

Regione/Sanità: ecco la relazione integrale Lo Moro al PSR
11/06/2007 - 17.13 Catanzaro

L'assessore alla Tutela della Salute, Doris Lo Moro, ha presentato una relazione di commento al Piano Sanitario regionale che è in discussione in Giunta. Nel documento, Lo Moro analizza le principali strategie del PSR.

Ecco il testo integrale della Relazione dell'assessore Lo Moro.

La proposta che sottopongo alla valutazione della Giunta rappresenta il punto di approdo di un lungo e difficile lavoro, durato oltre un anno e mezzo, che ha trovato supporto, in varie tappe intermedie, in atti della Giunta e del Consiglio, ma che oggi si presenta in maniera compiuta e dispiega il carattere di un'autentica riforma e messa a regime del sistema sanitario calabrese.

Va innanzitutto evidenziato che il nuovo piano sanitario è preceduto dalla verifica analitica dello stato di salute e dei bisogni della popolazione calabrese, contenuta nella relazione sanitaria, già approvata dalla Giunta nel gennaio 2007 e trasmessa al Consiglio Regionale, che, sia pure sinteticamente, viene ripresa nell'elaborato di piano, costituendo, sul piano scientifico, il fondamento e la guida del lavoro di programmazione. Si tratta di un lavoro predisposto dal Dipartimento Tutela della Salute, reso complesso e difficile dalla mancanza di un Osservatorio epidemiologico regionale che il piano provvede ad istituire presso lo stesso dipartimento, al fine di garantire il monitoraggio costante della situazione epidemiologica della popolazione e consentire di aggiornare annualmente la relazione sanitaria.

Nel piano, inoltre, vengono portati a sintesi tutta una serie di elementi, su cui si è lavorato e prodotto nel primo biennio dell'attuale legislatura.

Basti, per esempio, pensare :

- alle linee di indirizzo per il riordino dell'organizzazione e dell'attività sanitarie, approvate dalla Giunta nel febbraio 2007, che hanno orientato l'impostazione della proposta di piano;
- al lavoro di riorganizzazione portato avanti con gli atti aziendali, sulla base del piano 2004/2006, che, soprattutto per le aziende in cui bisogna realizzare nuove strutture ospedaliere o anche solo ampliarle, continua a rappresentare un utile riferimento per la fase di transizione;
- allo studio approfondito, condotto dal Dipartimento sin dall'inizio della legislatura, sulla mobilità intra ed extraregionale, con l'individuazione accurata dei luoghi di partenza e di arrivo dei pazienti, delle specialità coinvolte, del costo sopportato dal servizio sanitario regionale, che è stato già messo a disposizione dell'aziende per le necessarie azioni di contrasto ma anche valutato in sede di programmazione per il rafforzamento dei servizi e la creazione di servizi nuovi;
- alla discussione e alle scelte effettuate per il servizio di soccorso aereo, con la previsione di quattro basi di elisoccorso, localizzate rispettivamente presso gli aeroporti di Lamezia Terme e di Crotone, e presso le elisuperfici (da mettere a norma) di Locri e di Montalto Uffugo;
- alla linee guida della salute mentale, approvate dalla Giunta nel febbraio 2007, con la previsione della riduzione e riconversione dei posti letto assegnati alle case di cura psichiatriche e la disciplina analitica del servizio di salute mentale e delle nuove residenze psichiatriche;
- ai progetti approvati dalla Giunta dal giugno 2005 al maggio 2006, tutti asseverati dal Ministero della Salute, in materia di prevenzione, alcuni dei quali già attivati con risultati importanti rispetto ai bisogni di salute dei cittadini (si pensi, in particolare, allo screening per la diagnosi precoce dei tumori femminili che ha già incrociato il percorso di vita di centinaia di donne, mettendole in condizione di bloccare l'insorgere di un tumore o di curarsi in una fase che consente di evitare interventi devastanti);
- alla localizzazione a Reggio Calabria della cardiocirurgia, voluta dal Consiglio Regionale con l'assestamento di bilancio dell'anno 2005, e alla discussione che si è dispiegata sull'argomento nell'intera Regione, ed in particolare nell'area di Cosenza, che ha portato alla previsione di una risposta adeguata ed omogenea sul territorio calabrese (sono previsti dal piano 60 posti letto di cardiocirurgia, localizzati in pari misura a Reggio, Catanzaro e Cosenza);
- all'istituzione, con delibera di Giunta del febbraio 2006, del Centro Regionale per i trapianti d'organi, con un lavoro di coordinamento che ha aiutato e rafforzato l'attività encomiabile degli operatori sanitari del settore, consentendo di registrare un sensibile aumento delle dichiarazioni di morte cerebrale e degli espunti e dei trapianti nella nostra Regione;
- alla discussione sui rapporti tra pubblico e privato, non facile né scontata specie in presenza di una consistente esposizione debitoria verso le case di cura e il privato in generale, che ha consentito comunque di contenere i posti letto assegnati al privato e, soprattutto di coinvolgere le case di cura in un percorso di qualità e di innovazione;

- alle scelte, oggetto di delibera di Giunta (ottobre 2006) e di confronto con il Ministero della Salute, per l'impiego dei fondi ex art. 20, che hanno consentito di individuare, con riferimento alle aree territoriali delle vecchie aziende sanitarie, undici ospedali di riferimento che costituiscono la struttura portante della nuova rete ospedaliera;
- ai provvedimenti della Giunta con cui si è provveduto ad attuare l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in materia di razionalizzazione dell'offerta di ricovero ospedaliero e di adeguamento dei posti letto ospedalieri;
- alla discussione sulla centralizzazione degli acquisti di beni e servizi, avviata da tempo con riferimento alla sanità (cfr punto 3.3.8.1. delle linee guida), confluita nella norma della finanziaria 2007, valida anche per gli altri settori, che prevede la realizzazione in Calabria della Stazione Unica Appaltante;
- alla previsione, contenuta nella finanziaria 2006, della possibilità di contrarre un mutuo, nella misura massima di 390.000.000 di euro, per la realizzazione di un programma regionale per il potenziamento e l'ammodernamento delle strutture sanitarie pubbliche;
- all'elaborazione di un progetto per il potenziamento della radioterapia oncologica regionale, approvato dalla Giunta nel febbraio 2007 e trasmesso al Ministero della Salute, con il quale si garantisce un elevato livello di offerta su tutto il territorio e si prevede, in aggiunta a quelli esistenti, di cui è previsto il rafforzamento, un nuovo (quarto) punto di radioterapia per l'area Centro-Nord della Calabria che il piano localizza presso il nuovo Ospedale della Sibaritide;
- al lavoro svolto per accompagnare la riconversione del Papa Giovanni XXIII di Serra d'Aiello, per il quale il piano prevede 200 posti letto, tra riabilitazione e lungodegenza riabilitativa, che è stata oggetto di un progetto di fattibilità affidato a Sviluppo Italia e ci vede impegnati nella costituzione di una società a capitale interamente pubblico, con l'obiettivo di aiutare il percorso di riconversione e salvaguardare i livelli occupazionali;
- al lavoro svolto dal Dipartimento, con il confronto con le associazioni di volontariato del settore, per l'elaborazione del piano sangue, con l'obiettivo del raggiungimento dell'autosufficienza regionale e della partecipazione all'autosufficienza nazionale mediante un significativo incremento delle donazioni;
- al varo di importanti provvedimenti relativi all'assistenza domiciliare, alla sicurezza del lavoro, alla sicurezza domestica e stradale, alle liste d'attesa e alla regolamentazione della libera professione intramoenia.

Tutto il lavoro svolto nell'ultimo biennio è confluito o comunque ha aiutato l'elaborazione del piano.

La proposta di piano punta ad assicurare ai cittadini servizi adeguati sotto il profilo della qualità e della sicurezza, ma anche a garantire la sostenibilità del sistema.

Uno dei punti critici della sanità calabrese è l'assoluta insufficienza dei servizi territoriali. L'inversione di tendenza dovrà essere aiutata dalla disponibilità di strutture, anche fisiche, in cui allocare i servizi ma anche dalla disponibilità concreta di risorse, considerato che spesso quelle destinate formalmente al territorio vengono di fatto assorbite da altro (in particolare dalla ospedalità e dalla spesa farmaceutica).

La rivisitazione della rete ospedaliera, necessaria in sé, è funzionale all'obiettivo del rafforzamento dei servizi territoriali perché è destinata a liberare risorse economiche e strutture già esistenti non più necessarie alle funzioni ospedaliere.

In concreto, la nuova rete ospedaliera pubblica poggia essenzialmente sugli undici ospedali di riferimento, individuati nelle linee guida approvate dalla Giunta ed anche nella delibera relativa alle risorse ex art. 20).

Ospedali di riferimento, e cioè ospedali in cui dovranno essere presenti tutte le discipline elencate nell'allegato A delle linee guida, e cioè le discipline che consentono di dare le risposte ordinarie alle esigenze rilevate dalla relazione sanitaria, sono :

le tre aziende ospedaliere di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria;

i nuovi ospedali della Sibaritide, della Piana di Gioia Tauro e di Vibo Valentia;

Castrovillari, Cetraro, Crotona, Lamezia Terme e Locri.

Per le zone in cui è prevista la realizzazione di un nuovo ospedale è confermata, per la fase di transizione, l'utilizzazione degli attuali presidi (secondo l'organizzazione funzionale prevista dagli atti aziendali approvati dalla Giunta).

Mantengono funzioni ospedaliere per acuti i presidi di Praia a Mare, Trebisacce, S. Giovanni in Fiore, Acri, Serra S. Bruno, Soverato, Tropea, Polistena e Melito Porto Salvo.

Vengono riconvertiti in strutture ospedaliere per l'assistenza a pazienti non acuti (riabilitazione e lungodegenza riabilitativa) i presidi di Mormanno, Soriano, Chiaravalle, Oppido Mamertina e Siderno (sede anche di casa della salute).

Vengono destinati prevalentemente a funzioni di assistenza a pazienti non acuti i presidi di Cariati e Soveria Mannelli, nei quali sono previste anche funzioni per acuti.

La scelta dei presidi da mantenere con funzioni residenziali è stata effettuata tenendo conto di più fattori, tra cui la localizzazione, l'ampiezza della struttura e la produzione. Con lo stesso criterio sono stati selezionati gli ospedali da destinare all'assistenza di pazienti non acuti.

Vengono destinati a piattaforma sanitaria territoriale/casa della salute i Presidi di Rogliano (già accorpato all'Azienda Ospedaliera di Cosenza), S. Marco Argentano (casa della salute), Lungro, Paola (casa della salute), Taurianova (casa della salute), Pizzo (casa della salute) e Mesoraca (per le due ultime strutture, ancora formalmente destinate ad ospedale, il diverso utilizzo è stata già avviato nell'anno 2006).

Il presidio di Scilla (per il quale è stata esclusa l'opportunità del mantenimento di funzioni ospedaliere) viene accorpato all'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria e diventa sede dell'Istituto sperimentale di medicina clinica avanzata, già proposto al Ministero.

La struttura di Cassano rimane destinata a piattaforma sanitaria territoriale ed hospice.

Vengono destinati a funzioni non sanitarie l'ex Ospedale di Gerace (già oggetto di un accordo con società di rilievo nazionale), Nicotera, Scalea e Rosarno.

I presidi di Palmi, Gioia Tauro, Corigliano e Rossano, dopo la realizzazione dei nuovi ospedali, dovranno essere dismessi e destinati a funzioni diverse da quelle ospedaliere.

La struttura di Girifalco rimane destinata a sede della Facoltà di Scienze Motorie.

I bisogni di salute e le risposte in termini territoriali ed ospedalieri sono stati misurati avendo come riferimento otto ambiti territoriali, ricadenti rispettivamente due nelle province di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria e uno in ciascuna delle province di Crotone e Vibo Valentia.

L'individuazione degli ambiti è stata effettuata tenendo conto del precedente assetto istituzionale in undici aziende sanitarie. Gli accorpamenti (di Paola e Cosenza, di Castrovillari e Rossano e di Palmi e Locri) sono stati previsti tenendo conto della contiguità territoriale e delle vie di comunicazione. Complessivamente la divisione in ambiti consente di avere dei riferimenti territoriali con caratteristiche assimilabili.

L'impostazione del piano e la suddivisione in ambiti territoriali è risultata compatibile con l'assetto istituzionale introdotto dal Consiglio Regionale che accorpa le vecchie undici aziende sanitarie in cinque aziende sanitarie provinciali.

La non coincidenza tra il territorio delle aziende e quello degli ambiti ha comportato la previsione, per gli ambiti in cui non risulterà ubicata la direzione generale dell'azienda, di un referente, esperto di sanità e preferibilmente operatore sanitario della zona, che andrà ad aggiungersi allo staff del direttore generale.

Con il piano sanitario viene prevista la riduzione delle aziende ospedaliere, con l'istituzione nell'area di Catanzaro di un'unica azienda ospedaliero-universitaria, mediante accorpamento delle attuali aziende "Pugliese-Ciaccio" e "Mater Domini". Nella predetta unica azienda saranno svolte in maniera integrata le attività assistenziali, di ricerca e didattiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Magna Grecia. Dovrà conseguentemente essere rivisto il protocollo d'intesa tra Regione e Università.

La creazione di un'azienda unica non potrà non riflettersi anche sull'organizzazione del polo oncologico affidato alla "Fondazione Campanella". Dovranno rientrare nel polo oncologico calabrese le unità operanti nel settore oncologico dell'attuale azienda ospedaliera "Pugliese Ciaccio". Tutto ciò comporterà una modifica del protocollo d'intesa e dello statuto della Fondazione nonché una possibile modifica dei soggetti partecipanti alla stessa. La conseguenza di maggior rilievo è che risulterà accelerato il percorso per il riconoscimento dell'IRCCS, potendosi fare affidamento anche sul lavoro svolto presso l'azienda "Pugliese Ciaccio".

Va segnalato, per correttezza, che l'accorpamento delle due aziende non era previsto nelle linee guida. La proposta di accorpamento è maturata nella fase di studio ed approfondimento, in cui si è tenuto conto anche della necessità di ridurre i posti letto (sia pure di livello regionale) assegnati all'area di Catanzaro.

La previsione di un'unica azienda ospedaliera incide sulle scelte strutturali che vanno fatte sul territorio di Catanzaro, rendendo opportuno l'impiego delle risorse ex art. 20 sull'area di Germaneto, per la creazione di un edificio che contenga i posti letto necessari, ad integrazione di quelli già presenti nella stessa località e nel "Ciaccio", anziché, secondo le previsioni della delibera di Giunta sull'argomento, per la ristrutturazione del Pugliese, che va comunque messo a norma e reso fruibile fino alla realizzazione del nuovo presidio su area, già individuata da tempo dal Comune di Catanzaro, ubicata sul lato opposto di quella universitaria.

Rispetto alle tabelle presenti nelle linee guida va ancora evidenziato :

che risultati leggermente diversi si sono registrati nel numero di posti letto assegnati alle diverse province. In particolare, risulta ridotto il numero di posti letto assegnati all'area di Catanzaro, aumentato quello assegnato alla provincia di Cosenza e di Crotone.

che è risultato necessario rivedere i parametri regionali per la determinazione del fabbisogno di posti letto ospedalieri, portando il parametro relativo agli acuti a 3,7 (anziché 3,6) e quello relativo alla lungodegenza riabilitativa a 0,6 (anziché 0,7) mentre il parametro per la riabilitazione è rimasto confermato (0,2); ciò perché il processo di riconversione richiede una certa gradualità, considerato il dato storico di una presenza assai limitata, nella nostra regione, di luoghi di assistenza per pazienti non acuti.

Va ancora precisato :

che la riduzione dei posti letto assegnati alle case cura private, all'interno dei quali è aumentata sensibilmente la percentuale relativa ai posti letto per non acuti, è frutto di un lavoro interno svolto dal Dipartimento ma è stata anche oggetto di discussione e di condivisione con l'AIOP.

che una delle case di cura più prestigiose della Regione, "S. Anna Hospital", attualmente operante su Catanzaro, ha accettato di trasferire parte della sua attività a Cosenza, per consentire una migliore ed omogenea distribuzione dei posti letto di cardiocirurgia nell'ambito regionale.

Un approfondimento merita il riferimento all'esperienza, ancora tutta da costruire, delle cosiddette "Case della salute", oggetto specifico anche della programmazione relativa ai fondi comunitari. In via sperimentale nel piano vengono localizzate sette case della salute (cinque in ospedali da riconvertire e due in locali diversi, localizzate rispettivamente a Lamezia Terme e Chiaravalle). Si tratta di un'esperienza assai innovativa che in Calabria, per la carenza dei servizi sanitari territoriali e, contestualmente, dei servizi sociali, può assumere una rilevanza straordinaria. In sostanza, la casa della salute dà una risposta completa ed appropriata all'esigenza, fortemente avvertita dai cittadini, che, in passato, ha prodotto il proliferare di piccoli ospedali sul territorio, di avere punti di riferimento per disagi che, molto spesso, sfociano nel sanitario ed approdano negli ospedali proprio per la drammatica carenza di risposte di tipo socio sanitario. La casa della salute deve essere il luogo in cui il cittadino trova concentrata la gran parte dell'offerta di servizi territoriali; il centro attivo e dinamico in cui la comunità locale concentra la ricerca di risposte al diritto alla salute e alle aspettative di benessere destinate a crescere e a richiedere risposte organizzate specie per l'aumento della vita media che registra un trend positivo, destinato in proiezione a restare tale. Nella casa della salute, secondo le previsioni del piano, troveranno armonica organizzazione le attività ambulatoriali e specialistiche, l'unità di cure primarie compresa l'attività di continuità assistenziale sulle 24 ore, il primo soccorso, comprese le attività chirurgiche ed ambulatoriali, l'ospedale di comunità; attività che dovranno ovviamente integrarsi con offerte di tipo sociale.

Un sistema sanitario regionale con risposte appropriate ed uniformi comporta che le discipline e i servizi devono essere in via generale assicurati su tutto il territorio calabrese. A questa esigenza risulta finalizzata la presenza degli undici ospedali di riferimento, con i presidi ospedalieri collegati, che, a regime, consentiranno di trovare le risposte ordinarie ai bisogni di salute nel territorio di riferimento, garantendo a tutti un'equità di accesso.

I servizi di alta specialità e complessità devono necessariamente essere concentrati ed avere un bacino di livello regionale. Si tratta di risposte che vanno necessariamente organizzate in maniera differente, con l'obiettivo di garantire servizi appropriati in Calabria ma anche di diversificare l'offerta da costruire nelle varie aziende e presidi.

Discipline e servizi di livello regionale sono previsti soprattutto nelle aziende ospedaliere. Non mancano però servizi di rilevanza regionale ed anche interregionale in presidi diversi.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza viene caratterizzata, in particolare, dalla previsione di unità per il trapianto di fegato e reni e del polo pediatrico regionale (con attività che vanno dalla chirurgia al pronto soccorso, dalla nefrologia alla cardiologia, dalla terapia intensiva alla riabilitazione per le gravi disabilità neuromotorie dell'età evolutiva; il tutto riferito all'utenza pediatrica). Nell'area di Cosenza, inoltre, è previsto un rafforzamento dell'offerta in relazione alle malattie cardiovascolari, con particolare riferimento alla cardiologia interventistica, alla cardiocirurgia e alla riabilitazione cardiologia.

Sarà importante favorire una forte integrazione funzionale tra l'attività dell'Azienda Ospedaliera e quella della casa di cura "S. Anna Hospital", che potrà essere aiutata da una partecipazione azionaria alla società, anche simbolica, da parte dell'Azienda Ospedaliera.

L'Azienda ospedaliero-universitaria di Catanzaro si caratterizza per la presenza di varie discipline di carattere regionale, dalla cardiocirurgia alla chirurgia maxillofacciale, oltre che dall'essere un luogo di assistenza, di ricerca e di didattica. Sul piano dell'innovazione tecnologica, inoltre, l'azienda si presenta particolarmente dotata. L'area di Catanzaro, infine, è sede del polo oncologico regionale che dovrà sostenere la rete oncologica dell'intera regione, complessivamente potenziata dalla proposta di piano (che prevede un numero maggiore di posti letto di Oncologia medica in tutti gli ospedali di riferimento). Nel piano presso per l'Azienda di Catanzaro si conferma la previsione dell'attività chirurgica per il trapianto del rene e si prevede un centro per il trapianto cuore-polmone, che dovrà

necessariamente assumere rilevanza interregionale. E', inoltre, previsto il centro regionale per la lotta alle malattie endocrine (tiroide) che costituiscono, tra l'altro, parte significativa delle fughe extraregionali.

L'Azienda Ospedaliera di Reggio si caratterizza per la presenza di realtà consolidate, quali il centro regionale trapianti, con unità per il trapianto di rene, il centro di nefrologia (uno dei migliori d'Italia e d'Europa), il centro di ricerca e di applicazione delle cellule staminali. Con il piano l'attività di ricerca viene convogliata nell'Istituto sperimentale di medicina clinica avanzata localizzato a Scilla che confluisce nell'Azienda Ospedaliera. Viene, inoltre, confermata la previsione del Progetto cuore, già in corso di esecuzione, per la cui organizzazione è ipotizzato il ricorso alla sperimentazione gestionale.

Altre attività di tipo regionale vengono, infine, previste in altri presidi: dalle camere iperbariche localizzate a Palmi e a Crotona, al trauma center localizzato presso l'Ospedale di Lamezia Terme.

Con riferimento a quest'ultima struttura, di cui la Giunta regionale ha previsto il finanziamento con i fondi ex art. 20), va precisato che si tratta di una destinazione già prevista nel vecchio piano che viene ampliata e precisata in maniera analitica, prevedendo anche forme di autonomia gestionale rispetto all'attività del Presidio.

Un tema su cui è giusto attrarre l'attenzione è quello dei punti nascita che il piano riduce seguendo le indicazioni delle società scientifiche e gli orientamenti emersi a livello nazionale. Sono previsti la neonatologia e l'ostetricia e ginecologia in tutti gli ospedali di riferimento. E', inoltre, garantita l'assistenza neonatale in ogni altro presidio e casa di cura in cui sia autorizzato un punto nascita.

Ulteriore grande innovazione è costituita dall'individuazione di una rete di offerta riabilitativa e per la lungodegenza articolata su tutto il territorio regionale. Ciò risponde all'esigenza di dare risposte adeguate alle patologie invalidanti che sono in grande incremento anche per effetto dell'invecchiamento della popolazione.

Restano fuori dal piano, richiedendo provvedimenti di diverso genere, le necessità di tipo strutturale presenti su tutto il territorio per le quali dovranno essere reperite risorse di entità rilevante. Per le stesse ragioni non si prende posizione in questa sede sulla possibilità che alcuni presidi possano essere sostituiti da nuove costruzioni meglio localizzate ed attrezzate. Basti pensare, sul punto, alla discussione sull'Azienda Ospedaliera di Cosenza, che il Dipartimento segue con attenzione e che va adeguatamente valutata e sorretta reperendo le necessarie risorse.

La scommessa vera della sanità calabrese - che il piano vuole mettere a sistema - è che perdano terreno gli argomenti che nel passato hanno dominato in una logica di lottizzazione e di potere e diventino centrali le questioni strettamente legate ai temi sanitari in senso stretto.

Gli operatori sanitari, in quest'ottica, non possono che essere il riferimento fondamentale per ogni possibile cambiamento. La valorizzazione del personale, l'acquisizione di nuove risorse umane e soprattutto di giovani neo laureati, l'organizzazione di un sistema di aggiornamento e di formazione all'altezza della sfida, diventano strategie centrali per il rilancio del sistema.

Il piano, inoltre, d'intesa con gli Ordini dei medici delle province calabresi, prevede l'istituzione di un organo consultivo inedito, il Consiglio sanitario regionale, che, in una stagione in cui il "governo clinico" assume centralità nel dibattito nazionale, consentirà nella nostra regione di conoscere ed acquisire notizie, pareri e competenze del mondo delle professioni sanitarie.

Tante altre cose emergono dal piano, che si sofferma molto sulla partecipazione e sul rapporto con le Istituzioni locali e con le organizzazioni sindacali, sul rapporto con il sistema universitario calabrese, sulla cui importanza si insiste molto nel piano, sul rapporto con il CNR, l'INAIL, l'ARPACAL e l'INRCA, uscito da un lunghissimo periodo di commissariamento, sul ruolo dell'imprenditoria privata; detta tracce importanti su argomenti fondamentali, quali le dipendenze, le disabilità, gli anziani, la non autosufficienza, la sanità penitenziaria, la farmaceutica, la veterinaria, e prevede azioni prioritarie destinate a costruire i contenuti che orienteranno la sanità nel periodo di validità dello strumento di programmazione.

La necessità di un nuovo piano non nasce in Calabria solo da una previsione legislativa che, stabilendo limiti temporali alla pianificazione, richiede un nuovo strumento per il periodo 2007/2009.

Il vero obiettivo, finora mancato, è per la nostra Regione costruire un piano che consenta il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e, al tempo stesso, sia economicamente sostenibile. E non si tratta soltanto di superare ritardi storici che riguardano la sanità della nostra e di altre regioni, soprattutto meridionali. Si tratta, al tempo stesso, di raccogliere la sfida di un quadro normativo e programmatico nazionale che ha registrato, nell'ultimo anno, innovazioni sostanziali e che ha individuato la riduzione del gap tra Nord e Sud del Paese come obiettivo nazionale strategico.

Acquista, pertanto, un particolare significato il dato che l'elaborazione del nuovo piano sanitario nasca nel contesto del nuovo "Patto per la Salute" per il triennio 2007/2009 e si trovi a tenere conto del quadro di un rinnovato patto di stabilità interna, dove è sancito il principio della piena e diretta

responsabilità delle Regioni riguardo alla tutela della salute dei propri cittadini, da garantire mediante una corretta gestione del servizio sanitario, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza ed in condizioni di equilibrio economico.

L'obiettivo del rispetto dei LEA è stato tenuto presente costantemente nel biennio appena trascorso e molti sono i risultati che abbiamo raggiunto soprattutto rispetto alla prevenzione, in cui ci siamo messi in qualche modo in linea con l'intesa Stato-Regioni, ponendoci in netta discontinuità con il passato. Abbiamo utilizzato risorse straordinarie (peraltro non spese da anni) per avviare il nuovo corso ma, imboccato il percorso, bisognerà rispondere alle richieste, che sono state sollecitate e non vanno deluse, tenendo conto delle risorse del fondo sanitario. Molti sono i settori in cui ancora non si è intervenuti e bisognerà farlo, fatta salva qualche possibile eccezione, con le risorse assegnate alla Calabria in sede di ripartizione del fondo nazionale.

Le Regioni sono oramai direttamente responsabili dell'andamento della spesa sanitaria, essendo chiamate a sostenere gli eventuali disavanzi del servizio sanitario regionale, ricorrendo al finanziamento da parte dei cittadini, in termini di maggiore prelievo fiscale o di compartecipazione diretta al costo delle prestazioni sanitarie.

Per l'anno 2006 il tavolo tecnico interministeriale che controlla, per il settore della sanità, i conti delle Regioni (tavolo Massicci) ci ha riconosciuto come regione adempiente. La Calabria, infatti, non figura tra le quattro regioni che hanno ricevuto la diffida da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri; regioni in cui, tra l'altro, scatta automaticamente l'addizionale IRPEF e l'aumento dell'IRAP.

I successi registrati dalla nostra Regione negli ultimi due anni, in sede di ripartizione del fondo sanitario nazionale, dove per la prima volta dopo 10 anni l'assegnazione è stata superiore alla media nazionale, e l'aver mantenuto il patto di stabilità, sia pure tra mille difficoltà, non deve in alcun modo farci pensare che il percorso non sia ancora in salita. Il periodo che abbiamo davanti, infatti, se da un lato ci consente di programmare su basi almeno triennali, presenterà anche grandi difficoltà, perché serviranno uno slancio rinnovato ed un grande sforzo, acquisito il dato di programmazione, per rendere operativo il percorso di riforma in un contesto ambientale che chiede il cambiamento ma spesso si ribella ad ogni tentativo e, comunque, deve misurarsi con la necessità di dotarsi di un gruppo dirigente attrezzato a determinarlo. Il federalismo fiscale, sui cui rischi la nostra Regione non ha mai smesso di richiamare l'attenzione, produrrà in ogni caso ulteriori difficoltà per le regioni meridionali che devono superare il divario con il resto del Paese sia dal punto di vista economico che sul piano della qualità delle prestazioni sanitarie e dell'organizzazione dei servizi.

Certo non tutto si risolve con le scelte organizzative del piano e con le risorse del fondo.

Dalla consapevolezza, maturata nel rapporto tra il Governo in carica e le Regioni dell'obiettivo 1, che bisogna guardare alla sanità anche in un'ottica di sviluppo è nato un accordo, da poco sottoscritto dai ministri Bersani e Turco da un lato e dai presidenti delle regioni coinvolte, tra cui la nostra, dall'altro, con cui 3 miliardi di euro dei fondi comunitari vengono dirottati sulla sanità.

Il piano raccoglie anche questa sfida e contiene una importante indicazione di progetti da realizzare con fondi comunitari. Ciò anche nell'ottica di favorire una migliore integrazione socio-sanitaria e l'avvio di un nuovo modello di sviluppo in campi avanzati come le biotecnologie, i sistemi informativi e la telemedicina.

Se non è facile affrontare i problemi che abbiamo davanti non è neanche semplice lasciarsi alle spalle un pregresso che continua, tra l'altro, a pesare sui bilanci delle nostre aziende che nel biennio appena trascorso hanno dovuto gestire una situazione economica assai delicata.

Chi guarda alla Calabria dall'esterno si chiede e ci chiede come vengono spese le risorse, considerato che le risposte sono carenti sia in termini di servizi erogati sia rispetto alle condizioni strutturali dei luoghi di sanità e al livello di innovazione tecnologica presente in linea generale nelle strutture calabresi. E tutto ciò a fronte di un finanziamento pro capite (1600,47 euro, per il 2007) superiore al dato nazionale (1598,25) e a quello di regioni del Nord più evolute e strutturate nel settore della sanità (1582 per la Lombardia, 1577 per il Veneto).

In realtà, senza ignorare quanto si registra con una certa frequenza in esito ad inchieste giudiziarie e a inchieste amministrative attivate dallo stesso Dipartimento, non c'è dubbio che, acquisito il dato che la sanità calabrese deve cambiare volto per rientrare e conquistare quanto meno la normalità, bisogna fare i conti con la finitezza delle risorse, destinata ad aggravarsi con l'introduzione del federalismo fiscale, e con la necessità di mantenere il patto di stabilità non solo sul piano formale ma anche e soprattutto sul piano sostanziale, in presenza di controlli sempre più attenti ed incisivi.

Le riconversioni ed anche i tagli ipotizzati con la proposta di piano servono a rendere razionale e coerente con gli impegni assunti il sistema, avviando un processo di riorganizzazione serio e duraturo, ma anche a consentire l'ampliamento dell'offerta, specie in settori altamente specialistici, e il miglioramento complessivo dei servizi sanitari, sia di quelli territoriali, spesso da costruire di sana pianta, sia di quelli ospedalieri, da migliorare sul piano della qualità e dell'accoglienza.

La presentazione di un progetto di riforma strutturale rappresenta in sé un momento assai significativo, perché segna in qualche modo, dal punto di vista programmatico, uno spartiacque tra quello che si è fatto e il lavoro che ci si propone di fare.

Mi sembra però anche l'occasione giusta per sottolineare che un altro pezzo della riforma e del cambiamento necessario alla sanità calabrese si è portato avanti con il tentativo di ripristinare la normalità nella vita amministrativa, tenacemente perseguito nei due anni di mandato, ottenendo qualche buon risultato, anche se sicuramente l'obiettivo non può considerarsi raggiunto in maniera soddisfacente.

Il piano pone con forza il problema della costruzione di un efficiente sistema informativo.

In questi due anni, intanto, si è lavorato per assicurare flussi informativi e raccolte di dati per la cui mancanza la Calabria non ha ottenuto negli anni scorsi il riconoscimento di risorse economiche significative. E' stato così per la mobilità attiva nel settore dei laboratori e della specialistica, che oggi documentiamo correttamente, per la quale abbiamo anche ricostruito i movimenti per il periodo 2001/2004 ed abbiamo ottenuto la riapertura di termini e il riconoscimento della somma di euro 12.700.000 che sarà decurtata dall'importo della mobilità passiva dell'anno 2008; per le cure termali, per le quali vengono finalmente inoltrati i dati della mobilità attiva, che peseranno anch'essi, in termini di compensazione sul saldo della mobilità; per i residui manicomiali, per i quali la verifica dei dati relativi agli assistiti del Papa Giovanni XXIII, molti dei quali residenti in Calabria ma provenienti da altre regioni, ci ha consentito di documentare un nostro credito di euro 5.987.000 alle regioni di provenienza, da portare anche questo in compensazione sulla mobilità complessiva.

Lo stesso problema dell'anagrafe assistiti, che per la verità non è un problema solo calabrese, è collegato ai flussi informativi. La verifica straordinaria che è stata fatta in questo settore ci ha consentito di correggere oltre 140.000 posizioni ed eliminarne circa 82.000, con la conseguente necessità di recuperare somme indebitamente erogate, con modalità ancora da definire, per un importo accertato di euro 5.848.416, destinato a crescere per la mancata quantificazione delle somme da parte di alcune aziende sanitarie. Anche l'anagrafe assistiti, pertanto, al di là delle polemiche e dei numeri, altro non è che un esempio di buona amministrazione.

Il piano individua undici ospedali di riferimento, di cui tre di nuova costruzione.

Sulla base della scelta effettuata dalla Giunta di utilizzare gran parte dei fondi per anni non spesi dell'art. 20) per tali ospedali, si è tempestivamente attivato un confronto con il Ministero della Salute, con il quale è stato anche concordato un primo accordo di programma, in corso di avanzata elaborazione, per la realizzazione dei nuovi presidi di Vibo Valentia, della Sibaritide, della piana di Gioia Tauro e per l'investimento previsto sull'Azienda Ospedaliera di Catanzaro, che, per le motivazioni poco sopra già esplicitate, sarà finalizzato alla realizzazione di una nuova struttura su Germaneto anziché per la ristrutturazione del "Pugliese". E intanto si è provveduto a completare la ristrutturazione di alcuni presidi importanti come il "Morelli" di Reggio Calabria e il "Ciaccio" di Catanzaro.

La nuova normativa sulle assunzioni, contenuta nel collegato alla finanziaria 2007, va vista come un pezzo della riforma. La sanità per troppo tempo è stato il luogo delle assunzioni clientelari, in cui si è orientato il concorso da espletare in dipendenza delle caratteristiche della persona da assumere. L'eccesso di personale, con personale amministrativo in esubero in alcune aziende e personale sanitario abbondante in altre, salvo gravi carenze in settori non coperti e ipotesi di imboscamento da cui è difficile rientrare, è il prodotto di una politica sbagliata che ha messo fortemente a rischio la qualità del servizio sanitario.

L'inversione di tendenza richiede che il fabbisogno sia misurato in maniera corretta e che si proceda velocemente a colmare le carenze consentendo l'accesso, oltre che ai precari, che rappresentano un fenomeno non solo calabrese, che in Calabria assume però connotazioni assai particolari e una consistenza difficile da assorbire, a giovani neo laureati che sono stanchi di sentirsi dire che sono il futuro della Calabria e vogliono essere coinvolti e responsabilizzati nel presente.

Il piano potenzia l'alta specialità. E intanto si è lavorato per dotare le nostre strutture delle attrezzature basilari. Per fare un esempio sicuramente significativo, negli ultimi due anni in Calabria si è provveduto ad acquistare e/o ad attivare, in particolare, cinque risonanze magnetiche, sei gruppi radiologici, una gamma camera computerizzata e cinque TAC.

Non abbiamo lavorato in un contesto facile per problemi ed eventi di carattere straordinario e di eccezionale gravità che sono noti a tutti. Ci siamo trovati a fronteggiare lo scioglimento per infiltrazioni mafiose dell'ASL di Locri e attendiamo ancora l'esito, che si annuncia sfavorevole, dell'accesso disposto per le stesse ragioni sull'ASL di Reggio Calabria. La legislazione vigente in materia, di carattere nazionale, ha mostrato tutti i suoi limiti e la sua inadeguatezza. Sotto questo profilo, la nostra azione non può che essere finalizzata a sensibilizzare il livello nazionale, sollecitando una modifica legislativa che tenga conto, oltre che della necessità di assicurare il ripristino della

legalità e della trasparenza, di quella, altrettanto importante, di garantire risposte adeguate ai bisogni di salute della cittadinanza. Anche il problema della situazioni debitoria delle aziende in cui vengono accertate infiltrazioni mafiose non può essere affrontata solo con fondi della sanità. Bisogna coinvolgere in tale direzione, secondo un percorso peraltro già avviato, altri Ministeri, e segnatamente il Ministero dell'Interno.

I problemi irrisolti continuano ad essere troppi. Ce lo ricorda l'esito del controllo dei NAS. Ce lo ricordano le lacune e le carenze che ostacolano ogni giorno il lavoro e la professionalità dei nostri operatori. Ce lo ricorda la difficoltà di arginare la spesa farmaceutica. Ce lo ricordano le carenze di cassa che ci costringono a barcamenarci tra un esercito di scontenti, avvertendo anche per questo non solo disagio ma anche preoccupazione per le difficoltà che possono piegare la volontà di investire e di innovare degli imprenditori e dei fornitori del settore. Ce lo ricordano le difficoltà a concordare con le varie associazioni di settore le rette per i vari servizi, in una regione abituata per un verso a non avere regole e per un altro a dettare regole, senza essere poi conseguente. La strada è in salita ma avere una programmazione ed un progetto condiviso aiuta.

Tornando al piano, si tratta di una proposta formulata dal Dipartimento con l'ausilio importante della Commissione nominata dalla Giunta regionale; una proposta che riflette un biennio di approfondimento, di verifiche e di pezzi di riforma da mettere a sistema, alla quale hanno collaborato in tanti, le Commissioni regionali istituite presso il Dipartimento, da quella oncologia a quella relativa alla medicina dello sport, le società scientifiche, il sistema universitario, i sindacati di settore, con cui sono stati conclusi accordi assai significativi che incidono qualitativamente sulle previsioni di piano. Ma si tratta pur sempre di una proposta che aspetta di essere discussa, arricchita e di affrontare il vaglio della Giunta, della concertazione con le forze sindacali e sul territorio e della valutazione e discussione in Consiglio Regionale.

Doris Lo Moro – assessore alla tutela della salute