

PRESIDENTE MUCCILLI: Ha chiesto la parola il Consigliere Petrarola. Ne ha facoltà.

Consigliere PETRAROLA: Ringrazio il direttore e la dottoressa Bellentani per l'esposizione e mi auguro che ci sia la possibilità di fare degli approfondimenti, pure nella ristrettezza dei tempi, perché come è noto, per costruire un piano sanitario regionale occorre un arco temporale molto più lungo, bisogna ascoltare gli operatori del settore, gli amministratori locali e quindi avere la possibilità di fare degli approfondimenti, a maggior ragione in un territorio come il nostro che sconta delle peculiarità particolari, la bassa densità demografica, la dispersione della popolazione, le caratteristiche orografiche del territorio dove c'è una polverizzazione per un verso e c'è però una distanza da colmare che è difficile poi da far coincidere con la qualità della prestazione, nei livelli essenziali di assistenza e contenimento dei costi, in termini di gestione ottimale del rapporto costi-ricavi, quindi mi rendo conto che ci muoviamo all'interno di un recupero di una situazione che si trascina da 10 anni, dall'altro piano sanitario ad oggi sono mutate tante cose, una per tutte, la legge costituzionale n. 3 che ha sancito l'obbligo delle Regioni ad occuparsi di sanità, quindi ha stabilito una responsabilità delle Regioni che prima non c'era o era molto più attenuata. Ebbene dentro questi cambiamenti e con un'emergenza che ci deriva anche dal dover rientrare dall'esposizione debitoria degli anni precedenti, calare una pianificazione senza per quello che mi è parso di capire, però su questo cercherò di avere qualche elemento in più di informativa, mi pare di capire che abbiamo costruito un'ipotesi di piano sanitario avendo come riferimento il piano sanitario nazionale 2006-2008, le linee dell'organizzazione mondiale della sanità, l'intesa Stato-Regione del 2005, però su un elemento scontiamo una difficoltà che non è implicabile a chi ha costruito il piano, ma che è una difficoltà del sistema, la mancanza dei dati. Come è noto, in assenza di una ricognizione puntuale sul fabbisogno, dico una cosa da non addetto ai lavori: quanti sono i dializzati del Molise? Sarebbe interessante sapere, prima di dire se dobbiamo dare due posti letto in tutto, poi magari altri 8 li mettiamo in day hospital e vediamo come articoliamo gli altri 94 posti letto dove si fanno le emodialisi in questa Regione, sarebbe interessante capire quante sono le persone che fanno la dialisi, dove sono e come incide la mobilità attiva e passiva soprattutto alle strutture di confine, che

a volte giocano in positivo, altre volte giocano in negativo, nel senso che abbiamo cittadini delle nostre aree che vanno fuori. Se manca una qualità di documentazione, di riferimenti anche statistici, di indicatori, per comprendere quale è stata la spesa farmaceutica o quali gli ingredienti chirurgici o quali sono state le patologie più ricorrenti e dove, è evidente che costruiamo un piano che in tutta la parte espositiva e anche nell'individuazione degli obiettivi, non ha nulla da invidiare ai piani sanitari anche più attuali che sono stati recentemente approvati in Regioni che sono alla terza, alla quarta, alla quinta stesura del piano sanitario regionale. Quando dobbiamo calare questo nel contesto della concretezza della Regione Molise, se non abbiamo queste informazioni, è evidente che anche la qualità della prospettazione è una qualità che sconta questo handicap, quindi vorrei capire quante informazioni siamo riusciti a prendere. Sugli ospedali c'è stata qualche informazione in più, sul territorio sarebbe interessante capire come hanno funzionato i distretti, la medicina territoriale, i laboratori convenzionati e quanto altro, perché altrimenti rischiamo di avere dei numeri o possono essere semplicemente una moltiplicazione della bardatura amministrativa o delle responsabilità di licenziare che appesantiscono anche i costi e non tengono conto della qualità dell'offerta che assicuriamo ai nostri cittadini, quindi è un primo elemento che non sollevo perché muovo delle eccezioni particolari, ma perché mi serve comprendere se quando arriviamo all'indicazione dei numeri, alle proposizioni, queste sono frutto di una conoscenza analitica o sono semplicemente un'ipotesi che si è potuta realizzare con una carenza anche di informazioni che ha determinato quelle previsioni e se ci può essere una disponibilità anche a correggerle. Il secondo aspetto, sempre in chiave di strategia, è evidente che noi abbiamo l'obbligo di adottare il piano sanitario regionale, non credo che convenga a nessuno in questo territorio, in questa regione, perdere l'opportunità che ci è stata garantita da una disponibilità nazionale, per le Regioni che si trovavano in situazioni di deficit, anche stabilendo un percorso duro, ma che ha agganciato anche un aiuto, un sostegno che potrà anche proseguire nel futuro, ma per proseguire dobbiamo rispettare alcuni impegni e alcuni obblighi. Dobbiamo cercare di fare tutte le correzioni, di apportare tutti i mutamenti sul piano sanitario regionale, tentare di recuperare anche il confronto e cercare di utilizzare il piano sanitario come un'occasione di scontro politico che mira a non fare adottare il piano sanitario dal Consiglio regionale. Nella ristrettezza dei tempi dobbiamo

cercare di recuperare il gap di demografia che c'è nel governo del sistema, perché purtroppo, la conferenza dei Sindaci, anziché le parti sociali, anziché gli operatori del sistema e quanto altro, non hanno avuto materialmente la possibilità di offrire un contributo che ritengo invece sia nostro dovere pur nella limitatezza del tempo a nostra disposizione, di consentire a queste rappresentanze istituzionali, sociali e anche agli operatori del settore, di far ascoltare la propria voce e di metterli in condizione di avanzare delle proposte. Poi vediamo in che modo e in che termini le proposte possono essere recepite, ma questo lo avverto come un dovere. La terza questione che a mio avviso è un po' l'ombra di tutto questo piano sanitario regionale, almeno per quello che mi riguarda, se non si chiarisce questo aspetto e premesso che il piano si deve fare e poi ci misureremo rispetto alla stesura finale che si sarà portata all'attenzione del Consiglio, a me pare che merita preliminarmente di essere chiarito qual è il rapporto tra sanità pubblica e privata, nella dimensione della costituzione di un'azienda ospedaliera, che anche se non è definita policlinico, si tratta di capire questa vicenda dell'Università, perché se facciamo un piano sanitario che nasce già morto, perché vecchio, perché mentre ragioniamo di una situazione al 31.12.2007, che è fatta di 6 presidi ospedalieri pubblici, della Neuromed, più la Cattolica e le due cliniche di Villa Maria e Villa Ester, però in pratica noi già sappiamo che la facoltà di medicina è al secondo anno, parlo dell'Università del Molise, che ha necessità di avere a disposizione corsie e luoghi dove far specializzare i dottorandi, si tratta di capire se noi siamo all'interno dell'attuazione dell'articolo 13 della legge 9 del 2005, laddove veniva demandato alla Giunta regionale di costituire un'azienda universitaria policlinica, dotata di autonomia giuridica, di autonomia finanziaria, che significa sostanzialmente, che per un verso, se siamo all'interno dell'articolo 13, (ho letto il piano e anche i suggerimenti che si fanno di andare a mutare la legge 9 per realizzare un'azienda sanitaria regionale unica che oggi non c'è e per eliminare alcune bardature che oggi impediscono un governo del sistema anche alla stessa ASREM), oggi demanda la Giunta di fare l'azienda policlinico – universitaria, se si fa questo, ci ritroviamo per un verso con un'azienda universitaria e per un altro verso con un'azienda sanitaria regionale articolata al proprio interno, a meno che non ci siano dei mutamenti nelle 4 zone dotate di autonomia giuridica, più i presidi ospedalieri, più i distretti, più i dipartimenti e mi pare che sulla vicenda dei controlli e dei sistemi di verifica di monitoraggio e di assistenza, abbiamo qualche

elemento di ricatto. Basta fare cenno alla legge approvata in questo Consiglio regionale sui servizi ispettivi, sono 5 mesi che è stata approvata e nel Molise non c'è nessuno che controlla. Lo dico come constatazione di un fatto, non lo imputo assolutamente a nessuno, mi pare di aver letto in diverse parti della proposta di piano sanitario regionale che ci si mette in guardia nel dire che bisogna aumentare la capacità di controllo, di verifica, di monitoraggio, proprio per consentire alla stessa Regione di conoscere il sistema sanitario e di intervenire per tentare di conciliare l'offerta con le risorse che sono calanti. Voglio sapere che fine fa la sanità regionale. Non è la stessa cosa se l'ospedale Cardarelli è un ospedale pubblico regionale inserito all'interno di un'azienda sanitaria regionale unica, per la quale nel corso dei prossimi anni ci sarà una proposizione di legge che mira progressivamente a superare l'autonomia delle 4 zone ASL, a ridurre dipartimenti e quanto altro e a concentrare le conoscenze per governare con più efficienza e in modo ottimale il sistema o se invece lì interviene l'Università, perché già oggi abbiamo decine di medici e paramedici che all'ospedale Cardarelli, in maniera sempre più consistente, dedicano tempo come docenti universitari. C'è una logica dell'azienda policlinico-universitaria che in qualche modo si tratterebbe di riagganciare in una pianificazione unificata un po' più complicata, se c'è questa separatezza giuridica e funzionale e questo vale a maggior ragione dove si suggerisce di tenere insieme le 3 Università che operano, la Sapienza, la Cattolica e l'Università del Molise, sapendo che la Cattolica e la Sapienza hanno degli stabilimenti su cui poggiano, la facoltà di medicina dovrebbe poggiare sul Cardarelli, ma se il Cardarelli va avanti con una metà all'Università, l'altra metà all'ospedale regionale, all'interno dell'azienda ASREM, è una cosa che ci crea qualche elemento di difficoltà, lo dico perché non avendo informazioni nel piano, su questo argomento, che si trascina da quando è stata approvata la legge, quando è stata avviata un'attività che di fatto va in quella direzione, ma ad oggi, almeno noi come Consiglieri regionali, non siamo stati informati che i Ministeri competenti se hanno da svolgere una funzione in questa direzione, si siano già espressi o meno per l'azienda policlinico, quindi su questo tema, che è quello principale rispetto alla qualità del piano sanitario regionale, vorrei avere qualche elemento in più. Lo dico perché anche nel rapporto tra pubblico e privato, noi abbiamo un terzo della dotazione di posti letto, premesso che siamo d'accordo che il 55% della spesa ospedaliera, superiore di 11 punti percentuali a livello medio

nazionale, è qualcosa che ci obbliga a dover contrarre questa spesa, tra l'altro c'è stata una esplosione del 5% in più negli ultimi 4 anni. Un terzo dei posti sono sanità privata, parlo semplicemente della rete ospedaliera, e credo sia uno dei rapporti più alti che ci sono in giro per l'Italia. L'offerta sanitaria privata, di alta specializzazione è da intendersi come aggiuntiva o come sostitutiva? Faccio un esempio molto banale, di oncologia, possiamo stabilire che oncologia la appaltiamo soltanto al privato? Oncologia e non l'alta specializzazione oncologica, perché un conto è avere sul proprio territorio delle strutture private accreditate che offrono servizi che la sanità pubblica non è in grado di erogare, di alta specializzazione e attrae mobilità da altri territori, mobilità tra l'altro di grande interesse, perché per quei PRG si prendono consistenti rimborsi dalle Regioni di provenienza dei malati. Un conto è se stiamo facendo una pianificazione e diciamo che per alcune branche non c'è più la sanità pubblica, perché quando oncologia si cancella al Cardarelli di Campobasso, voglio capire qual è la logica. Sentivo la dottoressa Bellentani sul progetto di de-ospedalizzazione, il reparto di oncologia di Campobasso, ha fatto un progetto obiettivo, adottato dal Ministro della Sanità Girolamo Sirchia, perché sono stati i primi in Italia a portare i malati terminali a casa, ne hanno accompagnato più di 500 e hanno fatto de-ospedalizzazione, con risparmio e tasso di umanità. Nel reparto di oncologia ci sono due milioni di euro di attivo, allora voglio capire se una parte dell'offerta sanitaria di questa Regione, già all'origine della pianificazione, la andiamo a sottrarre ai presidi pubblici e la diamo a strutture private o se invece facciamo rimanere le strutture private nello spirito di quello che deve essere l'aggiuntività, l'implementazione con l'alta specializzazione e su questo credo che qualche elemento merita anche di essere chiarito. Ho visto la vostra proposta, quando noi andiamo alla Cattolica e vediamo che non c'è un posto di terapia intensiva, visto che si fanno interventi difficilissimi di cardiocirurgia, se al paziente succede qualcosa, dove lo portiamo? È possibile? È conciliabile in termini tecnici? Da ultimo, riservandomi di poter continuare a ragionare con voi su una serie di argomenti, quando si parla di territorio, ho notato che c'è l'individuazione di obiettivi, i distretti, le integrazioni socio-sanitarie, una serie di cose buone, ma voglio capire se sul territorio ci sono già oggi strutture che fanno riabilitazione, laboratori, case famiglie per la salute mentale, un minimo di descrizione dello stato dell'arte, dove queste strutture esistenti, che erogano

servizi, che fanno prestazioni, se per esempio si immagina di preservarle, di valorizzarle, di ridurle, di riarticolare sul territorio, perché se diciamo medicina territoriale o accreditamento, su questo dobbiamo intervenire, perché abbiamo 15 case famiglia, residenze sanitarie, la riabilitazione, su questo dobbiamo tentare di capire come ci muoviamo perché è l'altro elemento importante. Non voglio tediarvi, concludo dicendo che c'è in corso una procedura per nominare attraverso un simil-concorso, 21 dirigenti primari, di unità operative complesse, per il periodo 2008-2010, nella logica del vostro piano sanitario voi ipotizzate, prospettate che Termoli – Larino, che Isernia – Venafro sono due stabilimenti ospedalieri che però insistono su un unico presidio, perché si deve cominciare ad integrare, ad accorpate, non vuol dire niente se in un luogo c'è o meno il primario, l'importante è che ci sia un servizio di qualità e questo è lo spirito del piano. Mi interessa capire se la logica del piano è una logica astratta o incide concretamente in un processo di semplificazione e di organizzazione, perché se è così significa che a Termoli – Larino c'è un solo primario nell'unità operativa complessa, come ad Isernia – Venafro. Se invece dico che fino al 2010 ci sono quelli di Termoli, di Larino, di Venafro e di Isernia che vanno a fare i dirigenti nelle unità operative e complesse, ho la sensazione che si aumentano i generali mentre i sindacati denunciano un potenziale calo di personale infermieristico, personale medico che serve a sopperire alle necessità, di personale di anestesia, in favore di un incremento di dirigenti in unità operative e complesse per stabilimenti ospedalieri per i quali esiste già una previsione di piano approvata in Giunta che dice che dobbiamo tendere verso la progressiva unificazione superando questa parte, quindi anche su questo argomento volevo tentare di capire, sempre in termini strategici e di obiettivi e di valenza che noi diamo al piano, non in termini di rilievo che ho menzionato rispetto ai singoli episodi, che saranno oggetto di altre discussioni in altre sedi.