

OSSERVAZIONI ALLA BOZZA DELL' ATTO AZIENDALE 2009 DELL'ASP- CROTONE

1. In premessa ci sembra opportuno osservare che la produzione dell' Atto Aziendale dell'ASP di Crotona in concomitanza con l' approssimarsi dell' approvazione del nuovo Piano Sanitario Regionale,

se da una parte

dimostra uno sforzo considerevole della Direzione Strategica nel voler colmare la grave carenza nella quale versa la nostra ASP, che a tutt'oggi è ancora l'unica in Calabria ad esser priva dello statuto Aziendale quale strumento necessario alla programmazione ed all'indirizzo del complesso progetto sanitario del territorio di pertinenza,

dall'altra

potrebbe significare la rinuncia ad ogni azione in sede Regionale, tesa a colmare le gravi attuali deficienze di questa ASP, in termini di capacità di adeguamento nell' offerta di prestazioni sanitarie, assolutamente da implementare e meglio strutturare, stante la sempre più pressante domanda di salute proveniente dalla cittadinanza e dagli operatori sanitari di questo territorio, costretti ad ingiusti ed ingiustificabili disagi rispetto al resto della popolazione calabrese.

Infatti la bozza del PSR per Crotona definisce una chiara volontà di marginalizzazione della nostra provincia, in un atteggiamento politico che si continua a dimostrare inadeguato e nel contempo invadente, sempre più spesso degenerato nell'ostinato esercizio dei poteri verso la sfera gestionale, in modo spesso clientelare, soprattutto quando assume inopportune decisioni su aspetti peculiari del mondo medico ed ancor peggio quando disegna una sanità regionale che risponde prevalentemente all'equilibrio di certe logiche politiche, invece che ai reali fabbisogni della gente, da cui le conseguenti motivazioni nella collocazione delle risorse.

Questo tipo di gestione afferma nei fatti il disconoscimento dei principi dell' equità politica, che quando riferita alla tutela della salute, nel tradire l'omogeneità di chances e delle legittime aspettative di cure, diviene moralmente, prim'ancora che politicamente, più grave.

D'altronde il risultato di questo modo di gestire la cosa pubblica è sotto gli occhi di tutti, consapevoli che le radici naturalmente partono da lontano, ma altrettanto certi che mai come ora, nella necessità di una razionalizzazione di abusi, compiuti certamente più altrove che a Crotona, si è profondamente discriminato tra le varie province e tra queste quella di Crotona ne risulta la più penalizzata, facendo sì che il gap si sia notevolmente ed irreparabilmente allungato.

A tal proposito questo Ordine ha prodotto, a suo tempo, diverse iniziative con tutti i soggetti politici ed istituzionali interessati, ed ha partecipato a dibattiti ed incontri anche in presenza dell'allora Assessore dott. Speziante che, in Ospedale prima e nella sala consiliare del Comune della città in un secondo momento, riconoscendo tali deficienze si impegnava per una maggiore attenzione verso la provincia di Crotona.

Al proposito l'Ordine nel sollecitare l' attenzione della Conferenza dei Sindaci, ne riceveva poi dalla stessa il compito di produrre un documento complessivo, quale atto conclusivo del tavolo tecnico all'uopo istituito e poi consegnato alla III^a commissione sanità .

In questo scenario, dalle tinte abbastanza fosche, ci si rallegra, intanto, per questa dirigenza che dimostra grandi attitudini al confronto e capacità d'ascolto, oltre che competenze e volontà. Questo potrebbe determinare un forte elemento di forza per cercare insieme di correggere e limitare, ove possibile, i disagi causati a tale territorio.

2. Ciò premesso risalta subito evidente che, dall'impostazione data allo statuto, la mission di questa Azienda "SANITARIA", appaia prevalentemente di carattere amministrativo, tradendo di fatto e negli atti la missione primaria dell'ASP, che è quella di produrre

un'organizzazione più completa ed articolata possibile, finalizzata alla tutela della salute, passando inevitabilmente attraverso adeguate capacità di prevenzione, di diagnosi e di cura, per le quali non deve certamente mancare il supporto della migliore e più efficace organizzazione amministrativa possibile, ma senza che questa prevalga, assorbendone la maggior parte delle risorse e delle chances.

Ci sembra, pertanto, irrinunciabile ridefinire nel modo più particolareggiato possibile la struttura e l'organizzazione dell'intera aria sanitaria che in modo eclatante, soprattutto per l'Ospedale, è assolutamente schematica e restrittiva, fino alla mortificazione delle professionalità operanti, passando attraverso la definizione di ogni singola Struttura Dipartimentale, ogni Struttura Semplice e così via per gli altri livelli .

La diversità di attenzione tra il comparto amministrativo e quello sanitario sancisce delle regole e pone le condizioni per una definitiva coercizione del ruolo sanitario e delle conseguenti capacità di costruire e garantire una sanità coerente alle richieste.

Tale progetto, così come impiantato, determina inoltre la rinuncia al rilancio delle rimotivazioni professionali (da tempo mortificate anche attraverso il mancato o ritardato riconoscimento degli incentivi contrattuali), limitando gli strumenti utili alle progressioni ed affermazioni professionali, unici elementi capaci di affermare i livelli qualitativi necessari a produrre una sanità di qualità, organizzata e corrispondente alle aspettative.

Questi elementi ed il puntare sulle professionalità disponibili diventano irrinunciabili soprattutto in un' Ospedale e in un Territorio dalle innumerevoli carenze strutturali, tecnologiche, di dotazioni organiche e di capacità organizzative, potendo diventare, se ben armonizzate e strutturate, il volano per rafforzare la capacità di risposta sanitaria e di compenso a molte lacune.

La classe medica ed i cittadini di questa provincia ben conoscono questa realtà proprio perché è nella nostra storia, ed è grazie a tale particolare propensione ed attitudine che questa classe medica si è comunque saputa porre al centro della sanità regionale ed ha saputo ad oggi evitare eventi eclatanti, che però non tarderanno, purtroppo, ad arrivare, se si procederà ancora sulla strada dell' approssimazione, della demotivazione e della rinuncia.

I professionisti ed il grado di professionalità sono il vero capitale sociale dell'azienda, patrimonio su cui puntare ed accrescere come obiettivo prioritario.

Infatti la grave carenza di offerta specialistica ospedaliera e territoriale è da sempre stata colmata dalle capacità e volontà dei singoli professionisti, che già oberati dalla propria routine, accrescono volontariamente e gratuitamente il proprio carico di lavoro nel generoso tentativo di integrare la domanda con prestazioni specialistiche ad alto impatto socio/sanitario, ma operando così come possono, in modo del tutto frammentario, non strutturato ed assolutamente disorganizzato, nel tentativo quotidiano di barcamenarsi tra i diversi oneri ed a costo di rinunce personali.

Ecco perché in questa Azienda esagerano le eccedenze orarie ed il credito di ferie, che non possono essere recuperate così come e nei tempi richiesti, pena la paralisi di diversi settori, fatto salvo che ognuno si assuma le responsabilità delle inevitabili conseguenze.

Tutti questi aspetti ci preoccupano profondamente perché pongono le basi per un' ulteriore ridimensionamento, generato proprio dalla ristrettezza della programmazione delle specialità mediche e con essa della capacità di creare prospettive per chi, come detto, già offre prestazioni specialistiche in modo improprio e non strutturato, che finirà a breve ed inevitabilmente nel fare mancare alla popolazione anche questi piccoli ma utili riferimenti professionali, che seppur limitati dalle contingenze, altro non attendono che di essere strutturati, organizzati, capaci come sono invece di produrre livelli assistenziali di grado superiore. Questo per noi grande obiettivo sarebbe realizzabile, di contro, con un minimo impegno da parte dell'amministrazione.

Tutti questi elementi mortificheranno profondamente le capacità di progettualità per esperienze organizzative innovative, per lo sviluppo di un' Atto Aziendale che apra la strada per la realizzazione di un' Ospedale inteso per intensità di cure (per il quale Crotone potrebbe rendersi facilmente promotore, così com'era nei progetti con noi condivisi del precedente D.G.), ed ancora per i Percorsi Assistenziali, per le capacità di adeguamento ai modelli e protocolli operativi voluti dalla regione, che richiedono una capacità di innovazione al fine di poter offrire una efficiente possibilità di integrazione. Basti pensare alle linee guida sulle Emergenze Cardiologiche, all'OBI ed ai Traumi già operativi ed a quelle di prossima emanazione come per l'Ictus Cerebrale e per le unità di Stroke, progetti che già penalizzano Crotone nella possibilità di poter esercitare un ruolo attivo sia in termini di operatività che di chance professionali. Eppure nel recente passato questa ASP era stata promotrice di alcune delle cose citate, come per il Polo di Neuroscienze, la stroke-unit, ecc.

AL PROPOSITO SI VUOLE RICORDARE CHE AL PUNTO 6 DELLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE n ° 37 DEL 19.01.2007, relativa alla "NON APPROVAZIONE DELL' ATTO AZIENDALE" , si citava proprio la mancata previsione delle UU.OO.SS., da individuare in sede di graduazione delle funzioni dirigenziali.....in contrasto con l'art.3, comma 1 bis, d.lgs. n.502/1992.....e ss..

Così come, altresì, al punto 7 si bocciava l'eccessiva frammentazione e parcellizzazione delle U.O. Complesse di supporto amministrativo attraverso la previsione di numerose sub-articolazioni che svuotano di contenuto la stessa struttura complessa.

E' per tali motivi che si CHIEDE, perlomeno, la riconferma delle SOS già esistenti, magari da ridiscutere a tempo debito in fase di contrattazione decentrata, così come ci sembra anche assolutamente irrinunciabile l' istituzione di altre Strutture Semplici a valenza Dipartimentale necessarie a colmare gravi carenze assistenziali Ospedaliere in branche a forte impatto epidemiologico, per altro già operanti, anche se con le modalità su citate, la cui strutturazione e formalizzazione inciderebbe sensibilmente sulla migrazione sanitaria e sul gradimento dei cittadini e dei professionisti.

U.O.S. a valenza DIPARTIMENTALE da prevedere :

- **ALLERGOLOGIA**
- **REUMATOLOGIA**
- **EMATOLOGIA**
- **PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO con OBI**
- **ENDOCRINOLOGIA**
- **PATOLOGIE DELL'ALIMENTAZIONE**
- **PATOLOGIE DEL SONNO**
- **CAMERA IPERBARICA**
- **ENDOSCOPIA UROLOGICA (in attesa che venga attivata l'U.O. di Urologia)**
- **MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA (come richiesta dal PSR)**
- **EMODINAMICA (vedi piano emergenze cardiologiche)**

Per quanto attiene l'Emodinamica proprio forti del piano regionale dell'Emergenza Cardiologica, contrariamente a quanto invece si vorrebbe far passare, risaltano ancor di più le gravi incongruenze ed inadempienze da parte delle ostinate ed irrazionali forzature Regionali che continuano a negare al nostro territorio un diritto morale prim'ancora che sanitario, proprio perché trattasi di trattamento salva-vita, quando invece per vocazione naturale Crotone dovrebbe servire tutto il medio ed alto ionio oltre che l'entroterra.

Infatti l'orografia e la viabilità penalizzano pesantemente i cittadini di pertinenza affetti da STEMI, che il più delle volte non riescono a rientrare nei tempi per beneficiare del trattamento di prima scelta di angioplastica primaria, o di non poterne beneficiare con piena efficacia. Infatti il ritardo nell'inizio del trattamento rimane un'importante fattore determinante il risultato clinico con una mortalità sensibilmente inferiore nei pazienti in cui la riperfusione meccanica sia stata effettuata entro i 60 minuti dall'esordio dell'evento; così come anche, secondo altri studi (Zolle e coll), la mortalità ad un'anno aumenta del 7,5% per ogni 30 minuti di ritardo nell'esecuzione della procedura.

QUESTI MORTI NON SI VEDONO MA CI SONO E NOI SIAMO CHIAMATI A DENUNCIARNE LE RESPONSABILITÀ'.

Perdita di tempo quindi equivale a perdite di vite, da qui le enormi responsabilità per chi, pur potendo, non si adopera ad omogeneizzare su tutto il territorio equi possibilità di chances.

Le condizioni orografiche e stradali di questo tratto della ss 106, peggiorate dall'ingorgo così determinato nelle strutture HUB di Catanzaro, continueranno a macchiare indifendibilmente la coscienza dei nostri amministratori.

E' imperdonabile la presenza di 3 emodinamiche a Catanzaro, mentre Crotona e Vibo ne sono prive, infatti lo stesso documento sottolinea che *" la realtà attuale riflette l'assenza di programmazione a livello centrale e raccomanda che la mappa dei centri HUB tenga conto di tali considerazioni, della viabilità e dei tempi di percorrenza, tenendo conto che l'attuale distribuzione non è omogenea all'interno del territorio regionale, per cui è necessario disegnare i bacini di utenza in modo da minimizzare i ritardi, posto che l' HUB di riferimento deve essere raggiunta entro 60 minuti"*.

Tutta questa catena di ritardi comporta spesso che lo stesso paziente, proprio nell'impraticabilità della tempistica, venga sottoposto preventivamente alla terapia di Trombolisi farmacologia con le ovvie considerazioni consequenziali.

E' evidente che si producono più morti ed invalidi nell'ostinazione di dover trasferire tutti i pazienti eleggibili presso una HUB, che per noi Crotonesi il più delle volte è male e parzialmente fruibile, (anche forti del fatto che la Cardiocirurgia deve essere disponibile entro circa 30 min dall' Emodinamica), che non disponendo in loco di tale trattamento, pur dovendosi assumere il rischio teorico della rara necessità di una Cardiocirurgia per eventuali eventi avversi al trattamento.

Sicuramente tale ultima scelta risparmierebbe diverse vite umane, e risolleverebbe da gravi responsabilità le coscienze dei nostri amministratori.

E poi, qualora servisse la Cardiocirurgia, ricordiamoci che Crotona dovrebbe essere sede di ELISOCORSO.

3. Si approfitta dell' argomento per sollecitare l'istituzione delle **OBI** e delle **SUB-INTENSIVE**, così come richiesto con atto deliberativo regionale del 17 Maggio 2008, n 358.

Si precisa che l'attivazione dell'OBI consente di fornire a molti pazienti che giungono al Pronto Soccorso l'assistenza appropriata senza ricorrere ad un ricovero ospedaliero, evitando disagi ai cittadini, aggravamento delle responsabilità professionali e delle capacità gestionali a medici ed infermieri, così come il ricorso a ricoveri impropri e dimissioni inappropriate, che tanto negativamente incidono sulla qualità delle prestazioni, sulla valutazione degli operatori e sull'economia ed organizzazione del sistema, soprattutto se commisurate alla nostra realtà dalla cronica carenza di disponibilità di posti letto e di specialistiche.

La sollecitazione per una tempestiva attivazione delle OBI e delle SUB-INTENSIVE trova ulteriore motivazione se si tiene conto delle Linee Guida Regionali relativamente **AL**

DOLORE TORACICO, che si rammenta rappresenta la maggiore causa di ricorso a prestazioni di Pronto Soccorso, che sarà giustamente tenuto all'osservazione di tali pazienti critici per 12 ore.

In ultimo e non per ultimo le proposte di implementazione delle Strutture Dipartimentali su citate cadono in piena coerenza con quanto richiamato e raccomandato al punto 3 della DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE di riferimento, ove si legge:

Il piano di attività dell'assistenza ospedaliera dell'azienda sanitaria di Crotone per l'anno 2006 è approvato a condizione che l'azienda provveda:

- A. a trasferire prestazioni di ricovero ordinario e diurno in prestazioni ambulatoriali*
- B. ad attivare efficaci strumenti di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero per ridurre il tasso di ospedalizzazione anche rideterminando i volumi complessivi delle strutture private accreditate con discipline analoghe a quelle presenti nelle strutture pubbliche.*

Il modello proposto può essere un valido strumento capace ad ottemperare a tale prescrizione.

4. Vogliamo ancora rappresentarVI, anche se inappropriatamente rispetto al tema, che le annose ed oramai inaccettabili carenze di offerta specialistica non vengono poi colmate dall'offerta delle **strutture accreditate**, che nel riproporre ripetitivi target assistenziali, ed uguale offerta sanitaria, non svolgono un ruolo complementare al pubblico (così come invece potrebbero e saprebbero fare, anche con punte di eccellenza, come dimostrato in alcuni casi).

Tutto ciò nonostante l'accreditamento dei posti letto per acuti a Crotone vanta il primato regionale per sbilanciamento tra pubblico e privato, naturalmente a favore di quest'ultimo. Anche se l'argomento non è pienamente in tema con l'attuale dibattito, si vuole approfittare per sottolineare tale sperequazione, facendo in modo che soprattutto per alcune branche come Reumatologia, Neurologia, Urologia, Oncologia, Gastroenterologia, Broncopneumologia, una dotazione di posti letto venga riportata o determinata all'interno dell'ospedale.

5. Appare subito ed a chiunque evidente come nel Dipartimento di Chirurgia sia "sfuggito" di contemplare l' **UNITA' OPERATIVA DI UROLOGIA** che, come ovvio, non può per diversi motivi, essere interamente appannaggio della medicina accreditata, sia per complessità e criticità di tutta una intera tipologia di pazienti urologici, per i quali è richiesta l'integrazione multidisciplinare che può essere garantita soltanto da una struttura ospedaliera, non solo ma anche per la frequente possibilità di dover ricorrere a competenze urologiche per pazienti già degenti all'interno della stessa struttura ospedaliera, ma anche per far sì che si possa offrire un'assistenza H24.

6. Si apprezza e si condivide l' istituzione del **DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' MEDICHE**, già da questo Ordine suggerito alla precedente amministrazione; esso risponde ad alcune esigenze professionali, operative ed organizzative, rispondendo a comuni requisiti, infatti:

- Sono tutte branche afferenti alla stessa area Funzionale (AFO)
- Sono tutte branche che hanno una forte necessità di posti letto
- Decongestionerebbe le altre U.O. (Medicina, Chirurgia, Geriatria, ecc.)
- Snellirebbe il Dipartimento Med. Diagnostica, attualmente ciclopico, mal gestibile e aggregato senza affinità professionali ed organizzative
- Migliorerebbe l'appropriatezza dei ricoveri (altra forte criticità del nostro Ospedale)

- Consentirebbe di lavorare in Team, integrando le professionalità al fine anche di garantire prestazioni integrate, interrompendo la penosa roulette delle consulenze specialistiche.

7. Si CHIEDE, ancora, venga rivista la collocazione dell'U.O.C. di NeuroPsichiatria Infantile la cui estromissione dal Dipartimento Materno-Infantile, pur non offrendo vantaggi reali nella sua nuova collocazione, provocherà notevoli disagi organizzativi ed operativi per funzioni professionali di supporto alle attività ospedaliere di pertinenza, che a parere degli addetti ai lavori e delle linee guida correnti in materia, sono assolutamente irrinunciabili, anche perché oramai ben collaudate per ciò che attiene la migliore gestione della domanda e dei bisogni, la migliore appropriatezza degli interventi clinico-assistenziali, una maggiore capacità di interazione tra ospedale e territorio, oltre che una più efficiente ed efficace razionalizzazione delle risorse.

Si tenga conto che la migliore collocazione logistico-organizzativa delle professionalità del settore e quindi all'interno del Dipartimento Trasversale Materno-Infantile, oltre tutto, è prerogativa indispensabile per la gestione di tutti quei numerosi casi che richiedono interventi diagnostico-terapeutici da espletare all'interno della struttura ospedaliera e che richiedono il coinvolgimento di più professionalità (Radiologi; Anestesisti, Pediatri, Neuropsichiatri) oltre che una vicinanza anche fisica per una fattibile fruizione a tutte quelle prestazioni diagnostico-terapeutiche, che richiedono la frequente sinergia tra Pediatri e Neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza e non solo.

8. Si condivide per ovvi motivi l' istituzione della SOS Distribuzione Diretta dei Farmaci alla dimissione e dopo visita specialistica, **ma solo quando** si saranno realizzati tutti i presupposti strutturali ed organizzativi necessari a garantire ai cittadini ed ai medici la più ampia e completa possibilità di scelta tra le specialità farmaceutiche disponibili sul prontuario, secondo quanto previsto dagli attuali protocolli terapeutici.

9. Riguardo la possibilità di affidare incarichi di Responsabilità di SOS o SOC o di Dipartimenti ad operatori non medici anche con sottoposti medici, nel pieno rispetto di tutti gli operatori della Sanità va chiarito che, proprio a tutela della salute dei cittadini, per assicurare la migliore organizzazione sanitaria delle diverse strutture di diagnosi e cura, è indispensabile l'affidamento della responsabilità di vertice ad una elevata professionalità tecnico scientifica e terapeutica, che solo il medico può assicurare, individuando ed utilizzando al meglio la collaborazione delle altre figure professionali operanti, certi della necessità di individuare nel medico il centro di responsabilità e di garanzia della unitarietà del processo clinico assistenziale.

10. Ci viene altresì lamentata, e se ne conviene, una limitazione dell'autonomia gestionale dei Dipartimenti, che anche per tale motivo, non riescono a decollare ed a fornire un più valido e sostanziale contributo ; nella pag 46 dell' Atto Aziendale si legge al comma "e":

...il Direttore di Dipartimento "propone" adozioni di atti e provvedimenti necessari per il corretto funzionamento del Dipartimento stesso.

Questo si traduce in una limitazione nella conduzione del Dipartimento.

Infatti il Direttore di Dipartimento deve avere responsabilità in materia clinico-organizzative e gestionali e a tal fine deve predisporre annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili e negoziate con la Direzione Strategica, tenuto conto della programmazione Aziendale.

La promozione dell'autonomia gestionale del Dipartimento, in altri termini l'implementazione della cultura Dipartimentale, è l'unica strada percorribile per avviare

quel processo culturale e formativo nei componenti del Comitato di Dipartimento, spingendo al lavoro di gruppo, alla costruzione degli obiettivi, alla necessità di confrontarsi e di comunicare sui vari problemi per cercare le soluzioni più opportune e praticabili nel proprio contesto, insomma a seguire un percorso di maturazione che porti a sentire il dipartimento come qualcosa di proprio in cui realizzarsi e crescere tutti insieme, scaricando così la dirigenza da un' improprio carico, chiamata com'è ad occuparsi prevalentemente di strategie e controllo.

11. Altro punto nevralgico da tutti sollevato riguarda il ruolo e le competenze del SITA , che non dovrebbe essere identificato come un Dipartimento autonomo, tra l'altro già contestato dalla Regione ai punti 2 e 3 delle prescrizioni che hanno portato la Giunta Regionale alla NON approvazione dell'atto aziendale con deliberazione n° 37 del 19 Gennaio 2007.

Infatti il SITA dovrebbe essere un'articolazione interna che dovrebbe far capo alla Direzione Sanitaria Aziendale e non deve avere compiti di organizzazione, verifica e controllo delle risorse umane e materiali; non deve avere ruolo esclusivo nella collocazione e mobilità aziendale, né tanto meno nell'organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni.

Ad essa spetterebbero funzioni di consultazione con il Direttore Sanitario Aziendale per quanto attiene il personale tecnico ed infermieristico.

L'autonomia prevista nell'atto aziendale di fatto ridimensiona la Governance Clinica delle UU.OO. che dovrebbe essere dei direttori delle stesse UU.OO. e di Dipartimento, cui è affidato il personale.

Per riequilibrare tali sproporzioni basterebbe inserire concetti del tipo:

Il SITA COLLABORA per l'allocazione e la mobilità del personale tecnico-infermieristico, PARTECIPA all'organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni con ruolo consultivo ma non decisionale, essendo richiesto il parere vincolante dei direttori di dipartimento, sentiti i Direttori delle rispettive UU.OO.

Tra l'altro l'impostazione data è in contrasto con la norma vigente in materia, che individua nei Direttori delle UU.OO. i responsabili di tutto il personale ad essi affidato.

Si vuole riconoscere il buon senso e l'equilibrio degli attuali Referenti del SITA della nostra ASP, che con garbo e competenza operano nel pieno rispetto delle professionalità e dei Direttori di UU.OO., garantendo funzionalità operative nelle seppur difficili condizioni di dotazioni organiche, ma la materia, proprio per la sua sostanzialità, non può essere affidata e demandata al buon senso dei singoli, dovendo rispondere a regole coerenti alle norme vigenti ed al rispetto dei ruoli.

12. TERRITORIO:

Complessivamente l'organizzazione distrettuale territoriale proposta dall'ATTO Aziendale , appare, rispetto ai precedenti documenti, ben strutturata e in linea con i prossimi e maggiori impegni del S.S.R. , quest'ultimo indirizzato prevalentemente alla riorganizzazione e migliore utilizzo della rete ospedaliera regionale.

Si avverte un netto potenziamento delle strutture amministrative territoriali : buona appare l'individuazione di U.O.C. nei ruoli di "Direttore di distretto" e U.O.S. come responsabilità in diversi campi, tra cui le Cure Primarie, Assistenza Specialistica , ecc., dando una definitiva sistematizzazione a figure e ruoli professionali , fino ad ora improvvisati e spesso senza un *continuum* operativo e formativo. Bene sarebbe prevedere che, a ricoprire i suddetti ruoli possano essere chiamati anche i medici convenzionati (MMG, PLS, C.A. e Specialisti territoriali) così come già previsto per il Direttore di Distretto , secondo le modalità dell'art. 3-sexies D.Lvo. 502-229, anche con incarichi parziali. Si supererebbe,

così, il ruolo, fino ad ora assolutamente marginale dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, dando pieno significato al coinvolgimento reale delle figure professionali della medicina Primaria.

Bene, infine, l'istituzione del Dipartimento per il coordinamento dell'assistenza distrettuale. Si attenderà l'emanazione del manuale organizzativo per verificare ruoli e compiti attribuiti alle U.O. Semplici e Complesse dei Distretti.

Complessivamente, però, pur apprezzando una migliore articolazione dei LEA-Distretto, peraltro già ravvisata in precedenti documenti aziendali, non si coglie nel documento presentato alcuna novità organizzativa della medicina primaria che in molte realtà Italiane stanno sperimentando ed in parte già attuando. Ci riferiamo, in particolare allo stimolo (organizzativo ed economico) della nascita di nuove e complesse organizzazioni delle cure primarie, quali UTAP, Unità Cure Primarie, Casa della Salute, ecc., (peraltro già, in parte, suggerite dalla prima bozza di PSR), vero banco di prova nella gestione ottimale della medicina territoriale H24 e 7giorni su 7, visto il coinvolgimento complessivo dei MMG, PLS, continuità Assistenziale e medici specialisti; su questa linea, tra l'altro è già orientata la nuova convenzione della medicina primaria (di cui sono stati approvati i punti salienti) che rende "quasi obbligatoria" l'organizzazione in forme associative dei MMG.

Da più parti ci viene sollecitata la necessità di istituire per ogni distretto una Struttura Operativa territoriale di "Prime Cure e piccole urgenze" ad indirizzo anche pediatrico, ottenendo anche il risultato di decongestionare il Pronto Soccorso dell'unico presidio ospedaliero dell'intera ASP.

Ci sembra ancora molto opportuno, visti i recenti accaduti in tema di sicurezza ed inquinamento ambientale che da più parti aggrediscono il nostro territorio, dare maggior peso a tale settore prevedendo una qualche Struttura che si occupi in maniera specifica e più piena di tale settore, supportata dalle professionalità necessarie, CHIEDENDO che proprio a Crotone si crei una sorta di OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO AMBIENTALE a carattere REGIONALE che correli lo stato di salute dei soggetti esposti alle condizioni di inquinamento e rischio dell'ambiente.

Non si coglie, altresì, nessuna nuova proposta circa i percorsi diagnostico-terapeutici ospedale-territorio (vero banco di prova delle Cure Primarie nella gestione ottimale – Clinical Governance – delle principali malattie croniche presenti sul territorio: diabete tipo2, BPCO, cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, ecc.) . Sono individuati (prioritariamente) solo 3 programmi trasversali Ospedale-Distretto (il precorso-nascita, il programma di Cure palliative, le dimissioni protette), avendo rallentato l'impegno sui programmi di screenings per la prevenzione ed il trattamento dei tumori, che tanto lustro hanno portato alla nostra azienda (anche se da notizie degli ultimi giorni si sarebbero attuate azioni di ripresa in tale settore).

13. Si vuole approfittare dell'occasione, anche se non all'ordine del giorno, per sollecitare una questione relativa alla ristrutturazione del P.O. di Crotone per la quale si ritiene necessario partire dalla possibilità di reperire nuovi spazi dove trasferire una serie di prestazioni attualmente svolte in altre sedi dell'Ospedale (Pronto Soccorso, Cardiologia, UTIC, Rianimazione, ecc.) e di creare le premesse per l'ubicazione di nuove strutture quali ad esempio l'Emodinamica e la Camera Iperbarica, consentendo nel contempo una migliore organizzazione funzionale dell'intero ospedale.

Tali condizioni saranno realizzabili soltanto se si prevederà la realizzazione della c.d. **“PIASTRA”**, prevista in posizione contigua al corpo esistente, in una posizione strategica, tale da poter ottenere una ottimizzazione delle posizioni reciproche delle diverse funzioni sanitarie e dei reparti di degenza, ovviamente collegata con il primo piano esistente, attraverso adeguati percorsi orizzontali e trasversali con le UU.OO. interessate alla gestione dell'urgenza-emergenza.

Le attuali condizioni di risorse economiche potrebbero indurre alla tentazione di rinunciare al progetto, magari da ridisegnare in misura ridimensionata alle nostre esigenze. L'accantonamento di tale potenzialità confermerebbe una volontà contraria ad un necessario programma di stabilizzazione e di espansione delle attuali già risicate possibilità assistenziali di questa ASP, anche in considerazione che trattasi dell'unica struttura sanitaria di tutto il territorio, con vocazioni e potenzialità naturali a poter offrire assistenza allargata a territori di altre ASP, così come sopra accennato.

Noi chiediamo a gran voce che questa dirigenza non si assuma la responsabilità di tale decisione, anche perché verrebbe recepita come corrispondente ad una volontà politica regionale di marginalizzazione di questo territorio.

Tale, magari, involontaria complicità, passatemi pure l'espressione, peserebbe negli anni nelle responsabilità e nelle coscienze di quanti avalleranno con atti concreti tale volontà.

Certi che questa amministrazione vuole, di contro, dare forti dimostrazioni del contrario, questo Consiglio che mi onoro rappresentare, la categoria e la cittadinanza tutta, chiedono energiche e coraggiose azioni che affermino con intraprendenza e decisione una politica sanitaria locale all'altezza delle esigenze, delle aspettative e delle migliori tradizioni.

Tale documento scaturisce dopo approfondito e responsabile dibattito all'interno del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Crotone, e dopo aver raccolto suggerimenti ed un largo consenso dal dibattito esteso alla classe medica del territorio ed alle figure apicali dell'ASP, nell'unico obiettivo di poter fornire un valido elemento di riflessione e di supporto alle decisioni di codesta attenta e disponibile Dirigenza, certi che solo dal reciproco confronto e dalle sinergie di tutte le componenti in campo si potranno trarre i migliori risultati dalle migliori proposte, per risollevare il tenore della Sanità di questo territorio a cui tutti indistintamente tengono e guardano con attenzione ed interesse.

Solo nel libero, responsabile ed autonomo impegno e dalle risultanze del nostro lavoro congiunto, avremmo saputo offrire validi elementi per un positivo giudizio complessivo sull'operato e sulla responsabilità di chi determina azioni che, per essere indirizzate ad un bene primario come la tutela della salute, lasceranno nel bene e nel male il segno per molti anni nella mente, nel cuore e nel giudizio di questi cittadini.

Per il Consiglio Direttivo
Il Presidente