



**AZIENDA USL - FP CGIL COMPARTO, CISL Medici, AAROI, SIMET-FASSID, AUPI,
FP CGIL MEDICI E DIRIGENZA SPTA, FP CGIL Roma SUD
SMI Lazio, FVM Lazio,**

Roma 20.01.2011

	Al	Direttore Generale ASL RM C Dott. Antonio Paone
	Al	Commissario ad acta per la Sanità Regione Lazio Presidente Renata Polverini
	Al	Presidente ed ai Consiglieri membri Commissione Sanità Regione Lazio
	Ai	Presidenti e Consiglieri Municipi XI e XII
E p.c.	Al	Coordinamento Regionale OO.SS Dirigenza Medica e SPTA

**Oggetto: Effetti Piano Regionale su ASL RM C; Criticità, Incongruenze e Rischi
Disattivazioni al buio. Rete delle Criticità del SSR.**

In coerenza con le criticità espresse da più parti, anche dalle scriventi OO.SS. , relative agli effetti negativi e penalizzanti che il Piano di rientro determina su questa Azienda e più in generale sui servizi sanitari pubblici di questa area cittadina;

Preso atto che nell'incontro del 29.10.2010 tra OO.SS. Regionali e Il Commissario Polverini, il Piano di Rientro è stato definito, in forma congiunta, perfettibile e modificabile nelle sue parti ritenute critiche anche utilizzando i 337 (e forse più numerosi), posti letto tenuti appositamente di riserva, e che per tali motivi era stato aperto un tavolo di confronto OO.SS. – Regione Lazio;

un impegno, tuttavia, finora mai onorato, anzi apertamente violato con le numerose disattivazioni disposte da più Aziende senza i necessari e legittimi confronti con le parti sociali, sia a livello aziendale che regionale, come prevede il D.to 113 del 31.12.2010 (Azione 12.3),

le scriventi OO.SS. sono molto preoccupate e decisamente contrarie alla unilateralità dei provvedimenti di disattivazioni ed ai livelli di arroganza e di autoritarismo raggiunti; ribadiscono, inoltre i giudizi critici generali già espressi in sede regionale e specificamente, e in primo luogo, sul consolidamento dell'impostazione di fondo della rigida suddivisione della Regione in Macro Aree; contenitori ad alto contenuto aritmetico - contabile, all'interno dei quali si ritiene possibile tagliare e riequilibrare i

posti letto nelle varie aziende e nelle reti avvicinandosi a valori standard nazionali ma determinando, nei fatti, degli illogici e rischiosi costrutti funzionali;

ad esempio per la rete dell'emergenza e per la l'area ospedaliera, si possono creare degli obbligati corridoi sanitari di oltre 100 Km, per ottenere una prestazione adeguata alla patologia, oppure si da' origine ad enormi aree territoriali senza presidi ospedalieri e pertanto senza una risposta tempestiva e adeguata.

Si evidenzia, inoltre, che non sono stati stabiliti, formalmente, i criteri organizzativi, di accesso, i protocolli operativi dei 15 Punti di Primo Intervento (PPI) derivati dalla disattivazione degli altrettanti Pronto Soccorso

e che, finora, non è stato avviato un contemporaneo e deciso potenziamento dei Pronto Soccorso residui nè una chiara contestuale valorizzazione dell'area territoriale.

E' importante ribadire, criticamente, che in generale e nello specifico nell'area ASL RM C, in questo programma vengono ulteriormente ridimensionati i servizi pubblici a favore dei privati accreditati, classificati, universitari che già rappresentano, in generale, circa il 51% della spesa sanitaria di questa Regione.

Anche solo da un punto di vista economico, suscitano seri dubbi che i grandi interventi di disattivazione al CTO e le contestuali o derivate attivazioni dell'USU al Policlinico siano operazioni rigorosamente improntate al risparmio o ai vincoli del Piano di Rientro;

Il Trasferimento dell'USU, uno dei reparti più nuovi, architettonicamente e tecnologicamente, più avanzati in questa Regione e in tutto il Sud Italia, determinerebbe, conti alla mano, un sostanzioso aggravio di spesa e lunghi periodi di "ipofunzionalità" .

Parimenti l'attivazione, presso il privato Campus Biomedico di Trigatoria, del PS (programmata dal 1 Gennaio 2011 ma non prevista prima di 12 mesi) e di tutti i reparti connessi, e annessi, sottratti al CTO più altri numerosi Posti Letto generosamente concessi, determinano, comunque, dei costi aggiuntivi di avvio organizzativo e tecnologico a carico della Regione.

Inoltre, dal punto di vista funzionale, si andrebbe a creare una nuova struttura attrezzata ad ospedale con pronto soccorso (che supererebbe, con propria grande soddisfazione, quota 300 Posti Letto) all'interno di un'area fuori dalla cintura urbana e fuori della grande viabilità con il solo bacino di utenza di quadrante di 40 o 50 mila cittadini.

Mentre togliamo, sradichiamo dal tessuto cittadino, il pronto soccorso generale del CTO (bacino oltre 150.000 ab. reali, senza contare i posti di lavoro presenti) che nel 2009 ha fatto registrare oltre 33 mila accessi e il più alto numero regionale di dimessi per trauma.

Per l'aspetto medico-chirurgico, il PS verrebbe sostituito da un punto di primo intervento di cui non sono stati chiariti e resi noti, a cittadini e operatori, i criteri di accesso, di presa in carico, di trasferimento, di dimissione (Punti di primo intervento ai quali la stessa Regione ha dato il termine del 30 Giugno 2011 per la loro riclassificazione dagli ospedali riconvertiti, così come dettagliato all'interno dei Piani Operativi approvati con Decreto n.113, 31.12.10)

Al CTO, dovrebbe rimanere attivo, invece, un rischiosissimo Pronto Soccorso Ortopedico h 24 , unico in questo genere, in cui si dovranno trattare accessi spontanei o attraverso il 118, relativi solamente a "traumi o lesioni di chiara ed esclusiva natura

ortopedica” e per i casi ove sussistessero solo i sospetti di concomitanti patologie di natura medico-chirurgica, si dovrà procedere alla presa in carico e al trasferimento presso veri, altri PS secondo criteri clinici e/o geografici”. Una struttura rischiosa sia per gli operatori che per gli utenti che comunque continueranno, spontaneamente a rivolgersi ad una struttura ospedaliera in h 24 anche per patologie che solo apparentemente possono essere classificate di natura ortopedica (es. frattura anca negli anziani,..) ma che possono celare altre e più serie patologie e che si troverebbero nel posto e nel momento meno adatti.

(Ad esempio non avrebbe potuto trattare casi complessi di politrauma se fuori da un PS Medico Chirurgico come avvenuto per quel giovane trasportato in elicottero da Viterbo avvenuto recentemente).

Queste disattivazioni avviate con nota regionale ai DD.GG. del 24 Dicembre (relativa all'attuazione del decreto 80) sono state attuate nell'azienda ASL RM C in forma brutale conquistando, senza dubbio il primato di velocità delle disattivazioni al buio; un record negativo non raggiunto neanche dalle superattive RM F (Bracciano) , RM G (Subiaco , Monterotondo, Magliano), Frosinone ecc..., che tanto stanno facendo per procedere a rapide disattivazioni.

Sebbene nel PSR del 31.12.2010 il CTO e S. Eugenio vengano ancora definiti “2 Ospedali con sempre maggiore collegamento funzionale”, oggi, nei fatti e negli atti della ASL R C, si palesa che il CTO perde lo status di Ospedale per acquisire quello di “Padiglione” del S. Eugenio.

Vengono soppressi e sottratti interi Reparti e Posti Letto: Emergenza, Breve Osservazione, Terapia Intensiva, Medicina e il 15° Pronto Soccorso .

Inoltre alcuni reparti verrebbero trasferiti, presso altre aziende, senza logica territoriale, né economica: la Ch. della Mano e l'Unità Spinale Unipolare.

L'altro aspetto negativo che il piano esercita sulla ASL RM C e Aziende limitrofe e direttamente sui cittadini è quello relativo al fatto che si aggrava, inesorabilmente la situazione dell'area medica ospedaliera già gravemente affaticata, e che determina, quotidianamente, sovraffollamento ai PS (numerosi barellati in attesa di ricovero in tutte le stagioni, ambulanze comprese).

E ciononostante si è proceduto alla incomprensibile soppressione dei letti di medicina al CTO;

e non solo: il S. Eugenio rimane l'unico ospedale - DEA 1- nella Regione, compresi gli accreditati, a non aver avuto l'incremento dei PL di Medicina quale naturale risposta alle attese derivate dal PS. Un trattamento illogico, fuori dagli stessi obiettivi del Piano, ingiustificato che mette a rischio erogazione dei LEA, la continuità assistenziale e aumenta lo stato confusionale e il rischio medico legale in cui lavorano tutti gli operatori sanitari.

Inoltre, (altro primato negativo) rimane l'unica area ospedaliera medica regionale (compresi pubblici, classificati e accreditati) senza una articolazione di DH (mentre altri DEA di 1 livello anche accreditati con molti meno accessi, hanno una media di 10 PL di DH).

E' assolutamente paradossale e inaccettabile l'assenza, nella programmazione regionale, del DH Medico del S. Eugenio; di fatto una soppressione di un'attività strutturata da 6 anni che avrebbe dovuto essere potenziata (ad ogni buon conto si

informa che DH Medico S. Eugenio, solo nel 2010, ha preso in carico e trattato 270 pazienti registrando 2501 accessi con una media 8,9 pazienti al giorno su tre letti attualmente attivi; inoltre ha garantito prestazioni pac ipertensione, pac anemia, e 223 prestazioni ambulatoriali legati al day hospital).

Una disposizione assurda e irrazionale sia in termini di aderenza alla realtà sia in termini di risposta funzionale ed omogenea al fabbisogno di salute e di coerenza con il resto del Piano.

Queste non sono solo palesi criticità ma sono evidenti aggravanti per i servizi.

Difficile o arduo, affrontare senza armi e munizioni (strumenti e risorse) la battaglia quotidiana per garantire la tutela della salute secondo i LEA .

Il Piano di Rientro non è il Vangelo e nessuno ha decretato la legge marziale che abolisce temporaneamente tutti i diritti e pertanto

Le scriventi OO.SS. ribadiscono che ci sono tutte le motivazioni epidemiologiche, organizzative e di garanzia dei LEA , per integrazioni o correzioni al piano e ritengono e pretendono un primo essenziale segnale di attenzione ai veri problemi dell'assistenza.

Le scriventi OO.SS., per quanto sopra esposto, anche attraverso i loro rappresentanti regionali presenti al tavolo regionale, chiedono alle amministrazioni competenti , ai fini del mantenimento dei LEA e dei livelli occupazionali, in questo quadrante di città, secondo la possibilità e la flessibilità determinate dai PL residui come dallo stesso decreto 80, questo primo pacchetto di modifiche su i tutti i tavoli che sarà necessario aprire:

- di mantenere attivo il Pronto Soccorso del CTO con almeno 10 PL di BO;
- di mantenere i PL di Terapia Intensiva
- di incrementare adeguatamente (circa 20) i posti letto di medicina al S. Eugenio;
- di riattivare ed incrementare , fino a 10, i Posti Letto di Day Hospital Medico
- conseguentemente di non trasferire l'USU e la UOC Chirurgia della mano;
- di mantenere tutti i PL di Medicina d'Urgenza al S. Eugenio.

Considerato che le criticità e richieste sopra rappresentate sono solo alcune delle ineludibili criticità rappresentate da cittadini, associazioni, partiti, OO.SS., in questi giorni in tutta la Regione;

in assenza del confronto istituzionale, si propone di raccogliere in un nuovo contenitore, una sorta di “ **RETE DELLE CRITICITA' DEL SSR**” (la 16°) , tutti gli aspetti rischiosi del Piano, le disattivazioni al buio, le critiche ma anche le proposte funzionali a garanzia del mantenimento dei LEA in tutte le aree geografiche e per tutti i cittadini della regione, compresi quelli reclusi nei penitenziari, e a tutela dei livelli occupazionali; e farne una inevitabile base di mobilitazione e di confronto con le Aziende e la Regione.

**FP CGIL Comparto ASL RM C , CGIL Medici e Dir. SPTA G. Conti, S. Mele, M. Maini
AAROI P. Provenzano, AUPI M. Ciavoni, CISL Medici B. Magliozzi, SIMET-FASSID M. Valente,
FP CGIL Roma Sud G. Ermini , FMV Lazio e SMI Lazio, Dott. A. Bertolini**