Intervento del Sindaco
Conferenza Locale per la Sanità
01 Settembre 2009

L'individuazione del fabbisogno dei posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza per la Regione Lazio anno 2009 e conseguente riorganizzazione e riqualificazione della rete e dell'offerta ospedaliera: è questo l'oggetto del decreto Commissariale che oggi siamo chiamati a valutare.

Si tratta di una bozza, che integra e modifica i precedenti decreti commissariali del 2008, e che è parte, sia pure significativa, di un piano sanitario regionale in via di definizione.

Siamo chiamati dunque a valutare tale riorganizzazione della rete ospedaliera e a suggerire proposte da far valere in una concertazione tra istituzioni Regione-Comuni-Province per mitigare la rigidità delle finalità che si intende raggiungere con il piano di rientro, e che essendo tutte legate al risanamento finanziario, rendono sempre più ipotetica la tutela dei livelli essenziali di assistenza.

A tale proposito bisognerebbe comprendere meglio non solo il senso dell'assioma che prevede di riconvertire parte della spesa eccedente, a livello ospedaliero, sull'assistenza extraospedaliera territoriale, ma soprattutto i tempi e le modalità di tale riconversione.

Gli strumenti programmatori individuati per determinare il fabbisogno regionale tanto di posti per acuti, per riabilitazione e per lungodegenza, quanto di tipologia di assistenza e di intensità di cura, prevedono:

a) Uno standard complessivo di 4. 5 posti letto per mille abitanti, suddivisi in:
    - 3. 5 posti letto per acuti;
    - 0. 7 posti letto per riabilitazione;
    - 0. 3 posti letto per lungodegenza;

- **D. ALLEGATO 3**

Direttive per la riproposizione ed approvazione dei nuovi atti aziendali dopo la sospensione dei precedenti ai sensi dell'articolo **1, comma 66, lettera A della legge Regionale 14/08.**

Non sappiamo se la Asl LT ha approntato la sua proposta in applicazione dei criteri suggeriti nella bozza; sappiamo però con certezza che ci saranno modifiche nel numero e nella sostanza delle Unità Operative Semplici, Dipartimentali e Complesse.

L'impatto sull'offerta sanitaria nel suo complesso sarà oggetto di ulteriore valutazione da parte della Conferenza dei Sindaci, prima che diventi realtà operativa. Ci sentiamo però di condividere l'osservazione di chi chiede che prima di chiudere Unità Operative e letti di degenza negli Ospedali si proceda a razionalizzare l'assistenza con un'attenzione migliore ai tempi di degenza ed alla utilizzazione dei posti letto eliminando i tempi morti e le sacche di inefficenza **(e questo è compito della Direzione Aziendale).**

Si proceda poi a creare e rinforzare i servizi di assistenza sul territorio a partire dalle cure primarie, dall'assistenza domiciliare integrata, dai poliambulatori specialistici.
E questo sarà possibile solo se la riqualificazione della rete ospedaliera sarà discussa e varata in uno con il potenziamento dell'offerta territoriale specie in quei comuni ove si sono chiuse od accorpate intere realtà ospedaliere o si è programmato di riconvertirle in residenze sanitarie assistenziali, hospice e presidi territoriali di prossimità che, in teoria e nella pratica dovrebbero aver bisogno di interventi di carattere edilizio, di attrezzature tecnologiche rinnovate, di personale adeguato, di previsioni di opportuni livelli

assistenziali, di protocolli di intesa con i medici di Medicina Generale.

b) una popolazione residente indicata nel piano di rientro e non invece quella censita ISTAT (08 e 09) nonostante essa sia per altro un incremento di centinaia di migliaia di unità nella Regione, ed in modo significativo nella provincia di Latina. La motivazione ipotizzata è che la la legge nazionale 1338/08 all'articolo 79 prevede gli standard di posti letto per mille abitanti, in decremento;

c) l'indice sintetico di performance (I. S. P.) specifico per istituto di ricovero e per specialità basato sullo scarto tra dotazione effettiva di posti letto e numero atteso in base a determinati valori di appropriate/za organizzativa, degenza media e tasso di occupazione indicati e descritti al cap. 1. 1 del documento allegato al decreto 43/08.

d) la riduzione dei posti letto "non performanti" può essere mitigato per ogni singolo presidio secondo vincoli e criteri protettivi indicati nel capitolo 2. 2. 1 del documento allegato al Decreto 43/08;

e) accorpamento dei reparti che non raggiungono la soglia minima di dimensionamento e di efficienza e riorganizzazione delle cure per livelli assistenziali (allegato 1 alla bozza del decreto);

f) azioni di riconversione e rimodulazione dell'offerta e sua riqualificazione;

g) adozione delle linee direttive per l'individuazione delle tipologie delle strutture, per riadattare gli atti aziendali già sopseso per effetto della L. R. 14/08 (Allegato 3 alla bozza di decreto)

- A. **ALLEGATO 1**

Criticità evidenziate nel piano di rientro del disavanzo:

- Eccesso di offerta
  Il livello di assistenza ospedaliera è fortemente sbilanciato a danno di quella territoriale;

- Elevato tasso di ospedalizzazione
  Con elevato numero di ricoveri per acuti ed elevata degenza media per lungodegenti;

- Inappropiatezza
  Non c'è adeguatezza tra regimi di ricovero ordinari ed in day- hospital.

Riorganizzazione rete ospedaliera:

- Riconversione degli ospedali per acuti e delle case di cura accreditate, di dimensioni piccole e con bassi volumi di attività, in poliambulatori, hospice. presidi territoriali di prossimità:

- Separazione di percorsi tra emergenza - urgenza ed elezione con organizzazione a rete;

- Dotazione negli ospedali pubblici di unità di lungodegenza per garantire la continuità assistenziale;

N. B. Gli esuberi maggiori sono nelle ASL romane A, E, D, ma sarebbero giustificati dalla presenza di strutture di notevoli dimensioni a bacino regionale **ed** interregionale con dotazione di discipline ad alta specializzazione.

Il Decreto Commissariale 25 dell'11. 09. 2008 (criteri per individuare posti-letto da riconvertire e disattivare)

- Numero di posti letto inferiori o uguali a 90
- Tasso di occupazione inferiore o uguale a 85
- Tasso di occupazione superiore ad 85 ma con degenza media con valore superiore al valore medio regionale (7. 3) maggiorato del 25%
- prestazioni di pronto soccorso inferiori a 20. 000 come media 2006/2007

Il piano complessivo di riorganizzazione è nel Decreto Commissariale 43 del 17/11/08

- **B ALLEGATO 1**

Criteri suggeriti

La nuova impostazione della rete ospedaliera dovrà garantire ai cittadini:

- Facoltà di accesso all'assistenza ospedaliera e garanzia delle prestazioni erogate in ambito regionale;

- Adeguata riconfigurazione degli ospedali nel territorio;

- Collegamento delle strutture ospedaliere ai servizi territoriali aumentando i percorsi assistenziali tanto nella fase dell'accesso che in quella delle dimissioni garantendo una reale integrazione;

- Organizzazione interna agli ospedali orientata all'efficenza, qualità ed economicità;

- Unità Operative Complesse con 6/10 posti letto della medesima disciplina in più ospedali diventano una unica Unità Operativa Complessa in un solo ospedale;

- È contrastata la frammentazione di posti letto nello stesso ospedale con conseguente accorpamento in un numero inferiore di Unità Operative Complesse della stessa disciplina;

- Riduzione di Unità Operative Complesse riguardanti servizi diagnostici o direzionali;

- Individuazione delle tipologie ospedaliere fatto salvo quanto previsto dal DGR 424/06.
  Ospedali di 1° livello con Pronto Soccorso

Ospedali con DEA di 1° Livello
Ospedali con DEA di 2° Livello

*nella **determinazione dell'assetto organizzativo delle discipline bisogna considerare:**

- prevalenze epidemiologiche;

- riequilibrio territoriale con zone svantaggiate;

- benchmark con standard nazionali;

- dotazione di posti letto per 1000 abitanti **da** considerare standard per l'intera Regione, per Provincia o per macroarea, con i dovuti adeguamenti motivati anche dalla presenza universitaria;

- potenziamento delle discipline ove maggiore è il saldo di mobilità passiva extraregionale;

- presidi territoriali di prossimità (PTP) con unità di ricovero a degenza infermieristica gestita da medici di medicina generale e con ambulatori polispecialistici;

- standard posti letto nelle Unità operative delle strutture Pubbliche:
  - 6/8 posti letto nelle Unità di terapia intensiva /rianimazione
  - 20/40 posti letto nell'Unità di disciplina di base

  con previsione che la presenza di unità operative della stessa disciplina nello stesso ospedale si deve giustificare solo con la specializzazione e la differenziazione delle attività, e che le unità di terapia intensiva con

posti letto di rianimazione ed i servizi di anestesia e rianimazione costituiscono un'unica Unità Operativa Complessa

- **C. ALLEGATO 2**

- Schede posti letto ospedaliere nelle strutture pubbliche;

- Schede posti letto nelle strutture ospedaliere private (IRCCS- Classificati- Case di Cura- Policlinici universitari);

- Riepiloghi;

Ospedale S. **Maria Goretti**

A parte la considerazione che l'articolazione definitiva sarà formalizzata solo in sede di protocollo d'intesa con l'Università "La Sapienza" e la Regione Lazio,

- C'è una valutazione oggettiva all'01/01/08 di 520 posti letto di cui:
  - 16 di terapia intensiva,
  - 2 di riabilitazione
  - nessuno di lungodegenza

  mentre nel piano della rete ne sono previsti 581 di cui:
  - 22 di terapia intensiva,
  - 10 di riabilitazione
  - 12 di lungodegenza,

  e di questi 581 posti letto ne sono previsti 58 di day surgery e di day hospital:

  sembrerebbe il riconoscimento di un diritto prima negato (posti letto per acuti, riabiltazione lungodegenti ogni mille abitanti scarsamente aderenti);

  è invece il risultato dell'accorpamento al S. Maria Goretti delle strutture dell'ospedale di Priverno senza che peraltro ne vengano ben definite le tipologie ed i relativi posti letto.

- C'è una valutazione di 55 posti letto " **non performanti"** (Decreto Commissariale 43/08) tra i quali risultano 22 posti letto di Ortopedia e Traumatologia (su 44 del totale della Unità Operativa Complessa) mentre al contrario uno solo riguarda la Urologia nonostante sia da molti anni senza un dirigente effettivo;

- C'è la valutazione oggettiva della dislocazione in via temporanea dei posti letto di Geriatria (23) e di Medicina (40); la delocazione non viene indicata ma è evidente che sia quella di Sezze ove peraltro quelle Unità Operative Complesse sono sempre esistite; non esiste analoga specificazione per i posti letto di Day Surgery e Day Hospital;

- C'è nel piano della rete la previsione di 14 posti letti di **cardiochirurgia** non previsti prima; anzi tale specialità era localizzata all'ICOT e lo è ancora oggi; non vengono specificati i motivi di tale decisione anche se andrebbero affrontati ***(reperita iuvant)*** in un ragionamento più complessivo che vede coinvolto tutto il rapporto OSPEDALE- DEA DI 2° LIVELLO **e** FACOLTÀ DI MEDICINA anche alla luce della Deliberazione n° 325/09 D. G. ASL Latina (utilizzazione 50 posti letto autorizzati Casa di Cura ICOT)

- C'è infine la consapevolezza che quanto era stato previsto al 01/01/08 e riportato nella scheda riguardante i posti letto ipotizzati, non sia per nulla corrispondente ai posti letto oggi realizzati per quelle Unità Operative Complesse, e ciò a scapito dell'offerta di assistenza ospedaliera nelle strutture del nostro ospedale