

DOSSIER SANITA'

INDICE

Premessa

Situazione economica della Campania	pag. 4
Strutture presenti	pag. 7

Introduzione

pag. 16

L'organizzazione delle Aziende: strutture semplici e complesse	pag. 18
Procedure di acquisto beni e servizi	pag. 20

Le posizioni della Cisl

pag. 21

Situazioni territoriali

Napoli	pag. 24
Rete emergenziale	pag. 25
Servizio 118	pag. 28
Il personale	pag. 29
Liste di attesa e territorializzazione dei servizi	pag. 33
Attività ambulatoriali intramoenia	pag. 38
Apparecchiature mediche	pag. 40

Asl Napoli 1 Centro	pag. 42
Lavoro straordinario	pag. 43
Ospedale "S. Gennaro"	pag. 45
Ospedale "Dei Pellegrini"	pag. 47
Ospedale "S. Maria del Popolo degli Incurabili"	pag. 47
Ospedale "S. Maria di Loreto Mare"	pag. 48
Ospedale "C. G. Ascalesi"	pag. 49

Asl Napoli 2 Nord	
Ospedale "S. Maria delle Grazie"	pag. 50
Ospedale "A. Rizzoli" di Ischia	pag. 50

Asl Napoli 3 Sud	
Ospedale "S. Maria della Misericordia di Sorrento"	pag. 51

Aziende di rilievo regionale	
A. O. "Santobono – Pausilipon"	pag. 53

I. R. C. S. S. “Fondazione Pascale”	pag. 54
Aziende di rilievo nazionale	
Ospedale del Mare	pag. 56
Salerno	
Asl di Salerno	pag. 57
A. O. U. “S.Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona	pag. 68
Avellino	
Asl di Avellino	pag. 69
Ospedale di Ariano Irpino	pag. 70
Ospedale “G. Criscuoli” di S. A. dei Lombardi	pag. 71
Ospedale “Di Guglielmo” di Bisaccia	pag. 71
Aziende di rilievo nazionale	
A.O.R.N. “G. Moscati”	pag. 72
Benevento	pag. 74
Caserta	
Asl di Caserta	pag. 76
Riassetto rete ospedaliera	pag. 78
Politiche di prevenzione e cura delle patologie oncologiche	pag. 80

PREMESSA

Il debito della Sanità in Campania

La crisi economico-finanziaria globale ha assunto in Italia, in particolare in Campania, caratteristiche ancora più gravi a causa di situazioni di deficit strutturale e di debito accumulate nel corso degli ultimi 10 anni, soprattutto nel settore della Sanità.

Anche quest'anno la Sanità assorbirà circa i 2/3 del Bilancio Regionale: **10,1 mld €** stanziati dalla Finanziaria regionale 2012 a titolo di spese vincolate, su una manovra complessiva di **15,3 mld €**.

Ci troviamo di fronte ad una situazione “ingessata”, che si è venuta strutturando nel corso del tempo: dal 2007 al 2010 il settore ha infatti prodotto circa **5,3 mld € di debito consolidato**.

Negli ultimi anni si sono avuti i primi segnali di miglioramento. Dal **disavanzo di circa 800 mln €** registrato dal bilancio regionale nel 2009, siamo passati ai circa **400 mln €** nel 2010, mentre il 2011 si è chiuso con circa **220 mln €** di deficit.

Per far fronte a tale situazione, a partire dal 13 marzo 2007, con la firma del Piano di Rientro dal Disavanzo per gli anni 2007-2009, la Regione Campania si è impegnata ad attivare provvedimenti finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico e finanziario dell'Ente. Ma le prime verifiche effettuate dal Ministero della Salute nel 2008 e nel 2009 hanno denunciato ancora il mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Così, a seguito delle elezioni regionali del marzo 2010, con **Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010** è stato nominato **Commissario ad acta** per la prosecuzione Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione **il Presidente della Giunta Regionale, Stefano Caldoro**.

Il Presidente del Consiglio dei Ministri, a partire da marzo 2011, ha affiancato al Commissario ad acta due figure di Sub Commissari alla Sanità, nelle persone di **Mario Morlacco e Achille Coppola**.

Il Dr. Coppola si è dimesso dall'incarico il 20 febbraio 2012.

Nel frattempo, nel corso del 2010, la Regione Campania **aveva già sfiorato di circa 1,1 mld € il Patto di Stabilità interno**, con la conseguente applicazione delle sanzioni previste dalla normativa vigente.

In particolare, l'ottavo decreto di attuazione del federalismo fiscale (**D.Lgs. 149 del 6 settembre 2011, art. 7**) ha previsto un sistema sanzionatorio per gli Enti che non hanno rispettato i parametri del Patto di Stabilità interno che si sostanzia nel:

- 1) versamento allo Stato dell'importo "corrispondente alla differenza tra il risultato registrato e l'obiettivo programmatico determinato";
- 2) divieto di impegnare somme per spese correnti, al netto di quelle per la sanità, "in misura superiore all'importo annuale minimo dei corrispondenti impegni effettuati nell'ultimo triennio";
- 3) divieto di ricorrere all'indebitamento per gli investimenti. I mutui ed i prestiti obbligazionari, inoltre, dovranno essere corredati da una certificazione di attestazione dell'osservanza del Patto di stabilità per l'anno precedente.
- 4) divieto di assumere personale a qualsiasi titolo e con qualunque tipologia contrattuale, comprese le collaborazioni coordinate e continuative ed i contratti di somministrazione, "anche con riferimento ai processi di stabilizzazione in atto" (come già stabilito dall'art. 76 comma 4 del **D.L. 112/2008**).

Il blocco del turn over e lo stallo dell'economia campana ha prodotto una situazione drammatica, che mette a rischio l'erogazione dei servizi e il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre si assiste a un ritardo strutturale nei pagamenti ai fornitori delle Aziende Sanitarie Locali, che sono costretti ad aspettare anche fino a **1.676 giorni** (ovvero più di 4 anni e

mezzo) per ottenere i rimborsi per beni e servizi prestati, come accade per la **ASL Napoli 1**.

Da uno studio effettuato dalla CGIA (Associazione di Artigiani e Piccole Imprese) di Mestre (dati disponibili su www.cgiamestre.com, ripresi anche da alcune testate giornalistiche nazionali), infatti, la ASL Napoli 1 risulta la peggiore in Italia i tempi di pagamento, seguita dall'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione **“Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta**, che salda le fatture alle imprese private dopo **1.414 giorni**, e dall'**Azienda Universitaria “Federico II” di Napoli** che effettua i pagamenti dopo **1.321 giorni**.

Tale situazione ha praticamente paralizzato le aziende e le ditte fornitrici, compromettendone l'attività e, di conseguenza, mettendo a rischio il mantenimento dei livelli occupazionali.

La CISL della Campania, di fronte ad un simile contesto, ha scelto strategicamente di accompagnare una politica regionale del rigore, di contrasto agli sprechi ed alle inefficienze per individuare ogni possibile percorso condiviso in grado di recuperare risorse e costruire risposte concrete alla collettività, con particolare attenzione alle fasce deboli.

L'obiettivo primario è di **realizzare condizioni strutturali di fuoriuscita dalla crisi** attraverso processi di sviluppo del territorio ed efficienza dei servizi.

L'elaborazione di questo Dossier ha lo scopo principale di evidenziare dove, ancora, si annidano distorsioni del sistema e provare ad intervenire sollecitando tutti i livelli istituzionali ed i responsabili del settore Sanità ad un'azione più incisiva che ripristini innanzitutto le condizioni di appropriatezza delle cure, di riorganizzazione del sistema territoriale, di riduzione degli sprechi, anche nella prospettiva di una progressiva riduzione della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini campani.

Strutture presenti sul territorio

Il territorio della regione Campania è suddiviso in 7 Aziende Sanitarie Locali, a cui fanno riferimento le strutture e i presidi ospedalieri.

Il **Decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario n. 49 del 27/09/2010** ha dato inizio a un processo di riassetto della rete ospedaliera, prevedendo la riconversione, la dismissione e l'accorpamento di alcune strutture.

Per facilitare la lettura del presente dossier si elenca di seguito la dotazione di presidi e strutture ospedaliere, raggruppate per provincia ed ASL di riferimento, con le relative modifiche previste dal Decreto citato.

NAPOLI

Sul territorio napoletano ci sono 21 strutture ospedaliere, di cui 2 Aziende Ospedaliere di rilievo nazionale, 2 Aziende Universitarie e 2 Aziende di rilievo regionale, che non fanno capo alle AA. SS. LL., così come di seguito elencato:

AZIENDE DI RILIEVO NAZIONALE

1. Azienda Ospedaliera “A. Cardarelli”(Colli Aminei)
2. Azienda Ospedaliera “V. Monaldi”* (Camaldoli)

AZIENDE UNIVERSITARIE

3. Azienda Universitaria “Federico II”
4. Azienda Universitaria “Seconda Università di Napoli”

AZIENDE DI RILIEVO REGIONALE

5. Azienda Ospedaliera “Santobono – Pausilipon”(Vomero)
6. Azienda Ospedaliera “D. Cotugno”* (Arenella – zona ospedaliera)
7. Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico “Istituto Naz. Tumori - Fondazione G .Pascale” (Arenella – zona ospedaliera)

*** NOTE**

Come stabilito dal Decreto 49/2010 , nella nuova **A. O. R. N. “ Ospedale dei Colli - Monaldi – Cotugno – C.T.O.”** confluiranno sia le AA. OO. “V. Monaldi” e “D. Cotugno” che l’Ospedale “C.T.O. - Centro Traumatologico Ortopedico”.

ASL NAPOLI 1 CENTRO

Quartieri di competenza:

Arenella, Avvocata, Bagnoli, Barra, S. Carlo all'Arena, Chiaia, Chiaiano, Colli Aminei, S. Ferdinando, Fuorigrotta, S. Giovanni, S. Giuseppe, “Insediamento 167”, Isola di Capri, S. Lorenzo, Marianella, Mercato, Miano, Montecalvario, Pendino, Pianura, S. Pietro a Patierno, Piscinola, Poggioreale, Ponticelli, Portici, Porto, Posillipo, Scampia, Secondigliano, Soccavo, Stella, Vicaria, Vomero.

Le Strutture Ospedaliere che fanno riferimento a questa Azienda sono:

1. Fondazione Evangelica “Villa Betania” (Ponticelli)
2. Ospedale C.T.O. - Centro Traumatologico Ortopedico * (Colli Aminei)
3. Ospedale “G. Capilupi” di Capri
4. Ospedale “dei Pellegrini” (zona Pignasecca – Centro Storico)
5. Ospedale “S. Giovanni Bosco” (zona Capodichino)
6. Ospedale “S. Paolo” (Fuorigrotta)
7. Ospedale “Fatebenefratelli” (zona Posillipo)
8. Presidio Sanitario Intermedio di Barra (Napoli Est)
9. Presidio Sanitario intermedio “Loreto Crispi” (zona Chiaia)
10. Ospedale “SS. Annunziata”** (zona Centro – Forcella)
11. Ospedale “S. Maria del Popolo degli Incurabili”** (Zona Centro – p.zza Cavour)
12. Ospedale “S. Gennaro” ** (Centro – zona Sanità)
13. Ospedale “C. Ascalesi” ** (zona Centro – Forcella)
14. Ospedale “S. Maria di Loreto Mare”** (via A. Vespucci)

**** NOTE**

Il riassetto della Rete Ospedaliera del Decreto 49/2010 prevede che questi ultimi 4 Ospedali confluiranno nella nuova Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale **“Ospedale del Mare”**.

L' Ospedale “SS. Annunziata” viene accorpato all' A. O. “Santobono – Pausilipon”.

ASL NAPOLI 2 NORD

Comuni di competenza:

Acerra, Arzano, Caivano, Casalnuovo, Casoria, Frattamaggiore, Giugliano, Isola di Ischia, Marano, Mugnano, Pozzuoli, Villaricca.

Le Strutture Ospedaliere che fanno riferimento a questa Azienda sono:

1. Istituto di Cura “SS. Della Pietà” di Casoria
2. Ospedale civile “G. Scotto” di Procida
3. Ospedale “A. Rizzoli” di Ischia
4. Ospedale “S. Giovanni di Dio” di Frattamaggiore
5. Ospedale “S. M. delle Grazie” di Pozzuoli
6. Ospedale “S. Giuliano” di Giugliano

ASL NAPOLI 3 SUD

Comuni di competenza:

Agerola, Boscoreale, Boscotrecase, Brusciano, Camposano, Carbonara di Nola, Casamarciano, Casola di Napoli, Castellammare di Stabia, Castello di Cisterna, Cercola, Cicciana, Cimitile, Comiziano, Ercolano, Gragnano, Lettere, Liveri, Mariglianella, Mrigliano, Massa di Somma, Massa Lubrense, Meta, Nola, Ottaviano, Palma Campania, Piano di Sorrento, Pimonte, Poggiomarino, Pollena Trocchia, Pomigliano D’Arco, Pompei, Roccarainola, S. Gennaro Vesuviano, S. Giorgio a Cremano, S. Giuseppe Vesuviano, S. Paolo Belòsito, S. Sebastiano al Vesuvio, S. Vitaliano, S. Maria La Carità, S. Agnello, S. Anastasia, S. Antonio Abbate, Saviano, Scisciano, Somma Vesuviana, Sorrento, Striano, Terzigno, Torre Annunziata, Torre del Greco, Trecase, Tufino, Vico Equense, Visciano, Volla.

Le Strutture Ospedaliere che fanno riferimento a questa Azienda sono:

1. Ospedale di Boscotrecase
2. Ospedale “De Luca d Rossano” di Vico Equense
3. Ospedale di Gragnano
4. Ospedale “Maresca” di Torre del Greco
5. Ospedale “R. Apicella” di Pollena
6. Ospedale “S. Maria della Pietà” di Nola
7. Ospedale “S. Leonardo” di Castellammare
8. Ospedale “S. M. Misericordia” di Sorrento

AVELLINO

Sul territorio avellinese è presente l’Azienda Ospedaliere di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità **“S. Giuseppe Moscati”**.

ASL AVELLINO

Le Strutture Ospedaliere che fanno riferimento a questa Azienda sono:

1. Ospedale di Ariano Irpino
2. Ospedale “Di Guglielmo” di Bisaccia
3. Ospedale “A. Landolfi” di Solofra
4. Ospedale “G. Criscuoli” di S. Angelo dei Lombardi

BENEVENTO

Nella provincia di Benevento sono presenti 5 strutture ospedaliere, di cui una di rilievo nazionale e una di valenza regionale:

AZIENDE DI RILIEVO NAZIONALE

1. Azienda Ospedaliera “G. Rummo”

AZIENDE DI RILIEVO REGIONALE

2. Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico “Fondazione Maugeri” di Telese Terme

ASL BENEVENTO

Le Strutture Ospedaliere che fanno riferimento a questa Azienda sono:

3. Ospedale “SS. Maria delle Grazie” di Cerreto Sannito
4. Ospedale “S. Giovanni di Dio” di S. Agata de’ Goti
5. Ospedale “Sacro Cuore – Fatebenefratelli”

CASERTA

Sul territorio casertano sono presenti 10 strutture ospedaliere, di cui una di rilievo nazionale:

AZIENDE DI RILIEVO NAZIONALE

1. Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione **“Sant’Anna e San Sebastiano”**

ASL CASERTA

Le Strutture Ospedaliere che fanno riferimento a questa Azienda sono:

2. Ospedale “F. Palasciano” di Capua
3. Ospedale di Marcianise***
4. Ospedale di Piedimonte Matese
5. Ospedale “S. Giuseppe e Melorio” di S. M. Capua Vetere
6. Ospedale di San Felice a Cancellò
7. Ospedale di Maddaloni***
8. Ospedale “S. G. Moscati” di Aversa
9. Ospedale “S. Rocco” di Sessa Aurunca
10. Ospedale di Teano

***** NOTE**

Secondo il dettato del Decreto n. 49/2010 l'**Ospedale di Maddaloni** confluirà nel Presidio Ospedaliero di Marcianise, al termine dei lavori di ristrutturazione di quest'ultimo.

Il **Presidio di Capua**, invece, confluirà nell' Ospedale “S. Giuseppe e Melorio” di S. M. Capua Vetere.

SALERNO

A Salerno sono presenti 17 strutture ospedaliere, di cui una di rilievo nazionale.

AZIENDE DI RILIEVO NAZIONALE

1. Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti “S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona”

ASL SALERNO

Le Strutture Ospedaliere che fanno riferimento a questa Azienda sono:

2. Ospedale “Castiglione” di Ravello
3. Ospedale civile di Agropoli (*)
4. Ospedale “Dell’Immacolata” di Sapri
5. Ospedale di Polla – S. Arsenio
6. Ospedale di Roccapide *****
7. Ospedale “S.Luca” di Vallo della Lucania
8. Ospedale “Martiri di Villa Malta” di Sarno
9. Ospedale “Umberto I” di Nocera Inferiore
10. Ospedale “M. Scarlato” di Scafati
11. Ospedale “Maria SS. Addolorata” di Eboli *****
12. Ospedale “S. Maria della Speranza” di Battipaglia *****
13. Ospedale “S. Francesco D’Assisi” di Oliveto Citra *****
14. Ospedale “A. Tortora” di Pagani *****
15. Ospedale “G. Da Procida” di Salerno *****
16. Ospedale Amico “G. Fucito” di Mercato S. Severino*****
17. Ospedale “S. M. dell’Olmo” di Cava dei Tirreni *** *

*** * * * NOTE**

Dal dettato del Decreto 49/2010 le strutture dell’Ospedale **“S. M. dell’Olmo” di Cava dei Tirreni** confluiranno in parte nel P. O. “Martiri di Villa Malta” di Sarno e in parte nell’ A. I. O. U. “S. G. di Dio e Ruggi D’Aragona”, dove confluiranno anche gli **Ospedali “G. Da Procida” di Salerno e “A. Fucito” di Mercato S. Severino.**

Il **Presidio Ospedaliero di Pagani “A. Tortora”** sarà invece accorpato all’Ospedale “Umberto I” di Nocera Inferiore.

Al **Nuovo Presidio Ospedaliero Unico della Valle del Sele** convergeranno i seguenti presidi:

- ❖ Ospedale di Roccapide
- ❖ Ospedale “Maria SS. Addolorata” di Eboli
- ❖ Ospedale “S. Maria della Speranza” di Battipaglia
- ❖ Ospedale “S. Francesco D’Assisi” di Oliveto Citra
- ❖ (*) *confluisce anche Ospedale Civile di Agropoli ai sensi della deliberazione n° 1265 del 22/12/2011 con la quale si recepiscono le prescrizioni di cui al decreto del Commissario ad Acta n° 73 del 24/10/2011*

INTRODUZIONE

Il lavoro svolto dal Commissariato per l'attuazione del Piano di rientro sanitario e dalle stesse Aziende Sanitarie Locali, in merito al processo di riorganizzazione della Rete Ospedaliera ed alla contestuale valorizzazione della rete territoriale dell'assistenza, **si è rivelato ad oggi incoerente** con l'obiettivo di realizzare una vera riforma del Sistema Sanitario Campano.

Il percorso attivato finora dal management delle AA.SS.LL. ha prodotto in concreto, esclusivamente, una **“politica dei tagli” lineari, che ha comportato:**

1. un abbassamento dei Livelli Essenziali di Assistenza per i cittadini;
2. **la riduzione su tutto il territorio campano dei posti letto per “acuti”**, senza la conseguente trasformazione degli stessi in posti letto di **“lungodegenza”** e/o **“riabilitazione”**, così come previsto e convenuto nelle intese tra le OO. SS. e la Presidenza della Giunta;
3. la soppressione di alcuni presidi di Pronto Soccorso;
4. il peggioramento della qualità e la riduzione della attività ambulatoriali;
5. un allungamento insostenibile delle liste di attesa per i ricoveri “in acuto”;
6. il sovraffollamento e il congestionamento delle strutture restanti
(in quanto gli stessi posti letto che sono stati ridotti devono far fronte anche ai bisogni di lungodegenza e riabilitazione).

In riferimento a quest'ultimo punto la situazione assume connotati ancor più gravi se prendendo a riferimento **la media nazionale di 4 posti letto per 1.000 abitanti**, si considera che quella **regionale è di 3,4 posti letto per 1.000 abitanti**, mentre in alcuni territori campani il coefficiente non arriva ad **1 posto letto per 1.000 abitanti**, come ad esempio si verifica nella Penisola Sorrentina e nelle Isole.

Se a ciò si aggiunge la mancanza di una chiara distinzione tra il “percorso” cui dovrebbe essere avviato un paziente “critico” (che necessita, cioè, di interventi emergenziali) e quello che dovrebbe seguire un paziente bisognoso di cure in elezione (ovvero specialistiche), non stupisce che nei Reparti per acuti soggiornino spesso pazienti che dovrebbero essere curati altrove (ad esempio in Day Hospital o mediante assistenza domiciliare, ovvero in strutture di lungodegenza).

Ovviamente tale situazione si ripercuote negativamente anche sulla programmazione degli interventi da eseguire, poiché i posti letto dedicati sono utilizzati per i pazienti “acuti” che vengono trasferiti dal Pronto Soccorso.

La situazione è ulteriormente aggravata dai ritardi nella realizzazione delle grandi strutture ospedaliere, previste in Campania da Decreto n. 49/2010 e a tutt’oggi incomplete.

Alla luce di quanto appena richiamato, appare evidente che alla riduzione dei posti letto, attuata dal management delle ASL, ai sensi del Decreto n.49/2010, **non è seguita un adeguata governance del sistema da parte della Struttura Commissariale che sta fortemente penalizzando la collettività.**

Emblematico, a tal proposito, la completa assenza di una qualsiasi iniziativa in materia di **prevenzione** e il totale disimpegno **per l’incremento dell’assistenza domiciliare** che, hanno prodotto un ulteriore aggravio dei costi complessivi per i cittadini campani.

Una giornata di ricovero “in acuto” costa, infatti, alla collettività **700 €**, una in riabilitazione circa **250 €** ed infine l’assistenza domiciliare che, come noto, prevede costi di molto inferiori, pari a circa **100 € al giorno.**

L'ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE: STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE

Di estrema criticità l'organizzazione regionale delle AA. SS. LL. in strutture semplici e complesse, istituti previsti dalla contrattazione collettiva (art. 27 del CCNL Dirigenza Medica 1998/2001, art. 6 CCNL Area Dirigenza Medico - Veterinaria del S.S.N. 2006/2009) la cui assegnazione è definita in modo autonomo dalle singole Aziende.

Con il termine "struttura" si intende l'articolazione interna dell'Azienda alla quale è attribuita, attraverso l'Atto Aziendale, la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie, **affidata a un dirigente medico**.

Le Strutture si articolano in:

❖ **Dipartimenti Aziendali**, ovvero le strutture individuate dall'Azienda sanitaria per l'attuazione di processi organizzativi integrati.. rappresentano il modello operativo delle aziende, attraverso i quali si svolgono le attività professionali e gestionali.

Sono affidate a un **Capo Dipartimento**, ossia un dirigente medico che ha il compito di gestire le risorse necessarie, sia umane che finanziarie, necessarie per l'assolvimento delle funzioni attribuite.

I Dipartimenti sono articolati, al loro interno, in strutture complesse e strutture semplici a valenza dipartimentale.

❖ **Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – UOC)**, caratterizzate da un elevato grado di autonomia gestionale e da piena responsabilità nella realizzazione di processi integrati.

Sono considerate strutture complesse sia i **“Presidi Ospedalieri”** che i **“Distretti sociosanitari”**. Questi ultimi sono previsti dagli Atti Aziendali per assicurare i servizi di assistenza primaria relative alle attività sanitarie e di integrazione socio-sanitaria.

La responsabilità di queste strutture è affidata a un **Direttore** (che a seconda dei casi sarà di Dipartimento, di Distretto Sociosanitario oppure di Presidio Ospedaliero).

❖ **Strutture Semplici**, che rappresentano sia le articolazioni interne delle Strutture Complesse, sia dei Dipartimenti o dei Distretti.

Le Strutture Semplici a valenza distrettuale sono dotate di responsabilità ed autonomia nella gestione delle risorse (umane, tecniche o finanziarie).

Per quel che attiene la **Campania** sono emerse situazioni di spreco di risorse pubbliche dovute a un **eccessivo numero di Strutture Semplici e Strutture Complesse** istituite sul territorio regionale.

Il **Ministero della Salute** ha effettuato nell'agosto 2011 (su rilevazioni effettuate al 31/12/2009) uno studio a cura del "Sottogruppo di lavoro per la fissazione dei parametri standard per la definizione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12 comma1, lett. b) del Patto per la Salute 2010-2012".

Comparando i dati emersi nelle regioni italiane, il gruppo di lavoro ministeriale ha messo in rapporto la popolazione residente con il numero di Strutture Complesse non ospedaliere previste.

Rispetto al parametro standard rilevato per quelle Regioni che non sono sottoposte al "Piano di Rientro" di 1 Struttura Complessa su 13.515 abitanti, nella nostra regione ne risulta **1 ogni 6.132 abitanti**.

Ovvero ci sono circa il doppio delle Strutture Complesse non ospedaliere.

In totale in Campania risultano:

❖ **2.048 Strutture Complesse**, di cui

- 1.100 ospedaliere e
- 948 non ospedaliere

❖ **9.845 Strutture Semplici**, di cui

- 3.545 ospedaliere e
- 6.300 non ospedaliere.

Il coefficiente che il Ministero ha stabilito come standard per il rapporto tra strutture semplici e strutture complesse è di **1,31**: **la Campania ha lo standard più alto, pari a 4,81**.

Questo vuol dire che numericamente le strutture semplici sono notevolmente maggiori di quelle complesse, e che quindi in Campania non sono ancora stati raggiunti gli obiettivi fissati dal Patto per la Salute 2010-2012, che garantiscano il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Sicuramente i dati forniti dal Ministero della Salute sono **meritevoli di attenzione**, ma devono essere letti in rapporto al contesto territoriale.

Inoltre, nell'analisi ministeriale non sono estrapolate le informazioni relative alle **Strutture Semplici**, spesso assegnate con troppa “leggerezza” ma che comunque non comportano aumenti di spesa considerevoli, da quelle relative alle **Strutture Semplici a valenza dipartimentale**, che a fronte di un costo maggiore, risultano fondamentali per l'erogazione di servizi essenziali in quei territori dove non ci sono altri presidi sanitari.

Infatti la presenza di 6.300 Strutture Semplici è di fatto eccessiva, ed è per questo che la **Cisl chiede alla Struttura Commissariale di effettuare una revisione analitica e funzionale, rapportata al reale fabbisogno di assistenza del territorio**.

PROCEDURE DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI

In Campania le procedure di acquisto e fornitura di beni e attrezzature sanitarie delle AA.SS.LL. e delle AA.OO avviene in maniera centralizzata, attraverso la So.Re.Sa SpA (Società Regionale per la Salute), ente strutturale della Regione Campania

Annualmente il volume delle gare espletate in Campania ammonta circa **2,4 mld €**.

La procedura prevede una richiesta di acquisto da parte dell'Azienda, ospedaliera o sanitaria, direttamente alla Struttura Commissariale Regionale, che entro 30 giorni è tenuta ad autorizzare o meno l'acquisto e/o la fornitura.

Trascorso tale termine, in regime di silenzio-assenso, la So.Re.Sa (stazione appaltante) provvede al bando di gara; se l'importo della fornitura è inferiore ai 50.000 € è la stessa Azienda ad esperire la gara.

La responsabilità di controllo sulla congruità dell'acquisto e delle reali esigenze dell'eventuale fornitura è, quindi, in capo alla Regione.

Risulta evidente come, soprattutto in un periodo di crisi come quello che stiamo attraversando, il censimento dei beni e servizi presenti nelle strutture sanitarie e il relativo controllo sulla spesa è di fondamentale importanza per conoscere lo stato dell'arte, comprendere il reale fabbisogno espresso dalla singola azienda e recuperare risorse per rendere un servizio di qualità alla collettività.

La Cisl è fermamente convinta che bisogna ricondurre le politiche degli acquisti ad una *gestione unitaria, organica e coordinata*, che tenga conto del reale fabbisogno tecnologico delle strutture, attraverso un monitoraggio di beni e servizi da parte della Struttura Commissariale regionale.

Resta evidente che in assenza di queste scelte la spesa continua ad essere fuori controllo.

LE POSIZIONI DELLA CISL

La Cisl della Campania ha finora assicurato all'iniziativa di riforma un'azione responsabile di accompagnamento responsabile a fronte della quale non sono stati rispettati i seguenti impegni:

- Gestione e accompagnamento, attraverso la Cabina di Regia regionale, dell'avanzamento dei Piani Attuativi nelle singole AA.SS. LL.

L'assenza di concertazione territoriale con le OO.SS. di categoria ha di fatto prodotto ulteriori inefficienze e abbassato i Livelli Essenziali di Assistenza.

- Rivisitazione dei ticket secondo principi di progressività e proporzionalità del reddito.

Siamo fermi alla richiesta effettuata circa un anno fa, supportata da una proposta della Cisl, che attende ancora il parere del MEF.

- Presentazione delle Linee Guida sugli Atti Aziendali inviato al Ministero. Dopo un lungo confronto, i contenuti dell'intesa raggiunta non sono stati rispettati.

Siamo ancora in attesa di conoscerne i contenuti.

- Emanazione delle Linee di Indirizzo sui Fondi Aziendali, materia contrattuale, in assenza del previsto confronto con le OO. SS.

- Confronto sui contenuti del Decreto n. 77/2011 (in merito alla compartecipazione ai costi dei ricoveri presso le Residenze Sanitarie Assistenziali e i Centri Diurni Integrati) che di fatto imputa i costi dei servizi sugli utenti.

- Decollo dell'integrazione funzionale tra politiche sociali e politiche sanitarie.

- Revisione dei criteri di accreditamento per le aziende della sanità privata, più volte richiesta e mai attivata.
- Stipula di accordi per la certificazione dei crediti vantati dal sistema della sanità privata che ha prodotto e sta producendo pignoramenti con conseguenziale mancato pagamento degli stipendi, in alcuni casi procedure di licenziamento degli operatori del settore e in altri la cessione a terzi dei crediti e delle attività.

La Cisl della Campania per quanto sopra

CHIEDE

1. L'immediata emanazione del Decreto per la rivisitazione dei ticket;
2. La riapertura del confronto con ogni Azienda Sanitaria Locale:
 - a. per la verifica e l'eventuale modifica degli Atti Aziendali,
 - b. per la concreta applicazione della contestualità della riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete territoriale dell'emergenza;
 - c. sul complesso dell'organizzazione del lavoro con particolare riguardo agli organici, al precariato, alle turnazioni ed ai fondi per la produttività;
3. **L'approvazione della norma per l'istituzione del Fondo per la non autosufficienza.**

L'approvazione dell'Ordine del Giorno del Consiglio Regionale del 31 dicembre u.s. con il quale la Giunta Regionale della Campania si è impegnata a destinare una **parte delle quote di risorse per le politiche sociali ad "azioni ed interventi a favore di disabili e non autosufficienti"** è sicuramente un importante passo avanti, ma non è sufficiente.

In seguito all'azione della Cisl e della FNP della Campania, il Disegno di Legge Regionale per l'istituzione del Fondo sarà oggetto di discussione presso la VI Commissione il prossimo 17 aprile. Le Istituzioni competenti si sono impegnate a completare l'iter di approvazione della legge entro 30 giorni complessivi

4. Il completamento degli assetti manageriali delle ASL, con particolare riferimento alle Direzioni Sanitarie e ai Dipartimenti delle professioni sanitarie.
5. Il monitoraggio degli acquisti di beni e servizi, già effettuati in maniera centralizzata ma senza una puntuale verifica della congruità da parte della Struttura Commissariale;
6. La riduzione, previa verifica, di tutte quelle strutture dipartimentali semplici;
7. La razionalizzazione delle prestazioni in intramoenia;
8. Riapertura del Pronto Soccorso dell'Ospedale "S. Gennaro"
9. L'armonizzazione delle politiche di gestione del personale, in particolare per il ricorso massiccio all'istituto del lavoro straordinario.

L'accoglimento di tali richieste sarà il risultato di una rinnovata disponibilità degli organismi istituzionali a quella prassi di dialogo e confronto cui la Cisl della Campania non si è mai sottratta con proposte di merito.

Ed è proprio questo spirito di grande responsabilità che guida la nostra azione sindacale verso un'analisi delle situazioni critiche che si verificano nel "Sistema Sanità" della Campania e che sono oggetto dell'elaborazione di questo documento.

LA SANITA' NELLE 5 PROVINCE

Tra le 5 province campane sicuramente quella di Napoli risulta la più complessa, sia per la popolazione che vi risiede, sia per le strutture che vi fanno riferimento.

Il nostro lavoro non vuole essere esaustivo di tutte le criticità presenti nel settore, ma un contributo concreto che le Categorie della CISL (FP, CISL Medici, Cisl Università) hanno elaborato per cercare di far emergere le situazioni negative al fine di migliorarle e favorire l'erogazione di adeguati servizi sanitari alla collettività.

Di seguito l'analisi delle situazioni territoriali.

NAPOLI

RETE EMERGENZIALE

Nel corso del 2011 sono stati chiusi, come previsto dal Decreto n. 49/2010, i Pronto Soccorso degli Ospedali:

- **C. T. O.**
- **S. Maria del Popolo degli Incurabili**
- **San Gennaro e**

senza la contestuale e programmata "apertura" dell'**Ospedale del Mare**, come da impegni assunti, che avrebbe prodotto, anche, una **razionalizzazione delle risorse umane ed una offerta di maggiore qualità dell'assistenza per la popolazione.**

Allo stato attuale, invece, l'**ASL Napoli 1** ha provveduto a sostituire i **Pronto Soccorso con postazioni PSAUT** (primo intervento), lasciando credere all'utenza che i **secondi siano equivalenti ai primi, ma così non è.**

L'adeguamento della rete territoriale dell'emergenza, indispensabile dopo la **chiusura delle postazioni di Pronto Soccorso Ospedaliere**, non è stato realizzato.

Questa gravissima inadempienza sta comportando il ricorso esponenziale di ricoveri verso alcune strutture dotate di Pronto Soccorso, come ad esempio l' **A. O. R. N. "A. Cardarelli"** ed il **"S. Maria di Loreto Mare"**, che sono già in grande sofferenza per indisponibilità di posti letto.

Analoga situazione di congestionamento stanno vivendo il **"S. Giovanni Bosco"**, il **"S. Paolo"**, l'Ospedale **"Vecchio Pellegrini"** (dove nel 2011 si è registrato un incremento di **1.000 utenze mensili in più rispetto al 2010**: da luglio a dicembre 2011 sono stati registrati **27.600 casi di pronto soccorso**, contro i 20.000 effettuati nello stesso periodo del 2010).

Inoltre, il **Pronto Soccorso del "Santobono"** si trova in condizioni definite critiche dalla stessa Direzione dell'Azienda e necessita di lavori urgenti di manutenzione.

Da circa 5 anni, infatti, è stato spostato nei locali dove prima c'erano gli ambulatori, per cui i medici hanno difficoltà a gestire le emergenze a causa di spazi angusti e stanze troppo piccole.

La vicinanza del Pronto Soccorso con i locali del Reparto di Ortopedia crea non pochi disagi per la deambulazione dei pazienti, che spesso necessitano di barelle per essere trasportati.

La reiterata emergenza cui sono sottoposte queste strutture impone il ricorso costante a **lavoro straordinario** e pertanto un persistente spreco di risorse, che in presenza di una concreta azione di governo della struttura commissariale andrebbero opportunamente redistribuite a vantaggio dell'intero sistema sanitario.

Per questo motivo la CISL della Campania ha più volte chiesto un confronto con i Direttori Sanitari e Amministrativi delle singole strutture.

L'ultimo Pronto Soccorso, in ordine di tempo, ad esser stato chiuso è quello dell'**Ospedale "S. Gennaro"**, decisione incomprensibile nell'immediato, se si considera la mole di utenza, l'area ad elevata presenza di criminalità che serve e la prevista integrazione della struttura nell'Ospedale del Mare.

Una iniziativa dettata più dal calcolo economico che dalla necessità di far fronte alla domanda di assistenza, che **ha pericolosamente esposto e continua ad esporre gli operatori del PSAUT** (in grado di gestire i soli "codici bianchi" - prestazioni non urgenti di competenza del medico di famiglia) **nel fronteggiare gravi emergenze** ("codici rossi") che continuano ad arrivarvi.

Se a questo poi si aggiunge che **lo stesso personale continua ad essere utilizzato nelle strutture ex Pronto Soccorso**, diventa palese la totale assenza di governo, di strategia tesa all'efficientamento delle strutture e all'appropriatezza della cura.

Manca, dunque, un atteggiamento di responsabilità da parte dei Direttori Generali che non hanno effettuato una pianificazione degli organici funzionali.

La "**Azienda dei Colli**", che secondo il Decreto n. 49/2010 dovrebbe essere inserita nella rete emergenziale e che, quindi, potrebbe decongestionare le altre strutture di Pronto Soccorso dalle emergenze infettivologiche, nei fatti non è utilizzata in tal senso.

Anche in questo caso, a nostro avviso, si è rivelato **inadeguato** il livello regionale di governo del sistema.

La chiusura del Pronto Soccorso dell'Ospedale "**C. Ascalesi**", programmata per il 31 dicembre 2011 è stata posticipata nelle more della realizzazione di un "**triage**" (ovvero una struttura di prima accoglienza delle emergenze in arrivo) presso l'Ospedale "**S. Maria di Loreto Mare**".

Il 2 marzo 2012 la struttura di "triage" è stata inaugurata, ma i risultati non sono stati quelli sperati: la media quotidiana di barelle nei corridoi è di almeno 10 al giorno, mentre in alcuni giorni se ne registrano 14 (prima del sistema di smistamento erano 13).

I pazienti, infatti, continuano a essere curati su lettighe mobili nei corridoi, spesso anche in assenza di cuscini e coperte.

Il sistema del “trriage” e l'Osservatorio breve per il monitoraggio dei pazienti che necessitano un ricovero massimo di 24 ore non hanno, quindi, non ha risolto il problema delle emergenze, poiché manca il personale infermieristico necessario per attivare gli 8 posti letto previsti.

Inoltre la gestione dei “codici bianchi” è stata affidata ai medici di continuità assistenziale (ex Guardia Medica).

Tale scelta appare in contraddizione con lo spirito della riforma, che mira a “de-ospedalizzare” l'assistenza, poiché i medici di continuità assistenziale, che dovrebbero potenziare il “filtro territoriale” ed evitare ricoveri impropri, si ritroveranno invece a prestare assistenza nelle strutture di Pronto Soccorso.

Attualmente il flusso delle emergenze è dirottato, per la maggior parte, verso **l'Ospedale “A. Cardarelli”**, causando una vera e propria **“emergenza barelle”**, costringendo **circa 150 pazienti** ad attendere un posto letto: si stima che in **ogni reparto ci siano almeno 8 barelle**.

Nulli, seppur condivisi, i tentativi di interlocuzione con il Commissario della ASL Napoli 1 anche per verificare la natura della strutturale emergenza barelle, con il supporto delle OO. SS. aziendali.

In alcuni presidi ospedalieri **i pazienti stabilizzati presso i Pronto Soccorso attendono di essere trasferiti in strutture diverse**, distanti anche diversi chilometri, poiché alcuni Reparti sono stati chiusi, causando ulteriori disagi non solo agli stessi pazienti ma anche alle loro famiglie.

Ne è esempio **l'Ospedale “Cav. Apicella” di Pollena** (ASL Napoli 3 Sud) in cui, in seguito alla chiusura del Pronto Soccorso, la Divisione di Medicina d'urgenza è stata

trasformata in Medicina Generale, che accoglie il flusso di pazienti provenienti da altri presidi (il più vicino è il “Santa Maria della Pietà” di Nola e si trova a circa 30 km di distanza).

La perenne gestione delle urgenze, nella sanità campana, presenta molti altri aspetti gravi, alcuni dei quali indagati dalla Magistratura perché finalizzati a trasferire pazienti da strutture pubbliche a strutture private.

Ma non vi è alcun dubbio che molti di questi aspetti sono esacerbati dalla mancanza di indirizzo e pianificazione, che si concretizzano in una copiosa mole di atti e determine dirigenziali, in risposta ad una presunta criticità della domanda, che determinano un incremento dei costi piuttosto che un risparmio.

La CISL ha più volte suggerito che per **razionalizzare la gestione della rete emergenziale nell'ASL Napoli 1** sarebbe utile **provvedere all'istituzione di “ospedali di emergenza”** (S. Giovanni Bosco, Loreto Nuovo, S. Paolo, Pellegrini) e **“presidi di elezione”**, ovvero di elevata specializzazione (“S. Maria degli Incurabili”, “S. Gennaro”, “C. Ascalesi”).

Operando in tal senso, si potrebbero indirizzare le richieste di “acuti” verso gli ospedali dedicati all'emergenza (evitando pericolose ricerche di posti letto per ammalati in pericolo di vita), mentre quelle di cura per patologie complesse verso gli ospedali di elezione.

Il lavoro dei Distretti Ambulatoriali e la territorializzazione dei servizi resta il nodo centrale da affrontare, **sul quale è mancata una discussione di merito.**

È evidente che realizzare la territorializzazione della rete distrettuale significa rendere più efficiente l'erogazione delle prestazioni e contenere il sovraffollamento degli ospedali campani. **In altre parole ridurre la spesa.**

A questo proposito la CISL chiede alla Struttura Commissariale:

- una mappatura delle strutture territoriali esistenti,
- di conoscere le condizioni infrastrutturali e lo stato in cui operano
- il numero dei medici e del personale che vi lavora.

Appare, infatti, irrinunciabile una seria ed approfondita disamina delle ricadute economiche della “politica dei tagli” fin qui adottata, che non trascuri gli effetti per il bilancio delle ASL della spesa verso strutture convenzionate (diagnostica di laboratorio e strumentale, ricoveri, riabilitazione, ecc.) e di quella per le prestazioni extra-regionali, nell’ottica del Piano di rientro dal deficit.

SERVIZIO 118

Significativa è la situazione di confusione in cui versa il settore dell’**Emergenza Territoriale 118 a Napoli**, a causa della **mancata interazione tra la Centrale Operativa**, che risponde al numero 118, e la cosiddetta **“Continuità Assistenziale”** (ex Guardia Medica).

Quando arriva alla Centrale 118 una richiesta di assistenza per un caso non grave (codice verde o addirittura bianco) **non si riesce ad indirizzare al meglio il paziente**, che è costretto a chiamare la **Continuità Assistenziale** di zona, che risponde ad un numero differente da quartiere a quartiere, caso unico nelle grandi città d’Italia.

Questo modello di organizzazione non solo impedisce una appropriata risposta per la cura dei pazienti, e' causa di una cattiva gestione delle emergenze ed infine rende difficile anche il monitoraggio della diffusione delle varie patologie.

Sul territorio cittadino, poi, si registra una **forte carenza di ambulanze, che sono peraltro obsolete e mal ridotte**, spesso senza neanche la radio di bordo.

Sul territorio partenopeo sono presenti soltanto 12 ambulanze (più due a Capri e Barra) **“medicalizzate”** (ovvero hanno un equipaggio formato da un medico, un infermiere e dall'autista) che **effettuano un servizio continuo H24**.

Altre 6 hanno un equipaggio composto solo da autista ed 1 infermiere.

Di queste 6 ambulanze, solo 2 prestano servizio H24 (Miano e Pietravalle) e 4 prestano servizio H12.

IL PERSONALE

Come già detto in premessa, lo sfioramento del Patto di Stabilità da parte dell'Ente Regione ha provocato come conseguenza il **blocco totale delle assunzioni**, così come stabilito nel D.L. 112/2008 e confermato dal D. Lgs. 149/2011.

Tutto ciò ha comportato nel sistema dell'assistenza campana una **riduzione delle professioni sanitarie**, negli ultimi 3 anni, **di circa 5.700 unità (stiamo parlando del 10% di tutto il personale in forza).**

A questi bisogna aggiungere **gli ulteriori 900 esodi, già formalizzati (richieste di pensionamento), che si verificheranno entro giugno 2012** a seguito dell'ultima manovra finanziaria.

Nella sola **Asl Napoli 1** si è passati **dagli 11.000 dipendenti** del comparto in forza nel 1993, **ai soli 6.132 che attualmente risultano in servizio.**

L'Azienda Ospedaliera **“Santobono - Pausilipon - Annunziata”** assurge ad emblema di quanto appena richiamato.

In materia di inquadramento del personale precario e di ammodernamento delle infrastrutture coesistono situazioni di assoluta discrezionalità.

A questa complicata situazione di **sottodimensionamento degli organici**, in cui versano quasi tutte le strutture ospedaliere campane, si continua a far fronte attraverso l'adozione di unico tipo di provvedimento, ovvero il ricorso al lavoro straordinario e la **proroga del personale contratti precari (attualmente sono circa 960)**.

Con **Decreto n. 87 del 23/12/2011** è stato recepito l'**accordo tra gli Enti del Sistema Sanitario Regionale e le Organizzazioni Sindacali del 15/12/2011 per la valorizzazione delle esperienze professionali** e sono stati **prorogati per altri 6 mesi** (fino al 30 giugno 2012) i **contratti a tempo determinato** scaduti il 31 dicembre 2011, per poter garantire il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Di fatto, però, non si è ancora trovata soluzione definitiva al problema, e si continua a far ricorso al lavoro straordinario, ad assunzioni di personale con Co.Co.Co. o all'impiego, peraltro in settori vitali, di **specialisti ambulatoriali**, la cui situazione risulta critica, a causa del **mancato rinnovo (dal mese di febbraio 2011) dei loro contratti**.

Si tratta di circa **140 specialisti ambulatoriali nella sola provincia di Napoli**, e di **250 che lavorano in tutto il territorio regionale e che sono in attesa di un percorso di stabilizzazione**.

Il Tavolo nazionale con il Governo deve necessariamente realizzare un'apertura allo sblocco del turn over sia pure in percentuale, ma non più rinviabile, per garantire adeguata assistenza e riconoscere uno stato di diritto altrimenti negato.

La CISL ritiene insostenibile questa scelta anche alla luce del fatto che stabilizzare queste figure costerebbe meno.

Uno specialista ambulatoriale, infatti, guadagna in media **500 € mensili in più** rispetto a uno strutturato con lo stesso inquadramento, in quanto considerato come "libero professionista".

È insostenibile la carenza di personale per alcune specialità essenziali e non vicariabili in quanto “salvavita”, come ad esempio per la Neurochirurgia.

A Napoli, negli ultimi anni sono stati dimezzati i posti letto **per l’urgenza neurochirurgica**: dai 130 posti letto si è giunti a **meno di 70**, insufficienti a far fronte alla domanda di prestazioni.

Infatti, dopo **la chiusura di due Unità complesse** presenti presso l’A. O. R. N. “A. Cardarelli”, ne sono rimaste in funzione soltanto **3**:

- A. O. R. N. “A. Cardarelli” con **30** posti letto;
- Ospedale “S. Maria di Loreto Nuovo” con **21** posti letto;
- Ospedale “S. Giovanni Bosco” con **15** posti letto.

In tale contesto si consuma il **paradosso** per cui la Commissione Regionale per la valutazione dei casi di necessità in deroga al blocco delle assunzioni **ha respinto la richiesta di copertura dei posti vacanti con contratti di Specialistica ambulatoriale per la mancanza di copertura economica.**

Nello scorso dicembre 2011, su **iniziativa della Cisl della Campania**, la struttura commissariale ha assunto l’impegno – a tutt’oggi ancora disatteso – per l’emanazione del bando per la copertura dei posti vacanti e – nelle more della procedura concorsuale – il rinnovo dei contratti agli specialisti ambulatoriali dell’Ospedale “S. Maria di Loreto Mare”.

Per contro, sempre in tema di contraddizioni e incoerenze gestionali, nel corso del 2011 sono stati assunti o ri-assunti vari **specialisti ambulatoriali** (alcuni dei quali con provvedimenti che assolutamente non rispecchiano gli estremi dell’urgenza) all’interno della stessa **ASL NA 1 Centro**.

Ad esempio presso l'A. O. R. N. "A. Cardarelli" è stato pubblicato il 19 dicembre u.s. un provvedimento di autorizzazione **per 38 ore settimanali per l'Anestesia e rianimazione** come copertura di "turni vacanti 4° trimestre 2011", che in termini economici corrispondono al costo per l'assunzione di uno specialista.

A fronte di queste palesi contraddizioni e nel rispetto degli **Accordi tra la Regione Campania e le OO.SS.** (per la realizzazione di linee guida per la mobilità delle varie professioni sanitarie, a seguito dei processi di ristrutturazione aziendale, e dell'avvio di un percorso di stabilizzazione del personale precario) **appare evidente la necessità di una programmazione a lungo termine del fabbisogno organico delle Strutture sanitarie campane con previsione degli esodi a 5 anni del personale.**

Secondo la Cisl della Campania, una **vera riorganizzazione delle Strutture di assistenza ai vari livelli**, passa attraverso la costruzione di un modello organizzativo funzionale al fabbisogno di assistenza territoriale, intervenendo su infrastrutture, tecnologie e prioritariamente sul fattore fondamentale che è la **risorsa umana**.

Solo un'impostazione su queste basi può garantire **efficacia, efficienza ed economicità dei servizi**.

Ma ad oggi nulla è stato fatto.

LISTE DI ATTESA E TERRITORIALIZZAZIONE DEI SERVIZI

Necessità indifferibile per assicurare l'efficientamento dei servizi erogati è l'insediamento **in tutte le Strutture sanitarie, di efficaci meccanismi di "front office" con l'Utenza.**

Senza una **semplificazione della gestione delle pratiche amministrative** (di cui v'è appena qualche traccia nei provvedimenti gestionali) è impossibile ridurre il notevole disagio ad esse collegato ed **invogliare il ricorso alle strutture pubbliche** da parte dell'utenza, ottimizzandone l'impiego.

Il percorso che, in **condizioni "ordinarie"**, il paziente deve affrontare per usufruire di una prestazione sanitaria prevede diversi step:

- prima bisogna recarsi fisicamente dal medico curante per l'impegnativa,
- successivamente andare fisicamente allo sportello CUP per la prenotazione ,
- poi dirigersi fisicamente allo sportello riscossione ticket e
- infine in ambulatorio per la visita,

con tempi lunghissimi tra il primo e l'ultimo atto e con la conseguente tentazione di ricorsi a scorciatoie onerose o irregolari (la struttura privata o, peggio, il Pronto Soccorso o l'ospedale, con ulteriore aggravio di spesa).

Affrontare nel merito l'emergenza sanitaria significa innanzitutto offrire in tempi celeri una cura appropriata, anche attraverso la valorizzazione e il rafforzamento della rete territoriale dell'assistenza e della prevenzione, per risolvere l'annoso problema delle **liste d'attesa**, i cui tentativi di soluzione finiscono spesso per infrangersi nel concreto sulla "barriera" rappresentata dalle degenerazioni del sistema burocratico.

Le liste di attesa rappresentano un caso di rilevanza nazionale, e toccano cifre da record evidenziate di recente anche dalla stampa.

Per l'**Ospedale "Vecchio Pellegrini"** - solo per citare un esempio - l'aspettativa media per un intervento ordinario si aggira intorno ai 9 mesi, con picchi di quasi **1.000 giorni di attesa per alcune branche specialistiche** (come ad esempio la chirurgia della mano).

Mentre per le attività chirurgiche di elezione della **divisione di Ostetricia e Ginecologia del "S. Maria di Loreto Mare"** si aspettano anche **8 mesi** per l'asportazione di un utero fibromatoso, come conseguenza del blocco dei ricoveri determinato dall'emergenza barelle.

La Cisl della Campania considera favorevolmente **l'istituzione della Commissione Tecnica che avrà il compito di elaborare un Piano Regionale per le Liste di Attesa**, disposta con il Decreto Presidente Giunta n. 293 del 06/12/2011, **ma che non rappresenta certamente una risposta sufficiente all'immediata necessità di garantire ai cittadini campani il soddisfacimento dei bisogni di assistenza**, soprattutto per i tempi di insediamento e verifica che caratterizzano i lavori delle Commissioni.

A solo titolo esemplificativo riportiamo di seguito le i tempi medi delle liste di attesa della ASL Napoli 1 Centro e di alcune Strutture Ospedaliere:

Specialistica Ambulatoriale Distrettuale	Tempi medi di attesa delle prestazioni
Mammografia	40-60 gg.
Ecografia	40-60 gg.
TAC	40-60 gg.
Visita ortopedica	40-60 gg.

Visite specialistiche P.O. S. Maria degli Incurabili	Tempi medi di attesa delle prestazioni
visita reumatologica	4 mesi
doppler	3 mesi
gastroscopie e colonscopie	3 mesi
ricoveri in regime di day surgery	2 mesi
ricoveri di elezione in chirurgia	1,5 mesi
visita ortopedica	1,5 mesi
visita epatologica	2 mesi
ecografie	1,5 mesi
urodinamiche	4 mesi
uroflussimetrie	3 mesi
visite chirurgia cardiovascolare	3 mesi
interventi chirurgici di ortopedia	5 - 6 mesi
interventi chirurgici di ostetricia	6 mesi

Visite specialistiche P.O. dei Pellegrini	Tempi medi di attesa delle prestazioni
chirurgia della mano	1007giorni
oftalmico	1132 giorni
ortopedia	995 giorni
chirurgia vascolare	1170 giorni
Prestazioni in Pronto Soccorso a parità di personale:	
anno 2010 n. 31064	anno 2011 n. 59960

Visite specialistiche P.O. San Giovanni Bosco	Tempi medi di attesa delle prestazioni
visita reumatologica	6 mesi
chirurgia dell'obesità	2,5 - 3 mesi
gastroscopie e colonscopie	3 mesi
ricoveri in regime di day surgery	3 mesi
ricoveri di elezione in chirurgia	2 mesi
visita ortopedica	2 mesi
visita epatologica	3 mesi
ecografie	2 mesi
visite chirurgia cardiovascolare	3 mesi

Visite specialistiche P.O. San Paolo	Tempi medi di attesa delle prestazioni
cardiologia	60 - 90 gg.
ematologia	40 - 50 gg.
urologia	60 gg.
senologia	8 mesi
gastroscopie e colonscopie	30 - 40 gg.
ricoveri in regime di day surgery	30 gg.
ecografie	60 - 90 gg.

Visite specialistiche P.O. S. Maria di Loreto Mare	Tempi medi di attesa delle prestazioni
gastroscopie e colonscopie	6 mesi
ricoveri in regime di day surgery	4 mesi
ricoveri di elezione in chirurgia	3 mesi
medicina interna	2 mesi
ecografie	1,5 mesi
visite cardiologiche	5 mesi
interventi chirurgici di ostetricia	7 mesi

Visite specialistiche e ricoveri P.O. San Gennaro	Tempi medi di attesa delle prestazioni
urologia	2 mesi
ricoveri in regime di day surgery	3 mesi
ortopedia	7 mesi
oculistica	2 mesi
ostetricia	1 mese
medicina generale	1 mese
ematologia	1 mese
cardiologia	1 mese
dermatologia	2 mesi
neurologia	1 mese
neurofisiopatologia	3 mesi
radiologia	3 mesi
chemioterapia oncologica	50 giorni
chirurgia generale	2 mesi
Otorino	1 mese
riabilitazione cardiologica	1 mese

ATTIVITÀ AMBULATORIALI IN INTRAMOENIA

Altro capitolo “doloroso” è quello delle **prestazioni in “intramoenia”**.

La Legge n. 120/2007 ha previsto una serie di adempimenti che le AA. SS. LL. e le Regioni avrebbero dovuto effettuare per consentire ai medici dipendenti del S. S. N. di esercitare la libera professione “intramoenia” in strutture pubbliche, con le relative modalità.

Il termine del 31 gennaio 2010 inizialmente preventivato come scadenza per il passaggio al regime ordinario dell’attività libero – professionale intramuraria (ALPI) è stato successivamente prorogato fino al 31 marzo 2011 e, con D. P. C. M. del 25 marzo 2011, fino al 31 dicembre 2011.

Dopo una ulteriore proroga al **31 dicembre 2012** sancita dal D. L. 216/2011, tale termine è stato definitivamente fissato dal Governo centrale al 30 giugno 2012.

Tale istituto resta “ope legis” **una possibilità per:**

- **l’utenza di scegliersi medico ed equipe per le proprie esigenze di salute,**
- **il personale sanitario di mettere a frutto fuori orario di lavoro le proprie competenze professionali con la giusta remunerazione,**
- **le strutture pubbliche di incamerare in maniera legale risorse economiche**

“fresche” per prestazioni aggiuntive a quelle istituzionali.

Il fatto è che, nonostante gli svariati miliardi di euro destinati dalla Regione alla creazione di strutture “ad hoc” (si veda ad es. **la Delibera di Giunta Regionale n. 695 del 25/10/2010**, con la quale si sono appostati circa **80 mln €** nel bilancio 2010 per la realizzazione e/o l’ammodernamento delle strutture per l’attività intramoenia), in numerosi ospedali della Campania (primo tra tutti l’A. O. R. N. **“A. Cardarelli”**) vengono effettuate in Reparti “ordinari”, talora in condizioni alberghiere al limite dell’accettabile.

In queste condizioni, sembra quasi che l'onorario che gli utenti pagano (al personale sanitario, ma anche alle amministrazioni ospedaliere) diviene, in sostanza, una sorta di **"tangente legalizzata"** che serve di fatto a “scavalcare” le normali liste d’attesa dell’assistenza pubblica.

La CISL Medici della Campania, allo scopo di permettere una concreta e dignitosa attuazione del disposto di legge in materia di attività libero-professionale intra-muraria per i medici del SSN, ha proposto la riconversione "ad hoc" di alcune strutture ospedaliere, considerate non più adeguate all'organizzazione dell’assistenza pubblica dal Piano sanitario regionale.

Ristrutturare, mettere a norma, ripensare adeguatamente l’impianto del lavoro in plessi sanitari che fino ad ieri (o addirittura ancor oggi) hanno erogato servizi compatibili con le esigenze di salute della popolazione della nostra regione, potrebbe essere per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere l’unica via per garantire ambienti di lavoro sicuri e dignitosi.

Inoltre si potrebbero assicurare, in questo modo, tempi ed orari adeguati a soddisfare l’esigenza dei pazienti di scegliere liberamente il proprio dottore e, allo stesso tempo, quella dei medici di realizzare pienamente la propria professionalità.

Per realizzare tale riconversione potrebbero essere impiegati i proventi della cosiddetta “intra-moenia allargata” destinati in quota percentuale alle stesse strutture sanitarie ed ospedaliere.

In tal modo, non solo sarà rispettato un diritto dei medici e di tutti i cittadini, che nei fatti è stato sistematicamente mortificato, ma si potrà finalmente avviare un circuito virtuoso capace di ridurre le liste d’attesa, i viaggi della speranza nonché l’eventuale malaffare, attraverso l’afflusso di risorse economiche certe per la Sanità pubblica.

APPARECCHIATURE MEDICHE

Risulta estremamente insufficiente, in tema di apparecchiature mediche, l’azione posta in essere dalla struttura commissariale per **l’adeguamento tecnologico delle apparecchiature in dotazione alle strutture sanitarie**, drammaticamente necessario in Campania, per il quale - come già detto – manca un puntuale **controllo degli acquisti**.

La vicenda, ad esempio, dell’acquisto di un singolo, ultramoderno apparecchio per la cura radioterapica di un limitato numero di tumori inoperabili, costato circa **9 milioni di euro**, da parte dell’Istituto per lo Studio e la Cura dei Tumori **“Fondazione Pascale”** rappresenta un episodio emblematico in merito.

Secondo l’Associazione Italiana Oncologia Medica le cure oncologiche in Campania vengono erogate per il 60% dal “territorio”, il 20% dal Pascale, mentre il restante 20% dai policlinici universitari.

L’Istituto “Pascale” deve, quindi, far fronte a tutte le necessità che derivano dall’aumento d’incidenza delle patologie oncologiche nella nostra regione (+ 40.000 casi all’anno) **con un apparecchio angiografico acquistato circa 20 anni fa e con un solo apparecchio TAC** destinato a tutte le esigenze (mentre un nuovo apparecchio attende da mesi di essere messo in funzione).

In questa situazione, il management dell'Ente, per giustificare la necessità dell'acquisto della nuova apparecchiatura da 9 milioni di euro, ha ritenuto **di dismettere due apparecchiature radioterapiche (acceleratori lineari) con tredici anni d'anzianità, ma perfettamente funzionanti**, per usufruire dei bunker da essi occupati, pur potendo immediatamente usufruire di altri spazi liberi.

In questo modo **si è ridotta di circa 2/3 la capacità di cura del Reparto di Radioterapia del "Pascale"**, costringendo le pazienti bisognose di irradiazione per tumori alla mammella a **rivolgersi ad altri centri** (soprattutto privati e comunque di numero già di per sé insufficiente alle necessità della popolazione) per un tempo non ancora perfettamente definibile.

Il **Rapporto dell'Istituto Superiore della Sanità** ("Assicurazione di Qualità in radioterapia" 02/20, scaricabile dal sito <http://www.iss.it/binary/publ2/cont/02-20.1140606202.pdf>) uno studio europeo (pubblicato sulla rivista **Radiotherapy and Oncology** n.75/2005 pagg. 355-365) hanno evidenziato che per ogni milione di abitanti dovrebbero esserci almeno 7 Acceleratori Lineari, mentre in **Italia la media è di 5,4/1.000.000** ed in **Campania è di 4,8/1.000.000** (in alcune provincie come quella di Napoli si è vicini alla media nazionale, nelle altre il dato è drammatico).

Proprio per questo motivo sarebbe stato più opportuno organizzare l'upgrade tecnologico in modo più razionale, **garantendo prima gli standard quantitativi con l'acquisizione di un nuovo acceleratore** (il cui acquisto è stato poi previsto a posteriori, ma a quanto risulta mai deliberato) e poi decidere di acquistare altre tipologie di macchinari, in modo da garantire ai pazienti dell'Istituto un percorso terapeutico completo.

La soluzione adottata dal management del "Pascale" è stata, invece, quella di ricorrere "in extremis" ad una **convenzione con l'A.O. "C. Ascalesi" che ha sovraccaricato il**

Centro di Radioterapia dell'Ospedale "C. Ascalesi", i cui Pazienti provengono già per metà da fuori ASL Napoli 1 (a causa di strutture insufficienti), e che ha ridotto anche le unità di personale a disposizione dell'Istituto "Pascale", poiché sono gli stessi radiologi che effettuano il "servizio esterno".

Analizziamo di seguito, in modo sintetico, alcuni punti di criticità emersi nelle singole strutture.

AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1

- Nonostante l'azione di razionalizzazione e l'accorpamento di alcune strutture complesse Dipartimenti unici (ad esempio le strutture complesse Bilancio e GEF, Economato, provveditorato, sono state soppresse e accorpate nel Dipartimento Unico Amministrativo) alcune funzioni dirigenziali sono state mantenute, pur essendo stati aboliti i posti di funzione, causando spreco di risorse pubbliche.
- **Non è stata ancora corrisposta la retribuzione di risultato** (istituto contrattuale) **ai Dirigenti Medici per gli anni scorsi** e allo stesso tempo è stato comunicato che per quest'anno il Fondo per il Disagio (che secondo il Contratto nazionale di Lavoro serve a pagare straordinari e reperibilità al personale medico) per il 2012 non sarà integrato e quindi consentirà il **pagamento delle sole reperibilità**.

Come conseguenza ci sarà la riduzione delle attività mediche, con ulteriore allungamento delle liste di attesa.

- È stata prevista una riduzione dello straordinario per i **250 tecnici del Dipartimento di Prevenzione**, che su delega della Procura della Repubblica

operano un servizio di indagine per salvaguardia dei livelli di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, così come previsto dalla normativa vigente.

Il lavoro svolto da questo Dipartimento, quindi, è di fondamentale importanza per le aziende del territorio napoletano e per i lavoratori, ed nello specifico si concretizza annualmente nell'accoglimento e gestione di:

- **250 indagini su delega della Procura**, ognuna delle quali dura circa 4/5 mesi
 - **500 esposti per denuncia**
 - **300 pratiche per “rischio amianto”**
 - **150 pratiche per malattie professionali**
 - **un numero imprecisato di incidenti mortali.**
- Nonostante sia stato adottato con Delibera di Giunta Regionale n. 1758 del 16/09/2004 un Atto Aziendale che prevedeva un nuovo assetto organizzativo la Direzione dell'Asl Napoli 1 non ha ancora provveduto all'assegnazione di strutture semplici, mentre altre sono già state assegnate dal 2007.

Ad alcuni Dirigenti veterinari (del Dipartimento di Prevenzione) sono stati affidati incarichi, anche professionali e di alta specialità, senza tener conto dei CCNL vigenti per il comparto. Altri medici veterinari svolgono funzioni di responsabili di Unità Operative Territoriali o di Settori dei Servizi Centrali, senza ottenere alcun riconoscimento giuridico ed economico (alcune di queste situazioni durano da almeno 15 anni).

- **LAVORO STRAORDINARIO**

L'assegnazione dei budget di straordinario alle strutture ospedaliere non assicura i Livelli Essenziali di Assistenza minimi, a causa della riduzione del finanziamento per tale istituto.

Il Commissario Straordinario della ASL Napoli 1 ha deciso di ridurre del 75% il fondo per lo straordinario a partire dal mese di gennaio 2012, causando ulteriori disservizi e disagi per il personale medico e paramedico.

Le ore di lavoro straordinario, infatti, sono indispensabili

- per sopperire alla carenza strutturale di personale medico e
- per il **personale infermieristico demansionato**, costretto spesso a svolgere i compiti del personale socio sanitario.

Un esempio concreto delle difficoltà dovute al taglio delle ore di straordinario è rappresentato dall'**Ospedale "San Paolo"**, che negli anni ha certificato uno **"storico" di 180.000 ore di straordinario annue**, corrispondenti al lavoro di circa 60 Operatori Socio Sanitari.

L'ASL Napoli 1, invece, ha assegnato per il 2012 alla struttura ospedaliera soltanto 45.000 ore, nettamente insufficienti per lo svolgimento delle normali attività di assistenza, se si considera l'assenza di personale medico, infermieristico e di OSS.

La Cisl della Campania, pur condannando le situazioni in cui si è abusato del ricorso al lavoro straordinario, **critica fortemente la decisione della Direzione della ASL Napoli 1, che ha agito in assenza totale di concertazione e di un confronto concreto con le Organizzazioni Sindacali.**

Durante la riunione del Tavolo Sanità del 7 febbraio 2012 la Struttura Commissariale, di concerto con il Commissario Straordinario Scoppa, ha recepito la richiesta della Parti Sociali di utilizzare l'istituto del lavoro straordinario *anche in*

deroga al budget mensile, nelle more di una verifica puntuale degli organici funzionali delle aziende.

Soltanto dopo una puntuale analisi degli organici funzionali si possono determinare i criteri per l'assegnazione dei budget dello straordinario.

OSPEDALE "SAN GENNARO"

- È un presidio con alta diversificazione delle specialità ed è **l'unico avere un centro multidisciplinare per la gestione del paziente diabetico "complicato"** (diabetologia, chirurgia vascolare, oculistica, ortopedia e neuro fisiopatologia, a cui sono assegnati 4 posti letto.

Purtroppo però la carenza di strutture e di personale impedisce il pieno funzionamento di tale centro.

- **Il blocco operatorio risulta attualmente dimezzato nella produttività.**
Fino al 1997, infatti, il "San Gennaro" disponeva di **2 sale operatorie di elezione** (ovvero dedicate agli interventi programmati) ed **una sala operatoria di emergenza** (ovvero per i pazienti del Pronto Soccorso).

A maggio del 1997 viene constatato che la sala parto non è a norma con gli standard legislativi e **il Pronto Soccorso Ostetrico viene chiuso.**

Il Direttore Sanitario dell'ASL Napoli 1 (che all'epoca era il Dott. Remigio Prudente) ha dovuto, quindi, mettere a disposizione **una sala operatoria di elezione come sala parto**, determinando il **dimezzamento netto delle sedute**

operatorie e, di conseguenza, l'allungamento (in alcuni casi il raddoppiamento) delle liste d'attesa.

Tale decisione gravissima, oltre ad aver procurato un danno economico alla comunità, poiché **con gli stessi operatori** (medici e paramedici) **si potevano e si possono effettuare il doppio degli interventi chirurgici**, ha prodotto **notevoli danni ai pazienti**:

- sia per i **ritardi nell'essere operati**
 - sia per le **condizioni di rischio di infezioni**, dovute alla contiguità fra sala parto e sala operatoria, in cui è fondamentale una totale sterilizzazione per effettuare gli interventi.
- Il **Day Surgery di Chirurgia**, che nel 2011 ha registrato circa **1.300 accessi** per interventi di tutte le branche specialistiche (tra questi circa 400 interventi di chirurgia), avrebbe diritto a 2 posti letto dedicati che però non sono stati previsti e sono stati, invece, assegnati alla Chirurgia generale.

In sostanza tale struttura è considerata “organizzativa” e non “operativa”, anche se di fatto lo è.

Infatti, il personale (ovvero un solo medico e un solo infermiere) continua comunque ad effettuare interventi, dirottando i pazienti presso altri reparti.

L'assegnazione di tali posti letto al Day Surgery, che non comporta alcun costo per la Struttura, renderebbe sicuramente più efficiente l'erogazione delle prestazioni.

- Il reparto di Neonatologia, che è presente soltanto in poche strutture ospedaliere campane, rischia la chiusura a causa di carenze organiche e strutturali.

La Cisl della Campania condanna questa situazione, in cui il personale della struttura non può lavorare per **mancanza di infrastrutture e apparecchiature mediche**.

OSPEDALE “S. GIOVANNI BOSCO”

- Dopo diverse denunce e segnalazioni dei Carabinieri del NAS alla Procura della Repubblica per le inadeguatezze strutturali, le 3 sale operatorie sono a rischio chiusura.

La Direzione Sanitaria dell’Ospedale dovrà effettuare tutti gli interventi necessari per garantire la sicurezza igienico-sanitaria degli ambienti, al fine di rispettare i requisiti minimi necessari per effettuare le operazioni chirurgiche.

Le 2 sale operatorie destinate all’elezione e quella destinata per le emergenze non hanno percorsi settici e asettici distinti, ovvero non c’è distinzione di percorsi destinati ai pazienti e quelli destinati al trasporto di rifiuti organici e materiali post operatori. È evidente che in una situazione del genere, dove è alto il rischio di infezioni per i pazienti e la sicurezza per gli operatori in ambienti dove si lavora anche 24 ore su 24, la Procura della Repubblica non poteva non intervenire.

Come soluzione possibile ci sarebbe quella di utilizzare una quarta camera operatoria, attualmente utilizzata come spogliatoio, che è collegata a un corridoio diverso e che quindi potrebbe risolvere i problemi legati all’igiene e alla sicurezza degli ambienti di lavoro.

OSPEDALE “DEI PELLEGRINI”

- La forte carenza di personale e il taglio dello straordinario ha portato al blocco dell’ambulatorio di oncologia, che – tra l’altro – non risulta nell’atto aziendale dell’ospedale.

I pazienti, quindi, sono costretti a rivolgersi ad altri centri (il più vicino è quello dell’Ospedale “S. Gennaro”), contribuendo ulteriormente a congestionare le altre strutture.

- L’unico Pronto Soccorso Oculistico della Campania, che si trova proprio presso questa struttura è in grave sofferenza e continua ad erogare servizi grazie al lavoro di 2 sole unità assegnate.

- La situazione scandalosa in cui sono costretti a lavorare gli operatori è testimoniata dalla saltuaria carenza di materiale assolutamente necessario, come il filo da sutura o le lenzuola sterili per i pazienti o ancora il toner per stampare i referti medici.

Tutto ciò, oltre a rappresentare un grave rischio per la salute degli operatori e degli utenti, contribuisce ad allungare oltremodo le liste di attesa per le prestazioni.

OSPEDALE “S. MARIA DEL POPOLO DEGLI INCURABILI”

- Presso la struttura sono funzionanti i soli reparti di Medicina, Chirurgia e Ostetricia, per un totale di 60 posti letto per il Day Hospital, in cui lavorano 280 addetti (personale medico, infermieristico, socio assistenziale).
- La **“casa del parto”** e il **centro dialisi** (con 6 postazioni funzionanti) sono strutture di eccellenza in Campania, ma attualmente funzionano a singhiozzi a causa della mancanza di personale e per i locali fatiscenti in cui sono ubicati, che spingono l’utenza a rivolgersi ad altre strutture, spesso private.

OSPEDALE “S. MARIA DI LORETO MARE”

- Il reparto di Neurochirurgia vive una situazione di grave sofferenza a causa della carenza di personale.

Infatti **in poco più di 5 anni sono venuti meno** (tra pensionamenti, decessi e trasferimenti) **6 neurochirurghi**, di cui tre nell'anno trascorso, senza che avesse luogo **alcuna sostituzione**.

Tutto questo comporta grave sacrificio e notevoli rischi per la salute dell'utenza e degli stessi operatori.

- **Ai 5 neurochirurghi**, attualmente in servizio attivi per le guardie H24, **si aggiungono altri due medici esonerati dai turni prolungati per motivi di salute**, che si alternano tra reparto, sala operatoria e consulenze intra- ed extra-ospedaliere, **rendendo quasi impossibile garantire le attività ambulatoriali e determinando il ricorso all'istituto del lavoro straordinario**, con ulteriore aggravio di costi, per poter mantenere il minimo dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Solo per il mese di agosto 2011, ad esempio, sono state autorizzate **300** ore di straordinario, costate alla collettività ben **18.000 euro**.

Tali risorse potevano essere impiegate per assumere nuovo personale medico, che avrebbe alleviato la mole di lavoro a cui sono costretti i neurochirurghi attualmente in servizio e, quindi, migliorato le prestazioni offerte ai cittadini.

- Il **reparto di Medicina** è in costante emergenza. I pazienti ricevono le trasfusioni di sangue o le terapie di ossigeno in barelle poste nei corridoi, spesso con tubi che necessitano di prolungamenti dalle bocchette poste nelle stanze e che sono effettuati con mezzi di fortuna (nastro adesivo o cerotti). Anche la somministrazione di medicinali che necessitano di pompe particolari e monitor

per controllarne il dosaggio è effettuata nei corridoi, dove non c'è lo spazio sufficiente per la collocazione dei monitor.

OSPEDALE “CARDINALE ASCALESI”

- È destinato a diventare il “polo oncologico” dell’Asl Napoli 1, ma senza che siano state adottate decisioni programmatiche coerenti con tale futura “mission”.

Si riscontrano, invece, alcune gravi criticità :

- le sale operatorie, che sono state chiuse per 6 mesi, sono utilizzate a singhiozzo,
 - è stato chiuso un reparto prestigioso ed importante come la Chirurgia Toracica, lasciando l’ospedale privo di tale specialità chirurgica.
- La Radioterapia dovrebbe diventare il “fulcro naturale” attorno al quale si organizzerà la cura dei malati oncologici dell’Asl Napoli 1, e per questo motivo ne andrebbero potenziate struttura, apparecchiature ed attività.
- Il Piano Attuativo prevede (a pag. 18) la creazione di una Chirurgia ad indirizzo Oncologico da affiancare a quella ad indirizzo Gastroenterologico, che a tutt’oggi non è stata ancora realizzata. Per ottenere un approccio multidisciplinare, arma vincente per la cura dei tumori, si potrebbe prevedere il trasferimento della UOS di Oncologia dall’Ospedale “S. Gennaro” e raggruppare, in questo modo, le tre branche terapeutiche (Chirurgia-Oncologia-Radioterapia) in un’unica struttura.

ASL NAPOLI 2 NORD

OSPEDALE “S. MARIA DELLE GRAZIE” DI POZZUOLI

- Il Centro di riferimento regionale di “**Diagnosi e follow-up malattia celiaca**” non è riconosciuto formalmente dall’Azienda quale Struttura organica alla realtà aziendale, nonostante sia inserito nella Rete regionale dei centri di riferimento per la celiachia (vedi BURC n. 45 del 13 agosto 2007).

- Per la **S.S.D. di Radiologia vascolare e interventistica**, istituita con Delibera del 4 ottobre 2005, è stata di fatto “svuotata”.

Il responsabile della struttura, Dr. Renato Regine, ha chiesto ed ottenuto il trasferimento poiché non ha mai potuto disporre di personale sanitario formalmente assegnato e, quindi, non ha mai potuto svolgere le attività in emergenza.

OSPEDALE “ANNA RIZZOLI” DI ISCHIA

- Presso tale struttura sono impiegati **9 specialisti**, che devono coprire turni di chirurgia e accettazione di Pronto Soccorso e garantire anche la reperibilità, lavorando di fatto circa 9 notti al mese.

Due di questi medici hanno un contratto di collaborazione coordinata e continuativa.

ASL NAPOLI 3 SUD

OSPEDALE “S. MARIA DELLA MISERICORDIA” DI SORRENTO

- Nel 2009, approfittando dello spostamento del Reparto di Medicina “per lavori di ristrutturazione” gli spazi al 3° piano, **spazioso e soprattutto dotato di vista sul mare**, sono stati da allora “occupati provvisoriamente” dal Reparto di Ortopedia, che accoglie i pazienti da operare in “intramoenia” offrendo loro almeno un miglior panorama.

Di conseguenza il **Reparto di Medicina e quello di Chirurgia** sono stati spostati al piano interrato (meno capiente) e accorpati, con il personale che è costretto ad alternarsi in turni di guardia pomeridiani e notturni, e con i pazienti che sono costretti a una degenza promiscua.

Inoltre le strutture ambulatoriali e diagnostiche della Chirurgia sono state distaccate ad un piano diverso, causando ovvie problematiche logistico - organizzative.

- Il clima interno al **Reparto di Anestesia e Rianimazione** creato dalla responsabile facente funzioni **dr. Matilde De Falco**, moglie del Direttore del Servizio Assistenza Ospedaliera dell’ASL NA3 Sud, **dr. Franklin Picker** ha probabilmente spinto ben **otto medici anestesisti esperti a presentare domanda di trasferimento** (tre anestesisti sono andati a Castellamare, due a Capri, uno al Loreto Mare – diversi chilometri lontano dalla residenza, un paio in

pensione anticipata rinunciando addirittura alla quota previdenziale di fine rapporto).

Teli esodi esprimono quantomeno un segnale di allarme, in quanto potrebbero esserci stati comportamenti “**mobbizzanti**” **da parte della nuova responsabile**, sui quali invitiamo gli organi preposti ad effettuare le opportune verifiche.

- La carenza di medici specialisti rianimatori ha creato disagi anche per il **servizio di emergenza 118**, garantito da medici specialisti rianimatori dell'ASL Napoli 3, che lavoravano sulle postazioni rianimatorie presenti presso i vari ospedali.

La Regione Campania contribuiva al pagamento del lavoro straordinario effettuato dai rianimatori: il costo per tale servizio ammontava a circa 60 € all'ora, per cui un turno di 24 ore costava circa 1440 €, un mese circa 43.000 €, 3 mesi 130.000 €.

Nel mese di novembre 2011 la Struttura Commissariale, a causa dei noti problemi economici che è costretta ad affrontare, ha deciso di revocare tale convenzione e, di conseguenza, il servizio di emergenza 118 è stato assicurato dai soli medici “non rianimatori” dei SAUT e PSAUT.

Tuttavia, per garantire il trasporto dei pazienti critici da una struttura ospedaliera all'altra (fino ad ottobre assicurata dai rianimatori del servizio 118), il Direttore del Servizio Assistenza Ospedaliera (dr. Picker), in spregio delle norme per la contrattazione, ha deciso di stipulare, un accordo sindacale **con il solo segretario aziendale dell'AAROI** (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani).

Ai rianimatori del Presidio Ospedaliero di Sorrento si **sono stati assegnati 180.000 € per 3 mesi** (in scadenza): un tale budget di spesa non solo risulta palesemente più oneroso, ma è risultato di fatto inutile per l'efficientamento del servizio.

Infatti le ambulanze con i medici rianimatori non effettuano più interventi sul territorio ma esclusivamente il trasporto interospedaliero dei pazienti critici (ad esempio infartuati), evenienza che accade in media 2-3 volte a settimana: uno spreco di risorse pubbliche che potrebbero essere destinate ad altri interventi.

Il servizio di emergenza sul territorio, invece, continua ad essere svolto dagli altri medici (ad esempio chirurghi) in forza presso le strutture ospedaliere dell'ASL Napoli 3.

Con i fondi impiegati per tale convenzione si potrebbe assumere altri medici specialisti, risolvendo così i problemi di organico dell'intero P.O. di Sorrento (ad esempio 4 medici del Pronto Soccorso, 3 rianimatori, 2 chirurghi, 1 ortopedico) ed evitare il ricorso al lavoro straordinario.

AZIENDE DI RILIEVO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA SANTOBONO - PAUSILIPON.

- Il **DH Oncologico del Pausilipon** (struttura con 26 posti letto e oltre 6000 accessi all'anno, aperta H12 dal lunedì al venerdì dalle ore 7:00 alle ore 19:00), ha come personale dedicato ai piccoli Pazienti 3 infermiere di mattina e 2 di pomeriggio, ma **come medico ha il solo responsabile** (che teoricamente non ha neanche diritto a ferie, malattie o aggiornamenti) che è costretto ad effettuare turni di guardia troppo lunghi (pomeridiani, notturni e festivi per l'intero dipartimento di riferimento) e di conseguenza deve assentarsi per questo 1-2 volte a settimana dal DH.
- Il **Reparto di Oncologia Medica** (dove si effettuano chemioterapie ad alte dosi) condivide la struttura e i posti letto con la **Chirurgia Oncologica**, creando disagi a personale e mettendo a rischio la salute dei pazienti.

- Il **DH Chirurgico** (che prima era presso la struttura del Santobono) è stato inserito negli spazi contigui al Reparto di Oncologia: in questo modo i **bambini che si ricoverano per effettuare semplici interventi e che possono essere portatori di infezioni comuni ma potenzialmente letali per i pazienti immunodepressi** (trapiantati di midollo osseo, leucemici etc), sono **costretti a condividere con questi ultimi percorsi e strutture comuni** (Radiologia, corridoi, ascensori etc.).
- L'**Ambulatorio di Ortottica**, unico sul territorio di Napoli per lo studio della motilità oculare, rilievo dell'handicap visivo nel plurihandicapato e riabilitazione visiva (che afferisce all'Unità Operativa di Oculistica ed effettua attività didattica del Corso di Laurea triennale in Ortottica e assistenza in oftalmologia dell'Università di Napoli "Federico II") effettua alcune migliaia di prestazioni l'anno, ma **non è presente nell'organigramma del nuovo Atto Aziendale**.

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI - IRCCS "PASCALE"

- I **numerosi cantieri aperti** negli ultimi anni all'interno dell'Istituto, alcuni al limite delle previsioni di legge, hanno reso **l'ambiente lavorativo nocivo per la salute degli operatori** e a nulla sono valse le richieste di avviare percorsi di risk management per tutelare l'incolumità dei pazienti e del personale in assenza di una efficace copertura assicurativa.
- Il Direttore, Dott. **Tonino Pedicini**, che è stato condannato due volte dalla Magistratura del Lavoro per **comportamento antisindacale** (senza che ciò portasse mai ad un miglioramento delle relazioni sindacali), continua a minacciare i lavoratori (per poi doversi ricredere) di effettuare valutazioni "sperimentali" sulle loro performance professionali, generando un **contenzioso legale di enormi**

proporzioni (alimentato anche dal ritardo sui pagamenti delle spettanze alle aziende fornitrici).

Eppure il Responsabile **dell'Ufficio Legale** è **retribuito indipendentemente dai risultati che ottiene in Tribunale.**

- In virtù di un vantaggioso Protocollo d'Intesa con la Regione Campania e grazie a vari altri “stratagemmi”, che hanno consentito all'Istituto di ricevere **20.000 € negli ultimi 6 anni** (di cui 10.000 € giustificati da un provvedimento avente come fine il “sostegno alla legalità ed alla cultura”), ha indetto **concorsi per coprire tutti i posti di Primario** (superando ogni media nazionale in merito), due dei quali sono stati peraltro annullati per illiceità delle ammissioni dei candidati oggetto delle scelte discrezionali del manager.

Nell'organizzazione della la struttura dell'Istituto si era deciso di ridurre le Unità Interdipartimentali, che possono invece contribuire al contenimento dei costi (poiché possono supplire alle funzioni delle Strutture complesse). Anche questa decisione è stata poi revocata, anche in considerazione degli indirizzi ministeriali che raccomandano la riduzione proprio delle Strutture complesse tramite accorpamento.

L'Istituto ha inoltre fatto ricorso in modo quanto meno opinabile al conferimento di **incarichi esterni “fiduciari”** ex art.15 septies comma 1, Dlgs. 502 del 31/12/1992 nonché ad una serie notevole di contratti di collaborazione esterna, mentre i posti di Dirigente medico di I livello sono stati coperti con mobilità discrezionale anche fuori regione (nell'impossibilità di fare concorsi), ricorrendo al ridimensionamento degli stipendi dei medici già dipendenti.

Inoltre sono state indette nuove selezioni “per titoli e colloquio”: 11 nuove assunzione di personale amministrativo, che sarà impiegato presso la direzione scientifica e presso la segreteria dei Direttori Sanitari. Tale decisione appare stridente con la situazione di sottodimensionamento degli organici del personale

medico, costretto a ricorrere al lavoro straordinario per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza.

- Le risorse regionali sono state utilizzate per **inaugurazioni di reparti mai utilizzati e addirittura lasciati abbandonati**. Inoltre il **secondo Reparto di Radiologia** occupa locali la cui ristrutturazione è stata finanziata con fondi regionali per l'attività intra-moenia.

AZIENDE DI RILIEVO NAZIONALE

OSPEDALE DEL MARE

Per la realizzazione di questa nuova struttura, che dovrebbe ospitare **500 posti letto** in vista della dismissione dei presidi ospedalieri “**C. Ascalesi**”, “**San Gennaro**”, “**S. Maria degli Incurabili**” e “**S. Maria di Loreto Mare**”, i lavori sono fermi dall'ottobre del 2010.

Il 21 dicembre 2011 l'**Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici** (con Deliberazione n. 110) ha evidenziato l'enorme spreco di risorse pubbliche che si sta perpetrando per la realizzazione di tale struttura.

L'esecuzione dell'opera è stata commissariata a causa dei gravi ritardi e dell'andamento “anomalo” dei lavori (come si legge nella Deliberazione citata) e alla contrapposizione tra la ASL Napoli 1 e l'azienda concessionaria dei lavori (la Partenopea Finanziaria SpA) dovuta ad una variante sul progetto (mai approvata dalla ASL) che ha portato ad un vero e proprio contenzioso.

Con il **Decreto n. 49/2010 del Presidente della Giunta Regionale per il riassetto della rete ospedaliera** è stata, poi, decisa la trasformazione dell'Ospedale del Mare da presidio ospedaliero ad Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale, con la previsione di opere aggiuntive da realizzare e **conseguente incremento del 44% dei costi del progetto originario** (che ammontava a circa **210.640 mln €**).

Il contenzioso scaturito da questa variazione del progetto ha rischiato di vanificare il co-finanziamento da parte di privati, che ammonta al 43% dei costi.

SALERNO

AZIENDA SANITARIA LOCALE

- Le ASL SA 1 – SA2 – SA3 sono state disciolte e sono confluite in un'unica Azienda Sanitaria Locale “Salerno”.

Di fatto non si è realizzata alcuna programmazione prevista in assenza di un concreto monitoraggio della Struttura Commissariale **non esiste una reale armonizzazione della gestione delle risorse umane ed economiche.**

I Livelli essenziali di Assistenza sono notevolmente peggiorati.

In pratica le tre ex ASL continuano a vivere con vita propria.

Sono, infatti, ancora presenti:

- 3 Comitati per la medicina di base
- 3 responsabili del sistema di emergenza con tre pseudo centrali operative (in quella di Salerno ospitata presso il P.O. Da Procida medici ed infermieri impegnati spesso solo per la redazione di turni)
- Dipartimenti di Prevenzione con 3 responsabili e triplicazione di tutti i servizi:
 - Sian (Servizio Igiene Ambiente Nutrizione)
 - Epidemiologie
 - Medicina del Lavoro
 - Igiene Pubblica

- Prevenzione Sui Luoghi di Lavoro
 - Servizi Veterinari/Igiene Alimenti
 - Servizi Veterinari/Igiene Produzioni Zootecniche
 - Servizi Veterinari/Sanità Animale
 - Servizi Medicina di Base
- Si registra una difficoltà generale all'instaurazione di relazioni sindacali costruttive, finalizzate a rendere i servizi più efficaci e a favorire il dialogo e la trasparenza sugli atti amministrativi.
- Si assiste, viceversa, ad una gestione delle politiche del personale impropria e unilaterale.
- È stata effettuata una **distrazione di risorse dal Fondo di Comparto al Fondo Dirigenza**, in contrasto con le norme contrattuali e le indicazioni regionali per la costituzione del fondo della produttività collettiva, che ha comportato notevoli difficoltà per il personale infermieristico e del comparto, già costretto in condizioni lavorative difficili.

Con la deliberazione **n°449 del 10/05/2011** si recepisce una riduzione dei fondi per la Dirigenza, ma con un evidente **errore in aumento dei fondi di circa €331.409,60** (nel testo si riscontra anche un riferimento alla ex ASL CE/1 e CE/2, che non trova spiegazioni se non in un mero refuso).

Lo stesso errore si riscontra anche nella deliberazione n. **450 del 10/05/2011**, che concede al fondo complessivo di tutta la dirigenza ben **€ 2.091.183,00**.

Gli importi così come determinati vengono regolarmente riportati in tutte le altre delibere di costituzione e determinazione dei fondi (nn. **961 e 962** del 06/10/2011, **707 e 708** del 15/07/2011 (con le quali si incrementa il fondo di posizione della dirigenza medica di **€ 218.544,93** derivante dall'incremento della

retribuzione di anzianità dei dirigenti medici e veterinari cessati dal servizio), **775-776 e 777** del 22/07/2011 (per la 776 e 777 non si riesce a ricavare i fondi dalle delibere precedenti poiché non coincidono).

Nessun confronto con le Organizzazioni Sindacali è stato concesso in merito all'argomento.

Di contro, in merito alla decurtazione intervenuta per chiara distrazione dei fondi dal comparto alla dirigenza, di circa **€ 1.639.114**, l'ASL Salerno ha provveduto ad investire le strutture Commissariali della Regione Campania.

Ulteriore sperequazione è riferita alle indennità chilometriche, erogate solo ai dirigenti, e negate al personale del comparto per l'espletamento dell'assistenza domiciliare e degli altri compiti di istituto ovvero di una palese discriminazione salariale, atteso che l'istituto viene erogato in maniera differenziata in tutte le strutture dell'Azienda.

- Sono state attribuite in modo discrezionale, presso la Azienda Ospedaliera Universitaria di Salerno (ex San Leonardo ovvero Ruggi d'Aragona), alcune posizioni organizzative, al di fuori delle previsioni degli istituti contrattuali, poi risanate a distanza di due anni attraverso deliberazioni per l'istituzione delle stesse posizioni.

Anche in questo caso si evidenzia la gestione unilaterale e poco trasparente dell'amministrazione del personale e delle risorse pubbliche, anche in considerazione che ad altri tre operatori sono stati erogati circa € 9.000,00 di arretrati sempre relativamente all'istituto e in spregio alle norme contrattuali.

- L'ASL ha avviato l'esternalizzazione dei servizi di portierato e vigilanza armata attraverso una procedura aperta per l'affidamento triennale, con deliberazione del Commissario Straordinario (dottor **Maurizio Bortoletti**) n. 876 del 09/09/2011,

anche per le sedi in cui non era prevista l'esternalizzazione, senza un preventivo confronto con le Organizzazioni Sindacali.

- Un ulteriore aggravio dei costi per la struttura è stato, poi, causato dalla istituzione di 8 Dipartimenti Amministrativi, a discapito di investimenti sull'organizzazione del lavoro volti a garantire il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Lo stesso Commissario Straordinario, inoltre, ha bocciato un progetto di “deospedalizzazione precoce” di pazienti delle sale di rianimazione, argomentando che, a suo avviso, non ci sarebbero state riduzione dei costi per tali ricoveri “in acuto”.

A nostro avviso, invece, occorre **puntare sulla territorializzazione dei servizi di assistenza**, attraverso l'incremento di posti letto per lungodegenza e dell'assistenza domiciliare, se si vuole abbattere il costo della Sanità che grava su tutta la collettività.

- L'assenza di un'integrazione funzionale tra l'Azienda Ospedaliera Universitaria, l'ASL e l'Università degli Studi di Salerno produce una serie di problemi, che generano una sorta di concorrenza tra le Aziende che agiscono come se non appartenessero ad un unico sistema assistenziale, a discapito della qualità e dell'efficienza dei servizi offerti all'utenza.

Mancano, infatti, i percorsi assistenziali all'interno dell'azienda e mancano i punti di contatto e di collaborazione tra ASL Salerno e l'Azienda Ospedaliera” San Giovanni e Ruggi D'Aragona”.

Siamo al paradosso che alcuni pazienti ricoverati vengono trasferiti per prestazioni di particolare impegno, non nel presidio più vicino possibile, ma anche a decine di chilometri basta che si resti nella ASL

- Sono state sospese le attività di riabilitazione psicosociale e domiciliare, **fondamentali per ridurre la durata dei ricoveri ospedalieri** e garantire

l'erogazione dei servizi essenziali di assistenza domiciliare nell'area della salute mentale.

Tale sospensione è dovuta al mancato rinnovo dei contratti di lavoro degli operatori inseriti nel progetto “Rete dei Servizi di Salute Mentale”, **finanziato con fondi extra Aziendali CIPE**, che ha permesso l'attivazione di varie unità di psicologia clinica per il sostegno e l'accompagnamento dei pazienti psichiatrici in carico presso le varie Unità Operative, nonché attività di grande supporto per i Centri Diurni del territorio salernitano.

Alla CISL risulta che esistono due annualità disponibili dei fondi sopra citati, “bloccate” rispettivamente presso gli Uffici della Regione Campania e del Ministero della Salute.

Per questo abbiamo già chiesto al Presidente della Giunta Regionale, nonché alla Struttura Commissariale della ASL di Salerno, **di verificare la concreta disponibilità di tali risorse e la loro consequenziale erogazione**, al fine di evitare l'interruzione di un servizio tanto importante per i pazienti con problemi psichici e per le loro famiglie, che già vivono una situazione di disagio.

Allo stato, nonostante una relazione favorevole del sub Commissario Sanitario per la continuazione delle attività, ai lavoratori non vengono erogate le spettanze e non si ha ancora certezza della regolarizzazione della posizione lavorativa.

Contestualmente è stato avviato anche **un processo di progressiva chiusura delle Residenze Assistenziali e dei Centri di salute mentale** delle Unità Operative, che si traduce nella concreta omissione di assistenza, nonché nella conseguente congestione delle strutture ospedaliere, causata dall'inevitabile ricorso a ricoveri impropri in caso di necessità.

- L'ASL di Salerno è, inoltre, responsabile di una **serie di comportamenti e provvedimenti amministrativi per il personale**, che se gestiti correttamente avrebbero certamente evitato **il contenzioso legale che invece si è generato, con ulteriori costi per l'Azienda**.

Alcuni casi esemplificativi:

- Il 7 maggio 2008 le ostetriche Cristiani Cesarina, Corbisero Francesca, Marino Alfonsina e Orilia Teresa, inquadrare come operatrici professionali – coordinatrici di ruolo - (cat. D) hanno presentato ricorso al Tribunale di Nocera Inferiore perché l'Asl non ha riconosciuto loro l'indennità di coordinamento per la mansione svolta, né la progressione economica.

L'ASL non si è costituita in giudizio e per questo motivo il giudice ha definito la causa con sentenza contestuale *in contumacia*, basandosi sulla documentazione prodotta dalle ricorrenti (le buste paga), attestando che effettivamente avevano svolto attività di coordinamento del personale infermieristico nei reparti di maternità e degenza degli Ospedali di Sarno e di Nocera Inferiore.

L'ASL è stata costretta a pagare 19.525,24 € oltre agli oneri accessori a ciascuna delle ricorrenti e alle spese legali (la cifra si aggira intorno agli **81.000 €**).

- Un dipendente del Consorzio di Bacino SA/1, il **dott. Buoninconti**, (inquadrato con la qualifica di impiegato al 7° livello (D1), con mansioni di Responsabile Ufficio del Personale, part-time al 50% per 18 ore settimanali) ha chiesto ed ottenuto **il trasferimento all'ASL SA 1**, formalizzato con delibera del Direttore Generale (Raffaele Ferraioli) n. 1639 del 29/11/2004, assumendo l'incarico di collaboratore amministrativo.

Con delibera n. 1528 del 27/12/2005 il direttore Generale dell'ASL SA 1 accoglie l'istanza del dott. Buoninconti e lo inquadra a un livello superiore (DS), in funzione delle mansioni svolte presso il Consorzio (ovvero Responsabile Ufficio del Personale).

In seguito a questo provvedimento il dott. Buoninconti ha presentato istanza per gli stipendi arretrati in virtù di una errata impostazione della sua posizione economica. Per questo motivo il Direttore dell'ex ASL Salerno 1 ha attivato un procedimento amministrativo di verifica della posizione del dott. Buoninconti, sospendendo gli effetti della delibera n. 1528. Poi con deliberazione n. 480 del 17/05/2007 si è riconosciuto al dott. Buoninconti il livello di inquadramento DS e la qualifica di Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto, con rapporto a tempo pieno e indeterminato.

È proprio in virtù di quest'ultimo procedimento il dipendente in questione, inquadrato nell'area della dirigenza STPA, ha chiesto e ottenuto attraverso il ricorso al Tribunale di Nocera Inferiore le differenze stipendiali riferite al periodo 01/01/2005 al 31/08/2008, per un totale complessivo di **100.210,81 €**, che gravano sul bilancio dell'ASL.

- Con la deliberazione **n.1264 del 22/12/2011**, in ottemperanza ad una sentenza del Tribunale di Nocera Inferiore del 23/06/2010, è stato riconosciuto un risarcimento al **Dr. Sgroia Maurizio** di € **79.413,24** (deliberazione 485 del 26/05/2011), per l'incarico dirigenziale conferitogli il 10/02/2009 e in seguito revocato.

L'incarico è stato protratto per un quinquennio, e quindi la sua proroga per un ulteriore triennio, deliberata peraltro dopo 11 mesi dalla cessazione dell'incarico dirigenziale conferito in data 10/02/2009, configurando il

conferimento di un nuovo incarico dirigenziale, senza l'osservanza delle procedure selettive previste dalla normativa ex dlgs 165/2001 e smi.

Tale aspetto è stato rilevato dal Collegio dei Revisori il quale oltre ad esprimere parere negativo al conferimento dell'incarico per un ulteriore triennio, si è riservato di trasmettere gli atti alla Procura Regionale della Corte dei Conti.

Attualmente tale delibera non è stata ancora revocata.

- o Nel corso del mese di ottobre 2011 con le Delibere nn. 965,1003, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034 e 1035 il Commissario Straordinario dell'ASL, Dott. Maurizio Bortoletti, ha provveduto ad istituire convenzioni con Enti ed Aziende esterne per la fornitura del servizio di "medico competente" ai sensi del D.Lgs. 81/2008.

Tali atti non solo non trovano riscontro in alcun consolidato assetto organizzativo, ma procurano una perdita economica per l'ASL, poiché tali convenzioni (che in realtà erano già in essere da diversi anni) **trasferiscono al servizio in regime di professione intramoenia anche le attività prima svolte in regime istituzionale dai medici competenti della ex ASL Salerno 2** (in linea con le previsioni del CCNL).

Il tutto a vantaggio economico dei medici interessati a svolgere tale servizio in intramoenia e a discapito, ovviamente, della collettività su cui gravano gli oneri del servizio.

Infatti, la complessa attività del "medico competente" ha alla base la reale conoscenza delle realtà aziendali in cui andrà a prestare il proprio servizio e dei vari soggetti sottoposti alla vigilanza sanitaria: il "criterio della rotazione" previsto dalla Delibere n. 965 rende più complicato questo aspetto, data la necessità di formalizzare annualmente la richiesta del medico, che inevitabilmente sarà diverso da quello dell'anno precedente.

- Con Deliberazioni del Commissario Straordinario delle ASL di Salerno n. 1188 del 25/11/2011 e n. 908 del 28/12/2011 si concedeva la **mobilità in entrata per dirigenti medici e personale infermieristico** (ex art. 20 CCNL Dirigenti medici e art. 19 CCNL 1998/2001 Area Comparto).

La Struttura Commissariale Regionale in data 24/01/2012 ha chiesto di sospendere tale trasferimento di personale, poiché avrebbe comportato il rischio della chiusura di alcuni reparti non solo presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ruggi D'Aragona", ma anche dei 4 plessi accorpati (ovvero gli Ospedali "G. Da Procida" di Salerno, "S.M. dell'Olmo" di Cava de' Tirreni, "Castiglione" di Ravello e "G. Fucito" di M. S. Severino).

La dr.ssa Caropreso, sub commissario straordinario dell'ASL di Salerno, ha sospeso la mobilità fino al 31/07/2012 con la deliberazione n. 10 del 31/01/2011.

Il commissario Bortoletti (di rientro da un periodo di assenza) con deliberazione n. 29 del 17/02/2012 ha invece ripristinato tale mobilità, disattendendo a quanto convenuto con la Struttura Commissariale regionale.

Tutto questi provvedimenti, che tra l'altro prevedono anche la mobilità extraregionale nel caso le domande fossero inferiori al fabbisogno, sono stati presi senza il preventivo confronto con le OO. SS. e in conflitto con direttive regionali.

Entro il mese di aprile p.v. il personale che ha ricevuto il nulla osta dell'Asl potrà essere spostato, mettendo a serio rischio il comparto dell'emergenza (sale operatorie, pronto soccorso ecc), dove attualmente è collocato.

La ASL di Salerno ha adottato due provvedimenti d'urgenza (Delibera n.908 del, integrata con la n. 116 del 13/02/2012) per la pubblicazione di un bando per la mobilità regionale di infermieri nei limiti della dotazione organica dell'Azienda,

con la possibilità di attingere anche dalla graduatoria del personale precario del Sistema Regionale (approvata con D.D. n. 56/2011 pubblicato sul BURC n.64/11).

Per tutto quanto sopra la Cisl chiede alla Struttura Commissariale Regionale di intervenire con provvedimenti disciplinari e con la rimozione del dott. Bortoletti dall'incarico di Commissario Straordinario dell'Asl di Salerno.

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA OSPEDALI RIUNITI
"S.GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA

- Grazie all'azione della Cisl Università è stata costituita la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Salerno presso il campus di Baronissi, dove sono concentrate le attività didattiche e di ricerca, che interagisce con le altre aree di specialistica per offrire tutte le prestazioni assistenziali.

È stata, inoltre, creata la "Cittadella della Scienza", con alcuni laboratori di ricerca di ricerca di elevata rilevanza scientifica a livello nazionale, come ad esempio il laboratorio di medicina Molecolare Genomica, diretta dal prof. Alessandro Weisz, in collaborazione con la Seconda Università degli Studi di Napoli e l'Università Federico Secondo di Napoli.

Le attività, svolte grazie a strumentazioni all'avanguardia, sono focalizzate sulla biomedicina e le biotecnologie applicate alla medicina e in particolare su indagini di biologia cellulare, molecolare e morfologica in diversi settori:

- Studio del carcinoma mammario ormone responsivo;
 - Epigenetica dei tumori;
 - Sviluppo di sistemi integrati per l'analisi dei dati genomici.
- L'Ambulatorio di Gastroenterologia, che è qualificato come Polo Universitario, svolge un'importante attività assistenziale, offrendo ai pazienti assistenza per le

patologie dell'apparato gastrointestinale (es. celiachia, intolleranze alimentari, malattia di Crohn ecc), attraverso l'utilizzo di tecniche innovati vedi ricerca.

È stato, inoltre, attivato un servizio di endoscopia per tutti i pazienti ambulatoriali e in regime di Day Hospital.

Purtroppo si evidenziano difficoltà di interazione tra le risorse professionali dell'Azienda Ospedaliera e dell'Università.

A tal proposito al Cisl Università ha aperto un dibattito con il governo accademico e il vertice manageriale dell'Azienda Ospedaliera, per poter rimuovere gli ostacoli strumentali e garantire un'assistenza di alta qualità.

AVELLINO

AZIENDA SANITARIA LOCALE

- Negli ultimi 3 anni si è registrato un decremento del 30% degli organici, dovuto principalmente a procedure di pensionamento: attualmente risultano in forza circa 3.000 dipendenti.
- Nonostante si tratti di un'Azienda virtuosa, che negli ultimi 3 anni ha registrato un attivo di 20.000.000 € annui, non si registrano investimenti volti ad incrementare e potenziare le reti distrettuali, territoriali e dell'emergenza.
- A 2 anni dall'unificazione delle AA. SS. LL. non è stato ancora predisposto l'atto aziendale né un piano sanitario organico.
- Il Direttore Generale, ing. Sergio Florio, ha dichiarato un **esubero del personale interno all'Azienda, contemporaneamente** ha affidato i servizi di supporto alle attività di informazione, prenotazione, accoglienza, dimissione utenti e quelle infermieristiche **esternalizzandole ad una società cooperativa, la ATI ICARO/GESCO**, per un importo di circa **2.000.000 €**.

Di fronte ad una simile contraddizione e al fine di ridurre gli sprechi le Organizzazioni Sindacali hanno chiesto di definire la dotazione organica dell'Azienda e la contestuale riorganizzazione dei servizi, **facendo ricorso al personale interno** e assegnando, così come previsto dall'art. 16 comma 5 del D.L. 98/2011 convertito in L. 111/2011, **il 50% dell'importo al fondo per la contrattazione per la corresponsione della produttività.**

- La Cisl aveva già segnalato al tavolo regionale che per il Distretto di Atripalda si spendono circa **350.000** € l'anno per il fitto dei locali.

Successivamente al nostro intervento il Commissario ha provveduto a dismettere il contratto di fitto. Recuperando ulteriori risorse a vantaggio dell'assistenza.

OSPEDALE DI ARIANO IRPINO

- Anche presso questa struttura le liste di attesa per le prestazioni sono lunghissime. Bisogna, infatti, attendere diversi mesi per un intervento chirurgico.
A causa della carenza di anestesisti (6 in totale, a fronte di un fabbisogno di 13 specialisti per garantire una turnazione completa) vengono assicurati soltanto gli interventi di emergenza e/o di urgenza.
La Struttura ospedaliera non dispone del primario delle unità operative di Chirurgia e Ortopedia.
- Il reparto di Neurologia può contare soltanto su 1 primario e 2 medici a tempo determinato. Alle turnazioni notturne e festive si provvede mediante la guardia interdivisionale con l'unità operativa di Medicina. I reparti Dialisi e Gastroenterologia denunciano le medesime carenze di organico.
- Le unità Rianimazione e Radiologia garantiscono l'attività attraverso l'impiego di medici convenzionati.
- Il servizio di Anatomia e patologica manca della risonanza magnetica.
- Il reparto di Cardiologia, eccellenza della struttura, necessita di nuove attrezzature.

OSPEDALE “G. CRISCUOLI” DI SANT’ANGELO DEI LOMBARDI

- La chiusura del Pronto Soccorso e del Reparto di chirurgia di questo plesso ospedaliero avrebbe penalizzato sia i cittadini dell’Irpinia che gli operatori sanitari (circa 64) costretti alla mobilità.

Grazie all’azione della Cisl della Campania, volta a rimodulare il piano di riordino della rete ospedaliera della provincia di Avellino, tale chiusura è stata evitata.

Infatti, la decisione del Governatore Caldoro di confermare il “G. Criscuoli” quale struttura ospedaliera di primo livello, ripristinando non solo il Pronto Soccorso ma anche i reparti esistenti, a partire dalla medicina e dalla chirurgia, garantirà l’erogazione di servizi di emergenza adeguati al territorio.

OSPEDALE “DI GUGLIELMO” DI BISACCIA

- Diventerà una struttura “collegata” a quella di S. Angelo dei Lombardi.
In particolare tale collegamento funzionale prevede l’attivazione di diverse funzioni: SPS (Servizi per la salute), ambulatori territoriali, lungodegenza, RSA, hospice, PSAUT (Posto medico di primo intervento).

Il concetto di “collegato” affida al piano attuativo la possibilità di riordinare ovvero riallocare i posti letto in capo all’ospedale di primo livello.

Per dare concretezza a tutto quanto previsto dalla Strutta Commissariale, **diventa indispensabile un’azione volta al reperimento delle risorse economiche al recupero delle professionalità necessarie, sia del comparto che dell’area**

medica, per assicurare il miglior funzionamento delle strutture e quindi un'elevata qualità dei Livelli di Assistenza.

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE "G. MOSCATI"

- Le liste di attesa non risultano più gestibili a fronte di una assai poco chiara attività intramoenia, **con costi notevoli per l'Azienda**, che alcuni dirigenti medici erogano in barba al rispetto delle leggi vigenti.

Risorse che, se recuperate, potrebbero invece essere utilizzate per migliorare i servizi resi all'utenza o per incrementare il fondo del comparto (ai sensi dell'art. 16 comma 5 del D.L. 98/2011, convertito in legge 111/2011)

- Era stato previsto un bando di gara e affidamento di servizi ad esterni, per effetto del superamento del blocco del turn over per infermieri e personale OSS, **al massimo ribasso e senza garanzia di applicazione dei contratti sottoscritti a livello nazionale**. Per l'assunzione di personale OSS e infermieristico si è fatto ricorso al fondo del comparto (voce straordinario) per un importo di circa **1.200.000 €**.

Grazie all'intervento della Cisl è stato sospeso.

- La carenza organica di medici, infermieri e tecnici di laboratorio è divenuta ormai insostenibile e rischia di portare alla chiusura imminente di alcuni reparti e al blocco delle attività ambulatoriali, costringendo i cittadini irpini a spostarsi presso altre strutture.

Attualmente, infatti, l'organico dell'Ospedale è carente di 35 medici, 60 infermieri e 10 tecnici di laboratorio.

Per far fronte a tali carenze si spendono in media circa **2,6 mln** e per il pagamento degli straordinari e la stipula di convenzioni.

- Il **personale infermieristico**, in particolare, **si è ridotto notevolmente negli ultimi anni**: dai **719** infermieri in forza nel 2006 si è passati ai **605 nel 2011**, molti dei quali (circa **114**) non possono svolgere le turnazioni nei reparti per motivi di salute, oppure sono impegnati per le attività ambulatoriali.
La situazione è peggiorata in seguito alla scadenza, a fine aprile 2012, del contratto con la cooperativa che forniva 38 infermieri.
- Proprio a causa di questa carenza organica non è stato possibile attivare, così come previsto dal Decreto n. 49/2010:
 - n. 8 posti letto di osservazione breve al pronto soccorso per la riduzione di ricoveri inappropriati;
 - n. 4 posti di stoke (reparto semintensivo dedicato alla diagnosi ed alla cura dell'ictus cerebrale in fase acuta)
 - n. 4 posti letto di neurochirurgia;
 - n. 3 posti letto di post-chirurgia (con tale mancanza vengono impropriamente ma necessariamente occupati i posti di rianimazione).
- Sempre a causa del sottodimensionamento degli organici si è proceduto alla riorganizzazione di alcune attività e reparti:
 - **Il Reparto di Gastroenterologia** è stato accorpato a chirurgia oncologica e dei n. 9 posti letto, solo sono 2 attivi.
Per questo motivo le prenotazioni per visite e ricoveri hanno una lista di attesa media di 4/5 mesi;
 - **Il Reparto di Cardiologia Riabilitativa** è stato accorpato con la Cardiochirurgia e da 25 posti letto iniziali solo **15** sono attualmente occupati.
Anche per questo reparto la lista di attesa per prenotazioni è 4/5 mesi;
 - **Il Reparto di Allergologia** non ha infermieri dedicati;
 - **Il Reparto di Chirurgia Vascolare** è stato accorpato a Medicina Generale e dai 21 posti solo **16** sono occupati;

- **Il Reparto di terapia radio metabolica non è attivo**, perché non ci sono infermieri dedicati.
- La forte carenza di personale riguarda anche i **Tecnici di radiologia**. Infatti attualmente si verifica la seguente situazione:
 1. Per la Radioterapia i turni H24 sono coperti solo da **3** tecnici;
 2. La Neuroradiologia ha in forza **3** tecnici;
 3. Per le turnazioni e le guardie sono impegnati solo **6** tecnici di radiologia, per un costo pari a 300.000 € necessario a coprire gli straordinari per tutte le turnazioni

La necessità di ricorrere alla pronta disponibilità ed allo straordinario costa all'Azienda circa 1.000.000 €.

L'analisi degli organici funzionali dell'Ospedale appare quanto mai necessaria e urgente per lo svolgimento delle attività dell'Ospedale e per la conseguente rimodulazione della spesa per il personale.

BENEVENTO

- Il riassetto della rete ospedaliera sancito dal Decreto Commissariale n. 49/2010 prevede un **nuovo Presidio Ospedaliero**, attraverso l'accorpamento delle Unità Operative del "S. Maria delle Grazie" di Cerreto Sannita e del "S. Giovanni di Dio" di S. Agata dei Goti, in futuro a loro volta riconvertiti, insieme al complesso di S. Bartolomeo in Galdo, in "Strutture Polifunzionali della Salute" (SPS).

Tali strutture sono attualmente in stato di completo abbandono, anche se continuano ad essere appostate risorse per la loro riconversione.

- Per il **nuovo Presidio Ospedaliero "S. Alfonso Maria dei Liguori"**, sito in S. Agata dei Goti e aperto ufficialmente il 1° novembre 2010, il piano prevede **100 posti letto**, così distribuiti:

Unità operativa	Ordinari	Day hospital	Day surgery
Cardiologia	8	2	
Chirurgia generale	20		5
Geriatria	5		
Medicina generale	20	5	
Ortopedia e Traumatologia	15		5
Terapia intensiva	4		
Oncologia	5	6	

Ma di questi sono stati attivati solo 70, afferenti alle Unità Operative di Chirurgia Generale, Medicina e Ortopedia – Traumatologia.

- **L'Ospedale è inserito nel circuito dell'emergenza nonostante sia privo dei reparti di Rianimazione e Cardiologia**, le cui attrezzature - mai utilizzate – si trovano ancora nel plesso di Cerreto Sannita.

La nuova struttura, molto grande, è sotto utilizzata e rischia la chiusura a poco più di un anno dalla sua inaugurazione, a causa dei costi di manutenzione e gestione che risultano essere troppo elevati.

CASERTA

AZIENDA SANITARIA LOCALE

- Nominalmente a Caserta esiste una sola ASL, ma in realtà esistono ancora molti doppioni quale conseguenza dell'accorpamento delle due ex ASL, come ad esempio i due Dipartimenti di Prevenzione e le due Strutture Complesse di Igiene degli Alimenti.
- Manca in tutto il territorio casertano una vera programmazione organica e pianificazione delle attività da erogare agli utenti e di esternalizzazione di beni e servizi, che sono invece decisi a cadenza periodica e secondo le “esigenze” del politico di turno che dai reali fabbisogni del territorio.
- **L'elevata spesa per fitti risulta essere la terza a livello regionale** (subito dopo la Asl Napoli3 Sud e la Asl Napoli 1), potrebbe essere ridimensionata, recuperando in questo modo risorse.
La ASL paga circa **3,3 mln €** l'anno per fitti passivi (come denunciato dal Corriere del Mezzogiorno il 31 marzo u.s.), ma non c'è mai stato un piano di acquisto o di costruzione di immobili di proprietà.
- Il “**Palazzo della Salute**”, immobile di sette grandi piani, costa di locazione circa **un milione di euro all'anno** e l'immobile in uso al **Dipartimento di Prevenzione costa circa 300.000 € all'anno** (è da considerare che il Comune di Caserta ha un vasto patrimonio immobiliare e quindi, al limite, sarebbe più sensato e conveniente prendere in fitto immobili comunali e non quelli di privati), mentre a **Capua** l'ospedale è stato dismesso e vi sono vasti spazi non utilizzati, ma l'ASL continua a tenere in fitto locali di privati.

Lo stesso “Palazzo della Salute” si trova in una zona periferica di Caserta: è servito da una linea di mezzi pubblici che effettua una corsa all’ora. Ne deriva che tutti gli utenti giungono in auto, con conseguenti difficoltà di parcheggio e notevoli disagi soprattutto per i portatori di handicap.

- La spesa per fitti potrebbe essere ridimensionata.

Ad esempio:

- l’Unità Operativa di Salute Mentale che ha sede presso il “Palazzo Orabona” di Aversa potrebbe essere collocata presso la sede della ex ASL Caserta 2 ex Ospedale Psichiatrico);
 - l’Unità Operativa di Salute Mentale che a Capua ha sede presso il palazzo “E. Fieramosca” potrebbe essere spostata presso il dismesso Ospedale di Capua;
 - anche per la sede di Maddaloni dell’Unità Operativa di Salute Mentale, per cui si pagano circa 100.000 € l’anno potrebbero trovarsi soluzioni meno dispendiose.
- A peggiorare la situazione economica delle due Aziende Sanitarie della Provincia di Caserta contribuisce **l’elevato contenzioso legale**, spesso dovuto alla incapacità di gestione delle risorse umane, all’ingente ricorso a incarichi legali esterni, al ritardo dei rimborsi e ai pagamenti delle prestazioni di beni e servizi procrastinati nel tempo.

RIASSETTO DELLA RETE OSPEDALIERA

- L'attuazione del Decreto 49/2010 di riorganizzazione della rete ospedaliera campana sta causando notevoli disagi per la collettività, costretta molte volte a spostarsi fuori provincia a causa dei lavori di riconversione e adeguamento delle strutture presenti sul territorio.

Esempi concreti sono le **Strutture Ospedaliere di San Felice a Canello, Capua, Teano e Maddaloni** dove sono stati eseguiti lavori edilizi per ammodernamenti e riconversioni, ma con scarsi risultati.

Infatti sono stati ricostruiti **interi complessi operatori** (per il solo ospedale di Capua sono state costruite 3 sale operatorie) **che non sono utilizzati** e sono **completamente abbandonati** per riconversione delle attività.

- La struttura di **San Felice a Canello** è stata riconvertita in Ospedale di Riabilitazione e Lungodegenza, mentre quelle di **Capua e Teano** sono state riconvertite in Ospedali di Comunità: manca però il personale medico (soprattutto medici riabilitatori) da adibire a tali strutture.
- Le attività svolte nell'**Ospedale di Maddaloni** saranno trasferite a quello di Marcianise, che risulta però inadatto alla confluenza dei servizi per il mancato completamento dell'edificio necessario allo scopo (che risulta incompiuto da circa 30 anni).
- Per l'**Ospedale di S. Maria Capua Vetere**, che ha 70 posti letto, sono stati effettuati lavori edilizi per l'ammodernamento del vecchio e fatiscente plesso (utilizzando i fondi previsti dall'art. 20 della Legge 67/1988 – Finanziaria 1988).

Attualmente il Decreto 49/2010 prevede per il plesso un incremento dei posti letto, che non si possono realizzare a causa dei limiti strutturali, dovuti proprio ai lavori di edilizia lasciati incompiuti per mancanza di fondi.

- La carenza di operatori specializzati in manutenzione e controllo dei beni da conservare e/o sostituire rende indispensabile il ricorso alle esternalizzazioni. Ciò comporta l'affidamento di questi servizi di gestione ordinaria mediante convenzioni e appalti, con conseguente spreco di risorse.

Manca, per di più, una verifica attenta sugli interventi e le sostituzioni realmente necessari.

POLITICHE DI PREVENZIONE E CURA DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE

Il cancro rappresenta la seconda causa di morte in Italia (30%), dopo le patologie cardiocircolatorie (39%).

L'incidenza sociale ed economica della patologia tumorale sul funzionamento dell'assistenza in Campania è aggravata dall'assenza di una reale politica sanitaria regionale ed è anche la cartina al tornasole del cosiddetto Servizio sanitario italiano "a 2 velocità".

L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) e l'Associazione Italiana Registri Tumori (Airtum) hanno pubblicato il 6 dicembre u.s. il volume *"I numeri del cancro in Italia 2011"*, dove si evince che **c'è un'incidenza maggiore al Nord rispetto al Sud** (+30% di casi registrati), ma che **la sopravvivenza è complessivamente inferiore nel Mezzogiorno**.

Inoltre l'Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO) della Campania, con uno studio sullo stato della radioterapia campana effettuato in collaborazione con l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARSAN), **ha rivelato che nel 2009 erano stati trattati da tutti i centri campani del settore (pubblici e privati) circa 8000 pazienti contro i 13.000 attesi**.

Nella migliore delle ipotesi gli altri 5000 pazienti sono stati curati fuori regione (con ulteriore aggravio per la spesa sanitaria regionale), mentre nella peggiore si tratta di **malati oncologici che non hanno ricevuto una cura adeguata, con tutto ciò che ne consegue sul piano umano ed economico**.

Uno studio del Censis del 2008 ha rilevato che il numero di centri di radioterapia rapportato alla popolazione in Campania è pari alla media nazionale, ma il numero di prestazioni radioterapiche per 1.000 abitanti è molto inferiore rispetto a quello di altre regioni, dove con meno centri si erogano più trattamenti.

Proprio per questo è necessaria un'azione di programmazione per le prestazioni radioterapiche e di armonizzazione tra i vari centri, sia pubblici che privati, che erogano questo tipo di servizi.

Anche questa responsabilità grava sulla gestione del Sistema Salute in Campania.

A questo ambito si aggancia un altro cruciale aspetto critico della sanità campana evidenziato dalle patologie tumorali e rappresentato dalla **mancanza di volontà di prendere atto del contesto ambientale e di conseguenza epidemiologico della regione, omissione che continuerà ad avere in futuro notevoli ripercussioni economiche sul Servizio Sanitario Regionale.**

Non è possibile in questa sede affrontare esaustivamente il problema, ma sarà sufficiente citare il recente lavoro scientifico denominato **“SENTIERI - Studio epidemiologico nazionale dei territori e degli insediamenti esposti a rischio da inquinamento”**, a effettuato dal Dipartimento Epidemiologia - Servizio Sanitario della Regione Lazio e del Ministero della Salute e pubblicato nel mese di settembre u.s.

Da questo documento si evince che **l'aumento di incidenza di tumori, malformazioni e malattie metaboliche nella nostra regione è correlato alla presenza di siti di discarica di rifiuti urbani e industriali, oltre che stili di vita scorretti e inquinamento urbano.**

Alla luce dei risultati ottenuti e dell'insieme delle conoscenze epidemiologiche relative all'area del litorale Domizio Flegreo e dell'Agro Aversano (costituito da 77 Comuni, con una popolazione complessiva di 1.314.222 abitanti al Censimento 2001), si **raccomandano studi per la valutazione dell'inquinamento ambientale presente nell'area**, nonché indagini epidemiologiche con una componente di analisi di biomonitoraggio della catena alimentare in specifiche sub-aree.

Tutto questo può sembrare scontato, ma per la Cisl della Campania non lo è, perché **la sanità campana ed il livello regionale di controllo della stessa hanno rinunciato**

negli ultimi 20 anni ad diritto/dovere di monitorare la situazione ambientale per un'efficace prevenzione primaria.

La Delibera di Giunta Regionale n. 1293 del 27/08/2007, ha istituito **il Registro Tumori Regionale**, strumento ufficiale di raccolta dei dati di mortalità per tumore e dei dati per incidenza e sopravvivenza per questa patologia nella popolazione, ma **non è mai stato concretamente realizzato**.

Solo nell'ottobre 2010 (dopo tre anni dall'emanazione della Deliberazione) è stata convocata in Regione una riunione con tutti i capi di Dipartimento di prevenzione delle A.S.L. e i dirigenti dei Servizi di epidemiologia delle stesse, per essere sensibilizzati e soprattutto mettere a punto una struttura di coordinamento regionale, anche per monitorare lo stato di implementazione del registro tumori stesso nelle A.S.L.

Tale riunione non ha prodotto risultati significativi: infatti solo la ex ASL Napoli 4 ha a suo tempo istituito un registro tumori.

Per la Cisl della Campania dare **concretezza all'istituzione del registro tumori appare un compito non più procrastinabile**, se si intende affrontare con serietà il problema dell'assistenza al malato oncologico ed avviare percorsi di seria prevenzione, **considerata anche la ragguardevole incidenza della spesa farmacologica per la terapia dei tumori**.