



CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Gruppo consiliare "MoVimento 5 Stelle"
Presidente

28/7/2016
SIGLA NV-17
f. s.

Deposito nella
sede di aula
del 26/07/2016
[Signature]

Prot. n. 102

Napoli, li 26 luglio 2016

Al Presidente del Consiglio
regionale della Campania

SEDE

Oggetto: *Ordine del giorno ai sensi dell'art. 123 Group*
risoluzione ai sensi dell'articolo ~~198~~, comma 4, Regolamento interno del Consiglio. *(ve)*

Si trasmette in allegato ~~proposta di risoluzione~~, a firma dei Consiglieri dello scrivente Gruppo, relativa alle problematiche del sistema sanitario regionale poste all'attenzione del Consiglio Straordinario, convocato in data odierna, ai sensi dell'articolo 61 del Regolamento interno del Consiglio.

Dr. Tommaso Malerba

A.O.O. Consiglio Regionale della Campania
Protocollo: 0014806/1 Data: 27/07/2016 09:49
Ufficio: Segreteria Generale
Classifica:



26/07/16
T. Malerba



Consiglio Regionale della Campania

Gruppo Movimento 5 Stelle

ATTIVITA' ISPETTIVA
REG. GEN. N. 108/4/X
LFB:AA

APPROVATO / A

SEDUTA DI CONSIGLIO REGIONALE

DEL

28.07.2016



Legge 161/2014. Sistema sanitario regionale. Indirizzi operativi

Risoluzione

Ordine del giorno

A firma dei Consiglieri

Malerba

Cammarano

Ciarambino

Cirillo

Muscarà

Saiello

Viglione

1. Temi di carattere generale

1.1) Ripartizione del fondo sanitario

La Regione Campania dovrebbe sollecitare il Governo a rivedere i criteri e i meccanismi di distribuzione delle risorse sull'intero territorio nazionale per garantire il diritto alla Salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione, promuovendo tutte le iniziative utili affinché vi sia un generale aumento del finanziamento del SSN adeguato e coerente con le sue finalità istitutive e una sua equa ripartizione in Sanità, e per consentire una standardizzazione del sistema, superando il divario che separa le regioni del Sud e dunque la nostra regione dal resto d'Italia.

Al Sud si muore di più e si vive meno in salute: lo dicono i rapporti dell'Istat, del Censis, gli studi Eurocare, la stessa Corte dei Conti.

In ragione di ciò vanno sicuramente rivisti i criteri di attribuzione delle risorse, in nome e in coerenza con l'articolo 3 della Costituzione italiana, secondo cui è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli che limitano l'eguaglianza dei cittadini.

Al primo posto dell'agenda politica della Regione Campania vi è dunque la necessaria ridefinizione dei parametri di attribuzione del fondo sanitario, che tenga in considerazione fattori socio-economici come la povertà e la scarsa consapevolezza culturale o le condizioni ambientali, nonché i dati epidemiologici.

1.2) Le nomine dei direttori generali

Nella convinzione che la buona sanità debba passare, in primo luogo, per una dirigenza onesta e meritevole, selezionata sulla base di criteri oggettivi e premianti, una strenua opposizione è stata condotta dal Movimento avverso la nuova normativa sulle nomine dei direttori generali improntata a vecchie logiche, le stesse che hanno portato alla completa negazione in Campania dell'effettività della tutela di un bene primario, quale quello contemplato dall'articolo 32 della Costituzione; logiche che hanno spinto il Presidente De Luca a ricercare meccanismi idonei a svincolarsi e a disattendere regole di rilievo nazionale che di qui a breve avranno definitiva attuazione e sulle quali il Ministero della Salute ha evidenziato profili di illegittimità, lasciando ora la decisione al Governo in ordine alla impugnativa.

1.3) Orario di lavoro e legge 161/2014

La legge europea 2013-*bis* ha stabilito che gli orari di lavoro in ambito sanitario debbono essere uniformi in tutti i Paesi membri, dunque Italia compresa. La Commissione europea, infatti, ha ripreso l'Italia sull'applicazione dell'orario di lavoro e ha chiesto alle autorità italiane di essere informata sull'attuazione della direttiva nel settore sanitario in tutto il territorio italiano. In particolare, la Commissione europea, nella lettera inviata all'Italia, ha chiesto informazioni relativamente al rapporto tra riposi, guardie e reperibilità, alla durata massima settimanale dell'orario di lavoro e al periodo di riferimento in cui effettuare il calcolo medio, e alla modalità di calcolo delle ore di lavoro prestate in libera professione a favore dell'azienda sanitaria.

re

Il Governo ha risposto con l'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161, che dispone l'abrogazione, decorsi dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge, delle norme che escludono l'applicazione, per il personale delle aree dirigenziali degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, della disciplina generale relativa al riposo giornaliero e, per il solo personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, di quelle in materia di durata media massima dell'orario di lavoro settimanale (rispettivamente articoli 7 e 4 del decreto legislativo n. 66 del 2003).

Successivamente, il medesimo articolo 14 ha previsto la conseguente abrogazione anche delle disposizioni contrattuali.

E, ancora, il succitato articolo 14 prevede, inoltre, che, per far fronte alle esigenze derivanti dalle abrogazioni citate, le regioni garantiscono la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari e l'ottimale funzionamento delle strutture, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, attuando, a tal fine, appositi processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi dei propri enti sanitari.

Secondo la ANAO Assomed servono almeno 6 mila medici per coprire le carenze di dotazione organica che, attualmente, impediscono una corretta applicazione della normativa europea e, senza un confronto in sede contrattuale, come previsto dall'articolo 14, comma 3, della legge n. 161 del 2014, per disciplinare le eventuali deroghe al riposo giornaliero, il rischio che il procedimento di infrazione venga rinviato è altissimo. Non solo. Di fronte ad una diffusa e persistente disapplicazione della normativa europea in materia di organizzazione del lavoro, sarà inevitabile aprire il contenzioso anche presso le direzioni territoriali del lavoro.

Al fine di garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, il comma 541, lettera b), della legge di stabilità 2016, ha disposto che, entro il 29 febbraio 2016, le regioni e le province autonome definissero un piano concernente il fabbisogno di personale contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle norme vigenti,

La scadenza del 29 febbraio non è stata rispettata. Nella circolare inviata dal Ministero il 25 febbraio 2016, le regioni erano state invitate ad inviare le informazioni e, a loro volta, le informazioni erano necessarie per poter dare attuazione al comma 543 della legge di stabilità 2016, relativo ai concorsi per procedere a nuove assunzioni, di cui il 50 per cento dei posti riservabile a personale già in servizio. Come Movimento 5 Stelle, abbiamo presentato interrogazioni tanto in Parlamento quanto in Consiglio regionale.

Con riguardo al primo punto, sono state chieste al sottosegretario informazioni circa lo stato della trasmissione dei piani di definizione dei fabbisogni del personale da parte delle regioni e rendere pubblici i documenti trasmessi dalle regioni medesime e così rendersi garante della sicurezza, delle cure e della continuità nell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni e della corretta applicazione nella normativa europea, nonché rispondere adeguatamente ai moniti della Commissione europea.

In Consiglio regionale, è stata, poi, presentata una interrogazione a risposta scritta al fine di conoscere quali iniziative la regione ha messo in campo e, nello specifico, quali interventi

VR

riorganizzativi per assicurare il rispetto della normativa sugli orari di lavoro e garantire adeguata assistenza sanitaria.

1.4) Percorso nascite

Obiettivo della Regione, come riportato anche nel DEFR, è la riduzione dei parti cesarei.

Tale obiettivo appare del tutto coerente con la articolata mozione sul tema del M5S approvata in Consiglio regionale, che viene però solo in minima parte recepita nel documento anzidetto. Si dice che si vuole ridurre la percentuale di parti cesarei ma non si attuano misure determinanti al riguardo, le solite vaghe enunciazioni.

L'Italia ha il triste primato di essere il Paese europeo con maggiori parti cesarei: degli oltre 491.000 parti che avvengono ogni anno, più di 154.000 sono portati a termine con il taglio cesareo. Recenti stime dimostrano che questa pratica presenta un fattore di rischio di mortalità della madre da 2 a 4 volte superiore rispetto a quello naturale.

La quota più elevata di parti cesarei si registra in Campania (56,6 per cento). Si evidenzia che la Campania ha innalzato la sua percentuale di parti cesarei a partire dal 1992, coincidente con l'anno in cui vengono introdotti i raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD) con i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993. In Lombardia, nel 2005, mediante un'educazione al parto molto accurata, una buona assistenza ostetrica e un reparto di patologia neonatale adiacente alla sala parto, si sono ottenuti buoni risultati portando la media dei parti cesarei a livello delle medie europee. Ciò è stato possibile anche modificando il Diagnosis related group. il tariffario che stabilisce i rimborsi alla struttura sanitaria da parte del Servizio sanitario nazionale. La modifica ha concesso di pagare il parto cesareo quanto un parto spontaneo (mentre normalmente in Italia il primo costa molto di più del secondo).

Occorre pertanto dare attuazione immediata alle misure contenute nella mozione già approvata, e procedere ad equiparare i rimborsi per il parto cesareo a quello naturale ed avviare iniziative di educazione e di protocolli clinico-organizzativi a livello locale.

2. Piano Ospedaliero (DCA 33/2016)

L'analisi del Piano Ospedaliero, approvato con DCA 33/2016, lascia emergere le seguenti criticità che, a fini di semplificazione, sono declinate in criticità di metodo, di merito ed afferenti casi specifici

2.1) Criticità di metodo

A) Mancata condivisione dei contenuti del Piano

In via preliminare, si evidenzia la assoluta mancanza di interlocuzione sui contenuti del Piano con i soggetti a vario titolo coinvolti nel settore dell'assistenza sanitaria: ci si riferisce, in particolare,

2

all'assenza di condivisione delle scelte effettuate con le rappresentanze sindacali, le associazioni di categoria, i comitati dei cittadini che, in maniera ripetuta, hanno denunciato la compromissione del ruolo loro spettante.

Non è da sottacere, inoltre, la totale esautorazione del ruolo spettante all'Assemblea Legislativa regionale: se per la legislatura scorsa il doppio ruolo Presidente della Regione / Commissario ad acta aveva mascherato la totale sostituzione statale nei confronti della Regione, oggi l'invio del Commissario di Governo rende cristallina la completa mancanza di poteri del Presidente della Regione e dello stesso Consiglio regionale.

Vi è di più, una materia, quale quella alla sanità, involgente aspetti di estrema delicatezza, richiede la celere ed improcastinabile individuazione di un assessore che possa occuparsi in via esclusiva delle relative problematiche, che possa mediare tra le diverse istanze e che sia in grado di riscontrarle in via puntuale. Non è pensabile che la sanità campana rappresenti una delle tante materie che il Presidente ha deciso di riservare a sé, con la conseguenza di non poter fornire le risposte agli interrogativi di volta in volta emergenti. Non è pensabile di dover ricevere risposte, in materia di sanità, dall'assessore al Turismo, evenienza, questa intercorsa, nell'ultima seduta di question time svoltasi in consiglio regionale

Si chiede, pertanto, al fine di porre rimedio alle problematiche suesposte, la nomina di un Assessore cui attribuire in via esclusiva la delega in materia sanitaria, dando completa attuazione alla previsione statutaria dettata dall'articolo 50, comma 4 a mente del quale "Il Presidente ripartisce tra gli assessori l'esercizio delle funzioni per settori organici di materie".

B) Utilizzo acritico degli standard di calcolo dei posti letto previsti dal Decreto Balduzzi

Il nuovo Piano Ospedaliero prevede, secondo i criteri di calcolo dettati dal Decreto Balduzzi (DM 70/2015), una dotazione complessiva di posti letto pari a 19.628, che viene calcolata in base alla popolazione "pesata" e corretta dalla mobilità sanitaria.

Il metodo di calcolo menzionato mostra il fianco a due critiche principali: in primo luogo, per popolazione pesata si intende il numero di residenti corretto per età e, come è noto, la regione Campania ne risulta danneggiata, in ragione della giovane età della popolazione in essa residente. I dati epidemiologici, tuttavia, mostrano un andamento crescente delle patologie in età pediatrica ed adolescenziale, dati che necessitano di adeguata risposta nella programmazione regionale. L'Istituto Superiore della Sanità, con riguardo alla sola Terra dei Fuochi, ha evidenziato un incremento della mortalità che va oltre il 10% nella provincia di Napoli e del 5% circa in quella di Caserta. L'aspetto più preoccupante riguarda la salute dei bambini, anche se in questo caso l'eccesso non è nella mortalità, bensì nel tasso di ospedalizzazione. I ricoveri nel primo anno di vita per tumori sono il 51% in più nella provincia di Napoli e il 68% in più in quella di Caserta rispetto alla media nazionale.

ve

In secondo luogo, la mobilità extra regionale, assunta quale correttivo al calcolo dei posti letto, assume la connotazione di un dato acquisito e non già di aspetto fortemente critico cui porre rimedio mediante scelte volte a contrastare il fenomeno. Il Piano Ospedaliero, di recente emanazione, incentrato a prioritari obiettivi di riduzione dei costi, dovrebbe rinvenire soluzioni adeguate al fenomeno della richiesta di assistenza fuori regione, proprio in considerazione della consistente incidenza sul bilancio sanitario. Come è noto, infatti, i ricoveri fuori Regione pesano sui bilanci degli enti di provenienza in misura doppia rispetto al ricovero nella regione di residenza.

Il Piano prevede l'attivazione programmata di nuovi 1.424 pl aggiuntivi.

La sterile applicazione degli standard previsti dalla normativa Balduzzi rappresenta un banale esercizio di matematica che si scontra però con la realtà, molto più articolata e complessa.

Per una razionale distribuzione dei posti letto sul territorio occorrerebbe conoscere: indici di occupazione posti letto, tasso di ricoveri, numero procedure annuali, indici di rischio e risultati valutati a distanza, per ciascuna struttura. Trattasi di dati difficilmente reperibili e poco trasparenti.

Infine, si registra, l'assenza di un raffronto dei posti letto programmati per disciplina e per struttura con i posti letto ad oggi attivi per disciplina e per struttura.

Si chiede, pertanto, trasparenza sul complesso dei dati suindicati e misure concrete volte a contrastare il fenomeno della mobilità che oltre a rappresentare una consistente voce di spesa del bilancio regionale, rappresenta una ulteriore causa di sofferenza per l'ammalato.

C) Posti letto per disciplina. Determinazione del fabbisogno e distribuzione nelle strutture

Il D.M. n.70/2015 individua la distribuzione territoriale dei posti letto, in base ai bacini di utenza e tipologia di ospedale e dei punti di erogazione per disciplina, ma rinvia ai livelli regionali, in base ai dati epidemiologici locali, l'individuazione del fabbisogno di posti letto per disciplina, indicando un indirizzo metodologico per calcolarlo (allegato al punto 3.2).

Nel piano ospedaliero in discussione non c'è adeguata trasparenza e tracciabilità del processo che ha determinato la programmazione del numero dei posti letto per disciplina, e relativa distribuzione, ma solo il suo risultato finale che è riportato nella Tabella A.1.

Si registra, poi, una disomogeneità tra densità di popolazione e posti letto: così, nel piano, l'Asl Napoli 3 Sud che conta 13 Distretti e 8 Ospedali e che ha una popolazione di 1.100.000 abitanti sarebbe dotata di 2.242 posti (di cui 1.107 presso Strutture accreditate) a fronte dei 6.696 della sola Asl Napoli 1 Centro, a parità di popolazione residente.

Si chiede, pertanto, la riformulazione del Piano con l'evidenza dei parametri assunti a fondamento della distribuzione di posti letto per ciascuna disciplina, nonché le ragioni della sproporzione, a parità di popolazione residente, afferente al numero di posti letto attribuiti all'Asl Na 3 Sud e all'Asl Na 1 Centro.

D) Mancanza di una programmazione territoriale

Il DCA n.49/2010 si proponeva il "riassetto della rete ospedaliera e territoriale". Il presente piano, invece, ha ad oggetto la sola programmazione della Rete Ospedaliera, e non contempla tra gli obiettivi l'intervento sulla rete territoriale, se non per alcuni aspetti più strettamente connessi alla rete ospedaliera. Ciò costituisce un limite notevole, in quanto la riorganizzazione ed il potenziamento del territorio sono condizioni indispensabili e propedeutiche per una riorganizzazione ospedaliera, riorganizzazione che si pone in termini di complementarietà rispetto alla rete ospedaliera, atteso che l'implementazione dell'offerta territoriale comporta riduzione dei ricoveri inappropriati.

Si chiede, pertanto, la pronta emanazione di un documento di riassetto della rete territoriale che integri e completi la programmazione ospedaliera

E) Mancanza di un'analisi di fattibilità e di un cronoprogramma

Manca un'analisi approfondita di fattibilità dell'attivazione dei nuovi posti letto previsti, analisi effettuata sulla base del fabbisogno di risorse umane e di eventuali investimenti per le riconversioni (strutture e tecnologie).

Il limitato sblocco del turn over, pari, al momento, al 70% del personale cessato nel 2015, non consente di coprire le necessità relative all'attivazione delle numerose nuove strutture.

Con riguardo al cronoprogramma, mentre tempi certi vengono posti per le disattivazioni di strutture esistenti, tempi incerti, e con troppe variabili, ci sono per quelli delle nuove attivazioni, con il duplice rischio di discrezionalità e disomogeneità applicative del piano e di gravi carenze e disomogeneità assistenziali, anche in considerazione del reiterarsi della dissociazione, sia in contenuti che in tempi di attuazione, tra programmazione ospedaliera e territoriale.

Si chiede, pertanto, al fine di porre rimedio alle criticità succitate, un governo centrale e condiviso per il reclutamento di nuovo personale affinché esso corrisponda ad effettive priorità globalmente verificate e non lasciate alla solerzia e "potenza" delle singole aziende.

Si chiede, inoltre, un cronoprogramma attendibile degli interventi e modulato nei tempi di modo da distinguere gli interventi da attuare nell'immediato rispetto a quelli da attuare successivamente, in attesa di ristrutturazioni, acquisto di idonee strumentazioni e servizi, acquisizione di personale.

F) Edilizia sanitaria

Si registra assoluta genericità nell'indicare la volontà di costruire nuovi ospedali. Particolarmente opportuna, in un Piano improntato all'osservanza di tetti di spesa, sarebbe stata una preliminare ricognizione del patrimonio immobiliare, con l'individuazione di quale parte è utilizzabile, per quali

VC

fini e con quali costi, anche per valutare eventuali alienazioni ad enti pubblici o a privati, con risparmio di una gestione improduttiva e con eventuale messa a reddito.

È un dato inconfutabile quello relativo all'assoluta assenza di manutenzione, riduzione al minimo degli investimenti e dell'attenzione organizzativa rispetto a quegli ospedali oggetto di interventi di riconversione, allorquando non vi sia la chiara enunciazione della relativa tempistica.

Si chiede, pertanto, una ricognizione del patrimonio immobiliare, volto a consentire risparmi di spesa e la piena valorizzazione del patrimonio esistente in uno alla programmazione di interventi di edilizia idonei a preservare la funzionalità dei presidi oggetto di interventi di riconversione.

G) Sostenibilità economica

Manca uno studio di fattibilità ed ogni evidenza oggettiva del ritorno economico del piano sanitario, dato il task prioritario del rientro dal disavanzo. Si parla genericamente di tagli per risanare il bilancio ma non è definito l'obiettivo, né si rinviene alcuna evidenza che le scelte operate siano le più convenienti sotto il duplice profilo della garanzia dell'assistenza sanitaria e della riduzione dei costi.

Si chiede, pertanto, la opportuna integrazione del Piano con i dati economici attesi quale esito dell'attuazione delle misure in esso contemplate.

2.2) Criticità di merito

A) Personale sanitario

Con Decreto commissariale le aziende sanitarie sono state autorizzate a procedere al reclutamento del personale per la copertura dei posti resi vacanti dal personale cessato nel 2015 nella misura del 70%.

Il documento recante la definizione del fabbisogno di personale delle Aziende Sanitarie della regione Campania, elaborato su disposizione della struttura commissariale, indica, quale numero delle assunzioni di personale prospettato per la piena attuabilità del Piano Ospedaliero, 4.951 unità al 2018, comprendente tutte le figure professionali.

Le organizzazioni sindacali hanno già fortemente criticato il documento, rilevando la insufficienza del dato, volto più al rispetto dei tetti di spesa che non alla garanzia di qualità dell'assistenza, e l'erroneità del dato calcolato sulla base dei posti letto.

Ancora aperta è, inoltre, la questione relativa al ricorso a forme alternative di reclutamento del personale per potenziare gli organici medici e paramedici.

Ci si riferisce, in particolare, alla stabilizzazione dei precari e al ricorso alla mobilità regionale, le quali potrebbero attuarsi, sempre nel rispetto del pubblico concorso, mediante la previsione di una percentuale di posti riservati, nel primo caso, al personale precario che abbia prestato servizio per almeno 36 mesi, nel secondo caso, ai dipendenti campani assunti fuori regione.

Con riguardo alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, occorrerebbe chiarire i vantaggi sottesi al ricorso a tale modulo organizzativo piuttosto che a prestazioni di lavoro subordinato.

Va, infine, sottolineata la necessità di arginare il ricorso a società interinali o al convenzionamento con cooperative se non per circostanze straordinarie. Il lavoro interinale garantisce, infatti, una delle forme più rapide per acquisire tempestivamente il personale mancante e consente di risolvere rapidamente e per brevi periodi criticità organizzative che si manifestano nei servizi e nei reparti con tempi di preavviso ridotto (ad esempio infortuni, malattie, maternità) e che potrebbero avere ricadute sull'assistenza ai pazienti.

Si chiede, pertanto, di avviare una indagine, quale leva per un ulteriore sblocco del turn over, al fine di comprendere se il ricorso sistematico, e non già eccezionale, a tali forme alternative di reclutamento del personale, abbia comportato una riduzione effettiva dei costi relativi alla gestione delle risorse umane; o, se all'opposto, una razionale e programmata assunzione di personale secondo le regole del pubblico concorso sarebbe stata maggiormente idonea a garantire il controllo dei costi medesimi. Parimenti e, con specifico riferimento alla mobilità extra regionale, si chiede un intervento volto a semplificare le procedure stesse mediante abolizione del nullaosta preventivo dell'azienda di appartenenza.

B) Il privato accreditato

Nella pianificazione della Rete Ospedaliera regionale il ruolo della Sanità Privata è paritetico, cioè, le strutture private divengono essenziali alla assistenza sanitaria regionale.

Le nuove norme prevedono l'accreditamento solo per strutture con più di 60 posti letto, mentre per quelle più piccole, tra 40 e 60 posti letto, sarà consentita la convenzione solo se si accorperanno. Lo scopo è quello di evitare una frammentazione di iniziative imprenditoriali a basso investimento. In questo modo il mondo della Sanità Privata sarà sempre più costituito da grandi gruppi finanziari, con fortissimi capitali investiti.

Occorre inoltre intervenire in maniera incisiva non solo ex ante, nella chiara definizione dei criteri di accreditamento, ma necessariamente anche ex post, nella valutazione delle performance e nella verifica dei risultati in termini di efficacia terapeutica, qualità dei servizi erogati, oltre che nel controllo serrato della persistenza dei requisiti per l'accreditamento.

Si chiede, pertanto, un insieme di misure volto a ridimensionare il ruolo del privato accreditato al fine di restituire la sanità al sistema pubblico.

Si chiede, altresì, di intervenire in maniera incisiva non solo ex ante, nella chiara definizione dei criteri di accreditamento, ma necessariamente anche ex post, nella valutazione delle performance e nella verifica dei risultati in termini di efficacia terapeutica, qualità dei servizi erogati, oltre che nel controllo serrato della persistenza dei requisiti per l'accreditamento.

C) Punti nascita, assistenza neonatale e rete pediatrica

Le Linee guida dell'accordo Stato-Regioni del 2010 prevedono che, per la qualità e la sicurezza dell'assistenza dei piccoli pazienti, i reparti di terapia intensiva neonatale (TIN) devono essere

me

posti in ospedali che abbiano un reparto di maternità idoneo ad assistere le gravidanze a rischio. E' solo con la coesistenza di maternità e TIN infatti che si può assicurare immediata assistenza ai piccoli prematuri. In difformità con tale normativa, il presente Piano Ospedaliero prevede la presenza di TIN al Santobono, dove non c'è la Maternità, e la Maternità in presidi, quali il San Giovanni Bosco, dove non è presente la TIN. Inoltre, dispone l'attivazione di una TIN presso l'AOU SUN che, non essendo sede di DEA, non possiede i requisiti individuati dalle Linee Guida regionali.

Non comprensibile appare il persistente smantellamento dell'Ospedale "Annunziata", storico presidio pubblico ginecologico-pediatrico del centro storico dotato, sino al 2012, di maternità, TIN e pediatria. Dopo la parentesi di fusione con il Santobono-Pausillipon, ai sensi del Decreto n°13/2016, dal 1° luglio torna alla ASL Napoli 1 Centro, ma svuotato delle proprie funzioni e competenze. Infatti, saranno azzerate le degenze pediatriche e l'ospedale si trasformerà in un presidio territoriale con la attivazione di una Unità Complessa Cure Primarie ed Osservazione Breve diurna gestita dai pediatri convenzionati, privando così il centro storico di un importante presidio pubblico a vantaggio del privato accreditato.

L'attivazione di pediatria e TIN presso il Loreto Mare, dovrebbe avere un percorso privilegiato, invece la disponibilità di detto presidio a sottoporsi ad una riorganizzazione con i relativi lavori avverrà solo all'apertura completa dell'Ospedale del Mare e i vincoli economici e di reclutamento del personale difficilmente consentiranno l'apertura dei nuovi reparti nel tempo di vigenza del piano.

Con riguardo al P.O. Monaldi, nel Piano Ospedaliero a pag. 39 si prende atto che *"il modello finora seguito (TIN senza punto nascita) non è stato ottimale in quanto, pur essendo stata ridotta la mortalità del cardiopatico critico in età neonatale, resta l'entità degli esiti neurologici, che colpiscono, almeno per le patologie cardiache più critiche, fino al 50 % dei sopravvissuti"*.

A tal proposito, si evidenzia che proprio mentre si pone l'obiettivo di disattivare, per assicurare qualità e sicurezza, i punti nascita con meno di 1000 parti/anno, si prevede presso il P.O. Monaldi un punto nascita di soli 4/8 p.l. e per un'utenza molto limitata, alla quale non può essere assicurato l'expertise proprio in ragione della esiguità dei posti letto e dei relativi interventi.

Con riguardo al Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN), si registra la concentrazione di due STEN a distanza di circa 2 km l'uno dall'altro (Santobono e Federico II), creando il presupposto di possibili ritardi nell'intervento di soccorso in aree distanti ed opposte della città e delle province con rischio di gravissime conseguenze.

Parimenti dicasi per il Sistema Trasporto Assistito Materno (STAM) attivato presso la AOU Federico II e il Cardarelli.

Si chiede, pertanto, la piena attuazione ed osservanza della normativa suindicata individuando i necessari correttivi nell'attuale programmazione.

D) Rete Emergenza-Urgenza

Relativamente alla Rete Emergenza ed Urgenza si evidenzia che nel Piano Ospedaliero non è prevista la pianta organica dei medici da adibire al Servizio 118 e alle strutture territoriali: il

12

depotenziamento territoriale dell'assistenza medica in emergenza (su pazienti in pericolo di vita!) contrasta con la necessità di garantire il potenziamento delle attività sanitarie sul territorio come sancito dal regolamento delegato dal D.L. 95/2012 recepito con intesa in conferenza Stato-Regioni il 5.08.2014.

Il taglio del numero di ambulanze "medicalizzate" previsto nel Piano risulta particolarmente penalizzante in quei Comuni classificati svantaggiati ai sensi della direttiva CEE 268/75, 273/75, 167/84 ricadenti nelle AA.SS.LL. di Avellino (meno 47%), Benevento (-40%), Salerno 1 e 2 (-28%), Caserta (-21%). Il notevole disequilibrio dell'offerta sanitaria che si determina tra le varie realtà è in palese violazione con la legge istitutiva dell'emergenza (art. 1 DPR 27 Marzo 1992) che impone di assicurare il livello assistenziale di emergenza sanitaria con carattere di uniformità sull'intero territorio.

Nel delicato sistema del 118 della provincia di Benevento, Salerno, Avellino e Caserta la riduzione dei medici a bordo delle ambulanze avrà inevitabili gravi ripercussioni nelle aree disagiate dei comuni ricadenti nelle comunità montane dove non sarà possibile garantire l'assistenza medica negli otto-venti minuti previsti dalla legge.

Non si può peraltro non evidenziare che al depotenziamento dell'Emergenza Territoriale del 118 corrisponde un aumento della spesa, prevedendosi nell'intera regione l'inspiegabile spesa per l'acquisto di 99 nuove auto mediche a cui vanno aggiunti i costi dovuti alle ulteriori sedi per le postazioni delle auto mediche, per infermieri ed autisti.

Inoltre, nel piano ospedaliero regionale non vengono considerate ed organizzate le emergenze/urgenze subacquee ed iperbariche di cui non sono indicate né le strutture presenti sul territorio nelle A.O, AOU, ASL, enti accreditati, né c'è una classificazione come HUB e SPOKE, né tantomeno vengono attribuite competenze e percorsi per gli interventi.

L'Azienda dei Colli (Monaldi, Cotugno, Cto) e i due Policlinici Universitari parteciperanno al sistema dell'emergenza urgenza con la sola accettazione: in pratica continueranno a non aprire un loro Pronto Soccorso, ma si renderanno "accoglienti" per i trasferimenti da altre strutture.

Si chiede di intervenire, al fine di porre rimedio alle criticità su menzionate.

E) Rete Oncologica

La rete oncologica, a fronte di dati che segnalano diagnosi tardiva per carenza di screening, assenza di percorsi di cura di qualità e aumento del tasso di mortalità che in Campania è di 1.2 punti superiori alla media italiana (Rapporto BES 2015), è peggiorata considerato che i posti letto per degenze complesse, relative al paziente oncologico gravoso di possibili complicanze, non sono concentrati in Poli Specialistici Provinciali, ma distribuiti in presidi ospedalieri periferici a bassa complessità di cure e prive di discipline di alta complessità.

Il piano è contraddittorio, perché non valorizza le eccellenze maturate negli anni in Campania e non definisce il ruolo del "Pascale" come centro unico regionale di riferimento della rete oncologica e non supera la frammentazione dei percorsi assistenziali.

Si sopprime il reparto di Oncologia nel P.O. di S. Agata de' Goti che proprio la Finanziaria Regionale (L.R. n°6/2016, art.22, co.3) ha individuato come Polo Oncologico Pluriterritoriale da

potenziare per fornire una risposta alla emergenza "Terra dei fuochi" che si concentra nel territorio a nord della provincia di Napoli ed a sud del territorio di Caserta.

Tutto questo in assenza di una riorganizzazione ed un potenziamento della rete oncologica territoriale con percorsi di cura di qualità mirati e personalizzati attraverso specifici P.D.T.A. (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali), in grado anche di ridurre anche la frammentazione della chirurgia oncologica, ai sensi del DM n°70/2015 e sulla scorta dei dati forniti dal Piano Nazionale Esiti (P.N.E.)

Il piano non prevede un piano di investimenti di personale e di tecnologie, nonché un cronoprogramma vincolante di interventi mirati per rilanciare l'attività dell'I.R.C.C.S. "Fondazione G. Pascale", unico centro di eccellenza oncologico pubblico regionale.

Inoltre, la Oncologia Pediatrica del "Santobono – Pausilipon" andrà a costituire un Dipartimento integrato con la S.U.N., mediante l'utilizzo del progetto "netcop" del quale non è indicato l'entità del finanziamento, penalizzando una delle eccellenze della Azienda rappresentata dalla Onco – Ematologia del Pausilipon.

Si chiede di riformulare il piano accogliendo i rilievi anzidetti.

F) Rete Cardiologica

Le strutture della rete cardiologica sono ubicate prevalentemente nella città di Napoli e quindi non riusciranno a garantire un equo accesso a tutti i cittadini campani, in particolare a quelli delle zone interne e della zona a sud di Salerno. Da queste zone per raggiungere i centri Hub di 1° livello spesso si superano i 60/90 minuti e quindi sarebbe stato opportuno potenziare la rete territoriale con una redistribuzione dei centri Hub di 1° livello e/o con il trasporto primario in Elicottero.

Si chiede la garanzia di un equa distribuzione sul territorio delle strutture inserite nella rete cardiologica ed un potenziamento della rete territoriale

G) Liste di attesa

Il Piano, poi, non affronta una delle maggiori criticità del sistema che è rappresentata dall'aumento delle liste di attesa che determina grande insoddisfazione da parte dei cittadini, alimenta la fuga verso il privato e sostiene la migrazione sanitaria extra-regionale dei cittadini.

La riduzione delle liste di attesa deve essere perseguita, previa analisi della domanda e dei fabbisogni di salute e di personale, qualificando l'offerta delle prestazioni erogate, verificandone appropriatezza ed efficacia, attraverso un incremento dei posti letto per le patologie interessate ed un aumento del personale.

Si chiede, pertanto, la riduzione dei tempi di attesa, individuando questa finalità quale obiettivo precipuo del mandato della dirigenza aziendale apicale e quale elemento di valutazione del relativo operato.

2.3) Casi specifici

1

Il grave atteggiamento di chiusura al dialogo che la struttura commissariale ha tenuto nel processo di riorganizzazione del settore sanitario campano, attuato senza alcun confronto con gli operatori sanitari e con le istituzioni di prossimità, e il reiterato mancato ascolto delle istanze provenienti dai cittadini, hanno fatto crescere pericolosamente la tensione sociale su un tema fondamentale quale il diritto alla salute.

L'assenza di una reale e franca interlocuzione ha spinto molti cittadini a riunirsi in comitati civici e a sottoscrivere petizioni volte ad evidenziare le numerose criticità del Piano Ospedaliero, nella speranza di portare alla luce le molteplici disfunzioni del sistema sanitario che continuano a penalizzare soprattutto le realtà più complesse e disagiate.

La casistica che segue non vuole essere certamente esaustiva, trattandosi di una realtà molto ampia e articolata, ma ha l'intento di portare in evidenza quelle che sono alcune delle istanze maggiormente rappresentative che sono pervenute dalla cittadinanza e dagli operatori del settore.

A) Ospedale del Mare

Incerta l'attivazione a regime, vista l'indeterminatezza dei tempi richiesti per il funzionamento e l'erogazione di un servizio adeguato alla cittadinanza e per il reclutamento del personale necessario.

Inoltre, non si può trascurare la circostanza che l'ospedale del mare è stato costruito in area ad alto rischio vulcanico, senza tenere conto, quindi, dei rischi geologici permanenti ed irrisolvibili.

B) AOU SUN

Per quanto concerne la provincia di Caserta, a distanza di oltre 10 anni dall'avvio dei lavori, il piano non prevede tempi certi per il completamento e la consegna della nuova Azienda Universitaria della S.U.N. i cui 350 posti letto non sono ancora fruibili dalla popolazione.

C) Depotenziamento dell'Ospedale di Ariano Irpino e della macroarea Avellino-Benevento

La macroarea Avellino-Benevento è l'unica che non ha ottenuto nuovi p.l. ospedalieri. Ciò è dovuto al fatto che il Piano Ospedaliero 2016 definisce come attività ospedaliera quella di riabilitazione gestita dalla fondazione Don Gnocchi, soggetto privato, all'interno dell'ospedale di Sant'Angelo dei Lombardi. Conseguentemente, i 111 p.l. gestiti dalla fondazione sono equiparati ai p.l. ospedalieri, determinando un eccesso di p.l. per l'area Avellino-Benevento.

Solo qualificando le attività della fondazione come attività extra ospedaliere in regime di accreditamento sarà possibile creare nuovi p.l. in Irpinia e potenziare l'Ospedale di Ariano Irpino.

D) Centro storico (San Gennaro, Annunziata, Incurabili)

Il Centro storico di Napoli è un'area fortemente complessa e popolosa, dove gli oltre 400.000 residenti vivono in un contesto particolarmente disagiato. Ciò avrebbe dovuto richiedere un'attenzione particolare nella rielaborazione del sistema ospedaliero di questo territorio, al fine di garantire la salvaguardia e la tutela della salute pubblica dei cittadini di Napoli. Ed invece si sta assistendo alla disgregazione dell'offerta delle prestazioni sanitarie sul territorio, limitandone

l'accesso e disarticolando la Medicina Perinatale a Napoli, proprio nella città con il più elevato numero di bambini d' Europa.

Invero, la decisione di chiudere il reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale S.S. Annunziata, presidio di storica eccellenza nel cuore di Napoli, e il ridimensionamento dell'Ospedale San Gennaro, mette seriamente a rischio il diritto alla salute di un territorio già così fortemente colpito.

Gli Ospedali del Centro storico sono tutti oggetto di riconversione e sono previsti un consultorio di secondo livello al San Gennaro, agli Incurabili e all'Annunziata, tutto nel giro di soli 3 Km. Al riguardo si segnala che 9.000 cittadini hanno firmato una petizione per l'apertura di un punto nascita al centro storico dopo le chiusure dei reparti di maternità al San Gennaro, all'Annunziata e, da ultimo, agli Incurabili, chiedendo, altresì, l'apertura di un pronto soccorso generale per il centro storico.

E) Procida

Si segnala la petizione volta ad ottenere una variante al Piano Ospedaliero Regionale, in quanto esso non si attiene al D.M. 70 del 2015 che al punto 9.2.2 disciplina le Zone Particolarmente Disagiate (tali zone sono individuate nel Piano di riorganizzazione della rete Ospedaliera Campana 2016-2018 e tra di esse rientra l'isola di Procida), non riconoscendo all'Isola il diritto di avere un presidio ospedaliero che garantisca una struttura per l'Emergenza-Urgenza.

In proposito si segnala che in base al DM 70/2015 punto 9.2.2 le regioni possono definire riduzioni dei parametri fissati dal decreto ministeriale in relazione alla necessità di erogare il servizio e che come specificato al punto 9.1.1. l'elisoccorso, che deve essere utilizzato nelle zone disagiate, rappresenta un mezzo integrativo e non alternativo alle altre forme di soccorso.

I cittadini hanno proposto ricorso al TAR, il quale ai sensi dell'art. 55 co 10 cpa ha accolto la richiesta di concessione delle misure cautelari riconoscendo la non manifesta infondatezza delle ragioni sollevate e rinviando per la discussione al 23 novembre 2016.

F) P.O. Roccadaspide (SA)

Si segnala la costituzione di un Comitato civico che ha sostenuto una petizione per la modifica del Piano Ospedaliero.

Il presidio, infatti, ha subito con il nuovo Piano Ospedaliero una pesante e drastica penalizzazione, in quanto, pur presentando tutti i requisiti e gli standard geografici, strutturali, organizzativi e funzionali previsti dal DM 70/2015 per poter essere classificato quale Ospedale di base sede di Pronto soccorso in zona disagiata, viene configurato come punto di accesso in deroga in zona particolarmente disagiata, dotato di 20 p.l. di medicina generale, perdendone 50.

G) Agropoli, Polla, Scafati

Con riguardo agli ospedali di Scafati e di Agropoli si evidenzia la necessità di riaprire il pronto soccorso. Per Polla occorre porre rimedio alla carenza di risorse strumentali e professionali vissuta dal presidio per fare in modo che gli utenti non migrino più verso altre strutture.

H) Nocera Inferiore

Si segnalano le forti criticità che contrassegnano l'erogazione dei servizi assistenziali nella Valle dell'Agro. In particolare, in forte sofferenza risulta essere l'ospedale Umberto I di Nocera Inferiore a causa del ridimensionamento dell'ospedale di Scafati, del protrarsi dei lavori di ristrutturazione dell'ospedale di Pagani e del limitato numero di personale. Si evidenzia, altresì, la mancanza della radioterapia e, in genere, di servizi per i malati oncologici.

1) Osp. Capilupi di Capri

Esso viene identificato quale "Struttura in deroga". Nell'isola, dotata di elisuperficie viene mantenuta anche la funzionalità dell'idroambulanza e rivisitata la configurazione del Presidio Ospedaliero che, dovrà avere: un Pronto Soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza e da un punto di vista organizzativo, integrato alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo.

Il DEA di riferimento viene individuato nel Loreto Mare e nel Pellegrini per le rispettive discipline, ma entrambi non sono DEA bensì pronto soccorso.

Si chiede, alla luce di tutto quanto esposto, di valutare il pronunciamento del TAR Molise che, accogliendo i ricorsi dei comitati civici, ha rigettato la chiusura degli ospedali di Venafro e Larino, non ritenendo competente la struttura commissariale che ha disposto le suddette chiusure.

In particolare, si chiede di valutare l'opportunità di ricorrere al Tar, in analogia al caso Molise, contro le chiusure dei presidi ospedalieri disposti dal nuovo Piano ospedaliero campano.

Dei
Genaro Sorillo.
L. Llo
G. Llo
G. Llo
G. Llo
G. Llo
G. Llo

1. *Cooperative* - a group of people who work together for a common purpose.
 2. *Cooperation* - the action of working together.
 3. *Collaboration* - the action of working with someone to produce something.
 4. *Collaborative* - involving the joint work of two or more people.
 5. *Collaborative Learning* - a learning process in which students work together to help each other learn.
 6. *Collaborative Learning* - a learning process in which students work together to help each other learn.
 7. *Collaborative Learning* - a learning process in which students work together to help each other learn.
 8. *Collaborative Learning* - a learning process in which students work together to help each other learn.
 9. *Collaborative Learning* - a learning process in which students work together to help each other learn.
 10. *Collaborative Learning* - a learning process in which students work together to help each other learn.

Cooperative Learning
 Collaborative Learning
 Collaborative Learning