



## Considerazioni e riflessioni sul decreto di riordino della rete Ospedaliera<sup>1</sup>

Il piano di riordino della rete ospedaliera era e rimane uno dei punti qualificanti del PdR e del PSR 2010-2012.

Per raggiungere una sanità che assicuri qualità, efficienza ed economicità e uniformità di offerta nel territorio regionale, occorre che il decisore politico-istituzionale regionale, assuma decisioni che dovranno, con coraggio, coerenza e tempestività, caratterizzare e modificare l'intero sistema sanitario regionale con particolare riferimento alla:

- Revisione della legge regionale n° 18/94 di riordino del SSR;
- Separazione delle funzioni e compiti tra ASL ed ospedali;
- Riduzione del numero delle ASL di Roma e provincia;
- Istituzione di un organismo terzo per la valutazione dell'appropriatezza e la certificazione dell'accreditamento di tutte le strutture.

### Considerazioni generali sul Piano di Riordino della rete ospedaliera

Il piano di riordino atteso da oltre due anni, aveva, infatti, impegnato la precedente amministrazione regionale, con un apposito decreto, poi ritirato, che, prevedeva una sensibile riduzione del numero complessivo dei posti letto in linea con le indicazioni nazionali.

La mancata programmazione sanitaria, degli ultimi quindici anni, ha prodotto un'eccessiva "offerta" ospedaliera a detrimento di un'adeguata "offerta" di servizi territoriali.

I parametri del Lazio risultano essere disallineati con le indicazioni nazionali sulla ripartizione delle risorse per singole aree di assistenza. La spesa per l'assistenza ospedaliera risulta essere superiore del 7% (52.12% vs 45%) e quella per l'assistenza distrettuale inferiore del 5% (44.59% vs 50%). In termini assoluti significa che la spesa ospedaliera risulta essere superiore di oltre 800 milioni e quella territoriale inferiore di 600 milioni, mentre quella per la prevenzione inferiore di 200 milioni.

#### Riparto Spesa per Livelli Assistenziali SSR del Lazio

	2009	2010	2011	2012
Prevenzione	3.29%	3.80%	4.10%	4.40%
Ass.Ospedaliera	52.12%	50.20%	48.00%	47.00%
Ass Territoriale	44.59%	46.00%	47.90%	48.60%
Totale	100%	100%	100%	100%

Il documento di riordino si propone come obiettivo il raggiungimento dei parametri nazionali, prevedendo un numero PL/abitanti (3.3 PL per acuti, 0.55 per la Riab.ne e 0.15 per la Lung.za) su base regionale.

#### Ripartizione posti letto tra settore pubblico e privato

Il Piano di riordino prevede una riduzione di circa 2.500 PI al netto dei 337 PI da rassegnare (di cui 264 per acuti e 73 per la Riab.ne). Il decreto non altera sostanzialmente la distribuzione dei PL letto complessivi sia per il settore privato (CdC, Classificati, Policlinici Universitari, Ircss) sia per il settore

<sup>1</sup> Documento a cura della Commissione Sanità Cisl del Lazio (UST, FNP, FP Roma e Lazio, Cisl Medici, Cisl Università)

pubblico. In particolare la percentuale dei PI per acuti del settore privato si attesta alle stesse percentuali ( 37,00 vs 37.22). Tenendo conto degli acuti, Riab.ne e Lung.za il rapporto tra settore pubblico e settore privato è pari a 54,82 ( pubblico) e 45,18 % ( privato).

Con il decreto 80/2010, Il settore pubblico registrerà un incremento percentuale di circa il 6%, nella riabilitazione, manifestando flessioni in quello della Lungodegenza.

DISTRIBUZIONE POSTI LETTO TRA EROGATORI PUBBLICI E PRIVATI PER DISCIPLINA  
REGIONE LAZIO

Riordino rete ospedaliera pubblica e privata Regionale ( Decreto 80/2010)									
TIPOLOGIA	Tipo istituto	acuti	% Acuti	Lungodegenza	% Lung.za	Riabilitazione	% Riab.ne	Totale complessivo	% Totale
PRIVATO	CdC	2.508	13,70	789	93,48	1.790	63,43	5.087	23,15
	Classificato	1.743	9,52	0	0,00	154	5,46	1.897	8,63
	IRCSS	345	1,88	0	0,00	359	13,08	714	3,25
	Pumiv	1.935	10,58	0	0,00	51	1,81	1.987	9,04
	CdC Rp	240	1,31	0	0,00	0	0	240	1,09
PRIVATO Totale		6.772	37,00	789	93,48	2.364	83,77	9.925	45,18
PUBBLICO	AO	2.741	14,97	0	0,00	100	3,54	2.841	12,93
	IRCSS	491	2,68	0	0,00	0	0,00	491	2,23
	PO	6.628	36,21	55	6,52	282	9,99	6.965	31,70
	Pumiv	1.672	9,13	0	0,00	75	2,69	1.748	7,96
PUBBLICO Totale		11.532	63,00	55	6,52	458	16,23	12.045	54,82
Totale complessivo		18.304	100	844	100	2.822	100	21.970	100

Riabilitazione: rimangono da attribuire 200 per USGEE, 32 per USU e 41 PL per altro per un totale di 3005 ( al netto dei posti letto già inserite nelle tabelle ( pubblici e privati per i DEA di II° e reti per Trauma e neuro trauma). Il fabbisogno di 2895 non comprende i 200 PL di cod 75.

Rimangono da assegnare ulteriori Posti Letto per acuti pari a 254 per convenzioni Policlinici e/o accreditamenti, eventuali contenziosi e riequilibrio territoriale dell'offerta.

Sono assegnati con decreto 21.970 PL complessivi, ne rimangono da assegnare 337.

Lo standard di riferimento è pari a **23.307** PL complessivi con un indice di riferimento di appena inferiore ( 0,83) al 4x1000/abit rispetto alla popolazione di riferimento al 01/01/2009 pari a 5.626.710. Valutare se calcolare la pop residente al 01/01/2010 pari a 5.681.668 ( ISTAT) che porterebbe lo standard atteso a **23.727** pl e quindi con una differenza di **330** PL al netto dei PL per cod 75 ( 300)

## Macroaree

Il piano recependo le indicazioni dei precedenti decreti ( Polverini) effettua la distribuzione dei PL letto tenendo conto delle 4 macroaree , penalizzando le province di Latina, Frosinone, Viterbo e Rieti. , lasciando sostanzialmente invariata l'offerta di PL su Roma.

Per la Cisl, la suddivisione dei PL, effettuata all'interno della macroarea, rappresenta uno dei punti di maggiore criticità dell'intero documento. Appare una suddivisione motivata dalla necessità di cristallizzare l'attuale squilibrata offerta ospedaliera. Per la Cisl , occorre, ricercare un diverso equilibrio che tenga conto delle potenzialità degli Ospedali dei capoluoghi di provincia. Analizzando gli effetti del decreto su alcuni territori ( vedere tabella) , i posti letto, specie per acuti, appaiono sensibilmente inferiori rispetto al numero degli abitanti. Gli standard che verranno a determinarsi, non riusciranno a garantire, forse, i minimi assistenziali. Un esempio per tutti è rappresentato dal rapporto che verrà a crearsi nelle province di Frosinone e Viterbo.

	Rapporto PL/abit.	Acuti	Lung	Riab	Indice Tot.
LATINA	2.75	0	0.43	3.18	
FROSINONE	2.13	0.24	0.32	2.69	
RIETI	2.6	0	0.1	2.7	
VITERBO	2.32	0.22	0.38	2.92	
ROMA	3.56	0.16	0.56	4.28	

La Cisl, valuta positivamente, il riordino della rete dell'emergenza ed in particolare la previsione di attivare i DEA di II° nelle province di **Latina, Frosinone e Viterbo**, oltre che presso il **Policlinico Tor Vergata**, unitamente alla ridefinizione delle nuove aree di afferenza dei DEA di II° Livello. Il nuovo sistema prevede un complessivo riordino della rete dell'emergenza a livello regionale, attraverso la riclassificazione dei DEA di I° e II° livello, la definizione dei Pronto soccorso e dei Punti di primo intervento ( PPI). Complessivamente la nuova rete dell'emergenza prevede la presenza di 5 pronto soccorso specialistici ( rispetto ai 3 esistenti), 15 Pronto soccorso ( vs 26), 21 DEA di I° Livello ( vs 17) e 5 DEA di II° ( vs 7) in attesa della trasformazione dei 4 DEA di II° e l'attivazione di 14 PPI.

Per la Cisl, dovrà ipotizzarsi nella provincia di Latina, attesa che insiste la terza Azienda di riferimento dell'Università, la "Sapienza" di Roma, la creazione di un centro di riferimento per una delle reti di specialità previste a livello regionale e/o la creazione di un centro di eccellenza per le alte complessità, quale riferimento del Sud del Lazio.

## **Correzione indice posti letto/abitanti**

La Cisl, ritiene, che l'indice del 3,3 x 1000/abit. per acuti deve tener conto delle alte complessità insistenti su Roma ( Cardiochirurgia, Chirurgia Toracica, etc) e pertanto il rapporto PL per acuti/abit nelle province dovrebbe attestarsi tra il 2.9 e 3 x 1000/abit.

Per la Cisl del Lazio è necessario aprire un tavolo tecnico di discussione, a livello regionale nei territori, per individuare i più idonei correttivi alla luce della riserva di PL che il decreto prevede di assegnare, successivamente, a favore di un maggior equilibrio territoriale. Il tavolo dovrebbe anche considerare la proposta della Cisl del Lazio di maggiori PL risultante dal diverso calcolo degli abitanti. Per la Cisl, inoltre, è più che necessario riconsiderare i criteri di assegnazione dei posti per alcune specialità che vedono azzerare PL negli ospedali periferici a partire dalla specialità di dermatologia, oculistica ed altre discipline. L'azzeramento dei posti letto, specie per i territori ad alta intensità abitativa, determinerà notevoli disagi per i cittadini, costretti a rivolgersi ai pochi ospedali insistenti esclusivamente su Roma.

## **Criteri di Calcolo per la definizione degli standard**

I criteri di calcolo effettuati dal piano di riordino prendono a riferimento la popolazione regionale registrata alla data del 1 gennaio 2009 pari a 5.626.71 abitanti e non quella più aggiornata registrata alla data del 1 gennaio 2010 pari a 5.681.868 abitanti. A nostro avviso è più che doveroso tale riferimento temporale, atteso che, il piano avrà una valenza triennale ( 2010-2012). Il riferimento alla popolazione registrata al gennaio 2010, comporterebbe un fabbisogno aggiuntivo, pari a 220 PL complessivi. Tale quota sommata al residuo da assegnare ( 337) comporterebbe una redistribuzione di PL complessivi pari a 557 PL, che certamente potrebbe venire incontro, se non in modo esaustivo, alle esigenze dei territori.

## **Tempi di attuazione per le riconversioni**

Un altro elemento di criticità ravvisabile nel piano, è rappresentato, dal fattore tempo. Infatti il decreto indica la data del 31 dicembre come necessaria alle direzioni delle ASI per la presentazione dei progetti di fattibilità per la riconversione dei 27 ospedali pubblici e la data del 1 Luglio 2011, come data ultima per la messa a regime dei progetti elaborati. Crediamo che i tempi non siano realistici per la numerosità dei progetti che coinvolgono alcune ASL ( un esempio per tutti è per la ASL di Frosinone, che dovrà elaborare sette progetti per altrettanti riconversioni di presidi ospedalieri).

Occorre dunque procedere con realismo, evitando "la politica dei due tempi". La sola chiusura dei presidi, in assenza di contestualità, degli interventi di riconversione per il potenziamento dei Servizi Territoriali, farà aumentare ulteriormente il sovraccarico di assistenza, che ricadrà inevitabilmente sui rimanenti Ospedali Pubblici.

## Classificazione e riconversione presidi per acuti Pubblici in ospedali distrettuali.

Pur riconoscendo condivisibile il modello preso a riferimento per la riconversione dei presidi ospedalieri in ospedali distrettuali, riteniamo necessario, che si prevedano degli interventi correttivi per la riclassificazione da tipo B a C e da A a B, dei presidi di Anagni, di Monterotondo, di Montefiascone e Ronciglione, Magliano Sabina, Sezze e Gaeta. Considerare inoltre, l'utilizzo degli spazi già esistenti, del Presidio Ospedaliero Centrale, per attività ospedaliere, che al momento risultano essere incompatibili con quanto assegnato all'Ospedale "Belcolle" di Viterbo (+55 PL), almeno fino alla ultimazione dei lavori dello stesso. La previsione di utilizzare spazi da dedicare ad attività di tipo sociale, che favoriranno una maggiore integrazione socio-sanitaria viene considerata favorevolmente.

## Offerta Posti letto di Riabilitazione- Lungodegenza ed RSA

L'assegnazione dei PI di Riab.ne e Lung.za, evidenzia elementi di criticità. Per alcune province l'indice risulterà uguale a zero (Latina e Rieti) e comunque in tutti i territori l'indice per le due tipologie di posti letto risulterà inferiori alla media. È indispensabile che si assicuri la contestuale apertura di nuovi posti letto di RSA, riconoscendo la priorità a quei territori che oggi ne risultano totalmente e/o parzialmente sprovvisti. Allo stesso tempo è necessario procedere alla riclassificazione dei posti letto di RSA, sulla base delle sei tipologie proposte ed approvate con il decreto n° 17 del 2008.

### Stima fabbisogno PL di RSA ( decreto 17/2010)

AZIENDA USL	Posti residenza attesi da standard (2,5% pop. > 75 anni) *	Posti residenza autorizzati e provvisoriamente accreditati	Saldo (B-C)	Posti residenza da processo di riconversione ex decreti 15/08 - 43/08 5/09 - 48/09 ed altri	Saldo D-E	Posti residenza ex art. 20 lavori conclusi (legge 67/88)**	Posti residenza autorizzati	Posti residenza con parere favorevole alla realizzazione (ante legge 4/2003)	Totale (I +J)	Posti residenza ex art. 20 (legge 67/88) lavori in corso	Saldo (F-K)
A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M
Roma e Provincia	9438	3415	-6023	556	-5467	40	430	1150	1580	172	-4341
VITERBO	826	723	-103		-103	56	50	140	190	80	87
RIETI	469	77	-392	0	-392		55	120	175	268	-217
LATINA	1084	180	-904	85	-819	120	140	440	580	60	-239
FROSINONE	1255	753	-502		-502	20	261	120	381		-121
<b>TOTALE</b>	<b>13072</b>	<b>5148</b>	<b>-7924</b>	<b>641</b>	<b>-7283</b>	<b>236</b>	<b>936</b>	<b>1970</b>	<b>2906</b>	<b>580</b>	<b>-4918</b>

\*i posti residenza sono comprensivi di quelli in regime semiresidenziale (10% in accordo con la normativa vigente)

\*\* n. 120 pr di Latina sono anche autorizzati

## Riduzione posti letto strutture private

Il piano complessivamente prevede una riduzione di **1.986 PI** nelle strutture private.

<b>Strutture Priv.te</b>	<b>Acuti</b>	<b>Lun.za</b>	<b>Riab.ne</b>	<b>Totale</b>
<b>CdC</b>	-122	-518	-951	<b>-1.591</b>
<b>Classificati</b>	-76	0	-86	<b>-162</b>
<b>IRCSS</b>	-96	0	-239	<b>-335</b>
<b>Pol.Univ.ri</b>	-74	0	-64	<b>-138</b>
<b>CdC Np</b>	240	0	0	<b>240</b>
<b>Totale privati</b>	<b>128</b>	<b>-518</b>	<b>-1.340</b>	<b>-1.986</b>

La riduzione dei Posti letto riguarda prevalentemente le CdC accreditate , con prevalenza di PI per la riabilitazione e Lung.za.

La riduzione e la trasformazione dei posti letto delle strutture private, per la Cisl, dovrà avvenire salvaguardando i posti di lavoro. La Regione, all'atto della conferma dell'accreditamento definitivo, dovrà assicurarsi che vengano rispettate le regole previste dalla normativa regionale di riferimento ( L. 4 del 2003- DGR 424/2006) unitamente all'applicazione e rinnovo dei contratti collettivi di lavoro.

Stante la particolarità e delicatezza della situazione è indifferibile aprire un confronto ( tavolo) a livello regionale per l'intero settore ,con le federazioni di comparto direttamente interessate.

## Personale –Risorse Umane

La Cisl , considera la risorsa umana e professionale , il vero valore aggiunto dell'intero sistema sanitario regionale ( sia pubblico che privato). Il numero dei lavoratori coinvolti nel solo sistema pubblico si aggira in torno alle 56.000 unità ( di cui 52.000 a tempo indeterminato e il restante con contratti a tempo determinato e/o altra tipologia-precari). Nel sistema privato, nonostante le ripetute richieste sia alla regione che alle associazioni di categoria non è stato possibile quantificare la reale forza lavoro sia diretta che indiretta. Da stime effettuate dovrebbe trattarsi di circa 30.000 unità.

**La Cisl chiede dunque l'apertura di un confronto dedicato esclusivamente alle problematiche del personale pubblico e privato**, consapevole che il taglio indiscriminato o proporzionale di risorse umane e finanziarie rappresenta una semplificazione a fronte di una problematica che va considerata in tutta la sua complessità.

Coerentemente con questo disegno e con quello più vasto di riordino ed ammodernamento del sistema salute Lazio, chiediamo un tavolo di confronto aperto con la Regione e le stesse Aziende che consenta l'applicazione di regole che dovranno recepire precisi accordi disciplinanti le Relazioni Sindacali, consentendo incisive azioni per favorire il raggiungimento di soluzioni condivise per la salvaguardia dei livelli occupazionali.

In particolare riteniamo prioritario discutere le seguenti problematiche che costituiscono la base per il consolidarsi di proficue "relazioni sindacali" a cui la CISL ambisce, garantendo , nel contempo , un impegno responsabile per affrontare la "grave situazione finanziaria" cogliendo tutte le eventuali opportunità di cambiamento accompagnate alla crescita personale, professionale, motivazionale e culturale degli operatori.

### Sanità Pubblica

- si rende necessario una sana e oculata gestione dei bilanci e una sana e trasparente gestione della sanità pubblica con il contenimento di consulenze, esternalizzazioni e incarichi esterni;
- appare opportuno prevedere nei protocolli d'intesa tra Università e Regione un ruolo attivo delle Organizzazioni sindacali , considerato che i Policlinici rappresentano significative eccellenze nel servizio sanitario, ma costituiscono anche dei costi per il servizio stesso;

- prevedere l'inserimento delle nuove figure dirigenziali delle professioni sanitarie;
- valorizzare la figura dell'operatore socio sanitario ( OSS) attraverso l'impiego al meglio delle potenzialità operative e professionali di tale figura come avviene già in altre regioni;
- implementare nuovi modelli organizzativi che utilizzino adeguatamente le conoscenze e il saper fare dei nuovi professionisti sanitari, in possesso di titolo di laurea ( Infermieri, Tecnici di laboratorio, Tecnici di Radiologia, etc), attraverso più elevate e riconosciute responsabilità;
- rivisitare il dispositivo che ha introdotto dall'anno 2010 il blocco totale del tun-over e la riattivazione della mobilità interaziendale per il personale della sanità che al momento risulta essere vietato con provvedimenti unilaterali da parte della Regione Lazio disapplicando norme sancite dai Contratti Nazionali;
- valorizzare e qualificare il sapere fare con le competenze professionali e conoscenze di professionisti e operatori anche con la sperimentazione di nuovi sistemi di valutazione di performance dell'organizzazione complessiva e degli operatori e l'introduzione di sistemi di valutazione dei percorsi formativi basati su competenze realmente acquisite sul campo;
- attivare percorsi di formazione continua e aggiornamento dei professionisti sanitari e di altri operatori;
- favorire una maggiore partecipazione dei lavoratori all'organizzazione aziendale per favorire, anche, la lotta agli sprechi recuperando risorse oggi disperse, per il miglioramento dei servizi ai cittadini e per la valorizzazione economica del personale coinvolto e disponibile.

### **Sanità Privata**

- occorre assicurare l'immediata applicazione dei ccnl biennio economico 2006 – 2007 a tutti i lavoratori della sanità privata laziale;
- aprire un confronto, sugli esuberi, minacciati a mezzo stampa, che se dovessero trovare riscontro andranno affrontati con nuove soluzioni occupazionali, attraverso mobilità e percorsi formativi, nel sistema salute complessivo della regione Lazio;
- rivedere il sistema dell'accreditamento, anche in riferimento a presenze strutturali e nuovi standard di assistenza, per tutte le professioni, mediche e sanitarie , che operano nelle strutture di sanità privata a tutela sia dei cittadini e degli stessi lavoratori;
- ristabilire corrette relazioni sindacali, soprattutto con Aris e Aiop, che dovranno ripartire ed affermarsi dalla contrattazione decentrata aziendale;
- favorire percorsi di formazione continua e aggiornamento dei professionisti sanitari e altri operatori per migliorare professionalità e servizi offerti ai cittadini;
- aprire un serio confronto sulla trasformazione dei letti di riabilitazione in altre attività sanitarie rispondenti ai bisogni reali di salute dei cittadini.

Il tavolo, tra Regione e federazioni di comparto, dovrà preoccuparsi, inoltre, di portare a soluzione la questione del precariato. La Cisl è fortemente preoccupata perché , in assenza dei rinnovi dei contratti in scadenza, (stime ufficiose indicano oltre 3.000 unità tra comparto e dirigenza) nel settore pubblico, si metterebbe a rischio l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

La Cisl, ritiene più che opportuno, aprire un confronto con la Regione sul fenomeno delle esternalizzazioni che negli ultimi anni, causa il protrarsi del blocco del turn-over , ha registrato un incremento esponenziale nel settore pubblico e nella sanità privata nonostante si dichiarino esuberi di personale. La Cisl , ritiene , che la soluzione vada ricercata negli accordi già sottoscritti ( a partire dal mese di marzo del 2007) e da quanto affermato nei decreti commissariali, circa la possibilità, di procedere alla reinternalizzazione dei servizi diretti alla persona.

## Conclusioni

Il piano di riordino della rete ospedaliera rappresentava una necessità indifferibile. Alla sua approvazione sono legati l'erogazione dei Fondi FAS, lo sblocco del Turn Over e la eliminazione degli aumenti delle addizionali Irpef ed aliquote Irap.

Il piano concorrerà a delineare la sanità del futuro della nostra regione unitamente alla riforma del servizio con una nuova legge regionale che sostituisca la legge n°18/20014, la separazione delle funzioni tra Aziende Ospedaliere ed ASL, la riduzione del numero delle ASL per Roma e provincia e l'istituzione di un organismo terzo.

Il Piano assegna alle strutture pubbliche che erogano prestazioni per acuti un ruolo rilevante 63% vs il 37 % assegnato alle strutture private ( CdC, Policlinici, Ircss e Classificati), proporzionalmente analogo a quanto già previsto dal precedente piano di Rientro del Febbraio 2007, apportando minime correzioni per le prestazioni di riabilitazione a favore delle strutture pubbliche (+6%).

Il piano non corregge gli attuali squilibri dell'offerta ospedaliera, tutta concentrata su Roma, penalizzando le restanti province che rischiano, in assenza di significativi correttivi, di non assicurare i livelli essenziali di assistenza.

La Cisl propone di prevedere l'assegnazione dei 337 PL unitamente a quelli derivanti dal calcolo della popolazione di riferimento al 1 gennaio 2010, pari a 220 PL, nei territori delle province.

Per la Cisl occorrerà contestualmente attivare posti letto per RSA, nei territori sprovvisti, prevedendo la presenza di strutture a gestione pubblica.

Il piano proponendosi di correggere le percentuali di spesa delle tre aree dei Livelli Essenziali ( LA), si prefigge l'obiettivo di potenziare la medicina distrettuale e territoriale, che noi riteniamo dovrà meglio corrispondere alla domanda di bisogno sanitario specialmente dei pensionati, attraverso una consistente riduzione dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale e la diagnostica.

Il riordino del sistema costituisce senza dubbio una necessità, una sfida ed un'opportunità.

Il riordino richiederà decisioni coraggiose e coerenti da parte di tutti i decisori istituzionali, politici, e dei rappresentanti delle forze sociali. E' tempo che si affermi la cultura della responsabilità, della verifica per il bene comune. Ciò è possibile attraverso un coinvolgimento degli operatori dei loro rappresentanti, per affermare una autentica politica della concertazione.

In questo contesto la Cisl si dichiara, come sempre, disponibile ad assumersi le proprie responsabilità.

Roma 26 ottobre 2010.