

I NUMERI

ALESSANDRO FERRETTI

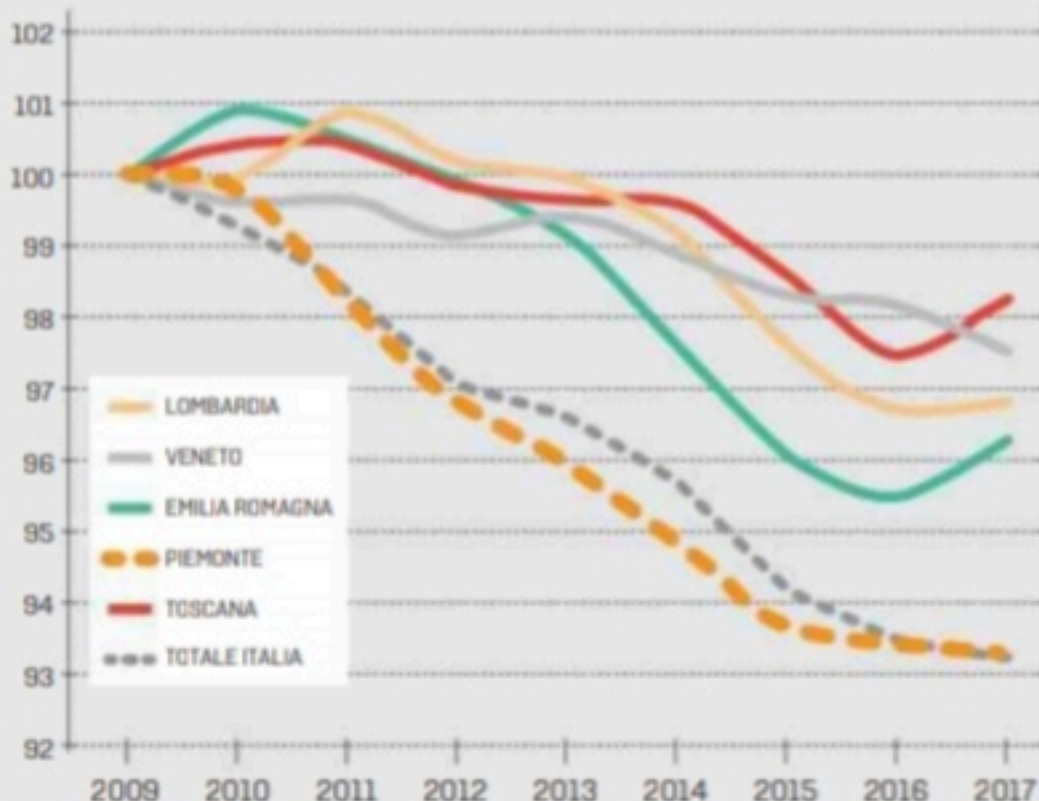
L'impetoso paragone con il Veneto

In provincia di Torino i nuovi casi di contagio sono 230, quindi il 13% in più di sabato. L'incremento tra venerdì e sabato era del 12%, quindi la velocità di salita è sostanzialmente stabile. Bisogna però tenere conto del fatto che il numero di tamponi di è leggermente inferiore alla media (1.070, contro una media di 1.200) e la percentuale di test non negativi è più alta (43% invece di 39%). Questa piccola fluttuazione potrebbe essere un segno del fatto che i nuovi casi siano un po' sottostimati e che la crescita reale sia stata più alta.

Un piccolo approfondimento su un'anomalia piemontese: se facciamo un confronto con il Veneto, notiamo che quest'ultimo ha più contagiati (5.100 contro 4.400) ma meno decessi (169 contro 283): a cosa può essere dovuto? I fattori in gioco sono molteplici, ma uno dei più importanti potrebbe essere il numero di tamponi. Il Veneto a oggi ha fatto 58 mila test contro i 13 mila del Piemonte: in generale, più sono i test più è probabile individuare anche i casi lievi e asintomatici, che guariscono con maggior facilità. In Piemonte la scarsa disponibilità di laboratori per i test fa sì che vengano fatti ai casi più seri, mentre i casi lievi non vengono testati: quindi, i contagiati "ufficiali" piemontesi risultano essere mediamente più seri di quelli veneti e ciò risulta in una mortalità maggiore. Questo implicherebbe anche che il numero reale di contagiati in Piemonte sia più alto di quello del Veneto; ma per averne conferma bisognerebbe effettuare un numero di test confrontabile.

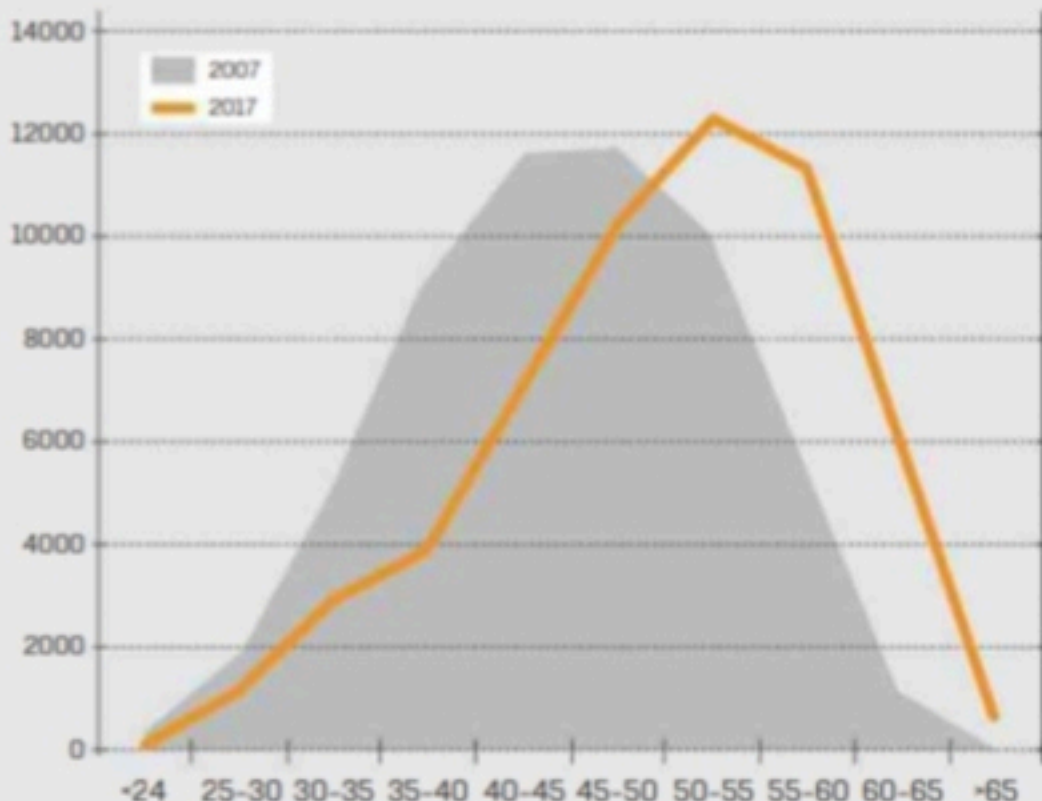
(fisico Università di Torino)

Gli ultimi dieci anni

L'andamento del personale nella sanità in alcune regioni italiane
Dato 2009=100

Fonte: Elaborazioni IRES Piemonte su dati Conto Annuale MEF

Distribuzione per età anagrafica del personale nel comparto sanità in Piemonte



L'ESPRESSO - HUB

La fotografia dell'Ires: le assunzioni bloccate durante il piano di rientro. Ma il nuovo assetto degli ospedali ha liberato spazio per le emergenze

L'austerità della sanità Meno medici in corsia e sempre più anziani

DOSSIER

GIUSEPPE BOTTERO
LIDIA CATALANO

Poco più di 55 mila dipendenti alla fine del 2017, quattro mila in meno rispetto al 2009. Nel giro di un decennio la sanità piemontese ha perso il 7% degli addetti, dato in linea con la media italiana ma più consistente rispetto a Lombardia, Veneto, Emilia. Adesso che il Piemonte si trova di fronte a una situazione drammatica, con la ricerca affannosa di camici bianchi e la corsa per creare posti letto, le debolezze del passato mostrano il conto. «Il dato è dovuto, in buona misura, a politiche di reclutamento

vincolate al Piano di rientro per debito eccessivo a cui è stata sottoposta la Regione dal 2010 al 2017», dicono gli esperti dell'Ires che hanno fotografato la situazione elaborando i numeri del Tesoro.

I tagli al personale

Secondo l'Istituto di ricerca i tagli maggiori hanno colpito il personale con funzioni amministrative (-13%); i medici sono diminuiti del 6%, infermieri e tecnici del 4%. Solo nel Sud è peggio: la Campania ha perso il 18% del personale, la Calabria il 17%, la Sicilia il 10%. Altro dato chiave. Rispetto a 10 anni fa, la quota di dipendenti con meno di 40 anni si è di fatto dimezzata, passando dal 31% al

14%, mentre sono cresciuti gli ultrasessantenni, balzati dal 2% all'11%. «Tra il 2007 e il 2017 la curva relativa all'età anagrafica del personale si è progressivamente spostata verso fasce più elevate», certifica l'Ires. Tra i medici, la quota di over 60 è passata dal 4% al 21% in 10 anni, tra gli infermieri la quota di over 45 è cresciuta dal 31% al 62%. La richiesta urgente di un intervento del governo si spiega anche così. Il personale è stanco, non vede ricambio. «Non abbiamo medici a sufficienza, siamo allo stremo», ha scritto in una lettera l'Ordine regionale.

Poco turn-over

Nell'ultimo decennio, a fron-

te di 100 contratti cessati, i nuovi assunti sono stati 87. Il Piemonte si colloca al di sotto della media nazionale (pari a 90), ed è tra le regioni con il tasso di turn-over più basso. Su 100 medici in pensione ne sono entrati 91, agli infermieri è andata meglio: 97 ingressi per 100 uscite. Numeri insufficienti soprattutto in ottica futura, perché, come denuncia l'Ires, «l'invecchiamento della popolazione determinerà un progressivo aumento della domanda di cure».

Dodici chiusure

I problemi, in realtà, non si limitano al personale ma coinvolgono anche gli edifici. Nei prossimi giorni debutterà il polo di Verduno, nel Cuneese. Ma negli ultimi cinque anni sono stati chiusi dodici strutture e ne restano aperte quarantatré. Una scelta quasi obbligata tenuto conto che, spiegano i ricercatori Carla Jachino, Luisa Sileno, Guido Tresalli, l'ospedale «si sta trasformando da un luogo omnicomprensivo per la sanità in polo per il trattamento della fase acuta della malattia».

Il nuovo modello

La destrutturazione del vecchio modello, con la redistribuzione nelle strutture del territorio di servizi anche di tipo

socio-assistenziale legati alla fase post-acuta, secondo i ricercatori ha consentito agli ospedali di concentrare le attività sulla gestione del momento critico delle patologie, liberando spazi prima occupati dalle lungodegenze. «In condizioni di piena sostenibilità insediata le superfici ospedaliere piemontesi potrebbero ospitare 14.290 posti letto, a fronte degli 11.702 attuali», spiega Tresalli.

Il limite

Significa che nei nostri ospedali potrebbero essere ricavati altri 3000 posti, da dedicare anche alle rianimazioni, in questi giorni sempre più vicine al punto di saturazione. «Ma è una strada percorribile solo a condizione che si facciano i necessari investimenti in tecnologie, personale, adeguamento delle strutture: il concetto di posto letto può essere fuorviante se non si tiene conto della complessità dei percorsi di cura necessari per trattare pazienti critici e infetti», sottolinea il ricercatore.

Resta un potenziale prezioso, un surplus di spazio disponibile che conforta in piena emergenza coronavirus. Ma è anche un indicatore preciso di quale sia il limite oltre il quale si arriva al collasso. —

—

LA PROPOSTA: PROCEDURE PIÙ AGILI E MENO BUROCRAZIA

“Forniture, disorganizzazione totale” I medici contro l'Unità di crisi

Non ci siamo. Lo ripetono da settimane i sindacati dei medici e degli infermieri: con i comunicati di Cgil, Uil, Nursind e Nursing Up si potrebbe tappezzare un reparto ospedaliero. Lo dicono i medici di base. Lo dicono gli Ordini dei Medici. Ieri Anao Assomed, sindacato medici ospedalieri, ha aperto un nuovo fronte sostenendo che «l'Unità di crisi non funziona»: quella regionale. Affermazione perentoria, nata dalla constatazio-

ne che «nonostante il cambio al vertice» (ndr: l'arrivo di Vincenzo Cocco al posto di Mario Raviolo) la sostanza è sempre la stessa». La sostanza sono i Dpi, i Dispositivi di protezione: essenziali per permettere al personale sanitario di lavorare in sicurezza ma insufficienti nonostante finora ne siano stati distribuiti centinaia di migliaia.

Un'esagerazione? Difficile crederlo, considerato che sui Dpi Ordini e sindacati sono

compatti. Ordini e sindacati che rappresentano la «voce» degli operatori sanitari: i quali, impossibilitati a dire la loro a seguito di una precisa disposizione dell'Unità di crisi ai direttori generali delle Asl e degli ospedali, raccontano le esperienze quotidiane nei reparti e negli ambulatori ai rappresentanti di categoria, per via indiretta, onde evitare di finire davanti alle commissioni disciplinari. Nel pieno di un'epidemia c'è ancora



Vincenzo Cocco

spazio per queste cose. Molta attenzione, in questo frangente, anche alla «gestione» della comunicazione con i media, limitata ai comunicati stampa.

Che le forniture lascino a desiderare lo ha sottolineato pochi giorni fa lo stesso Alberto Cirio in un passaggio dell'appello al premier Conte. Ma a detta di Anao anche l'Unità di crisi regionale non brilla per intraprendenza: «I privati cittadini riescono là dove questa non arriva». Ancora: «Ci risulta che vi siano attività che vorrebbero proporsi come intermediari per acquistare dispositivi di protezione individuale o produrli e che non riescono a mettersi in contatto». Da qui la richiesta, come minimo, di pro-

cedure più agili. Anche per Mauro Salizzoni e Domenico Rossi, Pd, «ci sono alcune scelte, al netto dei fattori esterni all'Unità di crisi, che dipendono dalla nostra capacità organizzativa»: rigida separazione tra reparti Covid e non, maggiore comunicazione tra ospedali e territorio, maggiore ricorso alle strutture private, linee-guida specifiche per le Rsa.

Critiche e suggerimenti a fronte di una situazione senza precedenti, che l'Unità di crisi deve gestire tra tra enormi e immaginabili difficoltà. Immaginabili perché, nell'era della comunicazione globale, con l'Unità di crisi è impossibile comunicare. ALE. MON. —

—