



Al sig. Presidente della III Commissione

Ai colleghi della III Commissione

Oggetto: Piano di Riordino Ospedaliero-posizione del Gruppo dei Conservatori e Riformisti

Caro Presidente e cari colleghi,

riteniamo encomiabile e lodevole il percorso di ascolto che la Commissione ha voluto e attuato con le audizioni dei diversi attori istituzionali, professionali, imprenditoriali, sociali, sindacali e di quanti in un certo qual modo sono titolati a partecipare ad un processo di riordino complesso e allo stesso tempo quanto mai necessario per poter riequilibrare in Puglia l'appropriato utilizzo delle risorse con la migliore qualità e tempistica di erogazione dei livelli di assistenza.

E non dobbiamo perdere la ghiotta occasione che ci viene offerta per dare un contributo affinché, facendo tesoro delle esperienze del passato dal piano Fitto alla gestione Vendola sfociata nel dolorosissimo Piano di Rientro e nelle addizionali IRPEF, IRAP e delle accise nonché nei super ticket, si possa programmare appropriatamente ed in maniera partecipata e condivisa perché non basta imbrattare delle tabelle da spedire ai fini della validazione al Ministero.

Il compito che ci attende è molto più arduo: abbiamo il dovere di attuare fisicamente oltre che idealmente una rete ospedaliera pienamente rispondente alle necessità dei territori e alle esigenze di appropriatezza, qualità, efficienza, efficacia e sicurezza in un contesto di risorse limitate che non può prescindere dal potenziamento della prevenzione e dell'assistenza distrettuale ivi compresa l'integrazione socio-sanitaria nonché dalla valorizzazione dell'attività dei MM.MM.GG e della PLS.

Il ciclo delle audizioni consumato nelle sedute della Commissione è un lavoro di straordinaria bellezza ed è un patrimonio di idee, proposte, suggerimenti, critiche allo stesso tempo incoraggiamenti che evidenziano come il tessuto socio-economico-politico-culturale della Puglia ha compiuto un salto di qualità in un processo di responsabilizzazione che porta ormai a disdegnare il campanile e gli interessi particolari e a guardare al bene comune e alla felicità collettiva in un settore che ha tanto penalizzato la Puglia e i pugliesi ingannati dai vari slogan di "una sanità migliore", di "eliminazione dei ticket-gabelle medioevali" ed altro.

Ed è alla luce di questo salto di qualità in termini di responsabilità sopra accennato che va soppesato il dato che non c'è stato uno, dico uno tra i soggetti auditi, che si sia espresso nel segno della condivisione del Piano e tutti hanno motivato il perché della mancata condivisione con argomentazioni tecniche, giuridiche, scientifiche, politiche pregnanti di senso di responsabilità e di contenuti culturali e pienamente plausibili e irrispingibili.

Il tema di fondo è, caro Presidente e colleghi consiglieri, tutto in una domanda che dobbiamo porci: come si potrà dare attuazione ad un Piano cui difetta la condivisione da parte di coloro che saranno chiamati ad attuarlo? Dal 2004 andiamo controcorrente, incontrando resistenze e lacerando il tessuto sociale della Puglia sul tema della salute perché a volte non abbiamo la capacità di spogliarci delle vesti dell'autoritarismo e dell'autoreferenzialismo per comprendere che il nostro compito è quello della rappresentanza e del servizio.

La Commissione chiede di emendare, per noi il Piano **non è emendabile, è da rifare!**

Non lo diciamo per partito preso ma per convinzione maturata dopo attenta analisi del Piano e dopo una serie di confronti che sono andati oltre le pur arricchenti, indispensabili e pregevoli audizioni della Commissione e che ci permettono di elencare qui di seguito le motivazioni di quanto auspicato.

Analisi demografica, epidemiologica, dei bisogni e di efficienza ospedaliera di base

Il Piano si presenta con una mera risultanza di operazioni di addizioni e sottrazioni quasi a voler limitare l'azione pianificatoria ad una sorta di maquillage dell'esistente dentro il quale ci si può ritrovare senza motivazione alcuna baciati o non baciati dalla Dea bendata.

Manca l'analisi di base che partendo dal dato demografico possa motivare ad esempio perché nel foggiano ci ritroviamo con un pl di pediatria ogni 8.196 abitanti e nel tarantino con 1 pl ogni 21.013 abitanti oppure per la neonatologia a Foggia 1 pl ogni 13.779 abitanti mentre a Lecce 1 pl ogni 40.320 abitanti e così anche per la geriatria a Foggia 1 pl ogni 6.815 abitanti e nella BAT 1 pl ogni 39.438 abitanti o a Bari 1 ogni 18.901 abitanti. Così come per l'UTIN a Foggia e Bari stesso numero di posti e strutture nonostante la differenza di numero di abitanti con in mezzo la BAT senza UTIN

Manca un'analisi epidemiologica e della domanda di salute che possa motivare la disomogenea distribuzione di pl per disciplina nei diversi contesti territoriali. Ad esempio quali valutazioni epidemiologiche e di domanda con riferimento alla reumatologia sorreggono la validità tecnica di allocazione di 12 p.l. a Foggia, 15 a Bari e 4 a Lecce. Nessun posto letto nelle altre province nonostante le strutture rispetto ai bacini di utenza possono essere addirittura sette.

Manca una valutazione del rapporto costo/efficienza e costo/efficacia anche in termini di sicurezza e qualità delle prestazioni ai fini degli esiti e dei volumi prestazionali atti ad accrescere casistica e l'esempio di una struttura di 4 pl (come la reumatologia a Lecce di 4 pl o altre addirittura di 2 pl sia pure nel privato) riteniamo non sia rispondente ad alcuna valutazione di questo tipo. Ed ancora, cosa giustifichi il fatto che due ospedali di uguale e principale rango nella rete assistenziale, entrambi dotati di 40 posti letto di cardiologia, abbiano l'uno 8 e l'altro 12 (ossia il 50% in più) posti letto di riabilitazione cardiologica?

Sono solo esempi che non esauriscono la rilevante disomogeneità distributiva dei pl per disciplina nei territori.

Il disegno, la visione prospettica, la strategia, l'ambizione

Riteniamo che la nostra sia una Regione che, nonostante tutte le peripezie, abbia in sé competenze professionali in ambito sanitario e strutture pubbliche e private ed Enti Ecclesiastici ed I.R.C.C.S. capaci di far compiere al nostro SSR un salto di qualità tale da recuperare mobilità passiva e da implementare mobilità attiva. La nostra Regione richiede a gran voce una riorganizzazione virtuosa del sistema, un investimento improcrastinabile sulle risorse umane e sulle dotazioni tecnologiche e strumentali, una manutenzione ordinaria e straordinaria più appropriata e tempestiva delle strutture, un supporto amministrativo negli acquisti e nell'assegnazione del personale più celere ed efficiente fondato sulla qualità e sul merito.

Il Piano appare tirato con il freno a mano, fatto quasi per inerzia e per adempiere ad un compito e non sentito come una grande opportunità di rivoluzionare il sistema, guardare lontano, ambire ad essere protagonisti nel panorama sanitario nazionale.

Si accede nel Piano ad una riduzione del parametro pl/1.000 abitanti in una logica di rispetto del D.M. 70/2015 inerente alla regola del calcolo derivante dalla mobilità sanitaria attiva e passiva all'interno di una rete ospedaliera che eccede in ospedali di base che, per l'esiguo numero di discipline e per la strutturazione dei servizi di supporto (diagnostica di laboratorio e per immagini) ridotti a servizi di pronta disponibilità e di guardia attiva, potranno dare un contributo minimale alla tenuta del sistema con il rischio non solo di cristallizzare l'attuale situazione di saldo negativo per la Puglia della mobilità ma di peggiorarla. Quanto asseriamo assume maggior valore alla luce del fatto che il Piano ospedaliero non ha affrontato affatto il tema della continuità ospedale-territorio nell'ottica del filtro all'ospedalizzazione inappropriata non solo nei nostri ospedali ma anche in quelli delle altre Regioni.

Il piano di riordino appare come una manutenzione dell'esistente, non un programma di cambiamento per conseguire più alti livelli di qualità dell'offerta e di progressiva riduzione delle addizionali fiscali, in modo che il Servizio sanitario regionale possa nel lungo periodo mantenersi con il solo finanziamento del Fondo sanitario nazionale.

Difetta l'innovazione organizzativa, l'omogenea redistribuzione territoriale dei posti letto per discipline, l'implementazione di discipline tra loro complementari e temperanti il processo di cura, la giusta allocazione territoriale di strutture utili a disegnare le reti tempo dipendenti e per patologia.

Com'è pensabile presentare un I.R.C.C.S. come il De Bellis ad indirizzo gastroenterologico senza la previsione dell'endoscopia digestiva.

Com'è possibile pensare di chiudere il presidio di Triggiano e con esso la struttura di psichiatria e dotare la Provincia di Bari con 1,266 milioni di abitanti di soli 44 p.l. quando a Foggia 45 pl/600.000 abitanti e a Lecce 61 pl/800.000 abitanti. Significa non aver valutato nulla perché chi conosce le problematiche assistenziali già oggi con la struttura di Triggiano funzionante nella Provincia di Bari per i TSO e per gli scompensi si è costretti a migrare per trovare posti letto liberi.

Com'è possibile tollerare che in tutta la città di Bari, nonostante la ridondanza delle strutture sanitarie di 2 e 1 livello, non è previsto un servizio di endoscopia digestiva e per tutta la provincia sono previsti solo ad Altamura e a Monopoli. Come detto, neanche a Castellana nell' I.R.C.C.S. De Bellis ad indirizzo gastroenterologico

Schizoide è da considerarsi poi a nostro avviso la rete di assistenza cardiologica, concentrata essenzialmente su Bari, disorganica nella complementarietà tra cardiocirurgia, cardiologia, emodinamica e UTIC, più rappresentata in strutture non dotate di DEA e di Pronto Soccorso e quindi fuori dalla rete dell'emergenza-urgenza che all'interno di questa, allocata sul territorio con una disomogeneità che lascia spaventosamente scoperte ampie zone del territorio regionale.

Stesso discorso vale per la rete UTIN, a Foggia e Bari stesso numero di posti e strutture nonostante la differenza di numero di abitanti con in mezzo la BAT senza UTIN.

Ed anche ai fini della costruzione della rete del trauma ci si aspettava la distribuzione di presidi ospedalieri di 1° o 2° livello capaci di far fronte al poli-trauma ed invece ci ritroviamo per esempio che un politrauma che assorbe la competenza neurochirurgica e quella di chirurgia toracica potrebbe essere trattato solo a BARI, Foggia e San Giovanni Rotondo e a Lecce.

Ed ancora, com'è possibile incrementare a giusta ragione il numero dei posti letto fino a 134 nell'I.R.C.C.S. oncologico di BARI nel mentre si lascia inalterato il numero di 4 p.l. di rianimazione quando oggi nella chirurgia oncologica si procede sempre più con tecnica di chirurgia demolitiva e ricostruttiva spinta che richiedono la disponibilità di posti letto di rianimazione per sostenere le funzioni vitali dell'organismo.

Per non parlare di vere e proprie lacune o dimenticanze o altro. Si riorganizza l'ospedale pediatrico Giovanni XXIII e lo si lascia senza oncoematologia pediatrica, senza emodialisi pediatrica e senza neonatologia e UTIN.

Per finire al Policlinico sede di facoltà universitaria di odontoiatria ed in essa sparisce proprio l'odontoiatria. Come non c'è la nefrologia abilitata al trapianto di reni, l'angiologia, l'immunologia, la geriatria, la farmacologia clinica, l'onco-ematologia, l'oncologia, la tossicologia, l'emodialisi (sparita l'emodialisi attualmente funzionante), la dietetica e dietologia, l'endoscopia digestiva e la radiologia vascolare interventistica. Di grazia, il policlinico è la più grande Azienda Ospedaliera-Universitaria del meridione e come può attendere alla didattica senza queste funzioni assistenziali ?

Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali

Il D.M. 70/2015 prescrive il rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento definiti dalle regioni in attuazione del DPR 14.01.1997 e delle successive disposizioni regionali in materia nonché in attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" .

Requisiti che nel Piano di Riordino vanno verificati in rapporto ai posti letto e ai reparti con loro dotazione tecnologica e strumentale e non risultano essere verificati. Si corre il rischio che posti letto o reparti previsti sulla carta non possono essere allocati per mancanza di spazi o per insufficiente dotazione strumentale o per incompatibilità tecnologica.

Né risulta verificato il rispetto del D.M. 70/2015 per ogni presidio ospedaliero, tenendo anche conto del suo interfacciamento con la componente impiantistica e con le attrezzature, con riguardo alla protezione antisismica, all'antincendio, alla radioprotezione, alla sicurezza per i pazienti, degli operatori e soggetti ad essi equiparati, alla graduale sostenibilità energetico-ambientale in termini di riduzione dei consumi energetici, al controllo periodico della rispondenza delle opere edilizie alle normative vigenti.

Reti per patologia

Il D.M. 70/2015 prescrive che all'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale ma nel Piano di Riordino della Giunta Emiliana di reti per patologia non c'è traccia. Parliamo di rete infarto, rete ictus, rete traumatologica, rete neonatologica e punti nascita, rete medicine specialistiche, rete oncologica, rete pediatrica, rete trapiantologica, rete terapia del dolore e rete malattie rare

Reti ospedaliere per le patologie complesse tempo-dipendenti

Nonostante sia richiesto dal D.M. 70/2015 di disegnare nel Piano di Riordino nella prima fase le reti delle patologie tempo-dipendenti a più elevato impatto sanitario e si fa riferimento alla rete per le emergenze cardiologiche, alla rete per il trauma e il politrauma, alla rete per l'ictus, nulla è previsto in merito nel Piano di Riordino.

Continuità ospedale-territorio

Nel D.M. 70/2015 è scritto: "La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà **insufficiente** rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale.

Nel Piano di Riordino non si rileva nessun cenno sulla continuità ospedale territorio

Unità di rischio clinico

La legge di stabilità 2016 ha previsto unità di rischio clinico in ogni ospedale. **Nel Piano di Riordino non v'è traccia.**

Compatibilità finanziaria

Il D.M. 70/2015 introduce una clausola di invarianza finanziaria. A tal fine il Piano di Riordino deve essere articolato senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale.

In più, la Legge di Stabilità 2016 ha previsto che il rapporto costi/ricavi negli ospedali non deve creare uno squilibrio superiore al 10% e comunque non deve essere superiore ai 10 milioni di euro.

Orbene, nel Piano di Riordino non v'è traccia di alcuna verifica anche in termini di proiezione e di business plan della sostenibilità economica dello stesso.

Conclusioni

Per concludere sig. Presidente, colleghi consiglieri, nel Piano di Riordino sono facilmente rilevabili le seguenti discrasie rispetto al D.M. 70/2015:

1. Manca un'approfondita analisi demografica, epidemiologica, dei bisogni e di efficienza ospedaliera alla base di ogni attività di pianificazione

2. Manca uno studio di fondo sul ruolo della sanità pugliese nel panorama sanitario nazionale con i suoi punti di forza e di debolezza per tracciare il disegno, la visione prospettica, la strategia, l'ambizione del Piano
3. Manca la verifica preliminare ed in linea con i processi di pianificazione degli standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali
4. Manca l'individuazione del bacino di utenza (600.000 abitanti minimo) dell'ospedale Perrino di Brindisi che se rapportato alla sola Provincia di Brindisi non potrebbe essere classificato di 2° livello
5. Le Strutture di degenza e dei servizi senza posti letto vanno individuate in base ai bacini di utenza tra un minimo ed un massimo. Va effettuata una verifica complessiva nel Piano di Riordino poiché in molti casi i conti non tornano
6. Per le Strutture Private Accreditate, a partire dal 2015, è possibile sottoscrivere l'Accordo Contrattuale se hanno una dotazione di 60 p.l. per acuti ad eccezione delle strutture monospecialistiche salvo processi di aggregazione. Nella rete ci sono più strutture con meno di 60 p.l. e manca la verifica dell'assoggettamento a processi di aggregazione
7. Affinché si possa salvaguardare la posizione dell'Ospedale di Lucera, si deve tener presente che si considerano svantaggiate le zone distanti più di 90 min da un ospedale di 1° o 2° livello o più di 60 minuti da un Ospedale sede di Pronto Soccorso e non provviste di elisoccorso e, quindi, in assenza di verifica puntuale si rischia la chiusura dell'Ospedale di Lucera da parte del Ministero
8. Va superata la forte disomogeneità distributiva e allocativa di posto letto per disciplina in ciascun territorio anche allo scopo di dissipare forti perplessità sulle reti tempo-dipendenti (emergenza cardiologica, trauma. Ictus) e sulle reti per patologie (rete trapiantologica, oncologica, pediatrica, neonatologica ecc..)
9. Manca l'articolazione della continuità ospedale-territorio
10. Manca la previsione di Unità di Rischio Clinico
11. Va verificata la sostenibilità economico –finanziaria del Piano

Parere definitivo

Per quanto sopra espresso ed evidenziato, noi del Gruppo CoR ravvisiamo l'inemendabilità del Piano che a nostro avviso va completamente rielaborato con la speranza che si faccia tesoro di quanto i soggetti auditi in Commissione e fuori dalla Commissione hanno proposto e sostenuto e delle analisi e dei suggerimenti che abbiamo ritenuto doveroso e necessario rassegnare con il presente documento. **Il nostro parere sul Piano è decisamente contrario**

Cordialità