogazione dei servizi. L'obiettivo generale dell'intervento è la realizzazione, dunque, di un nuovo Ospedale che dovrà avere le caratteristiche di base e specialistiche di un ospedale sede DEA di I livello, con circa 30.000 accessi all'an-

no al Pronto Soccorso e una potenzialità di 221 posti letto e 38 posti tecnici. Al fine di raggiungere i necessari ed indispensabili obiettivi di eccellenza, il nuovo Ospedale Unico dovrà attivare le azioni necessarie per curare e migliorare la salute dei cittadini attraverso strutture tecnologicamente avanzate e attente ai bisogni complessivi della persona.

L'attività dovrà caratterizzarsi per:

- centralità del paziente e non dell'organizzazione;
- volume di prestazioni adeguato alle richieste del territorio;
- flessibilità di organizzazione sanitaria e gestionale;
- sviluppo e integrazione multi professionale;
- utilizzo di tecnologie avanzate;
- ottimizzazione delle risorse finanziarie, strumentali ed umane;
- capacità di inserimento e collegamento in rete con le altre strutture.

LA PROGETTAZIONE E GLI OBIETTIVI

Il *Gruppo MATE* di Bologna, presieduto da *Raffaele Gerometta*, si è aggiudicato la gara di progettazione e direzione dei lavori dell'Ospedale Unico PS per un importo di **CinquemilioniSeicento-QuarantaUnomilaOttantauno/15 Euro**.

La Società così presenta l'opera: *"Il nuovo Ospedale sorgerà su un'area di 12.000 mq all'interno del centro abitato di Sant'Agnello nella Penisola Sorrentina e si svilupperà sul principio dell'ospedale senza muri, un luogo civico aperto e connesso alla comunità e sul principio di umanizzazione basato sul concetto del Design terapeutico: innovazione tecnologica, luce naturale, camere di degenza accoglienti ed ergonomiche, wayfinding che favorisce l'orientamento, spazi verdi come supporto psicologico e terapeutico. La concezione distributiva dell'ospedale prevede la concentrazione della parte pubblica verticale in un solo punto baricentrico e panoramico aperto verso il golfo di Napoli e quella sanitaria realizzata su due collegamenti verticali principali e centrali cui si uniscono montacarichi e montaletti per le emergenze in posizione più periferica.*

Il Raggruppamento di imprese guidato da Mate Engineering (con Cspe, Gregorini, Gia, Mascolo Bouhageb, Nure e Studio TI) si occupa della progettazione della nuova struttura sanitaria oltre che delle

attività di coordinamento della sicurezza e direzione lavori”.

Restando alla **MATE** va aggiunto che la società si è aggiudicata anche un’altro intervento sulla base della procedura So.Re.Sa. per conto della Regione Campania, cioè attività tecniche inerenti gli interventi di adeguamento, ristrutturazione e ampliamento degli ospedali di competenza dell’Asl Napoli 3 Sud compresi nel **Programma Investimenti Sanitari** della Regione che riguardano il riordino della rete ospedaliera, il potenziamento della rete territoriale e l’adeguamento del patrimonio immobiliare sanitario regionale ai requisiti di sicurezza, strutturali e tecnologici, previsti dalle normative nazionali e regionali. Il Programma straordinario di investimenti di circa 50 milioni di euro prevede per l’Asl Napoli 3 Sud l’ampliamento del **Presidio Ospedaliero di Nola** mediante la costruzione di un nuovo blocco per l’attivazione di 90 nuovi posti letto e la realizzazione del reparto di radioterapia oltre l’adeguamento funzionale e completamento dei **Presidi Ospedalieri di Castellammare di Stabia** (comprensiva di un nuovo blocco operatorio), di **Gragnano** e di **Boscotrecase**.

Nell’ambito dell’**Asl Napoli 3 Sud** abbiamo quindi in corso una progettazione ospedaliera molto significativa che andrà a integrarsi con gli interventi di riorganizzazione e potenziamento della rete sanitaria pubblica territoriale prevista nel **Recovery Fund** (missione 6 del PNRR) cui sovrintenderà l’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (**Agenas**).

Due sono gli obiettivi: realizzare **Case di Comunità e Ospedali di Comunità** impegnando risorse pari a circa 7 miliardi di euro.

Di che cosa si tratta? Le **Case di Comunità** ospiteranno team sanitari multidisciplinari (con medici anche specialisti, infermieri e pediatri) per assolvere alla domanda di immediate esigenze diagnostiche e socio-assistenziali. Secondo il piano entro il 2027 saranno realizzate 1288 **Case di Comunità** in tutta Italia di cui 124 in Campania. Per quanto riguarda invece gli **Ospedali di Comunità** (381 in Italia, 37 in Campania) assolveranno alla funzione di ricovero breve e di assistenza a bassa intensità impiegando prevalentemente personale infermieristico.

L’**Ospedale di Comunità**, secondo l’obiettivo di potenziare l’offerta di assistenza a livello territoriale, svolge una funzione intermedia tra il domicilio del paziente e il ricovero ospedaliero. Si tratta di una struttura di **“ricovero breve”** rivolta a pazienti che necessitano

di interventi sanitari a bassa intensità clinica che, per diversi motivi, non possono essere erogati a domicilio.

Il SSN prevede:

- il ricovero in ospedale per le condizioni acute che necessitano di interventi assistenziali importanti (es. infarto, trauma cranico, ecc.);
- il ricovero in strutture sanitarie non ospedaliere (per es. clinica riabilitativa per ictus o frattura di femore) per le condizioni non acute ma con richieste assistenziali importanti;
- per le condizioni non acute e con richieste assistenziali non importanti c'è l'assistenza domiciliare.

Con l'*Ospedale di Comunità* si va a colmare un buco tra le ultime due condizioni, perché si parla di condizioni non acute e di richieste assistenziali non importanti che non possono essere gestite al domicilio stante la necessità di assistenza/sorveglianza sanitaria continuativa nelle 24 ore.

Questa struttura, di norma dotata di 20 posti letto (ma può giungere ad un massimo di 40 posti letto), contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari, come ad esempio quelli al Pronto Soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. La responsabilità clinica del paziente è in capo al medico di famiglia o a un medico operante stabilmente nella struttura, mentre l'assistenza è garantita da infermieri presenti continuamente nelle 24 ore.

È un po' quello che è accaduto, a livello sperimentale, con la gestione dei pazienti post-covid clinicamente guariti, ma in attesa di "*negativizzazione*" o impossibilitati a rientrare nel proprio domicilio per la presenza di conviventi contagiati e/o in corso di guarigione che necessitano di usufruire ancora dell'assistenza utile per la "*riabilitazione*" post-covid considerando che solo il 20% dei pazienti che hanno subito il ricovero ospedaliero si ristabiliscono completamente, mentre per gli altri si prospetta il cosiddetto *long-Covid*, cioè di malati a lungo termine, che richiedono un monitoraggio post malattia oltre a trattamenti specialistici e riabilitativi. Allo stato in Italia si troverebbero in questa condizione di "*long Covid*" almeno 160mila persone che presentano oggettive difficoltà e tornare nelle condizioni pre-covid.

Insomma la pandemia ha imposto una rivisitazione generale del modello assistenziale sul piano socio-sanitario che comporta una differenziazione in termini di accoglienza nelle proprie strutture a seconda della tipologia della prestazione da effettuarsi in base alla patologia sofferta o ai postumi della stessa.

L'Ospedale in senso classico finisce quindi con l'assumere un ruolo e una funzione differente rispetto al fabbisogno di un'utenza che si amplia anche rispetto al suo tradizionale bacino di riferimento.

Quando il **Presidente** della Giunta Regionale della Campania ha parlato di una nuova sanità per la Penisola Sorrentina confermando che insieme al nuovo Ospedale che sorgerà a Sant'Agnello resteranno operativi quelli di **Sorrento** e di **Vico Equense**, si riferisce ovviamente a questo nuovo modello di assistenza territoriale che avanza e che dev'essere in grado di soddisfare un'eterogeneità di fabbisogni e nello stesso tempo offrire un'eccellenza ospedaliera per proporsi in modo anche "**attrattivo**" sul mercato dell'offerta sanitaria pubblica territoriale.

Un'attrazione dettata dai servizi e dai trattamenti specialistici che il **nuovo Ospedale** sarà in grado di offrire a un'utenza ben più ampia di quella strettamente connessa all'attuale Distretto 59 alimentando anche quell'idea di "**turismo sanitario**" che, inquadrata in quest'ottica, finisce con l'assumere ben altro significato anche per le importanti ricadute che da un tale progetto ne derivano sul piano socio-economico e occupazionale.

Per comprendere allora dove va il futuro della sanità territoriale, bisogna superare una visione strettamente municipalistica dell'assistenza ospedaliera e inquadrare il tutto in questa nuova dimensione forte di una carica di novità capace di modificare anche quelle situazioni che, fino a oggi, hanno eccessivamente mortificato le esigenze degli utenti e le stesse potenzialità di una classe medico-ospedaliera che dovrà adeguarsi al nuovo schema, ma anche rinnovarsi e quindi migliorarsi a tutto vantaggio dell'utente finale.

L'Ospedale che verrà sarà quindi una struttura definita D.E.A. di 1° livello, cioè Dipartimento Emergenza Accettazione che rappresenta un'aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida

e completa.

È sede di Pronto Soccorso svolgendo le seguenti attività: accettazione per i casi elettivi e programmati; accettazione per i casi che si presentano spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza- urgenza; accettazione di soggetti in condizioni di urgenza differibile; accettazione di soggetti in condizioni di urgenza indifferibile; accettazione di soggetti in condizioni di emergenza. Presso tali servizi sono assicurati gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato. Nei casi più complessi sono garantiti gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della Centrale operativa.

L'Ospedale sede di D.E.A. di 1° livello garantisce, oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto Soccorso, anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, deve assicurare interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali

OSPEDALE UNICO: UN PO' DI CRONISTORIA...

Come si giunti a progettare un nuovo ospedale per la *Penisola Sorrentina* che ha assunto nel lessico politico-mediativo la denominazione di "*Ospedale Unico della Penisola Sorrentina e Amalfitana*"? E' utile ripercorrere alcune tappe salienti di un iter piuttosto complesso, durato circa dieci anni, ma che annovera nei decenni pregressi il tentativo di diversi amministratori locali di realizzare una nuova struttura ospedaliera che fosse più confacente alle esigenze del territorio, dei residenti e anche dei turisti verso i quali sempre alta è stata l'attenzione per il naturale spirito di accoglienza delle genti sorrentine e peninsulari.

Oggi che il progetto dell'Ospedale Unico è diventato realtà in termini di disponibilità di risorse finanziarie per realizzarlo e di progettualità in corso di definizione, si registrano anche voci di dissenso sull'opera. Non tanto per la sua realizzazione su cui sembra esistere una generale convergenza di intenti, quanto sulla sua ubicazione a *Sant'Agnello* considerata non idonea per una serie di ragioni fra cui l'assetto idrogeologico di parte dell'area interessata all'intervento, la centralità della struttura ospedaliera nella cittadina costiera e che determinerebbe problemi di permanente congestione del traffico aggravando una mobilità urbana e interurbana già di per sé critica. Infine l'idea ancora diffusa di conservarsi l'ospedale sotto casa che alimenta una visione municipalistica incapace di affermare che il diritto alla sanità è anche il diritto a disporre di un sistema ospedaliero adeguato e in grado di fare fino in fondo la parte che gli compete, cosa che allo stato non si può dire per entrambe le strutture di Sorrento e di Vico Equense.

Per quanto concerne le voci *dissenzienti*, esse prospetterebbero una dislocazione dell'opera in zona periferica, individuata nel vicino comune di Piano di Sorrento, dove però non sussistono le condizioni innanzitutto urbanistiche per realizzare il nuovo ospedale. Obiezioni meritevoli di rispetto, ma che giungono troppo in ritardo

rispetto a un iter durato praticamente quasi dieci anni senza che emergessero e venisse messa in discussione l'ubicazione dell'opera.

Come di recente è stato ribadito dal sindaco di Sant'Agello **Piergiorgio Sagristani**, è scontato che sono stati svolti, e ancora lo saranno, tutti gli accertamenti di natura geologica e ambientale nell'area interessata all'intervento, così come sarà messo a punto un **piano strategico della mobilità** da sempre al centro di interessi convergenti tra le Amministrazioni peninsulari vista la posta socio-economica in ballo ivi inclusi la partita di natura ambientale che il territorio dovrà giocare per ridurre sempre di più l'impatto del traffico su gomma che altrimenti pregiudica seriamente i destini globali dell'area.

Facciamo qualche passo in dietro, esattamente al 22 gennaio 2011 quando si è svolto al **Comune di Sorrento** un convegno su **"Prospettive della programmazione sanitaria a medio-lungo termine della Penisola Sorrentina"** promosso dal Sen. **Raffaele Lauro** ed organizzato dal **Comune di Sorrento**, in collaborazione con le amministrazioni municipali di Massa Lubrense, Sant'Agello, Piano di Sorrento, Meta e Vico Equense. All'incontro di natura istituzionale parteciparono: **Giuseppe Cuomo**, sindaco di Sorrento, **Leone Gargiulo**, sindaco di Massa Lubrense, **Gian Michele Orlando**, sindaco di Sant'Agello, **Giovanni Ruggiero**, sindaco di Piano di Sorrento, **Paolo Trapani**, sindaco di Meta, **Gennaro Cinque**, sindaco di Vico Equense, **Giuseppe Staiano**, responsabile del Tribunale per i Diritti del Malato della penisola sorrentina, **Piergiorgio Sagristani**, assessore al Turismo della Provincia di Napoli, **Michele Schiano** di Visconti, presidente della commissione Sanità della Regione Campania e il Sen. **Aniello Di Nardo**. La relazione di base fu svolta dal dott. **Vittorio Russo**, all'epoca commissario della Asl Napoli 3 Sud, mentre le conclusioni dei lavori furono affidate al Sen. **Raffaele Calabrò**, consigliere per la Sanità del presidente della Regione Campania, all'epoca **Stefano Caldoro**.

*"Grazie alla sinergia tra tutti sindaci della penisola sorrentina si è avviata la programmazione dei nuovi assetti e dei progetti per migliorare la sanità sul nostro territorio – spiegava il sindaco di Sorrento, **Giuseppe Cuomo** – La volontà è di realizzare un unico polo sanitario che superi le vecchie barriere localistiche e che sia all'avanguardia. Con il contributo dei senatori espressione del territorio, Lauro e Di Nardo, sono certo che i nostri progetti potranno giungere in*

porto. E' importante tenere alta l'attenzione sulla sanità in penisola sorrentina non solo sotto l'aspetto ospedaliero, ma anche nel potenziamento delle strutture convenzionate, in modo da venire incontro alle problematiche dei residenti che sono costretti a rivolgersi fuori dal nostro territorio, con aggravio in termini di spesa e di mobilità".

Un altro passaggio significativo risale a **ottobre del 2011** in occasione della cerimonia organizzata dal Comune di Sant'Agnello nel salone del Distretto Sanitario in Via Mariano Lauro con la posa di una lapide alla memoria del dott. **Luigi Cappiello** all'epoca scomparso da circa 50 anni, ma di cui la comunità locale conserva vivo il ricordo. Il sindaco **Gian Michele Orlando** e l'assessore **Antonino Coppola** si fecero promotori di questa iniziativa cui intervennero il dr. **Franco Maresca** e il figlio di **Cappiello**.

*"Vogliamo dimostrare quanto la nostra comunità e l'intera penisola sono legate al ricordo del dr. Cappiello – evidenziava il Sindaco **Orlando** – e sulla memoria guardare al futuro della nostra sanità che vede ancora una volta la nostra cittadina in primo piano visto che qui sorgerà l'Ospedale Unico della Penisola Sorrentina. Anzi posso preannunciare che la prossima settimana, venerdì 14 ottobre 2011 alle ore 17 proprio presso la sede del Distretto, si svolgerà un incontro pubblico con i vertici della sanità regionale, i due sub commissari regionali per l'Asl Na3 Sud per fare il punto sullo stato dell'arte relativo al progetto ospedale unico cui sta sovrintendendo per conto dei comuni peninsulari il vice sindaco di Piano di Sorrento Vincenzo Iaccarino insieme a Michele Schiano di Visconti, presidente della V Commissione regionale sulla Sanità e al Sen. Raffaele Lauro che è stato l'ispiratore, anche su questo importante argomento, di una politica e di un'azione unitaria da parte dei sindaci della Penisola".*

Per rendere ancora più chiaro il ragionamento e la comunione di intenti che, sin dall'inizio, ha accompagnato l'idea di realizzare a Sant'Agnello il nuovo ospedale, rileggiamo l'intervento (*pubblicato sul blog politica.inpenisola.it nel Gennaio 2012*) di **Vincenzo Iaccarino**, all'epoca vice sindaco di Piano di Sorrento e coordinatore dei sindaci per la sanità peninsulare.

"Ho apprezzato l'interesse con cui è stato accolto l'aggiornamento sui lavori in corso per la realizzazione dell'Ospedale Unico della Penisola Sorrentina e colgo l'occasione per fornire qual-

che chiarimento che, mi auguro, contribuisca a soddisfare legittime curiosità e interessi. Ovviamente stiamo parlando di un'operazione molto importante sotto tutti i punti di vista e che riguarda innanzitutto le volontà politiche, le disponibilità concrete a concertare i passi da muoversi prima a livello locale, quindi a livello regionale sia in ambito politico-istituzionale sia in quello sanitario: il tutto in un contesto particolare e generale a tutti ben noto e sul quale è superfluo soffermarsi. Essere riusciti a creare le condizioni idonee affinché sei amministrazioni locali condividessero un'idea e quindi la fattibilità di un tale progetto è stato il passo iniziale propedeutico rispetto a qualsiasi altro. Mancando questa condizione, infatti, ogni ragionamento sarebbe stato assolutamente privo di fondamento. La consapevolezza diffusa del problema e dell'opportunità che ci si presentava, alimentata anche dall'iniziativa all'epoca intrapresa dal Sen. Raffaele Lauro di animare un confronto sui temi della salute e dell'organizzazione dei servizi sanitari in Penisola Sorrentina, si è tradotta ad opera di tutti i Sindaci peninsulari in una collegiale assunzione di responsabilità politica a impegnarsi affinché dalle parole si potesse passare ai fatti concreti.

E così è stato, perché i Sindaci hanno sottoscritto documenti unitari sulla validità del progetto e sugli obiettivi che si intendono perseguire, indicando, cosa di assoluta importanza, anche il luogo fisico nel quale dovrà nascere l'Ospedale Unico, suffragando con dati e atti l'indicazione di Sant'Agnello dove il Sindaco Orlando ha assicurato la fattibilità dell'opera sul piano urbanistico: anche su ciò si sono incontrate le volontà di tutti. La decisione di affidarmi il coordinamento, per conto delle sei amministrazioni locali, di questo programma e di interfacciarmi insieme anche ad altri colleghi amministratori e sanitari rispetto alle istituzioni regionali e sanitarie di competenza ha rappresentato un'altra scelta operativa a conferma della volontà di aprire un vero e proprio cantiere attorno a questa iniziativa. Cosa che abbiamo fatto e che, dopo una serie di sopralluoghi tecnici, di confronti di dati, di proiezioni del programma rispetto all'area di utenza e ai bisogni primari da soddisfare si è tradotta in un progetto di fattibilità che è stato redatto dall'arch. Luigi Mollo e dal geom. Franco Ambrosio (capo dell'Utc di Sant'Agnello) e formalmente illustrato, nel corso di un incontro pubblico a Sant'Agnello, sia alle autorità politiche della Regione Campania, sia a quelle sanitarie, così come di recente abbiamo fatto presso la Direzione

Generale dell'Asl Na3 Sud ottenendo la conferma della bontà del lavoro intrapreso e degli obiettivi indicati. Non credo sia cosa di poco conto e a riguardo mi corre l'obbligo di evidenziare il fondamentale contributo che sin qui è venuto e che continuerà a venire da parte dell'On. Michele Schiano di Visconti (presidente della V Commissione Regionale Sanità) per la realizzazione di questo progetto che, ricordiamolo, è un progetto di un'intera comunità peninsulare. La collaborazione che in tal senso proviene dal mondo sanitario e dai tanti Colleghi, amministratori e medici, che insieme a me si stanno adoperando per vincere questa sfida rappresenta un altro elemento decisivo per la buona riuscita dell'operazione che deve diventare un "movimento collettivo" della nostra comunità se vogliamo che produca gli effetti desiderati! Per questo abbiamo svolto in questi giorni altri incontri e abbiamo fatto il punto sullo stato dell'arte riscuotendo la conferma della validità del piano e dell'interesse a concretizzarlo con gli strumenti e con le risorse disponibili. E' chiaro che a una progettazione urbanistica e tecnico-sanitaria si affianca una progettazione finanziaria e questa rappresenta una sfida nella sfida perché non si tratta semplicemente di reperire i finanziamenti necessari, ma di inquadrare l'operazione nell'ambito di un'attenta e scientifica valutazione sull'economie di spesa che derivano dalla nascita dell'Ospedale Unico rispetto alle due strutture oggi attive, nonché la diversa organizzazione dei servizi, non solo sanitari, connessi al progetto. Insomma chi semplifica il ragionamento dicendo: ci vogliono tot milioni di euro per fare l'Ospedale Unico... se non ci sono questi soldi allora non se ne fa nulla... ha un approccio sbagliato al problema che invece deve essere inquadrato nell'ambito di una generale rivisitazione della spesa sanitaria oltre che riferita al territorio in questione che, ricordiamocelo, ha da fare i conti anche con una popolazione turistica oltre che con gli utenti residenti. Oltre a quelle pubbliche ci sono poi le risorse private che possono essere reperite soltanto in presenza di un progetto qualificato e qualificante per la sanità peninsulare del futuro. Un futuro che ha i suoi tempi, come avviene per qualsiasi progetto, cui però il nostro quotidiano lavoro riduce i giorni, i mesi, gli anni che ci separano dal vederlo realizzato questo Ospedale Unico. Sono ottimista e con me tutti coloro che stanno lavorando, a diverso titolo, al progetto che, sono certo, vedrà la luce entro il 2020 se non qualche anno prima se sapremo fare tutti e al meglio la parte che ci compete. Intanto continuiamo a lavorare

per l'attuale servizio così come strutturato per far sentire ai cittadini il senso generale di questo impegno. Non a caso abbiamo rappresentato alla Direzione Generale la necessità di alcuni interventi di prioritaria importanza rispetto alla gestione delle emergenze nel loro complesso e questo credo rappresenti la più autorevole risposta a conferma dell'attaccamento al lavoro e al senso di responsabilità che ci anima. Continuerò ad aggiornarvi sul "cantiere aperto dell'Ospedale Unico" e soprattutto saranno benvenuti suggerimenti, idee, segnalazioni che ci possono incoraggiare ad andare avanti. Anche per questo vi sollecitiamo ad aderire al profilo facebook che insieme al sindaco di Sant'Agnello e ai colleghi Pietro Gnarra e Antonino Coppola abbiamo attivato proprio per le responsabilità maggiori che abbiamo: io come coordinatore delle sei amministrazioni, loro in quanto amministratori del Comune di Sant'Agnello dove è destinato a nascere il nostro Ospedale".

Si tratta di un **documento** politicamente molto significativo cui ha fatto seguito l'approvazione da parte di tutti e 7 i Comuni coinvolti (Penisola Sorrentina e Positano) delle delibere consiliari che rappresentano il substrato politico-amministrativo che è stato acquisito agli atti della programmazione sanitaria regionale ai fini di valutarne la fattibilità una volta superata la fase commissariale.

DALLA SANITÀ VERSO UNA POLITICA UNITARIA DEL COMPENSORIO

Potrebbe partire da questa nuova sanità una stagione di rinnovamento anche della politica peninsulare che adotti un *modello istituzionale socraccomunale*?

Si tratta di una domanda che nello stesso tempo può essere un'affermazione, almeno di intenti. Cioè il passo decisivo compiuto dai sindaci per gestire la stagione *pandemica* ha rafforzato una visione comune delle più scottanti problematiche del territorio agevolando relazioni e anche programmazione e operatività in nome del perseguimento del "*bene comune*" e quindi di un governo unitario dell'area e, in prospettiva, dell'unificazione dei comuni.

Si tratta di un progetto ambizioso, spesso invocato, di cui si è anche molto discusso per il passato, ma che non è ancora maturato nelle coscienze di amministratori e cittadini se non in minima percentuale. Resta comunque l'approdo naturale di un percorso indubbiamente complesso, ma che per essere realizzato ha bisogno di una classe dirigente matura, lungimirante, in grado di mettersi in discussione rinunciando a rendite di posizione politiche e personali che non trovano più ragion d'essere in un mondo che, proprio per la pandemia Covid-19, ha scoperto le proprie gravi debolezze e deficienze, frutto di una globalizzazione che ha spazzato via confini e difese, lasciando in piedi ancora forse i pregiudizi! Anch'essi destinati a cadere, a tutti i livelli, se l'obiettivo comune è quello di un governo della cosa pubblica improntato a logiche di sostenibilità amministrativa indispensabili per invertire rotta ed esaltare le straordinarie potenzialità del Paese e delle sue tante, forse anche troppe, eccellenze!

In questa ottica si è parlato di una sanità attrattiva anche sul piano turistico. Nel senso che, oggi più che mai e fuor di dubbio per il futuro, le diverse economie turistiche nei paesi europei ed extraeuropei saranno competitive non solo per quello che tradizionalmente offrono come territori, testimonianze artistiche e culturali, opportunità di

conoscenza, tradizioni e gusti, saperi e sapori, ma soprattutto per il grado di *civiltà sanitaria* che saranno in grado di garantire ai propri ospiti e, implicitamente, ai propri residenti.

Quando parliamo di *civiltà sanitaria* non ci riferiamo soltanto a una qualità delle prestazioni di natura socio-assistenziale che ogni sistema pubblico e anche privato è in grado di assicurare, ma all'insieme dei fattori, molti dei quali di natura sociale, che rendono un paese o una località sanitarimente sicuri, perché é da questa sicurezza che dipendono gli interessi generali delle comunità.

Saranno quindi vincenti quelle realtà, quei paesi che sapranno coltivare la salute pubblica ancor prima che la *sanità pubblica*, essendo la prima un valore assoluto, universale dell'uomo da perseguirsi come obiettivo primario ed egualitario tra i popoli.

Per questo è importante sperimentare sul campo il significato dell'*unità*, della rinuncia agli interessi specifici e di bottega in nome di un progetto più grande, aggregante le comunità. La strada non è scorrevole, sia chiaro, ma l'importante è iniziare a percorrerla con spirito costruttivamente agonistico per tagliare il traguardo in un prossimo futuro.

CONCLUSIONE

La forte e generale partecipazione al lutto per l'improvvisa scomparsa di *Paolo Castellano* e la voglia di tanti amici, colleghi e soprattutto pazienti di fare qualcosa di tangibile per ricordarlo mi ha spinto insieme a sua moglie *Cristina Colonna* e a *Carla De Angelis* a promuovere una petizione popolare indirizzata al Sindaco *Piorgio Sagristani* e al Consiglio Comunale di Sant'Agnello dove Paolo dal 2018 era stato eletto consigliere affinché l'Amministrazione gli dedichi una strada o un luogo per testimoniare il senso della sua vita e del suo impegno professionale e civico alle future generazioni. In pochi giorni la petizione è stata sottoscritta da circa duemila persone di persone e continueremo a raccogliere le firma a corredo dell'istanza che presenteremo al Comune.

Concludo questo lavoro dedicando un'ultima, personale riflessione all'amico scomparso.

Paolo mi ha aiutato a leggere i fatti della politica sanitaria da un'altra visuale, quella che sfugge al semplice utente che però spesso ne paga anche inconsapevolmente le conseguenze! La visuale di chi vive e opera in un sistema che, spesso e troppo facilmente, viene meno alla sua mission mortificando i diritti e le aspettative dei pazienti, tante volte anche quelli di addetti ai lavori senza padrini.

E di padrini Paolo davvero non ne aveva, nonostante tutto riscuotendo uno straordinario indice di gradimento e di apprezzamento presso i pazienti che hanno vissuto come un trauma l'improvvisa dipartita del loro dottore e chirurgo di fiducia.

Questo book vuole quindi rendere omaggio alla memoria di un medico divenuto all'improvviso involontario e sfortunato testimone di questa tragedia che è stata la Covid-19, andando purtroppo ad allungare la lista dei sanitari deceduti sul campo vittime del coronavirus.

Mi piace ricordare il nostro ultimo incontro che risale a domenica 11 aprile quando in Via delle Rose a Piano di Sorrento ci incrociammo, in compagnia lui di Cristina e io di Pina, per una delle prime

passaggiate svincolate dalle restrizioni pandemiche. Restammo così a parlare per quasi un'ora scambiandoci, come sempre, riflessioni sulla sanità in Penisola Sorrentina, con la solita ironia e il lieve sarcasmo con cui affrontava certe discussioni evidenziandone tutti i risvolti che può conoscere solo chi vive dall'interno certe situazioni, il medico, e chi ne è semplice ma curioso osservatore (oltre che fruitore), il giornalista.

Lì ci siamo salutati per l'ultima volta, anche se non lo immaginavamo, dandoci un appuntamento per il **sabato 17 aprile** per una visita a un congiunto. Mia moglie l'ha quindi incontrato l'antivigilia del suo improvviso ricovero in ospedale accompagnando una zia per un controllo. Al ritorno mi raccontò di un Paolo agitato e in parte stupito per un malessere generale che avvertiva, lungi da lui attribuibile al coronavirus essendosi peraltro vaccinato come tutti, o quasi, i sanitari.

Alla notizia del suo improvviso ricovero a causa della *Covid* mi sopraggiunse questo pensiero: "**Quos Deus perdere vult, dementat prius**" a significare che proprio lui medico non si era autodiagnosticato quel male che, forse preso con qualche giorno di anticipo, avrebbe potuto affrontare meglio e salvarsi! Com'è più probabile Dio l'ha voluto accanto a sè per quella sorte di mistero che contrassegna, a nostra insaputa, la ragione di ogni vita e quella di ogni morte!

Quando il **lunedì 19 aprile** apprendemmo del suo improvviso ricovero, memore delle mie difficoltà a poter parlare quando sono stato ricoverato in ospedale per aver contratto la covid-19, gli mandai un messaggio. E questa che segue è stata la nostra ultima conversazione:

"Caro Paolo, io e mia moglie siamo rimasti letteralmente esterrefatti alla notizia del tuo ricovero e ti siamo davvero vicini con tutto il nostro affetto per questa ennesima prova cui sei sottoposto. Forza e coraggio che ti rimetti sicuramente e tornerai in forma. Un abbraccio forte forte".

lui: "Speriamo il necessario, è stata la tempestività e gli amici. Grazie Vincenzo a presto".

Il giorno dopo è Paolo a scrivermi: "Ciao Vinc, quanto stesti ricoverato?"

io: "40gg"

lui: "Cpap, alti flussi, intub?"

io: "4 settimane con maschera h24"

lui: "Bene sono sulla buona strada. E come terapia?"

io: "Azitromicina, cortisone endovena, idrossiclorochina, eparina 4mila 2/die per tutti i 40gg. Mariano Mollica dove sono andato a visita ieri mi ha detto che però terapie tutte cambiate".

lui: "Si infatti, grazie a dopo".

Il giorno successivo:

io: "come va?"

lui: "Meglio caro Vincenzo"

io: "Forza e coraggio, qui tutti preghiamo per te, ci vuole pazienza mi dicevano sempre in ospedale per guarire bene"

lui: "Grazie"

Così ci siamo lasciati! Ai successivi messaggi non ha più risposto perché le sue condizioni si sono improvvisamente aggravate ed è finito in terapia intensiva, nelle grinfie del mostro che ha immolato sull'altare della sua ingordigia un'anima giusta che tanta gente ha curato e rincuorato, tante vite salvate. Per lui non c'è stato scampo e così è calato il sipario sull'esistenza di un uomo e di un medico onesto, bravo e al servizio del prossimo.

Queste pagine non hanno la presunzione di esaurire un argomento tanto complesso qual è la gestione del sistema sanitario e la politica che ad esso sovrintende. Piuttosto sono un contributo di conoscenza nell'attesa di una **nuova sanità** che, è l'auspicio di tutti, privilegi gli interessi generali che sono quelli di chi ha bisogno delle cure, dell'assistenza in tutte le sue forme e di chi queste cure e questa assistenza le eroga come professionista della sanità pubblica.

Se sono state sufficienti a stimolare curiosità e interesse hanno raggiunto l'obiettivo: rendere tutti più **consapevoli** dell'importanza di una sanità più moderna, più prossima alle esigenze dei cittadini, più professionale e nello stesso tempo più umana che poi è l'eredità morale che **Paolo Castellano** lascia a coloro che saranno i sanitari del futuro.

PAOLO CASTELLANO

UNA VITA SPESA PER IL PROSSIMO

AVEVA UNA FRAGILITÀ, LA PASSIONE PER IL LAVORO GLI È COSTATA LA VITA.

L'appello: il Comune di S. Agnello gli dedichi una strada

La storia umana e professionale di **Paolo Castellano** va oltre il racconto che se ne può fare con un articolo commemorativo, perché merita di essere conosciuta e apprezzata nella sua semplicità e altrettanta complessità di cui rendono testimonianza le decine e decine di messaggi, i ricordi e le parole che, come un fiume in piena, stanno accompagnando la sua dipartita.

E' stato vittima del mostro col quale stiamo combattendo da oltre un anno una lotta impari e che, a dispetto di quello che ci raccontano in tv o scrivono sui giornali, quando aggredisce sul serio fa male, molto, molto male. Chi, come **Paolo**, era un soggetto molto esposto per il suo lavoro di medico ospedaliero e per di più con una sopraggiunta fragilità a dispetto dell'imponenza che la sua persona non lasciava intravedere, avrebbe dovuto egoisticamente rinunciare a svolgere il suo lavoro per un po', abbandonare i propri pazienti, l'ospedale e l'ambulatorio in modo da ridurre al minimo i rischi per sé stesso.

Anche il vaccino cui si era sottoposto, come tutti i sanitari, non gli ha creato quell'alone di protezione di cui aveva assolutamente bisogno per continuare a essere il **Paolo** che tutti conosciamo, il **dotto** sempre pronto e disponibile a correre in soccorso dei propri pazienti per alleviarne le sofferenze con una terapia mista: fatta di abilità chirurgica, di terapie adeguate e di una massiccia dose di genuino umorismo che ne facevano un personaggio in grado di infondere la speranza anche negli ammalati più gravi che a lui si affidavano con fiducia assoluta.

Quel mostro spietato che subdolamente si è insinuato nel suo organismo ne ha sbragliato le residue difese per impossessarsi di lui e per trafiggerlo a morte in un lasso di tempo brevissimo. Non gli ha risparmiato quella sofferenza e quel tormento che colpiscono chiunque si ammali di covid iniziando una lotta disperata per respirare e per sopravvivere, fino all'estremo tentativo meccanico di scongiurare una fine che, ahimè, era invece già scritta in quel personalissimo libro della vita che ci accompagna e che sfogliamo, giorno dopo giorno, senza sapere quale sarà l'ultima pagina.

Quella pagina per **Paolo** è arrivata il 3 maggio scorso, a 59 anni d'età, con una vita davanti che avrebbe potuto e voluto trascorrere gioiosamente con la moglie Cristina e con i suoi adorati figli, sempre al servizio del prossimo condividendone la sofferenza. MA sempre con un sorriso sulla bocca e con una parola di speranza quasi urlata al cospetto degli ammalati che seguiva, quasi a volerli scuotere da quello stato di rassegnazione che spesso accompagna la malattia e

la rafforza.

Paolo era una persona buona e come tutte le persone buone, al di là delle apparenze, era una persona indifesa, capace di lottare con la forza che gli derivava dalla sua educazione e formazione, dalla consapevolezza delle sue capacità di medico, dalla conoscenza e dall'abilità nel saper intervenire all'interno della meravigliosa e complessa macchina che è il corpo umano che per lui aveva pochi segreti abituato com'era a spaziarci per estirpare il male e per restituire salute e gioia di vivere.

La vita di **Paolo** è stata la vita di un medico, appassionato di motocicletta, ma soprattutto del suo lavoro per il quale ha sempre dovuto lottare in un mondo che troppo spesso non riconosce e non premia il merito, ma l'appartenenza, l'affiliazione: l'essere persona di tizio o di caio in quell'universo della politica che **Paolo** ha sempre guardato da lontano, con diffidenza, conoscendo i rischi insiti nell'omologazione al sistema, ma anche le rinunce che si devono sopportare per continuare ad essere uomini e medici liberi! Il suo avvicinarsi alla politica, piuttosto all'esperienza amministrativa a Sant'Agnello quando il sindaco **Sagrستاني** gli offrì di candidarsi nella sua lista alle elezioni del 2018, non è stata la scelta di chi alla fine si adegua al gioco. Piuttosto una sfida per valutare su un campo di cui si sentiva completamente estraneo in che misura avesse potuto godere di un consenso elettorale da parte dei suoi concittadini e pazienti.

Una specie di prova per valutare se, con una candidatura, avesse raccolto voti di stima per quello che quotidianamente faceva come medico e portare così la voce dei più deboli, dei più fragili in quei consessi civici dove troppo spesso i problemi del cittadino, quelli più seri e quotidiani non hanno diritto di cittadinanza.

Quando mi spiegò la ragione per la quale avrebbe accettato di candidarsi e mi chiese cosa ne pensavo gli risposi: "caro **Paolo**, non hai bisogno di questo esperimento per valutare se la gente ti vuol bene, ma fai bene a provare perché l'Amministrazione ha bisogno di persone nuove e perbene come te... Anche se non so per quanto tempo resisterai, perché i riti e i tempi della politica non combaciano con la tua concezione di vita e con la tua professione. La gente vuole il **Paolo** medico, non il **Paolo** consigliere e assessore. In ogni caso avrai il mio massimo sostegno".

Quante volte abbiamo discusso di politica, di malasanità, di una sanità troppo poco attenta ai bisogni reali della gente, di una sanità autoreferenziale dove sguazza la politica e i sanitari ne diventano ostaggi, spesso



anche complici! Il racconto che **Paolo** faceva delle esperienze vissute in prima persona ne facevano emergere un livello di insoddisfazione, un'amarezza, dovuta all'impossibilità, pur con qualche rara eccezione, di trovare interlocutori credibili e sensibili per riuscire a cambiare il corso della politica sanitaria nel nostro territorio. Presto si accorse che anche sedere in consiglio comunale con questo obiettivo era tempo sprecato: l'immagine che alla fine conserviamo di lui resta quella del medico, del chirurgo, dell'amico sempre pronto a risolvere i problemi con sicurezza e tempestività, mai suggestionato dal denaro, pronto a regalare un sorriso e una pacca sulle spalle!

Questo **Paolo** mancherà a tanti, a troppa gente che nelle sue mani si sentiva al sicuro, quasi protetta, nutrendo speranza anche quando non ce n'era! La sua morte prematura, traumatica e nella solitudine di una terapia intensiva lontano dai tanti affetti familiari e amicali, è stato un prezzo salatissimo, incomprensibile che ha pagato per essere una persona buona al servizio degli altri.

Quando, agli inizi del suo ricovero, ancora abbiamo potuto chattare, mi ha chiesto alcune informazioni sulla mia pregressa esperienza in ospedale nella "lotta per respirare". Ne avevamo già parlato altre volte, eppure in quel momento tornava a chiedermi della maschera d'ossigeno e delle cure che mi avevano prestato, lui medico in quel momento bisognoso solo di conforto: quello che lui ha dato a tanti, e anche a me, e che a lui invece è stato negato.

Paolo merita di essere ricordato per essere stato un autentico testimone di una vita dedicata al prossimo. L'Amministrazione di Sant'Agnello e il Sindaco **Sagrستاني** potranno rendergli onore dedicandogli una strada o un luogo del suo paese nativo affinché non se ne perda la memoria e il suo esempio possa incoraggiare, soprattutto i giovani, a vivere la propria vita con altruismo.

Vincenzo Califano

Vincenzo Califano

(Piano di Sorrento 1960)

è giornalista e saggista.

Fondatore e direttore del quotidiano online mezzogiornoedintorni.it, è stato redattore capo de "Il Golfo" primo quotidiano della Penisola Sorrentina, corrispondente da Napoli del quotidiano nazionale "La Voce Repubblicana", direttore responsabile del quindicinale nazionale "L'Informatore Scolastico". Ha collaborato con numerose testate giornalistiche regionali e nazionali e diretto periodici locali.

Ha pubblicato:

- **"Dossier: il flagello della droga"** (1983)
con Antonio Volpe
- **"Non solo Napoli: guida alla scoperta della Provincia di Napoli, itinerario sorrentino"** (1998)
- **"I prodotti tipici e la sicurezza per i consumatori"** (2002) -
- **"Lo sviluppo agricolo integrato nelle aree a forte vocazione turistica: la Provincia di Napoli"** (2004)
- co-autore con Mirco Bindi del libro **"Il Cibo sia la tua medicina"** (2019)
- **"Covid-19: il Paese che verrà"** (2020)
- **"Faccia a Faccia col Covid"** (2020)

mezzogiornoedintorni

Edizione 2021

€ 10,00

