



NURSIND SALERNO

Segreteria Territoriale

Salerno, li 21/01/2019

Prot. N. 10/STN/2019

*Esimio Governatore della Regione Campania
On. Vincenzo De Luca*

*Esimio Direttore generale AOU Ruggi
direzione.generale@pec.sangiovannieruggi.it*

*Esimio Commissario Straordinario ASL Salerno
direzione generale @pec.aslsalerno.it*

Oggetto : Piano ospedaliero Regione Campania – Deduzioni.

A seguito dell'emanazione del Piano Ospedaliero della Regione Campania (PO), avvenuto con DCA n. 103 del 28 gennaio 2018, la scrivente segreteria vuole esprimere le proprie considerazioni in merito a quanto disposto per la Provincia di Salerno.

Innanzitutto si osserva un continuo rincorrersi di modifiche che intervengono sugli assetti già predisposti e che li modificano in maniera sostanziale, ingenerando una confusione, tanto tra gli operatori quanto nella cittadinanza, che non permette di avere una visione d'insieme certa e qualificata e che possa dare il via alla programmazione sanitaria che ogni direttore generale o commissario possa e debba mettere in atto.

Tanto, oltre a prestare il fianco a speculazioni politiche, che non interessano in questa sede, espone la Regione Campania, in primis, e la Provincia di Salerno ad ulteriori periodi bui sul fronte delle erogazioni dei Livelli Essenziali di Assistenza che, per come certificato dalla Direzione Generale della Salute del Ministero della Salute, nonostante i continui progressi degli ultimi tre anni, fa registrare l'ennesima bocciatura ministeriale:



Legenda

- punteggio \geq 200
- 160 \leq punteggio $<$ 200
- punteggio $<$ 160

"Mantenimento dell'erogazione dei LEA", Regioni adempienti e inadempienti

A prima vista risulta evidente come la Regione Campania, pur nella sua immensa articolazione di aziende e modelli comportamentali, sia tra le 5 regioni che non riescano ad eguagliare la soglia limite di 160 punti per il raggiungimento del mantenimento dei LEA, ma se la questione viene vista con



NURSIND SALERNO

Segreteria Territoriale

riferimento a più annualità, qualche timido miglioramento lo si può osservare, anche se non è in grado di farci sorpassare, o eguagliare, la soglia limite:

Risultati Griglia LEA 2017-2012

Regione	Punteggio complessivo 2017	Punteggio complessivo 2016	Punteggio complessivo 2015	Punteggio complessivo 2014	Punteggio complessivo 2013	Punteggio complessivo 2012
Piemonte	221	207	205	200	201	186
Veneto	218	209	202	189	190	193
Emilia Romagna	218	205	205	204	204	210
Toscana	216	208	212	217	214	193
Lombardia	212	198	196	193	187	184
Umbria	208	199	189	190	179	171
Abruzzo	202	189	182	163	152	145
Marche	201	192	190	192	191	165
Liguria	195	196	194	194	187	176
Friuli Venezia Giulia*	193					
Basilicata	189	173	170	177	146	169
P.A. Trento*	185					
Lazio	180	179	176	168	152	167
Puglia	179	169	155	162	134	140
Molise	167	164	156	159	140	146
Sicilia	160	163	153	170	165	157
Campania	153	124	106	139	136	117
Valle d'Aosta*	149					
Sardegna*	140					
Calabria	138	144	147	137	136	133
P.A. Bolzano*	120					

Legenda

Intervalli di valutazione 2017	Intervalli di valutazione 2016	Intervalli di valutazione 2015	Intervalli di valutazione 2014	Intervalli di valutazione 2013	Intervalli di valutazione 2012
Adempiente ≥ 180 e compreso tra 140 - 180 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione < 3)	Adempiente ≥ 180 e compreso tra 140 - 180 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione < 3)	Adempiente ≥ 180 e compreso tra 140 - 180 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione < 3)	Adempiente (≥ 180)	Adempiente (≥ 180)	Adempiente (≥ 180)
Inadempiente ≥ 180 e compreso tra 180 - 180 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione < 3)	Inadempiente ≥ 180 e compreso tra 180 - 180 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione < 3)	Inadempiente ≥ 180 e compreso tra 180 - 180 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione < 3)	Adempiente con impegno (≥ 130 e < 180)	Adempiente con impegno (≥ 130 e < 180)	Adempiente con impegno (≥ 130 e < 180)
			Critica (< 130)	Critica (< 130)	Critica (< 130)

Abbiamo quindi, nell'arco dell'ultimo triennio, un guadagno di 47 punti nella griglia degli erogatori LEA, che come detto non ci permettono di essere virtuosi, come la maggior parte del resto d'Italia. Ma cosa non ha funzionato tanto da impedirci di raggiungere tale traguardo?

Tra le cause principali ritroviamo:

- Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto;
- Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni);
- MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO – Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni);
- Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti;
- Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti;
- Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti;
- Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti;
- Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100);
- Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti;
- Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1000 parti;

C.F. 94048360658 - Via Manzella, 11 cap 84127 - Salerno (SA) - tel./fax 089 - 2866824

Cell. 346 - 1073644 - E mail salerno@nursind.it PEC salerno@pec.nursind.it



NURSIND SALERNO

Segreteria Territoriale

- Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti;
- Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario;
- Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti).

Appare chiara la situazione che di certo non è tra le migliori, ma che anche potrà subire ulteriori miglioramenti in grado di farci uscire dall'oramai annoso commissariamento.

Ora però fa un certo effetto considerare che negli ultimi tre anni si sia fatto un balzo in avanti pari a 47 punti base, anche se viene spontaneo chiedersi come lo si sia potuto fare considerato che su 34 indicatori, in 13 non si sia raggiunta la quota limite.

Magari si è intervenuti, anche pesantemente, con il blocco delle assunzioni, cosa che ha sì determinato il raggiungimento di uno dei parametri principali, ovvero quello del contenimento della spesa per il personale, avendo però come effetto principale l'aver dovuto chiedere a meno personale di fare quello che si faceva, se non di più, quando detto personale era di gran numero superiore, con gravi perdite sulla qualità offerta e percepita dalla cittadinanza !!!

Andiamo a vedere ora quali siano le novità, si fa per dire, rappresentate nel nuovo piano ospedaliero della Regione Campania.

ASL SALERNO.

La prima cosa che balza all'occhio, rispetto all'aggiornamento del novembre 2018, è che si sia inteso chiedere la deroga per i punti nascita di Vallo della Lucania, Polla e Sapri, oltre all'aver individuato questi ultimi due nosocomi quali DEA di I livello.

In riferimento alla richiesta di deroga per i punti nascita sopra citati viene spontaneo chiedersi come mai tale deroga non fosse stata chiesta in precedenza, e soprattutto se detta deroga sia stata chiesta in ossequio a quanto contenuto nel documento predisposto dal Ministero della Salute avente ad oggetto il Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili (art. 1 D.M. 11/11/2015).

Si badi bene che detto documento contenga gli standard operativi, di sicurezza e tecnologici previsti dall'Accordo Stato Regioni e dal D.A. 2536 del 2 dicembre 2011 "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita" che dovranno essere garantiti nei punti nascita pubblici e privati accreditati di I livello, compreso i punti nascita sottoposti a deroga rispetto al requisito minimo di 500 parti/anno. Ovvero, c'erano tutti i presupposti per poter chiedere la deroga al Comitato Percorso Nazionale Nascite ma lo si è fatto solo ora e solo dopo aver aizzato in maniera decorosa le piazze che giustamente rivendicavano il loro diritto ad un punto nascita nei territori di appartenenza.

Vogliamo ben sperare che almeno questa volta si sia fatto riferimento ai parametri contenuti nel documento sopra emarginato, ovvero:

- a. Standard operativi, tecnologici e di sicurezza del PN in deroga
- b. Descrizione della Rete dei Punti Nascita, incluso STAM/STEN
- c. Descrizione del Bacino d'utenza attuale e potenziale per il PN in deroga
- d. Definizione del responsabile del PN in deroga e formazione
- e. Analisi dei costi



NURSIND SALERNO

Segreteria Territoriale

Tutti parametri importanti, ma a parere della scrivente quello che più doveva essere attenzionato, e dalla lettura del piano non se ne trova traccia, è quanto descritto al punto 2, ovvero che sia necessario che la Regione dimostri che il punto nascita in deroga si inserisce in modo organico nella rete di offerta dei Punti Nascita di I e II livello (Hub e Spoke), con una particolare attenzione alla modalità di attuazione del Sistema di trasporto in Emergenza della madre e del neonato (STAM e STEN) nell'ambito dell'area interessata ed anche, se necessario, per altre provincie limitrofe.

Tutto ciò non è dato di rilevare all'interno del Piano e considerato che a giugno 2019 il Comitato Nascite Nazionale dovrà esprimersi circa il mantenimento dei punti nascita in deroga, si potrà correre il rischio di ritrovarsi senza punti nascita pubblici nella zona sud della provincia di Salerno, senza che sia garantita, contestualmente, una rete specialistica di emergenza che garantisca allo stesso tempo la madre ed il nascituro.

Altra considerazione di non poco conto è capire chi si avvantaggerà dell'eventuale, ed inopinata, chiusura dei punti nascita.

A quel punto l'unico soggetto in grado di intercettare, ed erogare, tale assistenza sarà quello privato, cosa viepiù non auspicabile e tanto meno pensabile, che finirebbe con sbilanciare ancor di più l'offerta elettiva dal pubblico al privato, anziché rimodulare un sistema fortemente sperequato che oggi vede il pubblico essere meno competitivo rispetto al privato, nel mentre è lo stesso sistema pubblico che finanzia l'attività privata. Davvero un bel paradosso !!!

Altro punto non secondario, che comunque ci vede favorevoli, è l'attivazione di altri tre DEA di I livello, quello di Sapri, di Sarno e quello di Polla, che si vanno ad aggiungere a quelli già esistenti di Nocera, Vallo della Lucania ed Eboli – Battipaglia – Roccadaspide.

Difatti, a norma del DM 70/2015, si può provvedere all'attivazione di un DEA di I Livello in ogni bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, considerato che la provincia di Salerno conti 1.106.506 abitanti si potevano quindi attivare fino ad un massimo di 4 DEA di I Livello.

Tanto fa sorgere una prima domanda, ovvero considerando che la matematica non è un'opinione, tra i 6 DEA di I livello attivati, due risultano essere ridondanti, quindi vorremmo capire quale di questi 6 attivati rischi un domani di essere declassato?

Noi non siamo contrari a tale impostazione, anzi, considerando che la provincia di Salerno sia quella tra le province campane che conti più comuni (158) e che abbia la maggiore estensione in termini di Km² (4954), riteniamo che aver immaginato di erogare una maggiore offerta sanitaria soprattutto dedicata all'emergenza possa essere stata la mossa vincente, ma solo se coniugata al potenziamento dell'offerta sanitaria di elezione che è quella che ci permetterebbe di guadagnare punti nella griglia dei LEA e che quindi ci permetterebbe di raggiungere la quota soglia di 160 punti, che a sua volta ci permetterebbe di uscire dalla fase di rientro.

Ora però, considerato che sempre ai sensi del D.M. 70/2015 nei DEA di I Livello debbano insistere le specialità di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e



NURSIND SALERNO

Segreteria Territoriale

Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria e Urologia, e considerato che il numero totale delle UOC debba rimanere inalterato e non possa quindi aumentare, ma al contrario possa essere abbassato, ci chiediamo in che modo si voglia garantire l'eccellenza in dette UU.OO.CC. considerato che non in tutte si possa garantire la presenza di un direttore di struttura complessa. Quali saranno le attuali strutture complesse che saranno declassate per poter dar corso alla nuova impostazione e soprattutto da dove verranno tolte per poter essere assegnate ai nuovi DEA senza che si ingenerino le proteste già osservate in occasione della precedente stesura in ordine ai punti nascita?

Per quanto riguarda l'ospedale Umberto I di Nocera, come mai non si è inteso procedere sulla scorta degli annunci fatti in loco in occasione delle cerimonie di apertura di vari reparti, ovvero quello di farlo diventare un DEA di II Livello?

Eppure il parametro individuato del DM 70/2015, ovvero bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, permetteva tale individuazione, così come ha permesso l'individuazione dei LEA di I Livello.

In più l'ospedale nocerino ha perso l'*hub* nella rete ictus essendo stato classificato come *spoke*, il che risulta essere deleterio tanto per l'ASL Salerno che per l'AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona che in questo modo si vedrà costretta a dover dare risposte ad un'intera provincia, in un contesto già di per sé *border line*, viste le note criticità legate alla carenza di personale che il Ruggi vive.

Per l'ospedale di Vallo della Lucania si reitera la previsione dell'istituzione della Neurologia e della Riabilitazione (codice 56), oltre alla Gastroenterologia e alla neonatologia, ma ci chiediamo quando verranno veramente attivate e/o messe in grado di essere funzionali ed integrate nelle varie reti, ma soprattutto ci chiediamo con quale personale vorranno essere attivate, considerata l'oramai atavica carenza di personale che colpisce la struttura vallese.

Ancora una volta non si è prevista l'individuazione di una dialisi, cosa che costringe i pazienti bisognevoli a continui spostamenti verso altri presidi, e soprattutto non si è inteso individuare l'installazione di una camera iperbarica in un territorio a forte vocazione turistico marittima, che vede lievitare la popolazione residente, nei mesi estivi, ben oltre il milione.

Da potenziare, senza discussioni, il servizio di emodinamica del PO di Vallo in h 24 con l'impiego di risorse umane e tecnologiche, cosa a cui non si può più derogare.

AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona.

Vieni riconfermato come DEA di II Livello e CTS nella rete Trauma, ma proprio in virtù di questa collocazione non si è intervenuti nel definire con chiarezza, cosa che ci si auspica fortemente, cosa deve fare l'Azienda Ospedaliera Universitaria e cosa debba fare l'ASL Salerno.

Si assiste, infatti, ad una duplicazione di attività proprie del territorio che inevitabilmente si riflettono sulle attività istituzionali dell'Azienda Universitaria, cosa che combinata alla carenza di personale di ogni ordine e grado, altro non fa che aumentare il disservizio ed alterare la percezione della qualità percepita dall'utenza.



NURSIND SALERNO

Segreteria Territoriale

Il Ruggi, proprio perché destinatario di DEA di II Livello, deve funzionare come il riferimento per l'alta specialità nella provincia di Salerno, slegandolo dalle logiche del territorio e anzi renderlo più snello valorizzando appieno i plessi annessi che dovrebbero fungere da raccordo per l'unico collettore che è il Ruggi stesso. Invero ancor oggi si assiste ad una sottoutilizzazione dei plessi annessi, che ben potrebbero ospitare talune specialità non prettamente di eccellenza e che potrebbero decongestionare tanto le UU.OO. del Ruggi, quanto il Pronto Soccorso sempre più preso d'assalto.

Inoltre, non aver preso in considerazione la presenza di un ospedale cittadino che vada a servire la vasta utenza della città di Salerno, ha contribuito, e contribuisce, all'enorme mobilità passiva intraaziendale che vede l'ASL Salerno continuamente in debito con l'Azienda Universitaria.

L'implementazione della rete trapianti, considerata l'alta specializzazione e la sinergia con l'Università degli Studi di Salerno, non è quella che ci saremmo aspettati e che avrebbe potuto aumentare tanto la specificità del Ruggi, quanto l'*appeal* dell'Università di Salerno a livello nazionale.

La definizione di linee programmatiche in relazione alle attività di interscambio tra ASL Salerno e Ruggi, ancora non sono state ben definite, soprattutto in relazione alla rete del trauma che vede il Ruggi inquadrarsi come CTS di riferimento per i due CTZ insistenti sul territorio ASL, ovvero Nocera e Vallo della Lucania, cosa che mette gravemente a rischio i pazienti politraumatizzati anche per via del fatto che il protocollo operativo del trauma team non sia mai partito realmente.

RETE DELL'EMERGENZA E SERVIZIO 118

Con il nuovo Piano Ospedaliero si è inteso rinunciare alla costituzione dell'Agenzia Regionale dell'Emergenza, ritenendola ridondante rispetto alle singole organizzazioni in materia di emergenza urgenza che le singole aziende si erano date.

Tale impostazione non trova il nostro favore, relativamente al fatto che l'istituzione di un organismo sovraziendale ben avrebbe potuto contemperare le esigenze di riscontro immediato delle urgenze da parte della popolazione residente, anche perché la frammentazione di protocolli operativi e metodologie operative diversificate sul territorio campano, mal si addicono alle *best practice* oggi in uso nella maggior parte del territorio nazionale.

Rimaniamo convinti che l'implementazione delle elisuperfici, rimanga l'*optimum* per quello che è il soccorso avanzato nelle zone impervie della provincia salernitana, che risulta fortemente variegata sotto l'aspetto orogeografico.

Basti pensare alle zone interne del Cilento e Vallo di Diano che, soprattutto nei periodi freddi dell'anno, risultano a volte inaccessibili se non dall'alto.



NURSIND SALERNO

Segreteria Territoriale

L'accento a voler ottimizzare le risorse umane operanti nelle UU.OO. di area critica, parrebbe voler significare che finalmente si proceda verso un'internalizzazione del servizio, con l'affidamento diretto del servizio 118 a personale qualificato e con comprovata esperienza dell'emergenza – urgenza, anche se poi il richiamo all'integrazione con la società civile, ovvero le associazioni di volontariato, fa capire che tale disegno non sia di immediata attuazione.

In definitiva il Piano Ospedaliero presentato e vidimato, presenta poche luci, ma molte ombre, e per questo motivo rimaniamo critici dinanzi ad una programmazione che si presentava fantasmagorica, su cui si favoleggiava addirittura sul modello svedese, ma che invece altro non fa che rimandare i problemi a tempi migliori, il tutto, non senza un minimo di cinismo, sulle aspettative dei cittadini della Regione Campania e più in particolare della Provincia di Salerno.

Cordiali saluti,

*Il Segretario Territoriale
Biagio Tomasco*



(Firma non autenticata ai sensi del D.Lgs. 445/2000)