



Federazione Regionale USB Puglia

PUGLIA - Inadeguato il Piano della Salute 2008-2010



Bari, 09/07/2008

OSSERVAZIONI delle RdB-CUB

**al “PIANO REGIONALE
di SALUTE 2008 -2010”**

Questa O.S. ha più volte manifestato il suo disaccordo sulla istituzione delle mega ASL. In specifico sulla scelta delle ASL FG e ASL BA I motivi sono riconducibili alla disomogeneità dei territori (metropolitani e aree interne montane) e della organizzazione di vita, che hanno una forte incidenza sulle patologie. In particolare il dissenso è forte sulla ASL BA, troppo estesa per territorio e per numero di Comuni afferenti, per poter essere gestita con razionalità ed omogeneità. La proposta è stata quella di sdoppiarle in aree metropolitane ed aree interne montane.

Prima di entrare nel merito del piano, osservandolo, questa O. S. ritiene che uno dei grossi problemi (contraddizione palese) sta negli atti propedeutici allo stesso piano, nel sistema di finanziamento. Risorse insufficienti e maldistribuite. Secondo i dati del CENTRO STUDI CEIS SANITA' (rapporto 2007) la spesa media sanitaria annua dal 1995 al 2005 è aumentata del 6.4%. In PUGLIA del 6%, tra le più basse. Per ogni cittadino si sono spesi in Italia 1.352 Euro nel 2002 e 1.627 nel 2006. In PUGLIA 1.288 Euro nel 2002 e 1.546 Euro nel 2006. L'obiettivo deve essere quello di invertire la tendenza ad una spesa più bassa della media nazionale, per i prossimi anni.

Il SISTEMA DI FINANZIAMENTO delle ASL va modificato, perché ora con i DRG si premia la malattia, piuttosto che la salute. Vanno superati i DRG con una diversa modalità di finanziamento a quota capitaria, pesata per età ed a budget. Definire il Budget della spesa sanitaria ed assegnare le quote per i diversi sottoinsiemi: ospedali, servizi territoriali, prevenzione. Costruire "la mappa degli sprechi e delle inefficienze", struttura per struttura, ASL per ASL, Ospedale per Ospedale, Assessorato compreso. Questa iniziativa va costruita con gli operatori dei servizi costruendo dei "comitati di partecipazione". Poi c'è un problema di qualità negli investimenti.

In PUGLIA l'avanzo del 2002 si accompagna con la riduzione del personale infermieristico e con lo scarso indice di attrazione. Si impone un avvicinamento tecnologico tra Nord e Sud, da sempre proclamato. I sistemi del Nord si alimentano anche con la mobilità passiva dei pazienti del Sud. Bisogna invertire questa tendenza.

Deve cambiare anche la logica della RIPARTIZIONE DEI FONDI. L'aumento del fondo nazionale di 400 milioni di Euro, viene speso più per coloro che si curano fuori regione, per aumentare i finanziamenti agli enti ecclesiastici e per una maggiore quota gestita dall'assessorato competente. Quelle maggiori entrate dovevano servire per ridurre la mobilità passiva, per migliorare la qualità di quelle specialistiche (oncologia in primis) dove è più forte la mobilità. Con la direttiva Europea che permetterà ai cittadini comunitari più mobilità sanitaria, i rischi di bruciare le risorse sarà sempre più forte.

LA QUESTIONE INFERMIERISTICA, O MEGLIO L'EMERGENZA INFERMIERISTICA (problema che nasce a partire dagli inizi anni 80) più volte sollevata da codesta O.S.in incontri pubblici e con documenti inviati all'Assessore competente, riguarda tutto il mondo occidentale. Ma c'è una questione che è tutta Italiana. La tendenza alla diminuzione del personale infermieristico che rappresenta il fulcro dell'assistenza ed un rapporto medico-infermieri, che propende numericamente in favore dei primi. Sul piano nazionale ci sono più medici che infermieri in rapporto agli abitanti.

Sempre secondo i dati del CENTRO STUDI CEIS, il personale medico negli anni 2000-2005 cresce del più 9.7, in PUGLIA del più 6.8 (+ 0.6 Lombardia), il personale infermieristico negli stessi anni cresce in ITALIA del più 0.46, in PUGLIA del meno 5.5 (Lazio più 11). Il piano deve prevedere oltre a riportare il p.l. al 4.5, deve prevedere di riportare quel meno a un più 6.8(uguale almeno alla crescita del numero dei medici) in tempi più rapidi possibili o almeno fino al 2010,tempodi durata dello stesso dello stesso piano.

LA RETE OSPEDALIERA. Condivide la riconversione dei PP.OO.sotto i 100 posti letto, ma è necessario un percorso di ridistribuzione dei p.l. in aree periferiche, in quanto non è più accettabile una forte concentrazione degli stessi in aree metropolitane, come ad esempio la città di Bari. Gli ospedali di nuova costruzione o in fase di costruzione (esempio ospedale della Murgia)devono essere considerati almeno “intermedi” con tutte le strutture di un “ospedale intermedio”, altrimenti non avranno futuro.

RIABILITAZIONE. Superare la “cultura” degli ex CPR che tanti danni hanno creato alla riabilitazione, affidando per le patologie psicomotorie infantili la valutazione delle prestazioni e della efficacia delle stesse ad equipe multifunzionale con la presenza del neuropsichiatra infantile. Quanto viene riportato in questi giorni dai quotidiani su quello che succede nella ASL BA, non è sopportabile.

I servizi sul territorio non solo non dialogano con i servizi ospedalieri, ma neanche tra di loro. Le convenzioni in questo settore a volte poco qualitative, non sono più condivisibili. C'è necessità di realizzare un sistema di rete.

GOVERNO CLINICO. Propone di attivare un ufficio regionale ad hoc, come hanno fatto alcune regioni del centro-nord. I problemi da porre non sono quelli che conosciamo tutti, linee guida, protocolli ecc. modificabili quanto si vuole. La vera e grande innovazione del governo clinico è la dinamica o meglio le dinamiche all'interno delle strutture ovvero la dialettica ovvero ancora la gestione democratica delle stesse. Ecco la vera grande innovazione-rivoluzione. Una gestione non condivisa e partecipata non raggiunge gli obiettivi prefissati.

Bari 08.07.2008

per il Coordinamento Regionale RdB P.I. - Puglia

Michele Lospalluto