

Lettera di accompagnamento alla Relazione

A tutti i Sindaci dei Comuni del Veneto Orientale

A tutti i Consiglieri dei Comuni del Veneto Orientale

Loro Sedi

Da: Organismi di Tutela dei Diritti del Malato nella Ulss 10 “ Veneto Orientale”

Oggetto: Relazione : “ LE SCHEDE DI DOTAZIONE OSPEDALIERA E TERRITORIALE E L’OSPEDALE UNICO”

Con l’intento di dare un contributo ponderato, frutto dell’analisi dei documenti approvati a livello regionale e di Ulss 10 in materia di servizi sociosanitari, sulla base di un’esperienza maturata in decenni di attività di tutela e di interazione con l’Azienda Ulss 10, di cui abbiamo avuto modo di conoscere le evoluzioni ed il funzionamento, trasmettiamo alle Signorie Vostre, l’allegata Relazione.

Contando sulla vostra attenzione, disponibili per eventuali approfondimenti, i sottoscritti Responsabili degli Organismi di Tutela porgono i loro più cordiali saluti.

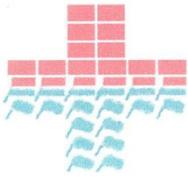
Per i rispettivi Direttivi :

BASSO Luigi - Presidente Tribunale dei Diritti del Malato “Cittadinanzattiva” di San Donà di Piave.

FRANCESCHINIS Ivana - Presidente Centro Diritti del Malato UISS 10 – Portogruaro.

Novembre 2013

San Donà di Piave - Portogruaro



Tribunale dei Diritti del Malato  
- Cittadinanzattiva -  
Sezione di San Donà di Piave  
U.L.S.S. 10 – “Veneto Orientale”  
Iscr. Reg.Reg. le P.S. n.VE/154



ASSOCIAZIONE  
CENTRO  
PER I DIRITTI  
DEL MALATO  
ULSS 10  
VENETO ORIENTALE

## LE SCHEDE DI DOTAZIONE OSPEDALIERA E TERRITORIALE E L'OSPEDALE UNICO

### PREMESSA

Il PSSR (Piano Socio-Sanitario Regionale) approvato dal C.R. a giugno 2012 delinea, e non poteva essere diversamente trattandosi di un documento di programmazione, un futuro radioso per la nostra sanità che poggia sull'eccellenza delle strutture, sulla competenza dei professionisti del settore, ecc. Come C.T.dM. di San Donà e Portogruaro abbiamo espresso una compiuta valutazione sul Piano, nell'aprile scorso, in un documento congiunto intitolato: “Il nuovo piano socio sanitario regionale 2012-2016”

Ad un anno dall'approvazione del PSSR la G.R. (Giunta Regionale) ha, finalmente, adottato 3 atti deliberativi con i quali quantifica le dotazioni (p.l. (posti letto), apicalità ospedaliere e territoriali, ecc.) e le linee guida cui devono attenersi i D.G. (Direttori Generali) delle ULSS per il perseguimento delle finalità programmatiche del PSSR.

Le delibere in questione sono:

- La 68 CR “Schede di dotazione ospedaliera e territoriale”;
- La 975 “Linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale, dei servizi e strutture territoriali”. Atto aziendale già deliberato a fine agosto dalla nostra azienda;
- La 953 approvativa del verbale d'intesa del 31.5.2013 con le OO.SS. della medicina convenzionata.

Concluso l'iter approvativo le tre delibere dispiegheranno i loro effetti con i tempi necessari a centrare gli obiettivi programmatici e gestionali definiti, ovviamente, compatibilmente con le disponibilità di bilancio.

Esaminiamo ora i contenuti essenziali delle tre delibere con riferimento ai dati relativi alla nostra Azienda premettendo una sintetica riproposizione delle valutazioni trattate nel già citato documento sul PSSR dei CTdM di San Donà e Portogruaro.

Ci preme sottolineare in premessa che la TERRITORIALIZZAZIONE della SANITA' mediante il potenziamento e la valorizzazione del ruolo e delle competenze dei MMG (Medici di Medicina Generale) e dei Pediatri di libera scelta che dovrebbe attuarsi attraverso la medicina di gruppo organizzata multidisciplinariamente e multiprofessionalmente con servizi di segreteria, comunicazione ed integrazione con gli specialisti, con le strutture territoriali esistenti (Centri di Servizio = Case di Riposo), e quelle previste dal Piano cioè gli ospedali di Comunità ecc. con la finalità di fornire un servizio h. 24 su 24 (12 attraverso la medicina di gruppo e 12 con la continuità assistenziale) sono una bella e condivisibile prospettiva, ma la sua operatività è di

là da venire e, comunque, ci vorranno tempi lunghi, come dimostrano le recenti prese di posizione della F.I.M.M.G., il maggior Sindacato dei medici di famiglia, che ha promosso un'azione legale contro la Regione.

L'esperienza di altre realtà regionali che hanno scelto la territorializzazione ci dice che ci vogliono investimenti adeguati, una rete informatica moderna, che non abbiamo, per supportare la digitalizzazione delle procedure e della comunicazione, tecnologia, ecc. La ripartizione delle risorse del Piano, che assegnano il 51% al territorio, indica una scelta conforme all'obiettivo, ma - forse - non sufficiente e soprattutto tempi lunghi di realizzazione. Quelli indicati dall'atto aziendale, fanno riferimento all'approvazione dell'atto stesso al 2015 che, francamente, ci sembrano poco realistici.

In poche parole in questa fase di cambiamento che privilegia la TERRITORIALIZZAZIONE che è tutta IN DIVENIRE si procede a DEPOTENZIARE L'OSPEDALE che è la RISPOSTA QUALIFICATA e SPECIALISTICA oggi disponibile operando TAGLI DRASTICI e IRRAGIONEVOLI ALLE STRUTTURE OSPEDALIERE che sono i presidi di diagnosi e cura su cui convergono oggi e in futuro, indirizzati dai propri medici di base, gli utenti del servizio sanitario.

Tagli che unitamente al mantenimento di tutti i presidi ospedalieri esistenti peggioreranno la qualità percepita dei servizi, pregiudicando la concorrenzialità delle nostre strutture che, viceversa, ne è la preconditione per il rilancio, ammesso che lo si voglia realmente, della Sanità del Ven. Or.

### **LE SCHEDE DI DOTAZIONE OSPEDALIERA: CONTRADDIZIONI E SOTTINTESI**

Le schede di dotazione ospedaliera contraddicono il piano 2012-2016, piano che non fa alcuna scelta, limitandosi a fotografare l'esistente per l'intera regione. Nello specifico, nel Ven. Or., non è stata nemmeno riproposta la previsione del piano precedente di ridurre da 4 a 3 gli ospedali mediante il passaggio della Casa di Cura Rizzola alla gestione dell'Ospedale di Jesolo.

Il Piano prevede:

- “per ULSS di ca. 200.000 abitanti un ospedale di rete con possibilità di più presidi di rete” (San Donà – Portogruaro)
- “conserva Jesolo come ospedale nodo di rete”
- “conserva la Casa di Cura Rizzola con “Compiti complementari” e di integrazione all'interno della rete ospedaliera regionale”.

Il Piano stabilisce che gli ospedali di rete “hanno una dotazione minima composta da pronto soccorso e specialità di base e di media complessità (chirurgia generale, medicina interna, oncologia, ecc., ecc.)”.

Le schede operano per la nostra ULSS 10 Ven. Or. e per la 13 Dolo-Mirano una scelta drastica e contraddittoria con le stesse previsioni del piano in quanto allocano in una sede tutte le funzioni mediche (San Donà) e nell'altra (Portogruaro) quelle chirurgiche, realizzano quella che avevamo definito, nel nostro documento dell'aprile scorso “la deprecata ipotesi dei poli”. Sostenevamo e ribadiamo che questa scelta delle schede creerà più problemi di quanti vorrebbe risolverne.

A tal proposito ribadiamo la nostra posizione: “L'Ospedale su due sedi deve necessariamente avere due medicine e due chirurgie generali, eventuali valorizzazioni di primari ed equipe vanno perseguite nella misura in cui migliorano e possono rendere più appetibile l'offerta, ma non si

può prescindere dalla risposta generale che questi reparti sono, per loro natura, chiamati a fornire”.

Evidenziavamo: “gli effetti negativi sull’attività dei pronto soccorso, con un aumento esponenziale dei pazienti trasferiti verso le altre sedi per i necessari accertamenti diagnostici, con aumento delle percorrenze, dei tempi di permanenza e dei rischi per la sicurezza”.

A chi giova questa scelta così penalizzante per l’ULSS 10 e 13 della provincia di Venezia? Avevamo già avanzato una risposta nel nostro documento, ora la ribadiamo col conforto dei dati di bilancio 2012 delle Aziende ULSS che evidenzia un deficit di 55.193.578 di € dell’ULSS 12 Veneziana.

Alla riduzione di questo deficit sono chiamate a concorrere le aziende 10 e 13 non solo con l’accentramento nell’Ospedale dell’Angelo dei servizi di diagnosi e cura ad elevata complessità tecnologica, ma anche con la riduzione dell’offerta di prestazioni e servizi che, oggettivamente, favoriscono la canalizzazione delle DRG di maggior valore (chirurgia e ortopedia ...ecc.) verso l’Angelo stesso. Chi ha operato questa scelta non si preoccupa di un eventuale aumento della mobilità verso altre sedi non essendo quella intraregionale onerosa, attendendosi per quella extraregionale verso il Friuli un contenimento considerato che l’unica realtà ospedaliera strutturata nella nostra azienda resta Portogruaro, anche se la prevista Cittadella della Salute di Pordenone rischia di vanificare questo proposito.

#### **LE MODIFICHE DEI POSTI LETTO NELLE STRUTTURE PUBBLICHE ED IN QUELLA PRIVATA: OSSERVAZIONI**

Riassumiamo quanto prevedono le schede ospedaliere nelle 5 Tabelle allegate nelle quali confrontiamo i dati dei posti letto e delle apicalità dell’intera azienda come risultano dalle nuove schede ospedaliere (2013) con quelli precedenti riferiti al 2011 suddivisi per area e per funzioni con le relative differenze, di seguito sono indicati i p.l. e le apicalità degli ospedali pubblici di San Donà – Portogruaro e Jesolo sempre per area e per funzioni, con relative differenze, infine, i dati dei soli p.l. 2013-2011 e relative differenze della Casa di Cura Rizzola.

L’area medica aziendale conta 223 p.l. e 7 apicalità contro i 252 del 2011 con 10 apicalità; il saldo negativo è di -29 p.l. e 3 apicalità. San Donà, polo medico, aumenta di 35 p.l. dovuti alla neo istituita nefrologia dotata di 5 p.l. e alla soppressione e al trasferimento di cardiologia, neurologia e psichiatria da Portogruaro che perde 48 p.l. conservando solo i 60 di medicina generale, analogamente Jesolo perde 16 p.l. di medicina generale che passa da 41 del 2011 a 25 del 2013. La Casa di Cura Rizzola passa da 49 a 25 p.l. di geriatria, diventa titolare di un neo istituito reparto di medicina generale con 25 p.l. e un saldo positivo in area medica di più 1 p.l.. Ci chiediamo con l’ospedale pubblico “riqualificato” in polo medico la scelta per la struttura privata è integrativa o competitiva?

L’area chirurgica conta 140 p.l. e 6 apicalità contro i 166 del 2011 con 8 apicalità, il saldo negativo è di -26 p.l. e 2 apicalità. Portogruaro, polo chirurgico, aumenta di 38 p.l. dovuti alla neoistituita chirurgia vascolare dotata di 8 p.l. e alla soppressione e al trasferimento di chirurgia generale, ortopedia, otorinolaringoiatria da San Donà che perde 42 p.l. conservando solo 18 p.l. di Day Surgery multidisciplinare, risultanti dalla somma di 10 p.l. esistenti più gli 8 trasferiti da Portogruaro a seguito della soppressione del servizio.

Jesolo perde 22 p.l. per soppressione dei 9 p.l. di chirurgia generale più 13 di ortopedia. La Casa di Cura Rizzola incrementa di 6 p.l. la chirurgia generale passando a 15 p.l., cui si aggiungono 10 p.l. di Day Surgery multidisciplinare di nuova istituzione, vede confermati i 5 p.l. di ortopedia, la

soppressione di 9 p.l. di urologia per un totale di 30 p.l., 7 in più di quelli del 2011; che questa dotazione sia complementare ed integrativa della dotazione pubblica non si può proprio sostenere, sono i numeri a dirlo, oltre i numeri (30 p.l.) sono le specialità previste a confermarci il ruolo competitivo della struttura privata accreditata.

Va osservato che la Chirurgia della Casa di Cura è una chirurgia di elezione e come tale non contempla l'emergenza-urgenza che resta in capo all'Ospedale Civile sprovvisto non solo della Chirurgia Generale ma anche di posti letto di terapia intensiva, con conseguente necessità di trasferire gli utenti del Pronto Soccorso che presentano problemi chirurgici a Portogruaro, dove verranno trasferiti i posti letto di Terapia Intensiva.

Infine sorgono spontanei alcuni interrogativi: perché il polo medico di San Donà non ha avuto lo stesso trattamento di quello chirurgico di Portogruaro cui sono stati assicurati 60 p.l. di Medicina Generale?

Non risulta che la Chirurgia Generale di Portogruaro avesse una maggiore e più qualificata attività né un primario più titolato, al riguardo basta leggere i dati del servizio controllo di gestione.

E ancora le sale operatorie sono sufficienti e adeguate all'aumento del carico di lavoro conseguente ai trasferimenti? Sono stati poi previsti p.l. o strutture intermedie per le degenze post operatorie di una popolazione sempre più anziana?

E' stato valutato l'incremento del traffico sotto il profilo ambientale, del tempo e dei costi dei trasferimenti, del disagio per l'utente, dei famigliari, parenti ed amici per le visite e l'assistenza?

L' area materno-infantile conta 68 p.l. e 3 apicalità contro gli 88 del 2011 con 5 apicalità, il saldo negativo è di -20 p.l. e 2 apicalità.

Ostetricia e Ginecologia vengono confermate a San Donà con 30 p.l. e a Portogruaro che passa da 15 a 20 p.l., perdendo, per soppressione, i 18 di pediatria che viene confermata a San Donà con soli 16 p.l.. Sempre a San Donà si perde l'unico letto di neuropsichiatria infantile e si riducono da 4 a 2 quelli di Patologia Neonatale.

L' area Terapia Intensiva conta 18 p.l. e 1 apicalità contro i 20 del 2011 con 1 apicalità, il saldo negativo è di -2 p.l., invariate le apicalità. Sempre nella "deprecata" e purtroppo realizzata scelta dei poli San Donà perde, per soppressione 6 posti letto di terapia intensiva che passano a Portogruaro che a sua volta perde i 4 posti di terapia intensiva cardiologica a favore di San Donà. Questa scelta creerà gravi problemi all'utenza che utilizza il pronto soccorso di San Donà che presenta problemi chirurgici, non garantirà una adeguata sicurezza per il trasferimento dei p.l. di terapia intensiva solo al polo chirurgico di Portogruaro.

Analoghe problematiche si presenteranno per i pazienti ricoverati in ambito internistico che dovranno essere trasferiti a Portogruaro in condizioni critiche.

Analogamente l'utenza che utilizza il pronto soccorso di Portogruaro con problemi cardiologici perché i p.l. di terapia intensiva cardiologica saranno presenti solo nel polo medico di San Donà.

La Casa di Cura Rizzola che, come abbiamo visto analizzando l'area chirurgica, resta l'unica sede dotata di p.l. di chirurgia generale di elezione nel sandonatese che conta 118.600 abitanti, viene dotata di 2 p.l. di terapia sub intensiva per garantire il malato instabile cosa non prevista per l'ospedale di San Donà.

L' area riabilitativa conta 65 p.l. e 2 apicalità contro i 35 del 2011 con 1 apicalità, rappresenta la sola area ad avere un saldo positivo con +30 p.l. e 1 apicalità. San Donà non ha e non aveva

alcuna dotazione. Portogruaro aumenta di 3 p.l. passando a 20 p.l. e conferma la sua apicalità. Jesolo, classificato ospedale nodo di rete monospecialistico riabilitativo, acquisisce 25 p.l. di recupero e riabilitazione funzionale, inoltre incrementa di 2 unità gli attuali 18 posti letto per lungodegenti. I 20 p.l. risultanti sono gli unici a servizio dell'intera azienda.

Alla Casa di Cura Rizzola vengono soppressi 14 p.l. di lungodegenza, posti letto che hanno una remuneratività inferiore a quelli ordinari, e vengono assegnati 15 nuovi p.l. di recupero e riabilitazione funzionale cui si aggiungono i 6 esistenti per un totale di 21 p.l.

I numeri evidenziano ancora una volta un ruolo competitivo, anziché integrativo e complementare con le strutture pubbliche.

L' area dei Servizi di diagnosi e Cura conta 6 apicalità contro le 10 del 2011, il saldo negativo è - 4. Le apicalità sopresse sono: Odontostomatologia, Anatomia Patologica, Medicina Trasfusionale e Radiologia di San Donà. Quelle confermate sono 2 a San Donà: Direzione Medica e Farmacia; 3 a Portogruaro: Radiologia, Laboratorio Analisi e Pronto Soccorso; 1 a Jesolo: Pronto Soccorso.

### **PRONTO SOCCORSO E TURISMO**

Quest'ultima scelta svela quale oggettività e quale razionalità informi le scelte regionali che pure tutti i politici affermano di fare nell'esclusivo interesse "della gente", "dei cittadini", "degli utenti", ecc.

L'attività di Pronto Soccorso si misura per il numero di accessi, i dati 2012 della nostra azienda sono i seguenti:

= San Donà n. 35.158

= Portogruaro n. 29.884.

= Jesolo, cui affluiscono molti utenti di Cavallino appartenenti ad altra ULSS n. 18.378 (7.144 in inverno, quindi residenti stabili e 11.234 in estate, quindi residenti e turisti).

I dati sono chiari e riflettono la consistenza demografica e l'attrattività propria dei capoluoghi mandamentali, la forzatura operata a Jesolo, enfatizzando il flusso turistico, risponde ad altri criteri e ad altre convenienze, penalizzando San Donà e la cosiddetta Città del Piave che con 64.000 abitanti è stata deprivata del Primariato di Pronto Soccorso nell'inerzia e nel silenzio dei suoi amministratori e delle forze politiche dell'area.

Chi tace acconsente, il silenzio dei sandonatesi e le scelte operate confermano la fondatezza di questo detto proverbiale.

Riguardo all'enfatizzazione del flusso turistico è utile riportare i dati relativi alle presenze del nostro litorale:

Località	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
Bibione	5.998.427	6.073.618	5.962.171
Caorle	4.386.456	4.483.568	4.465.292
Eraclea	561.395	559.032	503.183
Jesolo	5.018.686	5.188.919	5.250.361
Cavallino	5.905.606	6.129.790	6.156.610

(fonte: [www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it))

dati che dovrebbero essere alla base di scelte ragionate e razionali.

### L'ATTO AZIENDALE. CAMBIAMENTI E RICADUTE NEL TERRITORIO

Per quanto concerne le scelte territoriali conseguenti alla deliberazione n. 975 della G.R. riteniamo che la delibera n. 560 del Direttore Generale dell'Azienda del 22.08.2013 ad oggetto: "Adozione nuovo atto aziendale in attuazione delle disposizioni di cui al d.p.r. 975 del 18 giugno 2013" oltre alla disciplina dei servizi e delle strutture territoriali incorpori, in quanto afferente al territorio, anche l'intesa intervenuta tra le OO.SS. e la regione relativamente alla medicina convenzionata.

Ci riserviamo una più approfondita analisi dell'atto aziendale adottato, attualmente sottoposto all'approvazione regionale e quindi non ancora operativo.

Le modifiche proposte incidono fundamentalmente sull'organizzazione territoriale, ricordiamo che fino all'inizio del 2012 erano operativi 3 distretti, ridotti a 2 con la soppressione, da noi ripetutamente richiesta, di quello del litorale. Il piano S.S. pur fissando in 100.000 abitanti la soglia minima per un distretto ha scelto, con le schede territoriali, un unico distretto per la nostra azienda.

Il problema non è tanto il distretto unico quanto se le modifiche e la nuova organizzazione distrettuale siano in grado di assicurare una migliore, più funzionale ed economica gestione dei servizi.

Riassumiamo le

#### MODIFICHE ATTUATE :

- |  |           |
|--|-----------|
| - Strutture tecnico funzionali (Distretti) | da 2 a 1  |
| - Dipartimenti                             | da 3 a 2  |
| - Unità operative complesse                | da 16 a 7 |
| - Unità operative semplici dip.            | da 3 a 6  |
| - Unità operative semplici                 | da 21 a 3 |

#### NUOVA ORGANIZZAZIONE : Nuove Istituzioni

- Distretto unico – Dipartimento per la Funzione Territoriale
- Dipartimento per i servizi Amministrativi generali della programmazione e delle risorse Umane
- Dipartimento Risorse finanziarie materiali e per i Servizi tecnici

- Unità Operative Complesse:
  - = Specialistica
  - = Cure Primarie
  - = Psichiatria
  - = Ser. D
  - = Infanzia adolescenza e famiglia
  - = Sanità animale
  - = Professioni sanitarie
  
- Unità operative semplici Dipartimentali:
  - = Farmacia Territoriale
  - = Servizio Igiene Alimenti Nutrizione (SIAN)
  - = Servizio Igiene Allevamenti Produzioni Zootecniche (SIAPZ)
  - = Servizio Igiene Alimenti Origine Animale (SIAOA)
  - = Pianificazione assistenza sanitaria ai Turisti
  - = Direzione Amministrativa Medicina Turistica ed Assistenza Internazionale
  
- Unità Operative Semplici:
  - = Qualità
  - = Cure Domiciliari
  - = Gestione dell'Attività Ospedaliera.

In prima approssimazione rileviamo che i tagli sono pesanti e si configurano come lineari, finalizzati cioè a ridurre la spesa. Sottolineiamo che i tagli di apicalità non colpiscono le funzioni amministrative che vengono tutte salvaguardate. L'Amministrazione è necessaria ma è strumentale alla funzione operativa (medica, veterinaria, farmaceutica), quindi è la sua incidenza percentuale che deve essere ben definita e limitata.

I tagli colpiscono proprio le funzioni mediche, ne abbiamo indicate alcune che pur essendo territoriali si svolgono negli ospedali analizzando le schede ospedaliere: psichiatria, odontostomatologia, ecc.

I servizi relativi alla sicurezza e all'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, all'igiene degli alimenti e nutrizione, all'igiene degli alimenti di origine animale hanno subito una riduzione e un inquadramento in UOSD che è stato oggetto di motivate proteste da parte delle organizzazioni regionali dei veterinari che hanno evidenziato una situazione di grave difficoltà a garantire la quantità e la qualità degli adempimenti necessari ad assicurare la sicurezza delle attività di competenza.

Inoltre non è indicata la distribuzione territoriale del nuovo assetto. Il crono programma attuativo prevede che il nuovo assetto sia concluso nel 2015.

Le schede di dotazione ospedaliera e territoriali nonché l'atto aziendale che ne costituisce il recepimento operativo sono fortemente penalizzanti per i servizi socio-sanitari assistenziali del Ven. Or. come abbiamo documentato, nell'esposizione soprastante.

Il D.G. cui compete la gestione dell'ULSS oltre ai vincoli delle tre delibere regionali è tenuto a perseguire il pareggio di bilancio dell'Azienda che dirige, obiettivo non facile in una realtà caratterizzata da 3 ospedali pubblici, 1 casa di cura privata, 2 distretti socio-sanitari (erano 3

fino a inizio 2012) e fughe intra ed extraregione con un costo pari a quello di un quinto grande ospedale realizzando bilanci negativi nell'ordine di 20.000.000 di €anno fino a qualche anno fa.

## OSPEDALE UNICO

### A) LA GENESI

Il deficit di bilancio ha iniziato ad essere aggredito dal 2009 circa mediante aumento delle compartecipazioni (tickets) e tagli lineari annui alla spesa. Queste scelte hanno consentito anche alla nostra azienda di ridurre il proprio deficit a 6.679.442 di € nel 2012. Riteniamo che sia difficile ridurre ulteriormente questo deficit, ciò in considerazione del fatto che tagli e aumenti già attuati hanno già inciso negativamente sulla qualità percepita delle prestazioni e dei servizi erogati, diminuendone la fruizione per una frazione di utenza con insufficiente e scarsa disponibilità di mezzi. Infine nulla è cambiato nella struttura e nell'organizzazione che genera il deficit, in questa situazione il D.G. ha ritenuto di fare propria una proposta che è stata avanzata nel 2007 dal suo predecessore dott. Spadaro di realizzare un ospedale unico per l'ULSS 10, proposta reiterata anche dal dott. Stocco nel 2010, condivisa, nella convinzione della sua irrealizzabilità e quindi nella certezza del mantenimento dello status quo, dalla Conferenza dei Sindaci. Rilanciata con grande determinazione dall'attuale D.G. dott. Bramezza sulla quale diciamo anche noi la nostra ribadendo il nostro **NO ALL'OSPEDALE UNICO.**

### B) LE MOTIVAZIONI DEL NO

Il perché del nostro No già espresso nel 2008 e nel 2011 poggia su solide argomentazioni.

Partiamo dai dati riassumendo la situazione evidenziata nelle tabelle esplicative delle scelte delle schede di dotazione ospedaliera con riferimento alle due realtà mandamentali costitutive dell'Azienda ULSS 10 Veneto Orientale:

Mandamenti	Sandonatese		Portogruarese
N° Residenti 2013	118.600		95.900
Totale Resid.ULSS		214.500	
N° Residenti Città del Piave	64.000		
N° Residenti Città del Lemene			42.000
P.L. 2013 Portogruarese			228
P.L. Pubblici S.Donà-Jesolo	286		
P.L. Privati Casa di Cura	103		
Totale Sandonatese Pubblici e Privati		389	
<b>Totale ULSS</b>		514	
<b>Totale ULSS Pubblici e Privati</b>		617	

La nostra ULSS ha una dotazione di circa 2.9 posti letto per 1000 abitanti  $(617/214.500) \times 1000$ , è carente di circa 200 p.l. rispetto all'obiettivo di adeguamento dei p.l. per i residenti della regione al 4%°, di cui lo 0,7%° per la riabilitazione e lungodegenza.

In sostanza siamo stati penalizzati per le fughe per cui i 200 p.l. che ci spetterebbero per consistenza demografica (214.500 ab.) saranno travasati ad altre ULSS meta del flusso delle fughe. L'Ospedale Unico se manterrà la stessa dotazione attuale non avrà, pertanto, alcun impatto sull'entità delle fughe.

Nel formulare le nostre valutazioni sui servizi e sulle prestazioni erogate dalla nostra Azienda ci siamo sempre attenuti a tre parametri che riteniamo incontrovertibilmente oggettivi che sono: La STORIA – LA GEOGRAFIA e LA DEMOGRAFIA.

Partiamo dalla Storia ricordando che la “salute” è stata gestita a livello territoriale dalla gloriosa figura del medico condotto fino alla riforma sanitaria, mentre l'ospedale ha origini remote. Nel Ven. Or. Portogruaro, Città storica, è dotata di un ospedale fin dal 1228; San Donà, Città di più recente sviluppo ha realizzato il suo ospedale civile nel 1903, ambedue le strutture sono confluite a seguito della riforma sanitaria dapprima nelle rispettive ULSS mandamentali n. 14 e 15 e successivamente nell'attuale azienda 10 Ven. Or.

Nel sandonatese sono localizzate due strutture di ricovero: una a Jesolo dove la colonia elioterapica di Treviso è stata riconvertita, in tempi di vacche grasse, in ospedale e una struttura privata accreditata “S. e A. Rizzola” avviata negli anni '50.

La Geografia dell'ULSS 10.

- ° Un territorio lungo e stretto da Jesolo a Bibione, compreso fra Sile e Tagliamento con il Livenza a dividere il sandonatese dal portogruarese.
- ° I Capoluoghi mandamentali di San Donà e Portogruaro distanti circa 30 Km.

La Demografia dell'ULSS 10 è indicata nella tabella su riportata.

Valutiamo ora le previsioni delle Schede con la realtà storico-geografica-demografica della nostra azienda nella “salvifica” e “risolutiva” prospettiva dell' “Ospedale Unico” riproposta dal Direttore Generale e sposata dalla Conferenza dei Sindaci, sottolineando il fatto nuovo intervenuto con il parere obbligatorio espresso dalla 5<sup>a</sup> Commissione Sanità che le ha trasmesse alla Giunta Regionale per la definitiva approvazione.

**Le modifiche proposte della 5<sup>a</sup> Commissione ( con parere del 26.09.'13) sono insufficienti, e cambiano poco rispetto al quadro delineato dalle schede originarie**, sono correttivi necessari a recuperare, solo in parte e solo per ortopedia, una situazione fortemente negativa che permane, invece, per chirurgia generale.

**Le modifiche proposte constano:**

- nell'aumento di 2 p.l., ambedue a San Donà, che passano da 514 a 516;
- le previsioni per l'ospedale di Portogruaro restano immutate,
- per San Donà vengono aggiunti 10 p.l. ordinari di Ortopedia-Traumatologia e conservato il primariato ed è certamente più dello zero previsto dalle schede della delibera 68. Melius re perpensa. Qualcuno, forse, si è vergognato di quanto l'ospedale di San Donà fosse esposto a rischio post-traumatico, in ogni caso la nuova previsione durerà fino alla realizzazione dell'ospedale unico.

Il sentimento della vergogna si è limitato all'ortopedia, per la chirurgia generale ai 18 p.l. di day surgery multidisciplinare della delibera 68 facenti capo a USD a prevalente indirizzo chirurgico ortopedico si sono sostituiti i 10 p.l. ordinari di ortopedia già visti sopra cui si aggiungono i 10 di chirurgia generale proposti dalla 5<sup>a</sup> Commissione come USD in regime di week surgery/day surgery/ ambulatoriale multidisciplinare, quindi il reparto non ha nessun p.l. di ricovero ordinario, resta senza primario ed è ridotto a USD dipendente da Portogruaro.

La novità è rappresentata dall'aggiunta della parola week, nella quale non ravvisiamo nessuna risposta per la gestione dei casi di chirurgia d'urgenza a San Donà e, sempre a San Donà, come e dove verrebbe trattata una rottura di milza da trauma stradale?

Ripetiamo, per completare il quadro, la vergognosa decisione di assegnare a Jesolo il primariato di pronto soccorso per cui San Donà dipenderà da Jesolo come struttura semplice dipartimentale.

Per l'Ospedale di Jesolo nessuna modifica.

Per la Casa di Cura sempre in una logica di gratificazione, vista la dismissione della funzione chirurgica dell'ospedale pubblico, oltre ai previsti 15 p.l. di chirurgia generale si confermano i 10 modificandone in senso migliorativo la destinazione da Day-Surgery Multidisciplinare a Week Surgery.

Le modifiche apportate non cambiano il quadro negativo soprattutto a San Donà che con questa ristrutturazione è destinato gradualmente a diventare un cronicario e senza rianimazione quali pazienti impegnativi potranno rimanere in area medica? Conseguentemente non capiamo e non condividiamo la soddisfazione espressa dal Sindaco per il parere espresso dalla 5<sup>a</sup> Commissione Sanità.

### C) LA STRATEGIA ADOTTATA

Questo è lo stato dell'arte, rileviamo come contraddittorio che ancor prima che le previsioni del nuovo piano e della definitiva approvazione delle schede da parte della Giunta Regionale, si sia aperto un dibattito che ha coinvolto figure istituzionali regionali: Zaia, Padrin e territoriali: Conferenza dei Sindaci e il gestore dell'azienda ULSS il Direttore Generale non sull'applicazione delle nuove previsioni, che giungono dopo 18 anni di vigenza del previgente piano socio-sanitario, ma sulla futuribile proposta dell'Ospedale Unico.

E' questa la risposta ai problemi della Sanità del Ven. Or.? Ed è quella vincente?

Perché allora non è stata perseguita dalla Regione, cui compete la programmazione del settore, nella fase istruttoria ed approvativa del nuovo piano socio-sanitario regionale?

A noi sembra francamente l'ennesima manovra diversiva, intesa a focalizzare l'attenzione su un futuro prospettato come migliore, per esorcizzare la frustrazione delle scelte mancate, delle decisioni non prese, della difesa dell'esistente.

Il piano previgente prevedeva la riduzione delle 4 strutture di ricovero operanti condizionando la Casa di Cura privata accreditata ad assumere la gestione dell'ospedale di Jesolo.

L'obiettivo era chiaro, si razionalizzava il sistema pubblico e contemporaneamente si riduceva la spesa per la struttura convenzionata. Questo obiettivo è stato perseguito con determinazione dall'ex assessore alla Sanità Tosi, chi gli è succeduto ha cambiato opinione e l'obiettivo non è stato raggiunto, quindi niente di fatto.

Non il nuovo piano che ci ha proposto 4 strutture di ricovero rimodellate secondo le previsioni delle non ancora definitive schede di dotazione ospedaliera che abbiamo sopra analizzato, ma l'iniziativa del D.G. che ha riproposto la realizzazione dell'Ospedale unico appare la novità e la prospettiva da perseguire.

Con il prospettato "Ospedale unico" si raggiungerebbe l'obiettivo di ridurre da 4 a 3 le strutture di ricovero accorpando in un unico edificio, da realizzare non si sa ancora dove, con quali fondi e sulla base di quale piano economico, i due ospedali pubblici dei due capoluoghi di mandamento San Donà e Portogruaro.

Nonostante non sia, ripetiamo, una scelta del programmatore regionale, si lavora con determinazione su questa indicazione. Su impulso del dott. Bramezza è stato individuato con i Sindaci un percorso condiviso per cui i comuni interessati hanno proposto la loro candidatura a sede dell'ospedale unico, ad oggi si sono proposti: San Donà, Portogruaro, San Stino, Torre di Mosto, Ceggia e Noventa di Piave, seguirà una valutazione delle candidature da parte di una Commissione Tecnica, dopodiché la Conferenza dei Sindaci delibererà il sito indicato dai tecnici.

La struttura della nostra regione in termini di geografia economica, reti di comunicazione, bacini culturali, ecc. è sempre stata storicamente **policentrica** (non in senso campanilistico). Alcune aree hanno una storia di appartenenze stratificate nel tempo e dei **punti di riferimento** che non coincidono con quelli decisi a tavolino da coloro i quali pensano che sia possibile suddividere o accorpare territori, in base a logiche di centralizzazione statalista, senza che i cittadini possano in alcun modo rappresentare le proprie istanze.

Non entriamo nel merito di una procedura che però ci pare sicuramente inedita e stravagante, limitandoci a ribadire posizioni che abbiamo sostenuto e argomentato nel corso degli anni, come abbiamo ricordato sopra, riproponendo quanto scritto nella relazione congiunta dei C.T.d.M. di San Donà e Portogruaro del febbraio 2011 intitolata "DALLA PARTE DEI CITTADINI UTENTI DEL S.S.N." nella quale "I CTdM di San Donà e Portogruaro riformulano aggiornata la loro proposta di riorganizzazione della Sanità nel Veneto Orientale dell'aprile 2008".

Riproposizione formulata non per una astratta coerenza con le nostre pregresse posizioni ma perché convinti che erano e che sono ancora valide e meglio rispondenti alle necessità e alle esigenze dell'utenza come dimostra l'esperienza e i risultati conseguiti da altre aziende. Ci rammarichiamo solo del tempo perduto e che le scelte maturate vadano in altra direzione.

Riassumiamo dal capitolo Risultati e Responsabilità che:

- Nonostante una spesa di circa 354.000.000 di € annui l'azienda da circa dieci anni chiudeva con un deficit di 25.000.000 annui;
- Non imputavamo la responsabilità del deficit ai D.G. ma ai vincoli della programmazione regionale che li costringevano a gestire una rete di ricovero per acuti con 4 strutture piccole e ripetitive, con una strumentazione vecchia e priva di adeguate reti di telemedicina e teletrasmissione ecc.
- Riproponiamo il testo integrale di parte del documento del 2011:

*"La responsabilità di questa situazione (omessi tempestivi interventi di razionalizzazione) è attribuibile alla Regione alla quale compete la programmazione del*

*Settore e agli Amministratori locali del Ven. Or. che non hanno saputo individuare e perseguire gli obiettivi di razionalizzazione necessari a portare ad efficienza ed efficacia le strutture operanti ridefinendole nel numero e nelle funzioni, preferendo difendere lo status quo, vale a dire una rete di ospedali e di servizi territoriali che è essa stessa, così come è strutturata e gestita, a produrre da oltre un decennio un deficit di 25.000.000 di Euro annui contando sul ripiano dello stesso da parte della Regione.*

*Corollario di questa situazione: è aumentata ed è in progressiva crescita la propensione degli assistiti di farsi curare in strutture extra e intra – regionali con costi elevati che contribuiscono a rendere più precaria la gestione del bilancio aziendale.*

*Altra connessa criticità è rappresentata dalla percezione di precarietà della situazione da parte degli operatori, soprattutto medici, ma anche amministrativi per cui molti si trasferiscono e molti non reputano vantaggioso impegnarsi al meglio nelle nostre strutture.*

*Una situazione nota a tutti che non si è valuto affrontare per tempo e che si dice, da parte di taluni politici, di voler affrontare oggi, in emergenza, in un contesto di crisi e di risorse calanti per la sanità avanzando una proposta “salvifica” e non nuova: la realizzazione dell’Ospedale Unico.*

*Su questa soluzione ribadiamo quanto abbiamo scritto nel 2007 e cioè che “... di fronte alla necessità di fornire risposte tempestive ed adeguate per migliorare la sanità del Ven. Or. poco si è fatto mentre molte sono state le fughe in avanti come l’Ospedale unico, **proposta di per sé condivisibile ma irrealizzabile nell’immediato**”.*

*Inoltre sottolineavamo che in tale ottica gli investimenti realizzati nelle strutture ospedaliere sarebbero stati vanificati, ma soprattutto abbiamo guardato all’esperienza di Aziende simili alla nostra, segnatamente a quella di Pieve di Soligo che presentava più ospedali di piccole dimensioni e la casa di cura privata “De Gironcoli”.*

*Proprio qui, selezionando e ridefinendo le funzioni delle Strutture riducendo quelle per acuti, specializzando e riconvertendo le altre in una logica di rete integrata nella quale è rientrato anche l’acquisto della Casa di Cura privata convenzionata, hanno realizzato una migliore e più qualificata offerta di servizi e prestazioni a favore dell’utenza che è quello che a noi interessa maggiormente, ma si è anche centrato un soddisfacente risultato economico con un attivo di bilancio. Infatti l’ULSS 7 di Pieve di Soligo è una delle due aziende della nostra regione ad avere un bilancio attivo”.*

#### D) IL QUADRO ECONOMICO

Non siamo mai stati insensibili all’esigenza di scelte mirate sulla necessità di garantire la sostenibilità del nostro sistema socio-sanitario. I sostenitori dell’Ospedale unico affermano di muoversi in questa prospettiva condizionati dal progressivo ridursi del finanziamento al settore. Noi come C.T.dM non abbiamo visto nessun quadro economico del prospettato progetto; vorremo ricordare che molte scelte politiche e strategiche in ambito sanitario sono state dettate dalla necessità di risparmiare, quindi derivano da vincoli economici, spesso a loro volte basate su considerazioni ragionieristiche. Esistono costi diretti, come quelli necessari all’erogazione delle prestazioni, e costi indiretti, che sono quelli legati alle spese sostenute direttamente dai cittadini in termini di tempo dedicato alle attese o agli spostamenti. Le misure per il risparmio dovrebbero comprenderli entrambi. Se i risparmi sono legati ad un accentramento/riorganizzazione di servizi non corrisponde anche ad un beneficio per le persone assistite, allora la scelta di accentrare ha solo scaricato una parte dei costi diretti verso le persone assistite, portando benefici solo nel settore dei costi diretti a loro volta correlati alla fiscalità generale. Diminuiscono i costi per l’Azienda ma non i disagi per gli ammalati.

In ogni caso la prospettiva di **OSPEDALE UNICO RICHIEDE UNA PRELIMINARE DEFINIZIONE DI UN MODELLO ALTERNATIVO SUL TERRITORIO.**

Sulla base di questa considerazione oltre a quanto detto sopra formuliamo alcuni ulteriori quesiti ed interrogazioni che meritano valutazione e risposte.

#### E) COSTATAZIONI – IPOTESI- QUESITI- CONCLUSIONI

Abbiamo visto che l'ULSS 7 di Pieve di Soligo ha un bilancio positivo nel 2012, tale positività ammontava a 8.010.000,64 Euro. I dipendenti della nostra azienda ricordano che circa 3 anni orsono hanno ricevuto gli arretrati contrattuali loro spettanti grazie ad un anticipo di cassa dell'ULSS di Pieve che aveva la necessaria disponibilità.

Ricordiamo che l'ULSS 7 è organizzata su due presidi di Rete Conegliano e Vittorio Veneto, i due ospedali hanno una adeguata dotazione di posti letto ed apicalità sia in area medica che in area chirurgica.

Ribadiamo che le scelte fatte rappresentano un ottimo esempio di capacità, correttezza gestionale e di decisioni ponderate e condivise col territorio.

Tali scelte hanno realizzato una migliore e più qualificata offerta di servizi e prestazioni a favore dell'utenza che si è identificata, con incrementata fiducia, nei reparti e nelle strutture riorganizzate.

Riteniamo infatti che l'attrattività di un reparto si fondi sulla fiducia, fiducia a sua volta composta da molte componenti: competenza del personale, disponibilità, accessibilità, gentilezza, percezione di efficienza, trattamento alberghiero, buona comunicazione, buon clima dell'equipe di cura e altro ancora. **Costruire un clima di fiducia richiede scelte lontane nel tempo e un lungo percorso di selezione e formazione delle persone dedicate alla cura e all'assistenza sanitaria.**

**Il miglioramento si gioca su questo campo e non sul rimescolamento dei reparti o sul loro accentramento in unica sede.**

Analogamente l'ULSS 8 di Asolo che chiude il bilancio 2012 con un attivo di 5.941.128,60 Euro ha un presidio ospedaliero unico di rete con due sedi: Castelfranco e Montebelluna ognuna con adeguate specialità ed apicalità in area medica e chirurgica.

Non sembra un caso che la maggior parte degli amministratori del trevigiano abbiano dimostrato di essere lungimiranti e attenti alle problematiche specifiche dei loro territori di competenza. Alcuni hanno tratto vantaggio dalla presenza in zona di figure politiche di rilievo che in passato hanno impresso una notevole spinta verso una rete ospedaliera di ottimo livello (vedi ospedale di Castelfranco).

Come si vede solo le ULSS della provincia di Venezia e in particolare il Ven. Or. hanno un trattamento punitivo e che la "salvezza" prospettata con l'ospedale unico, ammesso che non sia l'ennesimo diversivo, rischia di compromettere il futuro della nostra sanità territoriale.

Prendiamo l'ipotesi che il nuovo ospedale venga allocato in uno dei due centri mandamentali, diciamo a Portogruaro: i sandonatesi con tutta probabilità troveranno più conveniente puntare direttamente su Mestre e Treviso, come i portogruaresi nell'ipotesi di allocazione a San Donà, troverebbero più agevole dirigersi a Pordenone, ospedali provinciali dotati di tutte le specialità.

In ipotesi la scelta cadesse su San Stino o Torre di Mosto i 64.000 sandonatesi della cosiddetta Città del Piave e i 42.000 portogruaresi della Città del Lemene, vale a dire metà della popolazione residente dovrebbe spostarsi dai centri mandamentali per andare in periferia, alla faccia della sostenibilità ambientale e di tutte le controindicazioni sopra riportate.

Portogruaro in particolare subirebbe la perdita del proprio plurisecolare ospedale, a San Donà resterebbe la Casa di Cura privata accreditata che le schede regionali hanno potenziato facendone un più agguerrito competitor del pubblico. Il D.G. Bramezza intervenendo in Commissione sociale del Comune di San Donà ha detto che con le previsioni delle nuove schede la Rizzola potrà organizzare meglio la sua offerta rendendola più appetibile ed attrattiva anche per utenti fuori provincia e di altre regioni. Francamente non vediamo in questo un beneficio sul piano economico né sul piano dell'offerta di prestazioni la cui eccellenza, termine troppo abusato e non riflessivo della realtà attuale non riusciamo a scorgere, come pure - pur avendolo in passato proposto e sollecitato - non vediamo nella scelta dell'ospedale "nodo di rete riabilitativo di Jesolo" la soluzione capace di assicurare un futuro alla struttura.

Ricordiamo che la specializzazione di Jesolo fu proposta dal dott. Stellini Amministratore Straordinario dell'ULSS 15, avversata dagli amministratori jesolani che, con poca lungimiranza, preferirono difendere l'esistente, innescando quel lungo declino che oggi si dice di voler interrompere con la specializzazione riabilitativa.

E' credibile che con 25 posti letto riabilitativi con relativa apicalità cui se ne aggiungono 20 di lungodegenza e con la conferma dei 25 p.l. di medicina e relativa apicalità, più l'attribuzione del primariato di pronto soccorso che definiscono una realtà di 70 p.l. e 3 primariati si possa competere, diventare attrattivi e realizzare almeno un equilibrio di bilancio?

La scelta è avvenuta con troppo ritardo, è utile e sicuramente necessaria per l'utenza aziendale che può disporre anche dell'offerta dei reparti di Portogruaro e della Rizzola, ma potrà essere competitiva con altre strutture specializzate e, in particolare con Motta di Livenza?

Motta è un ottimo esempio di lungimiranza ed innovazione, nasce dalla riconversione dell'Ospedale Civile, oggi è classificato "Ospedale nodo di rete monospecialistico riabilitativo di riferimento regionale" è dotato di 150 p.l. , dispone di servizi di diagnosi e cura dotati di adeguata e moderna strumentazione. E' una presenza consolidata molto attrattiva cui affluiscono indirizzati dai medici di base, dagli specialisti e dalle strutture ospedaliere pazienti da tutta la regione e da fuori regione.

Così stando le cose è scontato porsi la domanda: potrà Jesolo competere con una realtà così vicina, così strutturata ed affermata? Ovvero la scelta effettuata è solo la dilazione di un destino segnato e conseguente ad una pervicace e perdente difesa dell'esistente?

Conclusivamente riteniamo che

I Cittadini-contribuenti-utenti abbiano il diritto di usufruire di un servizio sanitario assistenziale di qualità nel proprio territorio.

Le scelte delle schede non vanno in questa direzione così pure la riproposizione dell'Ospedale Unico. Altre ci sembrano e le abbiamo indicate da tempo le scelte necessarie a portare la nostra sanità ad efficienza, efficacia ed economicità, le abbiamo argomentate e ribadite, le riassumiamo: potenziare i due ospedali pubblici di rete, intervenire sui restanti presidi come fatto per tempo e con successo a Pieve di Soligo.

Resta il rimpianto per il tempo perduto dovuto al fatto che altri Amministratori locali, altri Politici di riferimento regionale e altri Direttori Generali hanno individuato e realizzato scelte appropriate e conformi ai bisogni della popolazione residente della propria ULSS.

Per i rispettivi Direttivi:

BASSO Luigi - Presidente Tribunale dei Diritti del Malato “Cittadinanzattiva” – San Donà di Piave

**FRANCESCHINIS Ivana - Presidente Centro Diritti del Malato ULSS 10 – Portogruaro.**

^^^^^^^^

Novembre 2013