

PRESIDENTE:

Diamo adesso la parola al Dott. D'Amario, Direttore Generale della ASL.

D'AMARIO:

Buonasera a tutti. Un saluto a tutte le istituzioni presenti, ai cittadini, alle rappresentanze istituzionali e sindacali. Quella di oggi è una fase importante perché è vero quello che viene da tutti definito un piano industriale che non è un atto e né una delibera della direzione generale, bensì è una linea strategica, una linea guida per il commissario. Infatti tutti ci hanno chiesto di avere un documento, ma di fatti non esiste nulla di deliberato da parte della ASL se non una richiesta... esclusivamente appena insediato da circa 10 giorni i primi di marzo fui convocato dal Commissario di governo per consegnargli in una settimana il piano industriale. Io dissi chiaramente "io sono abituato a fare le cose seriamente per cui non accetto questa richiesta in quanto ho bisogno almeno di 30 giorni per girare, conoscere, anche se sono abruzzese, di conoscere bene quello che trovo come strutture e come professionalità". Sicuramente noi avevamo un grosso ritardo rispetto alle altre ASL perché gli altri direttori generali erano già presenti nelle ASL da circa 2 anni e mezzo, noi eravamo in forte ritardo su tutte le regolamentazioni. Allora chiesi 30 giorni di tempo in modo da dare al Commissario una proposta, perché cerchiamo di capire che cos'è un commissario? Questo è il primo concetto che dobbiamo capire. Il commissario è una persona terza mandata da un ente superiore laddove non c'è capacità di governo clinico, nel caso della sanità, di gestione della risorsa umana ed economica e incapacità di progettazione, cioè se noi oggi abbiamo un commissario di governo è perché a classe dirigente che ci ha preceduti in questi ultimi 15 anni non è stata capace di utilizzare bene quello che lo Stato ci consegna come finanziamento pro capite. Io che ho girato tutta l'Italia da Treviso all'Emilia Romagna 10 anni vissuti lì, in Piemonte ci dicono "voi ci dovete spiegare per quale motivo se ogni regione ha un finanziamento pro capite riesce a fare dei modelli sanitari sostenibili sia dal punto di vista dell'efficienza, della qualità e della solidarietà per quale motivo in Abruzzo non si riesce a fare questo? Non siete capaci? Avete altre problematiche?", a me dicono brutalmente "voi non potete pensare di finanziare la politica con la sanità, dovete decidere che con i soldi della salute si finanziano i diritti dei cittadini". Quindi dobbiamo evolvere il concetto dal clientelismo al consenso, la sanità può anche fare consenso ma questi soldi vanno ai cittadini, vanno ai servizi, sappiamo tutti quello che è successo e sappiamo tutti quindi perché abbiamo un commissario. Dopo 1 anno di presenza del commissario ancora rincorriamo delle chimere di salvare con degli striscioni delle realtà che non sono più produttive, non sono più utili al cittadino, questo perché abbiamo una progettualità vecchia. Allora io mi sono chiesto è vero noi abbiamo i soldi come gli altri, allora io volevo conoscere dal Commissario qual era il piano industriale suo a livello regionale, perché io mi rendo



conto che se noi andiamo a fare dei rapporti utenza-servizi noi abbiamo tanti doppioni ma non abbiamo quello che poi ci manca, quindi oltre ad avere 3 miliardi di euro di debiti di cui il 90% rappresentati dalla sanità, un'altra rata pesantissima di 900 e rotti milioni cartolarizzati, abbiamo detto che vendiamo tutti gli immobili inutili e non l'abbiamo mai fatto. Quindi loro ci guardano e ci dicono "voi siete le solite persone che fanno chiacchiere e che poi non cambiano mai nulla". Ancora di più questo si ripercuote sulle dinamiche assuntive, io proprio oggi ho avuto un fax dal Commissario avevo chiesto il Primario del pronto soccorso di Penne e ha detto "lei non può fare il concorso, né può fare l'OBI perché abbiamo il blocco delle assunzioni", quindi la ASL di Pescara deve rispettare il blocco. Quindi capite...?

Allora gli ho telefonato e dice "quando voi avrete fatto, tutta la regione, un piano di riorganizzazione se mancano e vengono motivate le scelte noi diamo lo sblocco a queste figure", questa è la filosofia. Anche perché in questi ultimi giorni purtroppo oltre al Commissario di governo abbiamo una cabina di regia nazionale che si riunirà in modo da dare direttive quasi linee guida definitive il 15 settembre, formata dal delegato del Ministero dell'Economia e delle Finanze del Tesoro, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari, il Vice Ministro Fazio, il Presidente Chiodi e l'Assessore alla Sanità e analizzeranno queste linee strategiche propositive. Io mi sono chiesto piuttosto che fare il sorteggio della monetina su quello che deve essere tolto senza capire quello che ci serve, preferisco avere una linea propositiva progettuale perché due sono i modi per fare il direttore generale o quello di eseguire quello che viene detto o quello di essere propositivi e di essere anche garanzia, quindi non vostra controparte ma il vostro portavoce presso le istituzioni, questo è il ruolo che il direttore generale vuole avere, quello di salvaguardare e di dare il meglio di quello che si può dare in un discorso sanitario.

Quindi utilizzando anche quella che è stata un po' l'esperienza all'estero e nei vari incontri che abbiamo avuto in qualità di rappresentanti di società scientifiche ci si è posti il problema, un modello di sanità possibile oggi sostenibile in Abruzzo è quella di una sanità in rete, cioè considerare tutto l'Abruzzo come un grande ospedale; c'è un grande dipartimento sanitario dove ogni comunità possa giocare un ruolo in base a quello che è il bacino geografico, il bacino demografico, la viabilità quindi una analisi anche del territorio. Tornando al discorso della ASL provinciale come la nostra è una ASL con 5 stabilimenti ospedalieri, anche questo dobbiamo dire abbiamo 3 stabilimenti pubblici e 2 privati, stiamo anche lì tagliando il 30% dei budget alle strutture perché i sacrifici li dobbiamo fare tutti perché non esiste un privato privato in Abruzzo, è un privato che attinge dal pubblico e quindi ci si deve sedere sullo stesso tavolo e vedere quello che serve, quello che l'ospedale non può garantire e quello che al limite può integrare il pubblico. Quindi non possiamo continuare a dare attività private di cose che già abbiamo negli ospedali perché questa è un'altra cosa fondamentale, quindi al privato dire "andate a lavorare in quelle cose che noi



non possiamo per motivi organizzativi, di mercato poter assicurare". Allora qual è il nuovo progetto di una sanità provinciale, non è un progetto di campanile perché se c'è un errore che ci può far continuare a far chiudere gli ospedali, perché poi l'ospedale lo chiude il cittadino perché il cittadino è sovrano e va dove ritiene di poter avere garanzie di assistenza migliore, il cittadino va su internet, si consiglia, sente; è quello invece di mirare non tanto ad un modello di campanile ma ad un modello di percorso clinico, cioè di cosa ha bisogno il nostro paziente in provincia? Ha bisogno della fase acuta, ha bisogno di una fase distabile, ha bisogno dell'urgenza, ha bisogno dell'emergenza, ha bisogno della riabilitazione. Altrimenti quando io vado a vedere i macroprocessi è vero alcune strutture sono in equilibrio, altre sono meno produttive però poi abbiamo un grosso debito verso altre regioni. Dobbiamo capire che a livello nazionale ci sono delle regioni come l'Emilia Romagna e la Lombardia che progettano i loro investimenti sulla base delle nostre carenze, dicono "siccome questi non sono in grado di fare la medicina dei poli specialistici la facciamo noi, facciamo mobilità attiva da tutta l'Italia e finché c'è la Puglia, la Sicilia, l'Abruzzo e tutto il resto noi finanziamo i nostri investimenti", sono gli altri che vivono sulle nostre incapacità organizzative. Allora possiamo continuare a fare 3 stabilimenti ospedalieri che fanno tutti le stesse cose? No, ci dobbiamo diversificare, diversificare significa riqualificare i presidi in base alle caratteristiche demografiche e anche di professionalità assistenziale. Allora questa strategia quindi per poter far sì che tutti e 3 i presidi possano rimanere è quella di diversificare fortemente e caratterizzare questi presidi. Abbiamo detto ieri che sicuramente non possiamo pensare di fare le emergenze complesse su presidi piccoli, perché le emergenze complesse necessitano di tutto un ambito tecnologico, diagnostico e di personale molto qualificato, pensate ad un trauma cranico che arriva su un presidio piccolo, dopo un po' deve essere trasferito sappiamo tutti perché abbiamo la Neurochirurgia, alcune indagini particolari, il chirurgo vascolare. Quindi è logico che non possiamo tenere le specialistiche di 2° e 3° livello su presidio piccolo. Di cosa ha bisogno invece un presidio medio? Ha bisogno di affrontare l'urgenza di 1° livello, cioè un addome acuto, un trauma toracico, una emergenza medica, uno scompenso. Quindi dobbiamo dividere i 3 presidi per intensità di cura, ma questo non significa, come diceva ieri il Sindaco di Popoli, che loro giocheranno la serie C perché abbiamo detto prima livello alto di intensità, media intensità e bassa intensità, la bassa intensità non significa essere una sottoclasse ma significa lavorare su patologie che non necessitano di intervento di emergenza; ho fatto il classico esempio di una riabilitazione di altissimo profilo professionale dove noi spendiamo ogni anno 12, 13 milioni che diamo alle Marche o alle altre regioni, scusate un presidio specializziamolo, facciamolo diventare presidio ospedaliero riabilitativo di alto profilo regionale e anche interregionale, cominciamo a far rientrare quelle famiglie che hanno i figli a



Modena, a Potenza Picena che sono da mesi lì ricoverati perché sono malattie lunghe di un grande recupero, li riportiamo, riduciamo il disagio delle famiglie, riportiamo i soldi in regione. Però secondo questi modelli arcaici di organizzazione campanilista della sanità questo è un modello riduttivo, allora ho detto "scusate ma qual è il modello alternativo?" La proposta era quella di gestire l'appendicite, allora se l'appendicite è un modello di alto profilo chirurgico allora non ci stiamo con quelle che sono l'evidenze scientifiche e tecnologiche. Allora io preferisco che un presidio giochi un ruolo di bassa intensità ma di alta specializzazione perché spesso si confonde la bassa intensità di cura con la bassa specializzazione, non è questo! Vi porto in presidi neurologici e riabilitativi che stanno in Emilia Romagna o stanno in Lombardia tipo di Bedesda di Milano che riceve pazienti da tutta Europa eppure è classificato come bassa intensità di cura. Addirittura la bassa intensità di cura laddove c'è intelligenza può persino aprire la strada alla ricerca scientifica perché non dimentichiamo che l'Abruzzo è l'unica regione del centro Italia che non ha un IRCA, cosa sono gli IRCA? Sono istituti che oltre a dare assistenza fanno anche assistenza, tipo l'IRCA di Ancona, l'Istituto S. Raffaele. Quindi c'è purtroppo questo pregiudizio spesso che è più politico che tecnico di confondere una bassa intensità di cura con una bassa qualità della professionalità medica e assistenziale. Questo un po' è il discorso generale di una organizzazione secondo un percorso clinico che segue il paziente, per cui lo stesso paziente può avere l'intervento di bypass a Chieti, passa a fare un intervento a Pescara di completamento invasivo, si stabilizza su un presidio come quello di Penne e può stare benissimo in riabilitazione cardiologia a Popoli. Questo non è un distruggere gli ospedali, questo è un valorizzare un percorso clinico che ci premierà da qui a 2 anni perché saremo una ASL, secondo me, modello organizzativo che oltre a razionalizzare le risorse ci porterà anche a recuperare pazienti nostri ma anche i pazienti di altre regioni. Quindi sicuramente non dire sì al campanile ma dire sì al paziente. Il paziente non vive solo in ospedale abbiamo detto ieri, il paziente vive anche sul territorio, ha bisogno di prevenzione pensiamo a tutte le problematiche oggi e noi abbiamo il pronto soccorso di Pescara intasato in questi giorni perché sono passati 2 casi di influenza A e si è generato il panico, la gente viene tutta al pronto soccorso, spesso il medico di famiglia in questo tipo di emergenza domiciliare è assente perché far andare uno con 37 di febbre al pronto soccorso oltre ad essere un pericolo di diffusione, del contagio verso tutti gli operatori sanitari e gli astanti, francamente chi si sognava 30 anni fa di far andare una influenza in pronto soccorso? Io mi ricordo bambino e stavo 3 giorni con 40 di febbre e quando c'era la possibilità di chiamare il medico, allora si pagava, se la febbre non andava via dopo 3 giorni mia madre che era contadina chiamava il medico che allora decideva che era una cosa seria. Quindi si facevano veramente gli anticorpi, oggi invece con 37 di febbre c'è il



panico e si va tutti al pronto soccorso, poi togliamo il posto a chi sta veramente male, ha l'ictus e ha altri problemi. Allora dobbiamo tornare per fare un discorso concreto a vedere qual è il ruolo che in questo progetto può giocare l'Ospedale di Penne e questa comunità. Giustamente voi siete preoccupati perché quando non si conoscono le cose ci si preoccupa, si sentono le interpretazioni le più libere dagli allarmismi e spesso alle distorsioni di carattere politico, strumentale. Allora è bene che oggi ci diciamo cosa possiamo fare e cosa dobbiamo fare perché questo è un presidio che ha una grossa valenza territoriale, quando io ho fatto il mio piano strategico ho detto "Val Pescara è una zona lunga a bassa residenzialità, quindi a facile scorrimento, molti già vanno sul Policlinico di Chieti", non vengono neanche più a Pescara perché purtroppo è così anche la viabilità caratterizza; su alcune branche poi l'Ospedale di Pescara in questi anni ha perso la credibilità quindi molti vanno su Chieti. Ma questo non è un problema perché se un cittadino sceglie di andare a Chieti siccome il finanziamento è pro capite non abbiamo le aziende sanitarie, non lavoriamo a DRG e quindi tutto sommato il cittadino va dove ritiene giustamente di essere seguito meglio, non c'è sbilanciamento economico perché rimane tutto nella nostra regione. Il problema è quando il cittadino di Pescara o di Penne vanno a S. Benedetto del Tronto per farsi l'ernia, io questi casi li ho chiamati e ho chiesto il perché, mi dicono "dottore io lavoro, ho una attività mia imprenditoriale sono venuto all'Ospedale di Pescara mi hanno detto che devo aspettare 4 mesi per fare l'ernia, vado all'ospedale - senza fare nomi - mi hanno detto che devo stare 5 giorni ricoverato, io ho da fare vado a S. Benedetto mi hanno detto gli esami li faccio fuori, entro la mattina alle 8 e alle 7 sono a casa, mi fanno la day surgery, mi posso far sequestrare da voi per 7 giorni? Io devo lavorare". Capite come il progetto innovativo di chirurgia di giorno o chirurgia di 1 giorno di ricovero per molte persone oggi è fondamentale. Allora noi stiamo ancora a pensare di salvare le vecchie chirurgie dove noi avevamo i pazienti per fare gli accertamenti, poi per vedere di lasciare lì anche per motivi sociali che a volte non si potevano dimettere, questo modello assistenziale non può reggere più. E' un modello che rifiuta il cittadino! Quindi dobbiamo allora in questi ospedali tendere alla qualità percepita, cioè negli ospedali dove non c'è l'emergenza come quello di Pescara dove ogni giorno si combatte con i traumi, la chirurgia complessa, la neurochirurgia, le patologie oncologiche, dobbiamo mirare alla qualità; quindi è vero si mantenere dei posti letto per le degenze lunghe chirurgiche o mediche, ma cercare invece di ridurre i tempi per le patologie che ormai tutti quanti affrontano in day surgery. Quindi quando diciamo che si manteniamo la competenza oculistica ma oggi gli oculisti addirittura nei DRG non ci sono più i ricoveri per le patologie oculistiche, la cataratta fino a 6 mesi fa era un intervento in day surgery, cioè chirurgia di 1 giorno, da 3 mesi la cataratta è stata classificata e rimborsata dalla nazione come intervento ambulatoriale. Quindi noi dobbiamo lasciare non tanto



una degenza oculistica, ma dobbiamo lasciare due posti letto per quelle persone che si possono complicare. Quindi non è che noi vogliamo togliere da Penne la competenza oculistica che è molto ben gestita, ma dobbiamo assicurare la complicità e mantenere il livello di prestazioni che questa unità operativa riesce a fare; la stessa cosa dicasi per l'otorino, oggi addirittura fanno la tonsillectomia in 1 giorno le raccomandazioni nazionali e internazionali dico "la tonsillectomia nei bambini è a rischio per cui il bambino va osservato almeno per 1 notte perché potrebbe avere una emorragia notturna da un intervento banale come le tonsille". Quindi abbiamo capito che anche su branche specialistiche non c'è bisogno di tanti posti letto, c'è bisogno di pochi posti letto per le complicanze, c'è invece bisogno di tanta attività ambulatoriale perché le liste di attesa noi ce le abbiamo sulle branche a visita, se molti vanno nelle strutture private, se le cliniche private oggi lavorano nell'area di Pescara è perché non riusciamo a fare non tanto i grandi interventi perché nessuno si sogna di fare il tumore celebrale alla Pierangeli o all'altra clinica, grazie a Dio queste competenze ce le abbiamo ancora noi; ma la gente va lì per fare l'ernia, la colecisti, l'emorroidi e quant'altro garantisce quella qualità alberghiera, garantisce la privacy perché finché noi abbiamo le barelle nei corridoi ma chi è che si sogna di farsi medicare una patologia genitale o proctologica lungo un corridoio? Ma vi rendete conto? Noi dobbiamo capire queste cose. Allora io dico i 3 ospedali insieme possono giocare una partita vincente, è come volessimo fare una squadra solo con difensori o solo con attaccanti, dobbiamo fare una squadra con ruoli diversificati. Quindi un ospedale come questo deve mantenere una grande area funzionale chirurgica come era una volta la chirurgia, dove all'interno di questa grande area che utilizza risorse infermieristiche, ausiliarie e tecnologiche possiamo fare anche i grandi reparti però poi separiamo i letti tecnici di competenza specialistica, quindi dobbiamo far sì che più professionisti, e questo è possibile nei piccoli ospedali dove il professionista scambia continuamente idee, opinioni, si vede continuamente cosa che a volte non è possibile nel grande ospedale, creare le aree funzionali omogenee di chirurgia e di medicina, lì ci possiamo mettere tutto quello che ci serve utilizzando al meglio le risorse. Questo è un programma che secondo me piacerà molto al Commissario e al Vice Ministro Fazio... negli ospedali per alcune funzioni di base. Qui andiamo a toccare una nota molto dolente, la estraneità purtroppo nei processi assistenziali spesso, tranne alcune realtà di medicina aggregata qui c'è una bella realtà UTAP ad esempio, la collaborazione con l'ospedale, una volta i medici di famiglia andavano negli ospedali perché le mutue costringevano i medici a verificare se quei pazienti per i quali si pagavano delle quote erano realmente ricoverati, il medico di famiglia aveva addirittura un ruolo ispettivo altrimenti la mutua di appartenenza non pagava quello che oggi chiamiamo DRG, ma quella che era una volta l'assistenza. Quindi un maggiore feedback, un maggiore controllo, gli inglesi dicono che noi risolveremo il



problema della medicina italiana quando anche i medici di famiglia diventeranno dipendenti, in quel momento saranno obbligati a seguire la fase territoriale e di medicina, loro lo chiamano general practice, medicina generale perché solo rispondendo ad un unico datore di lavoro che è il Sistema Sanitario Nazionale sarà possibile fare una vera medicina coesa sotto gli obiettivi.

Qual è l'altro problema che ci ha sottolineato il Vice Ministro?

Oltre ad avere criticità organizzative in Abruzzo si spende male anche quello che c'è perché c'è una inappropriatelyzza, non si fanno le cose giuste al momento giusto per quel paziente, l'inappropriatelyzza inizia con la prescrizione del medico di famiglia che spesso molti esami sono inutili, si registra in fase di ricovero perché il primario vecchio stampo ricovera tutti anche quello che invece si può fare in ambulatorio, c'è una inappropriatelyzza poi nelle cure domiciliari, c'è una inappropriatelyzza nei farmaci. Quindi se noi facciamo il conto di 2.500.000.000 euro che noi spendiamo per la salute un 30% di inappropriatelyzza significa che noi usiamo male 800.000.000 di euro. Quindi già se noi ci educiamo ad utilizzare meglio questi finanziamenti l'Abruzzo riesce a rientrare con questo deficit.

Questo perché? Perché guardate che per capire le cose in sanità purtroppo l'Italia è una nazione strana perché tutti capiscono di calcio e di sanità, ma per capire bene i processi sanitari bisogna studiare i modelli sanitari e noi italiani siamo particolarmente bravi a creare modelli ma abbiamo purtroppo un grosso difetto, una volta fatto il modello che è eccezionale manchiamo di controllo di questi modelli, di risultati, di obiettivi, di sistema di verifica, dei sistemi premianti. Quindi noi siamo i migliori progettisti e siamo i peggiori collaudatori, tant'è vero che un mio collega anche amico da circa 1 mese è andato a lavorare con Obama e in 1 mese gli ha messo su un nuovo sistema sanitario americano; voi sapete che in America 47 milioni di persone non hanno l'assistenza, noi che abbiamo l'assistenza su tutti ci buttiamo del fango addosso e non facciamo le cose che siamo in grado di fare per altri. Questo è un collega di Cagliari che è andato su e ha creato il modello sanitario italiano, si è portato i nostri modelli e Obama è impazzito perché per loro avere un modello sanitario garantista sarà un grosso successo anche politico. Quindi a noi cosa ci serve? Ci serve un grande reparto di medicina dove rivalutiamo la figura dell'internista perché molti medici ormai sono andati un po' ognuno per i fatti propri, anche in ospedale non c'è più il grande reparto con il primario che dà le regole e le linee guida organizzative. Guardate molto è anche disorganizzazione se le cose non funzionano, la gente va in ferie quando vuole, non si sottopone ai controlli, non c'è un organizzazione dipartimentale che noi stiamo completando e pensiamo a giorni già di portare in attività deliberativa, non c'è una sintesi operativa tra l'ospedale di Penne e quello di Pescara per cui rischiamo di avere le barelle a Pescara e i posti vuoti su Penne. Va a finire che il cittadino di Collecervino preso dal 118 viene portato per essere barellato a Pescara quando poi avevamo il posto libero sull'ospedale di Penne, questo succedeva anche con



l'ortopedia, giustamente abbiamo detto "ma possiamo fare nell'ambito dell'ortopedia un'ortopedia dedicata ad alcune patologie traumatologiche più elevate, un'ortopedia invece più di indirizzo geriatrico, lo facciamo su Penne e valorizziamo il tipo di professionalità", faremo un'ortopedia programmata più rivolta alla diagnosi e alla microinvasiva. Le strategie si possono fare tutte però lavorando insieme e creando dei modelli che si integrano, non che si raddoppiano o si triplicano. La credo molto alla chirurgia programmata, credo molto alla chirurgia veloce perché in Francia anche i grossi interventi chirurgici demolitivi vengono fatti in 4/5 giorni di degenza, assicurando poi in alberghi convenzionati dove il medico va a fare i controlli e le medicazioni, perché si riduce tantissimo il costo vivo della gestione e migliora la qualità del paziente che sta con la propria famiglia. Quindi puntare molto a questa attività di chirurgia programmata, se andiamo a vedere statisticamente la chirurgia oggi per il 90% è questa, invece cerchiamo di fare una chirurgia oncologica seria. Che significa oggi fare chirurgia oncologica? Significa che il paziente quando va al tavolo operatorio è già stato studiato nei minimi particolari, non possiamo pensare "facciamo l'intervento", poi chi ci dice quanto vivrà questo paziente? Oggi si studia tutto e si programma, se quel paziente non si è sottoposto ad una diagnostica raffinata per capire il livello di metastatizzazione, il livello di complicità, la funzionalità residua di quell'organo, quante persone sono andate al tavolo operatorio per un polipo? Noi le conosciamo queste realtà perché ci sono le associazioni, e poi si è scoperto che era un grosso tumore. Questo paziente ha avuto l'amputazione, si è ritrovato ad avere un dramma esistenziale perché non è stata programmata la sua riabilitazione o non è stato fatto uno studio che gli poteva evitare quel tipo di intervento con una menomazione così grave che era quella della stomia o di altre cose. Allora nei rossi centri oncologici il paziente prima di andare al tavolo operatorio sa già prima di entrare cosa si troverà su quel tumore, il livello di invasività, se c'è bisogno di fare la radioterapia durante l'intervento e quindi dirgli che a 2 o 3 anni vivrà e non dovrà essere rioperato o addirittura avrà problematiche molto più serie. Quel paziente saprà che non dovrà portare la stomia ma potrà avere un ano naturale, potrà sapere che però se ha quell'ano naturale se non ha studiato la funzionalità residua quel paziente vivrà male perché sarà costretto a non poter andare più sull'autobus, andare al cinema perché avrà una incontinenza continua. Quindi oggi fare sanità non significa improvvisare più nulla, significa studiare bene le patologie nei posti dovuti. Allora abbiamo detto Ospedale di Pescara abbiamo l'oncologia, abbiamo l'ematologia, abbiamo il materno infantile cerchiamo di portare lì tutte queste emergenze e di utilizzare al meglio ciò che questo ospedale già offre. Cerchiamo invece di togliere quelle patologie più programmabili dove troverà una ospitalità migliore anche dal punto di vista assistenziale, perché chi sta in coma non sarà in grado di dare un giudizio di qualità percepita, chi è un politraumatizzato o sta in rianimazione.



Ma se uno sta bene e fa un piccolo intervento esprime il proprio gradimento, valuta, giudica di più e quindi è bene che stiano in strutture. Io non voglio parlare oggi anche di Popoli anche se abbiamo detto che vogliamo pensare a una struttura fortemente riabilitativa in un ambito anche termale, vogliamo pensare a dei servizi che funzionano molto bene e che hanno anche un ruolo territoriale e non solo un ruolo ospedaliero, quindi l'ospedale che va anche sul territorio. Vogliamo invece cercare di capire che poi su questo ospedale che è dell'area Vestina una volta stabilizzati i grandi reparti e le realtà specialistiche di carattere ambulatoriale, abbiamo anche bisogno di fare una struttura per i cosiddetti ricoveri per soggetti fragili.

I soggetti fragili sono essenzialmente gli anziani di cui si è sentita oggi la grande crisi nel periodo del terremoto, non sapevamo dove poterli far stare, sono patologie croniche quindi non è gente che recupera dopo 1 giorno quindi abbiamo bisogno di una lunga degenza aziendale. Già il fatto di aver spostato la lunga degenza da Città S. Angelo sull'area vestina però, ahimè, dopo non abbiamo dato anche quei posti letto in più e quegli infermieri in più perché in quel momento non avevamo la disponibilità perché abbiamo ancora il problema del blocco delle assunzioni, però questo sarà importante. Lungo degenza, grande geriatria e tutta la gestione della patologia cardiaca dell'anziano perché guardate che una grossa fetta di persone hanno bisogno di cardiologia, la cardiologia dell'anziano oggi è il 50/60% della cardiologia in regime di ricovero. Quindi la cardiologia non è solo UTIC perché la terapia intensiva si fa bene in un posto, già è molto discutibile che noi abbiamo in Abruzzo 2 emodinamiche a 10 km. Io ho detto al nostro Commissario "perché abbiamo l'emodinamiche a Pescara e a Chieti? Portiamo l'emodinamiche di Chieti a Lanciano così Lanciano farà Ortona, Lanciano, Vasto, Termoli e Campobasso, evitiamo che tutta questa gente se ne vada verso Campobasso", però non ha senso Pescara e Chieti a 10 km, è inutile che ci facciamo queste guerre, facciamo il meglio della ASL di Chieti e il meglio della ASL di Pescara e scambiamoci l'assistenza. Quando sono arrivato e ho trovato la radioterapia bloccata mi sono molto indignato, ho detto "non possiamo dire che compriamo l'apparecchiatura e poi non la facciamo funzionare"; ho fatto in 15 giorni un concorso per un radioterapista forzando il blocco commissariale, ho detto "io devo scegliere se prendermi una sua censura caro Commissario o una denuncia perché non do assistenza a questi malati, preferisco la sua censura". Quindi abbiamo fatto la radioterapia, però c'era un problema che la radioterapia oggi non può funzionare se non ha un secondo strumento quando si ferma il primo acceleratore. I tempi tecnici di una gara d'appalto sono mediamente 18 mesi, avevamo il problema che il secondo acceleratore era occupato dalla vecchia cobalto terapia, abbiamo finalmente sbloccato lo smaltimento della vecchia cobalto terapia e stiamo partendo con il secondo acceleratore di lineare per dare la vera assistenza nell'arco delle 24 ore. Allora ho fatto una cosa molto semplice, è vero che non posso comprare ma la legge non mi vieta di avere un secondo



apparecchio su un ospedale vicino e ho fatto una convenzione gratuita con l'Ospedale di Chieti, per cui quando si ferma l'acceleratore di Pescara il mio paziente va su Chieti a costo zero, quando si ferma l'acceleratore di Chieti il paziente di Chieti viene su Pescara. Quindi non ci vuole molto per risparmiare in sanità, basta superare la logica dei campanili e questo purtroppo in Abruzzo negli ultimi 15 anni non si è mai fatto.

L'altro problema che accennava il Sindaco, cosa manca come tecnologia? È vero l'endoscopia digestiva è iniziata e poi si è fermata per una serie di motivazioni, questi pazienti sono costretti a girare con l'ambulanza, proprio l'altro ieri dopo una serie di simulazioni di mercato abbiamo scelto con il primario della medicina, con un medico endoscopica di Pescara il Dott. Iannetti di fare una trattativa accelerata infungibile sulla strumentazione che manca, in modo che questa strumentazione è presente su tutta l'azienda si può fare un completamento di fornitura come backup territoriale, quindi andremo da qui ai primi di settembre finalmente ad avere questa attrezzatura. Abbiamo le persone, abbiamo l'attrezzatura e questa cosa io direi ragionevolmente entro il 15 di settembre possiamo recuperare questa competenza e questo vuoto assistenziale. La stessa cosa dicasi per l'ecografia, anche qui non abbiamo disponibilità immediata però abbiamo dei finanziamenti su alcuni distretti dove queste attrezzature vengono poco utilizzate, quindi è possibile delocalizzare uno dei due apparecchi perché sono sotto utilizzati in alcuni distretti, li possiamo utilizzare benissimo in un ambito ospedaliero, quindi riusciamo a recuperare anche l'ecografia, riutilizzando l'ecografia di reparto per tutto ciò che riguarda l'ultrasonografia. Sulle radiologie adesso con il nuovo dipartimento che partirà prima di agosto faremo una ricognizione delle apparecchiature per poter aggiornare tutte le tac, noi abbiamo delle tac molto vecchie monostrato quando ormai si lavora a 16 e a 32 strati, è una differenza che ci darà sicuramente una maggiore sensibilità diagnostica questa scelta e ci permetterà di lavorare meglio anche su tutto quello di cui vi parlavo prima in fase di completamento e di indagine clinica. La pneumologia di Penne, io ho trovato una Legge 6 non fatta da me ma la Legge di riordino dove la pneumologia di Penne veniva eliminata dove con una legge esecutiva da portare a termine c'era questa situazione. Per cui l'unico concorrente di un concorso fatto e mai attivato era un medico che attualmente a livello volontario continua a dare questo servizio, io ci ho parlato varie volte e ho promesso che al più presto troverà la soddisfazione di poter lavorare con la piena dignità professionale e i pieni diritti utilizzando però un discorso di valenza aziendale, cioè non essendoci qui un reparto con una situazione di alternanza, attività ambulatoriale sul Presidio di Penne e attività di reparto sul Presidio di Pescara dove questa struttura è rimasta attiva. È l'unico modo per dare la possibilità a questa persona di essere inquadrata in un organico aziendale. L'UTAP, qui abbiamo detto una grande compartecipazione dei medici di base aggregata attorno ad un medico leader che io ho conosciuto, questa è una cosa molto positiva perché l'UTAP



funziona quando c'è un gruppo molto motivato, altrimenti l'UTAP diventa un escamotage per far pagare l'affitto e la luce e il telefono alla ASL. Io ho sempre detto la vera UTAP è quella che ha dei leader e ha una forte capacità di lavorare insieme da parte dei medici, però per fare questo ogni medico deve avere una sua piccola specializzazione, se noi abbiamo 10 medici di famiglia senza specializzazione quell'UTAP non funzionerà perché non c'è motivazione che fa mettere insieme più medici, quindi siamo costretti a mettere gli associati insieme all'attività distrettuale ma quello non è più un UTAP. La vera UTAP è quando più medici specializzati ciascuno per qualcosa riconoscono un leader e si mettono insieme, qui questa cosa lavora molto bene, questo progetto sta andando avanti, abbiamo un problema legato a struttura edilizia non perfettamente idonea, tant'è vero che abbiamo fatto la gara per migliorare l'accesso su un elevatore che mancava, e abbiamo completato le procedure informatizzate per far sì che l'UTAP si colleghi all'ospedale. Proprio stamattina (parola non chiara) sanità mi diceva che è tutto pronto, sta solamente aspettando il parere favorevole del direttore sanitario di presidio. Io l'ho cercato e ho detto "il sanitario di presidio è in ferie, dovrebbe rientrare tra un paio di giorni, l'ho cercato perché voglio risolvere questa situazione perché è un blocco burocratico non è un blocco tecnico", quindi non capisco perché si continua a creare disagio tra i cittadini per delle cose banali che si possono risolvere in mezz'ora. Io poi sono un tipo che non riesce a stare fermo, le cose le vuole risolvere e quindi quando sento queste cose mi incavolo molto ma dovrei stare ogni giorno su ogni presidio per cercare di dare calci alla gente per fargli fare quello che devono fare, però se sono costretto lo farò. Sulle RSA il discorso del Carmine questo era un progetto di orientamento psichiatrico, non era una vera e propria RSA perché è strutturata proprio come una struttura psichiatrica. Una parte di questa struttura è già distretto, l'altra parte invece è cartolarizzata, che significa cartolarizzata? Fa parte di quei beni che devono rientrare nel debito regionale. È anche vero che la situazione dello stabile è una situazione di fatiscenza attualmente, gravi danni di non utilizzo, per fare il trasferimento di una parte dell'ospedale ci vorrebbe circa 18.000.000 di euro, quindi diciamo che il gioco non... con una superficie totale che è quasi il 40% del vecchio ospedale, quindi dovremmo addirittura parcellizzare l'ospedale. Forse è meglio puntare sul potenziamento del distretto e sulla rivendita cartolarizzata per una parte dei debiti regionali. Però c'è un altro problema, hanno avuto in questi ultimi 7/8 anni 12.000.000 di Art. 20, anche qui noi siamo tristemente famosi a Roma per incapacità di spendere soldi. Quindi questi 12.000.000 di euro sono stati ritirati, sospesi perlomeno ma a livello nazionale perché tutto ciò che faceva cassa rientrava. Quindi qual è stato il pensiero della cabina di regia regionale? Siccome per questi ospedali non abbiamo ancora un piano che ci definisce se devono rimanere, se devono essere chiusi noi l'investimento edilizio su questi ospedali Penne e Popoli non lo facciamo più, quindi praticamente hanno sospeso questo



finanziamento. Quindi io mi sono molto allarmato, sono andato personalmente dal Responsabile regionale dell'Art. 20 un certo Ing. De Flavis, l'ho pregato di vedere se si possono riprendere questi 12.000.000 di euro perché per portare a termine questa stabilizzazione, perché la cosa importante dell'Art. 20 che voi dovete sapere è che l'Art. 20 non riguarda solamente il complesso edilizio, l'Art. 20 riguarda le strutture finite quindi se mi dice che mi fa un reparto di riabilitazione l'Art. 20 mi deve dare la struttura, la vasca per riabilitazione, il letto tecnico mi deve dare tutto, quindi l'Art. 20 è importante e perderlo significa non ringegnerizzare un ospedale. Quindi su questo ci sono ancora degli incontri, se sarà necessario faremo un gruppo di lavoro ricco per portare questa istanza di recupero di questo finanziamento sospeso. Ma io sono convinto che se noi portiamo avanti il progetto provinciale di diversificazione di fronte ad una permanenza delle attività, secondo questo schema, non perdendo quindi il sigillo di ospedale torneremo a riavere questo finanziamento perché questo finanziamento ci è dovuto. Questo perché? Perché tutti gli Art. 20 non utilizzati andrebbero a fare il pool di danaro per i nuovi ospedali, quindi i nuovi investimenti di progetto ospedaliero. Quindi abbiamo detto l'Art. 20 è sicuramente un problema però noi molte di queste cose le dobbiamo fare anche con il nostro finanziamento di bilancio, altrimenti non possiamo aspettare 12 mesi, molte cose le dobbiamo cominciare a fare, molte attrezzature. Però qual è il dramma di una direzione generale? Voi sapete che i grandi progetti ma anche i piccoli progetti hanno bisogno di uomini perché le cose non vanno avanti con le carte, se io nei presidi non ho persone che portano avanti queste cose non si va da nessuna parte, non è che io ogni giorno posso venire a dire "l'avete fatto l'allacciamento informatico? L'avete fatto il progetto perché devo fare la gara d'appalto?". C'è questo grosso problema che mancano gli uomini, in una azienda come questa dobbiamo... ad esempio io non ho geometri, io devo fare la manutenzione e non ho un geometra, devo avere almeno un geometra per presidio al quale posso fare riferimento, il mio ingegnere del patrimonio e dire "cosa ti manca? Cosa ti serve? L'ascensore si è rotto chi fa la manutenzione?" fammi lo studio per traslocare un reparto. Non è che ci vogliono degli scienziati, qui ci vogliono dei geometri, purtroppo la nostra azienda non ha geometri. Quindi un Ufficio Tecnico che non ha geometri ha solamente dei grandi investimenti di esternalizzazione che è la follia totale, perché quando una azienda come la nostra non ha degli informatici propri, non ha degli ingegneri clinici propri, non ha delle persone addette alla manutenzione butta solo via dei soldi perché non si crea mai un'esperienza che poi manda avanti la baracca. Proprio oggi ho cercato di fare un bando di consulenti per geometri che mi permette di avere un geometra su Penne, un geometra su Popoli in modo da far riferimento. Per cui ci vogliono non tante cose, però su ogni presidio ci vuole un geometra e ci vuole uno che fa da ricognizione anche con un amministrativo che voglia fare queste cose. Guardate io senso tante cose perché poi sarà che sono abbastanza conosciuto e forse



una persona sincera con tutti storicamente, è facile sentire ogni giorno le solite cose, le piccole calunnie ma questo non ci porta da nessuna parte. Noi dobbiamo fare i fatti essenzialmente perché sennò cominciamo a dire l'articoletto sul giornale, qui non è cambiato niente ma dobbiamo prima cominciare a cambiare noi perché sennò non è che le cose ce le cambiano da Roma o ce le cambia qualcun altro. Qui non è un problema di appartenenza politica, qui è un problema di concretezza, è un problema di orgoglio, anche qui io sono un cittadino abruzzese non ho accettato questo lavoro perché ci guadagnavo qualcosa, io a malapena riesco a vedere la mia famiglia la domenica, non è che sia migliorata la mia qualità di vita né le mie entrate economiche perché ho dovuto rinunciare a tutto a qualsiasi attività professionale. Però ho detto ma può darsi che noi siamo sempre costretti a farci governare dagli altri che vengono da altre regioni? Può darsi che noi esportiamo management a Torino perché c'è uno che si chiama Marchionni, negli Stati Uniti perché uno ha inventato il mouse della Microsoft che si chiama Zappacosta che quando ha ripreso un pastificio in fallimento l'ha portato in attività con 12 mesi? Può darsi che abbiamo il n. 2 della Honda mondiale che si chiama Di Lorenzo sta ad Atessa? Può darsi che noi siamo bravi fuori e poi nella nostra terra non riusciamo mai a concludere nulla? Cerchiamo di capire che con un po' di appartenenza, di orgoglio e di concretezza e mettendo da parte gli striscioni ma facendo realmente le cose io penso che possiamo dare un contributo. Io questo l'avevo fatto anche nell'Ospedale di Atri, poter creare in questi presidi periferici dei piccoli comitati tecnici, cioè delle persone che armate di buona volontà possono comunque cercare di collaborare con la direzione, segnalare le cose come stanno perché io non voglio avere quello che mi viene dentro a raccontare il pettegolezzo o quell'altro a dire male dell'altra persona, questo non serve all'azienda. Noi abbiamo bisogno invece di una referenza neutrale che ci fa capire qual è il problema, qual è lo stato dell'arte, qual è la criticità perché così siamo in grado noi poi di incidere e di cambiare le cose. Io non voglio parlare troppo, se ci sono dei chiarimenti sono a vostra disposizione e anche eventuali dubbi. Comunque io credo molto nella comunicazione, lavorerò molto per far capire soprattutto ai cittadini quello che si sta facendo. Una cosa è certa non possiamo lavorare per difendere i privilegi dei professionisti, noi lavoreremo per i diritti dei cittadini questo che sia ben chiaro, perché spesso dietro i comitati c'è la non voglia da parte di qualche professionista di riqualificarsi, di capire che le cose sono cambiate, che si può anche ogni tanto riprendere un libro in mano e andare a studiare, si può andare nei centri che sono all'avanguardia ad imparare qualcosa. Io ci credo molto in questo, chi ha difficoltà vuole cambiare anche il proprio lavoro che ancora ha l'età giusta, noi siamo a disposizione, ci mettiamo i nostri soldi, la formazione e tutta la disponibilità possibile. Grazie.



PRESIDENTE:

Grazie Direttore. La invito a rimanere chiaramente per assistere alla discussione del consiglio comunale. A questo punto possiamo riprendere i lavori del consiglio, prego signora Tecla.

PASQUALONE:

Presidente scusi vogliamo dare dei tempi? Altrimenti noi togliamo... io credo che sia di estrema importanza questo Consiglio Comunale.

PRESIDENTE:

Certo Consigliere. Interventi strettamente contingentati al massimo 3 o 5 minuti. Prego.

TECLA:

Due minuti per chiedere chiarimenti al Direttore Generale. Io sono qui in veste di Presidente dell'AVO, l'Associazione Vestina per l'Oncologia di cui accennava il Sindaco nell'introduzione. Questa è una associazione nata a sostegno del day hospital oncologico, per farle capire questo day hospital oncologico è appena nato quando noi ci siamo insediati, quando abbiamo cominciato ad occuparci di questo day hospital le riferisco un'esperienza tanto è personale e posso andare oltre la privacy; mio marito è stato preso in carica dall'oncologo in un corridoio, questo era lo stato di questo servizio. Oggi è anche a livello strutturale un salotto, credo che lei abbia avuto modo di visitarlo, l'Associazione grazie alla generosità di tutta la cittadinanza che ha sempre contribuito in maniera generosa ha trasformato questo servizio, ha acquistato attrezzature, mobili, abbiamo anche pagato per 8 mesi una oncologa perché questo day hospital doveva chiudere il 1 giugno 2007 per mancanza di personale anche con molte polemiche interne perché giustamente gli altri membri del direttivo mi dicevano "è assurdo che pazienti e familiari di pazienti siano costretti a pagarsi il medico". Ma in periodi di emergenza Direttore io ritengo che dobbiamo fare tutti la nostra parte e anche oltre, perché questo è un servizio "produttivo", questo è un servizio che ha purtroppo numeri sempre in ascesa che però nella sua specificità è attrattivo anche verso pazienti di altre ASL perché ha un grande livello professionale, soprattutto è fatto di personale medico e paramedico che ci mettono molto di più della loro professionalità oltre alla formazione che noi finanziamo, corsi di aggiornamento del personale li paghiamo come Associazione, ci mettono un grande cuore e una grande sensibilità. Capisce bene che in un servizio come questo ciò è veramente fondamentale. Tra l'altro credo che non si possa pensare ad un accorpamento considerando l'intasamento del servizio di Pescara. In questo atto aziendale in cui la popolazione è stata allertata, tant'è vero che continuamente sollecitazioni a manifestazioni e a striscioni io sono contraria a priori, voglio prima conoscere ed avere questa fase di concertazione. Ci hanno detto "il day hospital oncologico di Penne diventa ambulatorio per cui a Penne si faranno solo le visite e non più la chemioterapia", siccome come Associazione siamo in questi giorni investendo acquistando 6 poltrone ergonomiche per



pazienti che non possono stare sdraiati, con i soldi della collettività io le chiedo questo, prima di qualunque manifestazione sapere se è vero che a Penne non si faranno più le chemioterapie, al di là di tutte le cose che ho detto le assicuro che essendo questo un ospedale di frontiera credo che sia diverso per il paziente di Ripa, di Farindola e parlo di una cosa che lei non può immaginare ma è diverso vomitare da Pescara a Civitella, a Vestea o a Montebello o venire a Penne con una accoglienza familiare, per me la famiglia è il fulcro dell'affetto, dell'amore, ma qui anche di grande professionalità, efficienza. Quindi è uno di quei punti di eccellenza che credo valga la pena potenziare insieme a tanti altri. Qualcuno mi diceva "mi incateno" vorrei farlo io da Presidente e non faccio incatenare nessun altro, però non vorrei incatenarmi, vorrei procedere all'acquisto di queste 6 poltrone per le quali abbiamo anche avuto contributi pubblici, vorrei continuare a collaborare così se è necessario anche per 2 mesi ripagare il medico, però dare ad una popolazione di quei 50.000 utenti, che citava il Sindaco, poter continuare a dare questo servizio. Grazie.

PRESIDENTE:

Grazie Presidente dell'AVO.

D'AMARIO:

Preferisco replicare sennò poi ci dimentichiamo le cose. Quando sono arrivato a Pescara la prima cosa che mi sono chiesto qual è il livello della problematica oncologica. Il problema del malato oncologico è un problema molto sentito da me personalmente ma da chi oggi fa sanità pubblica, il malato oncologico è un malato molto particolare, tant'è vero che abbiamo già programmato di aprire appena c'è questo sblocco di aprire l'ospice, io penso che sia un atto dovuto, un atto di civiltà accompagnare anche ad una morte serena chi è stato così sfortunato nella vita. Soprattutto mi riferisco a tanti bambini che oggi noi dobbiamo assistere a domicilio e far morire a domicilio, quindi abbiamo attrezzato una struttura dove ci sono 12 posti letto di ospite e 2 appartamenti per bambini dove possono stare con i propri familiari, quindi rendere poco dolorosa questa ultima fase della vita. Quindi chi le ha detto che nel piano industriale della ASL di Pescara c'è una trasformazione in ambulatorio purtroppo o non conosce il piano oppure preferisce fare allarmismi di questo tipo. Io le posso garantire che nella proposta industriale più che altro strategica proprio per decongestionare l'Ospedale di Pescara sono previste due strutture a valenza aziendale su Popoli e su Penne. È un fatto di dignità di una persona che si trova in quelle condizioni e non può girare sulla macchina; ci sono 2 categorie che non possiamo far girare, una è il malato oncologico e un altro è il malato nefropatico. Noi abbiamo i dializzati a Francavilla, in Val Vibrata cioè facciamo girare queste persone che oltre a fare 5 ore di dialisi si fanno 4 ore di viaggio; se poi andiamo a vedere come vivono questi? Andiamo a vedere quanto ci costa a portare in giro questi pazienti perché non è che vanno in giro con



la loro macchina, vanno in giro con le ambulanze Misericordia, Croce Verde, alla fine dell'anno ci costa molto di meno finanziare il personale e fare dei centri dialitici decentrati piuttosto che portare in giro tutte queste strutture che io ogni giorno firmo convenzioni. L'altro giorno ho detto "basta, ma può darsi che noi stiamo sempre a fare convenzioni di trasporto? Tra un po' mi faranno presidente dell'ARPA", basta con le convenzioni di trasporto, facciamo assistenza alle persone vicino casa. Quindi sicuramente le dico che se non mi passano i 2 centri decentrati nei presidi oltre che di terapia anche di day hospital, mi incateno io insieme a lei non si preoccupi. Non è un successo ma è un segno di civiltà dovuto alle persone.

PRESIDENTE:

Grazie Direttore. Brevemente Nobilio.

NOBILIO:

Buonasera, sono Nobilio Sergio e ho lavorato 33 anni in ospedale. Intanto vorrei dire per quanto riguarda l'UTAP c'è un malcontento per quanto riguarda il funzionamento dell'UTAP qui a Penne, per il disagio lei pure ha detto che prossimamente si realizzerà quell'ascensore ma non è il problema dell'ascensore, la gente non è contenta di questo UTAP e per la privacy e per tante altre cose. Poi mi scusi lei ha accennato pure il fatto che all'Ospedale di Popoli verranno fatte delle integrazioni, volevo dire nella mia semplicità lei ha parlato che le cliniche private servono ad integrare gli ospedali che esistono nella zona di Pescara ecc., gli ospedali come Penne siccome io ho vissuto il periodo d'oro dell'Ospedale di Penne, vedere questo Ospedale ridotto in questa maniera veramente prende il cuore. Siccome lei ha parlato di cliniche private che servono ad integrare le strutture pubbliche, ma perché questi ospedali come Penne, Popoli la funzione delle cliniche private non lo possono fare gli ospedali come Penne e Popoli e non ridurli, come diceva lei, a strutture che utilizzano delle specializzazioni tipo... ora sono emozionato non mi viene in mente, tipo la fisioterapia ecc.? Poi le voglio dire un'altra cosa, scusi se ne approfitto ma lei ci ha onorato della sua presenza qui nella nostra cittadina, le volevo parlare a proposito dei precari della ASL di Pescara e specialmente gli EDP che lei conosce benissimo. Né politici e nemmeno lei si è interessato a questo problema di tante famiglie che si sono ritrovate in mezzo alla strada dopo 10 anni di lavoro. Io in questo caso parlo per la mia parrocchia perché è stata coinvolta persino mia moglie, dopo 10 anni di duro lavoro e con il patema d'animo dei rinnovi contrattuali periodici e alla fine dopo 10 anni si trova in mezzo ad una strada, troppo giovane per andare in pensione e troppo vecchia per trovare un altro lavoro. Io capisco che questo problema magari alla gente qui presente possa non interessare, però io ho vissuto una situazione familiare poco piacevole. Grazie.



PRESIDENTE:

Grazie. Prego Direttore D'Amario.

D'AMARIO:

Il problema storico della sanità privata abruzzese. (intervento f.m.)

PRESIDENTE:

I consiglieri parleranno nel momento in cui riapriamo il consiglio.

D'AMARIO:

Io rimango e se poi ci mangiamo qualcosa sono anche contento, non è un problema, ho liberato la giornata perché le cose ce le dobbiamo spiegare bene. Io penso che attorno alla sanità c'è molta confusione, ve lo posso dire perché quando si parla di sanità in Abruzzo purtroppo manca il senso della storia. Io vi voglio fare due riferimenti, io ero ragazzo 17enne e andai a Bologna per studiare e per lavorare, quando io sono arrivato a Bologna nel Sant'Orsola cominciai a leggere che esistevano le cliniche di fisioterapia all'interno dell'ospedale, io invece ero ancora rimasto che la fisioterapia si potesse fare solo nelle cliniche private. Poi scoprii che non esisteva in Emilia Romagna le cosiddette cliniche psichiatriche, mi ricordavo che in Abruzzo io abitavo vicino ad una struttura che si chiama Villa Pini.

Mi incominciai a fare una serie di domande, ma per quale motivo noi abbiamo rinunciato a fare noi queste attività? Diciamocela chiaramente che c'è stata una gestione di programmazione e comunque ci è stato un ruolo affidato a gestori privati; la qualcosa finché le regole sono molto chiare va anche bene, quindi si era detto "noi non abbiamo la cultura del malato psichiatrico, siamo usciti fuori da quello che era il percorso della riforma del manicomio ecc., ci sono delle strutture che hanno puntato su questa specializzazione mi sta pure bene", quindi sapevamo che quella struttura che oggi ci fa tanto pensare anche dal punto di vista amministrativo e altre strutture si erano date un ruolo, avevamo la grande struttura di psichiatria e faceva solo quello però e avevamo le grandi strutture riabilitative. Cosa è successo? Per una serie di giochi politici di tutti i partiti queste strutture hanno cominciato a riconvertire i posti assegnati sulla psichiatria in tutti altri reparti doppiotti, per cui da una struttura psichiatrica ci siamo trovati strutture di chirurgia, di ortopedia ma quello ha fatto sì che si prendessero i finanziamenti per gli ospedali verso doppiotti trippone di carattere privatistico. Quindi c'è stata una carenza... quando ho parlato prima con la signora rappresentante è vero spesso la sensibilità dei cittadini è di gran lunga più elevata di quella degli amministratori che ci governano, quindi ci sono delle colpe di civiltà politica, amministrativa in queste scelte. Per cui in modo sciagurato, scellerato si sono ignorati gli ospedali e si sono fatti gli ospedali privati che duplicavano, triplicavano, quadruplicavano dando autorizzazioni, le famose convenzioni ce le



siamo inventate noi perché nelle altre regioni da circa 15 anni si parla già di accreditamento. Noi abbiamo fatto prima le convezioni, poi le convenzioni provvisorie, poi le convenzioni su base di accreditamento autocertificatorio sappiamo bene dove siamo andati a finire, siamo andati a finire poi alla corruzione più vergognosa. Non si può più girare in Italia quando si va ai convegni perché ci chiamano ladri, addirittura un siciliano amico mio ha detto "noi siamo delinquenti ma voi siete ladri", ci siamo fatti questa distinzione tra la delinquenza organizzato e il ladrocinio diffuso, la tangente diffusa. Allora diciamo chiaramente che abbiamo distrutto un patrimonio sanitario non facendo programmazione e non facendo progettazione, quindi queste grandi cliniche avevano un ruolo e andava bene perché non andavano invece. Invece poi ad un certo punto le grandi cliniche hanno cominciato a spezzettare i loro posti letto e da 800 letti di psichiatria sono diventati 100 di chirurgia, poi tutte le specialistiche, poi la cardiologia, poi la chirurgia generale cioè man mano le risorse pubbliche sono state assorbite dal privato però con una deregulation amministrativa, politica che è spaventosa, selvaggia ecco perché oggi ci troviamo così.

L'analisi la dobbiamo fare in modo veramente... quindi allora dico io in questo scenario se ci vogliamo salvare facciamo sì che... perché sono convinti che in alcune strutture io non ci andrei se stessi male anche se sono belle, allora alla capacità professionale diamo anche un po' di conforto alberghiero.

Quando io dico che noi prendiamo i poveri tossicodipendenti e li mettiamo in strutture che sono dei ghetti, io ho visitato le strutture dei tossicodipendenti e ho detto "ma cosa vogliamo recuperare qui?", un essere umano che ha problematiche gravissime li trattiamo come rifiuti e li mettiamo nelle discariche è la stessa cosa. Allora io ho detto la prima cosa voglio rifare un SERT degno di questo nome, confortevole dove c'è anche otticamente una gradevolezza per capire che forse c'è un mondo diverso. Se questi li buttiamo nelle peggiori strutture sanitarie capisce l'elemento psicologico, chi fa sanità oggi deve capire che la sanità non è un commercio, la figura di medico quella che ha grande valore etico si è persa, il medico oggi è un commerciante, è difficile trovare oggi persone che vogliono fare le domeniche, i festivi, le notti non li vuole fare più nessuno in ospedale, vogliono fare tutti le commissioni di invalidità civile, le cose che danno guadagno, moneta, notti a gettone questa è la cultura purtroppo. Quindi se il medico non ha sensibilità, umanità, non è al servizio qui non è il servizio sanitario, bisogna stare al servizio e quindi sicuramente dobbiamo recuperare nei piccoli ospedali, ecco quando dico "mi servono i soldi per far sì che gli ospedali siano puliti, colorati, funzionali" quello è tutto. Il futuro del medio ospedale che funziona bene è anche qualità percepita, senza qualità percepita i piccoli ospedali non hanno un grande futuro.

Il problema dei precari, quando sono arrivato ho trovato questi cosiddetti "non contrattisti" perché voi mi dovete spiegare che se un rapporto di lavoro esiste ci vuole un contratto di lavoro nella pubblica amministrazione. Io ho esaminato questi contratti ho



detto "signori miei guardate oggi noi siamo nella impossibilità economica, ma soprattutto in una impossibilità tecnica perché se io vi rinnovo questi contratti l'indomani io non vi sto utilizzando come contratti a progetto ma sono contratti effettivi di lavoro", voi mi chiedereste sicuramente la differenza retributiva, i contributi e tutto quanto e uno stipendio. Dice "no, assolutamente lei Direttore ci faccia la proroga poi vedrà", non è stato possibile fare una proroga perché doveva uscire una sanatoria entro il 30 giugno che era l'impegno del Commissario di Governo, non c'è stata la sanatoria nazionale, non è stato possibile stabilizzare queste persone. E' uscito un decreto che si chiama Decreto salva crisi" me lo sono andato a leggere, questo prevede la stabilizzazione del 40% delle persone che avevano lavorato per un periodo superiore a 3 anni. L'ho portato al Commissario e adesso stiamo studiando per vedere se è possibile recuperare delle figure. Però per dare conferma a quello che era il mio dubbio contabile e quindi di Corte dei Conti, ieri mattina è arrivata una richiesta da parte del Giudice del Lavoro dei 46 precari che vogliono le differenze retributive, vogliono l'orario. Quindi guardate che è normale perché se uno lavora in una struttura deve essere inquadrato. Purtroppo queste 46 persone sono state sfruttate in un momento in cui si potevano fare i concorsi, in cui si potevano sanare queste persone, in cui si poteva fare tutto perché non c'era un commissariamento e quindi è stato invece fatta la scelta del clientelismo, della chiamata diretta e in base a 18 figure necessarie ne hanno prese 46 ma la finalità era solo politica non era una finalità diciamo... però l'impegno che io ho preso con il comitato dei precari è quello di stare vicino a loro nel cercare di trovare soluzioni concrete e sono o il 40% del decreto salva crisi se questo decreto viene convertito, o il riassorbimento in società di cooperative locali che possono dare servizi agli ospedali. Non ci sono alternative è inutile fare continuamente manifestazioni perché è solo uno spreco di energie, oggi come oggi la strada è questa ho il Decreto salva crisi o delle cooperative che riassorbono queste figure.

PRESIDENTE:

Grazie. Francesco D'Ambrosio responsabile di zona CISL.

D'AMBROSIO Francesco:

Intanto io ringrazio l'Amministrazione Comunale e il Direttore Generale della ASL per la sua presenza qua per poterci fare esporre i nostri dubbi rispetto alla ristrutturazione e le nostre perplessità e la nostra poca conoscenza, quindi approfondire un pochettino le tematiche credo che si utile per tutti. Certo le battaglie di campanile non si possono fare Lei ha perfettamente ragione, però è altrettanto vero che bisogna difendere quello che è l'accesso, i servizi, le disponibilità che devono esserci sul territorio. L'Abruzzo non ha eccellenze, io ho avuto esperienza in una piccola realtà di un Associazione Sanitaria Integrativa del gruppo TELECOM e a me quanto mi chiedevano di fuori Abruzzo almeno alla nostra linea sanitaria era l'ematologia di Pescara, la



cardiochirurgia di Chieti e qualche volta il centro trapianti di reni dell'Aquila. Quindi su questo benissimo, ma voglio venire agli aspetti del nostro territorio. Credo che vada salvaguardata tutta quella che è la medicina di base, l'immediatezza perché già la chiusura dell'UTIC nell'Ospedale di Penne e poi non aver creato un punto di stabilizzazione dell'ammalato è un grosso rischio per chi arriva infartuato in ospedale e Lei lo sa benissimo, quindi è una prima difficoltà. Sono contento per quello che ha detto della cosa, io ho avuto una mia esperienza personale purtroppo con la mia povera moglie devo dire che effettivamente la mia grossa soddisfazione per quanto riguarda l'Oncologia di Penne ma anche la Chirurgia, io ho trattato mia moglie a Penne con pienissima soddisfazione, con riscontri anche fuori di professionalità veramente valide, quindi credo che vadano salvaguardate quelle che possono essere quelle infrastrutture di base. Quindi credo che vadano tutelate con tutte le strumentazioni, con tutte le tecnologie necessarie. Però voglio venire ad alcuni aspetti pratici perché nei nostri uffici quotidianamente abbiamo impatto con la gente, allora Lei l'ha toccato un argomento. Qua ci sono delle commissioni che fanno delle cose strane di grosso potere, per esempio le patenti speciali che riguardano sempre persone anziane, persone che hanno patologie di un certo tipo, ma le sembra possibile che nell'era dell'informatica se io vado alla Medicina del Lavoro di un distretto che è di Scafa, di Penne, di dove ci pare per avere informazioni che tipo di documentazione devo produrre per andare a rinnovare sta patente mi si dice "Lei lo deve andare a fare a Pescara direttamente alla commissione", siamo nell'era dell'informatica Lei ha parlato di internet e quant'altro però questo è. Non è possibile che si va in un UTA e poi non si possano prenotare delle visite specialistiche perché questo dovrebbe essere. Dobbiamo semplificare la vita di chi chiede accesso ai servizi alla sanità, sburocratizzare Lei lo ha detto prima ma credo che questo deve essere un grosso impegno perché effettivamente una persona che non è autosufficiente diventa veramente drammatico avere l'accesso ai servizi. Se noi potessimo fare dalle farmacie dei paesi la prenotazione delle analisi non avremmo poi svenimenti, file al CUP, file impossibili. Perché poi la percezione dell'efficienza si ha su queste piccole cose, non è che ci servono grosse cose. Oppure se uno si reca in un reparto, è capitato pure a me, con un'esenzione per patologia ed arriva là e gli dice "adesso devi ritornare al CUP a far timbrare l'esenzione" a che serve se il mio medico di base ha messo il timbro, l'esenzione, il codice e quant'altro a che cosa serve per una povera persona anziana che poi deve rifarsi una fila dall'altra parte? Quindi fare queste cose significa veramente migliorare. Poi credo che ci voglia anche attenzione perché è vero che chi mi ha preceduto diceva dell'ascensore, ma quella pure è una vergogna, ad 1 anno e mezzo accedere a 35 gradini per una persona non autosufficiente e anziana non è una cosa da niente quello va risolto, è una cosa che va risolta in tempi rapidissimi. Ripeto, mi ha tranquillizzato molto per quanto riguarda l'Oncologia ma credo che l'Oncologia ha bisogno anche dei supporti



e compagnia bella, quindi una tutela un po' più della Chirurgia. Lei deve tener conto che noi siamo a 35 km da Pescara, 40 km però ci sono paesi che sono ancora oltre, Lei ha visto anche la viabilità significa che tante volte arrivare con un... che non è possibile fare in questo presidio ospedaliero può significare arrivare morto a Pescara, non è la stessa cosa per Popoli, Popoli ha 20 km scarsi Sulmona, ha a mezzora di autostrada Avezzano e la popolazione è più in avanti verso Scafa, c'è Chieti, c'è Pescara Penne va tenuto conto in un'altra maniera proprio per una condizione geografica, per una condizione di viabilità e di quant'altro, va tenuta in una considerazione diversa. Grazie.

D' AMARIO:

Lei mi ha parlato di eccellenze io questo termine ormai non lo uso più perché è troppo inflazionato, l'eccellenza non è altro che fare bene il proprio lavoro, quindi uno può far bene il proprio lavoro in un piccolo ospedale, lo può far molto male in un grande ospedale. Il fatto di stare in un ospedale complesso non significa di essere eccellenti, che spesso alla complessità tecnologica non corrisponde un'eccellenza della prestazione. Quindi diciamo che anche fare una buona assistenza domiciliare può essere una cosa eccellente. Questa è la prima cosa che ci tengo a precisare.

Il problema dell'UTIC qui non è che si è chiuso l'UTIC, qui si è deciso di lasciare le cardiologie e di avere un'unica unità operativa che avesse un compito di cosiddetta emodinamica interventistica che è una cosa diversa, di concentrare cose molto costose e dove c'è bisogno di personale ultra specializzato su un posto perché c'era questa tradizione e questa organizzazione. Nessuno vieta di tenere qui in Cardiologia un infartuato e di fare terapia medica, però nel momento in cui c'è bisogno di fare una rivascolarizzazione non lo so se Lei se la farebbe fare qui perché dovrebbe avere qui degli ultra specialisti che non è facile avere in tutti gli ospedali, significa avere emodinamisti per presidio, significherebbe avere 24 emodinamisti che è una cosa folle.

Quindi quando si organizza la sanità bisogna capire cosa si deve fare. Quindi qui non si tratta di declassare ma si tratta di dire "benissimo la Cardiologia", si può fare anche la terapia medica ad attesa però se uno ha bisogno di togliere un trombo vascolare lo deve fare dove si può fare, questo è il mio consiglio. La Medicina legale è la pecora nera dell'ASL di Pescara perché non c'è mai stato un primario, oggi insieme alla bocciatura del medico di Pronto Soccorso di Penne mi è arrivata la bocciatura del Primario di Medicina Legale che avevo chiesto perché ho bisogno di rivedere tutte le commissioni, perché c'è bisogno di far fare queste commissioni anche durante l'orario di servizio, questa regalia pomeridiana deve finire. Però purtroppo il comitato ha detto "no, finché non c'è un nuovo piano industriale io non vi sblocco" e quindi ora mi bloccherà pure questo concorso perché avevo intenzione di mettere sul sito web tutte le procedure di Medicina Legale dalla patente, al porto d'armi, rinnovi, certificati perché questo è l'unico modo perché uno va sul web vede medicina legale documentazione, si scarica il modulo, se lo riempie, si fa la



prenotazione e quando va lì porta tutto pronto. Quindi mi sembra una cosa di una banalità estrema, oggi noi riusciamo a parlare di sanità ma ad avere un livello organizzativo inferiore ad un supermercato non è che dobbiamo parlare di cose, cioè abbiamo i miliardi, diciamo che siamo bravissimi io sento tutti medici che dicono a me "io sono il migliore medico" io dico sempre guardate pure fuori prima di parlare perché a volte ad essere monocula in terra cecorum ci vuole poco, guardate dove ci stanno due occhi perché io poi sono molto critico che conosco chi mi sta di fronte, vado ad informarmi sui siti specializzati dove c'è scritto vita, morte e miracoli dei professionisti, poi si rischia anche di fare delle brutte figure. Quindi la prenotazione sempre il Decreto salva crisi stabilisce che in ogni regione ci possano essere dei progetti pilota, io voglio fare un progetto con Federfarma per far sì che le farmacie, come ha detto Lei, che sono molto capillarizzate possono fare molto di queste cose e lo fanno a costo zero. Quando si era pensato di fare la convenzione in questi mesi con i medici curanti ci hanno chiesto 4 euro a impegnativa. Per cui se un medico oggi fa 100 impegnative si guadagna 400 euro solo prenotando, guardate non me li guadagno manco io 400 euro al giorno forse cambio mestiere, faccio le prenotazioni che è più conveniente. Allora diciamo come stanno le cose, o il medico di famiglia comincia a dire che ha dei compiti assistenziali e che quando deve usare un computer, deve fare una prenotazione, deve fare una ricerca oncologica non deve essere pagato a parte perché cambiano gli strumenti di gestione del paziente, ma non è che ogni cosa bisogna dare sempre soldi in più, sempre gli incentivi, qualsiasi accordo della medicina generale alla fine quanto ci tocca? Ora basta con queste cose! L'altro grosso problema è l'accesso diretto, io ritengo che non si debba andare ad un CUP per fare un esame di laboratorio o un esame istologico o una piccola radiografia, si deve andare direttamente dove viene erogata la prestazione. Io questo modello l'avevo fatto nel teramano, chi veniva in ospedale accedeva ai servizi diagnostici e dove veniva erogata la prestazione si faceva senza prenotazione accesso diretto, pagamento del ticket e riconsegna referto perché questo si deve fare, è inutile che ci stiamo a girare attorno. Io dico sempre i nostri CUP sono fatti in tal modo che anche una persona normale dopo un po' perde la pazienza e comincia a strillare, figuriamoci se ci va un malato! Io dico se una persona normale si incavola figuriamoci le persone che stanno male, già uno con un equilibrio normale urla, se ci va quello con uno scarso equilibrio infatti noi molte volte abbiamo i Carabinieri per queste stupidaggini. Ma può un'azienda giocare la propria immagine per queste cose? Allora io ho detto guardate perché poi alla fine giriamo e giriamo alla fine i problemi o si risolvono o si prendono misure drastiche, io ho parlato con questi personaggi ho detto "o voi vi mettete in testa che questo è un lavoro è un servizio utilissimo e lo fate con cortesia e gentilezza sennò io do tutto in appalto esterno e tolgo tutti i posti in pianta organica", perché qua veramente bisogna dirle cioè il posto garantito, il posto sicuro guardate io vi manderei a lavorare



nelle case di cura private di cui conosciamo bene la sorte, sappiate che ci sono aziende che chiudono. Allora l'ospedale ha anche una funzione di livello occupazionale, sono in queste zone alla Val Pescara, alla Valle Peligna anche delle strutture e solo lavorando bene si mantengono i livelli occupazionali.

Quindi questo continuo esasperare i cittadini e gli utenti è un qualcosa veramente di inaccettabile, quindi vi prometto che cercheremo di migliorare anche questa situazione lavorando con le farmacie. Per quello io vi invito a creare un gruppo operativo di persone di buona volontà che ci possono segnalare, far capire queste cose, seguire, monitorare, valutare perché se non le cose non vanno avanti perché io non posso venire tutti i giorni sul presidio, posso delegare ma poi c'è bisogno anche di controllare perché la delega senza controllo non serve.

PRESIDENTE:

Grazie Direttore. Abbiamo due altri cittadini che si sono prenotati, io invito i due che si sono prenotati ad essere estremamente brevi poi riapriremo la seduta del consiglio con l'intervento dei consiglieri. Ora cedo la parola a Moretti Antonio e Gianna Di Costanzo dopodiché riapriamo il consiglio, per eventuali altri interventi a fine seduta.
Prego signor Moretti.

MORETTI Antonio:

...sono 56 anni che sto in Venezuela, scusate tutti perché sono un po' in analfabeta completamente. Ieri sono andato a Pescara a due parti l'Ospedale Baiocchi e quello centrale per le ginocchia e per la prostata. Sono 20 anni che mi devo operare tutti e due, ho girato tutto l'Abruzzo, tutti gli ospedali d'Abruzzo quello della prostata l'anno scorso mi ha messo l'impegnativa dopo un anno cioè quest'anno. E' arrivato il momento, l'operazione non posso andarla a fare prima di tutto per l'età 80 anni, adesso ho messo i piedi, per le ginocchia altrettanto. Adesso mi ha mandato a fare certe infiltrazioni e per la prostata devo fare delle punture ogni 3 mesi. Ho girato tutto l'Abruzzo, conosco tutti gli ospedali d'Abruzzo, sono andato al Pronto Soccorso mi sono sentito male, all'1,30 di notte mi hanno accompagnato il signor Sindaco lo sa dove sono io rifugiato, vado la e la dottoressa che stava di guarda sopra la Geriatria mi fa uscire fuori, dopo che ha parlato con la Dottoressa mi fa entrare a me al Pronto Soccorso e mi fa il Dottore "che vuoi fare?" Vuoi rimanere in ricovero o vuoi uscire, vuoi andare a casa? Ho detto "non ci sento bene, vieni qua vicino", è venuto vicino ha detto "che vuoi fare, vuoi andare a casa o vuoi entrare in ricovero?" Non lo so dottore voi lo sapete.

PRESIDENTE:

Grazie. Di Costanzo brevemente e poi riapriamo la seduta.
Grazie signor Moretti.



DI COSTANZO Gianna:

Buonasera io sono un'infermiera coordinatrice lavoro con il Dott. D'Amico in Chirurgia. In questo confronto mi sento molto operatore sanitario e vedo Lei molto come mio Dirigente. Avrei tante cose da dire, ne dirò pochissime una cosa mi ha colpito quando Lei ha parlato di memoria, non abbiamo memoria. Nel nostro ospedale Le ricordo che nel giro di 5-6 anni si sono avvicendati 4 direttori sanitari, allora abbiamo parlato di medici che fanno cose che non dovrebbero fare, che chiedono soldi quando non devono, non ha nominato gli infermieri perchè probabilmente siamo talmente sul fronte che forse ci sono poche cose da rimproverarci, quello che otteniamo lo otteniamo con grande fatica prima di tutto perchè siamo lontani dagli interlocutori che invece vorremmo avere, non per essere pesanti, polemici ma per cercare la soluzione ai nostri problemi quotidiani che sono poi problemi delle persone che dobbiamo aiutare. Questo piano che Lei ci ha illustrato Dott. D'Amario Lei ha detto quello che tiene, quello che va via intanto le chiedo una parola sul centro nascita forse mi sono distratta non ho capito, poi io proprio ci tenevo a sapere cosa ne sarà della nostra direzione sanitaria, se avremo una direzione sanitaria. Il Dott. Cortese con tutta la mia stima, l'affetto ormai io lavoro quasi da 25 anni e rotti all'ospedale quindi lo conosco da tanti anni, ma veramente non c'è. Io vorrei che tante volte gli atteggiamenti sbagliati, miei in prima persona, dei collaboratori, dei medici fossero controllati, io vorrei essere controllata sul lavoro che faccio e vorrei che qualcuno mi dicesse "signora Di Costanzo il suo comportamento in questo circostanza non è stato...", invece del mio comportamento Dott. D'Amario non si accorge nessuno. Glielo chiedo veramente con tutto il cuore. Grazie.

PRESIDENTE:

Grazie. Direttore, prego.

D'AMARIO:

Il problema che accennava il signore prima è un problema grave delle liste d'attesa. Le liste d'attesa non ci sono solo perché mancano le risorse umane, ci sono perché c'è una cattiva organizzazione dei servizi. Faccio un esempio, se noi investiamo in strutture tecnologiche e poi le facciamo lavorare 3 ore al giorno noi avremo sempre liste d'attesa. Infatti io ultimamente ho fatto un comando di un radiologo dall'Ospedale di Vasto perché volevo, e questo si dovrebbe completare per fine periodo estivo, perché non è scandaloso che dopo che si investe per comprare la risonanza magnetica nucleare questa lavora 3 giorni alla settimana. Ho detto io voglio che questa risonanza lavori dalle 8 alle 20 e in futuro appena mi dà lo sblocco il Commissario Governativo io assumerò un altro neuroradiologo e questo deve lavorare h24 perché sennò le liste d'attesa non le abbattiamo mai. In modo che la risonanza ai ricoverati si fa di notte e le altre ore si fanno le risonanze all'esterno perché questo ce lo insegna chi queste cose le fa, basta andare da Ancona in su. Noi vogliamo



sempre fare quelli che invece utilizziamo anche la risonanza e la TAC per fare una raccomandazione, dice "mi fai fare la TAC a questo mio amico?" questo non si può fare, bisogna far funzionare la TAC e far sì che le liste d'attesa si riducono a 15 giorni e a 20 giorni. Tant'è vero che ho anche detto ai miei radiologi è inutile che noi continuiamo a dare soldi per abbattere le liste d'attesa, io faccio prima invece di dare 600.000 euro a voi per l'abbattimento non ha abbattuto un caiser dopo 6 mesi, li do alla Pierangeli almeno so che i cittadini vanno la e se le vanno a fare 'ste cose perché alla fine o vi metto in concorrenza sennò io non ci sto, dovete anche voi stare in concorrenza. Il problema della Ostetricia, abbiamo detto che noi lasciamo una Ginecologia in area funzionale omogenea, un punto nascita e almeno due o tre neonatologi perché non ci può essere un punto nascita senza un esperto in rianimazione neonatale. Il motivo per cui io ho dovuto sospendere l'attività è perché non potevamo assicurare anche l'assistenza neonatale, quindi il pool era talmente alto di personale che non potevamo. Siccome ho detto la viabilità è buona e c'è tutta un'organizzazione geografica dobbiamo sacrificarne uno però qui vi diamo la riabilitazione. Il problema invece dei dirigenti e dei direttori che funzionano poco senza fare i nomi, però ce ne sono tanti in questa azienda. Ce ne sono talmente tanti che io sto preparando per tutti quanti il contratto privato perché ho scoperto che molti di questi primari hanno avuto una delibera ma non hanno mai firmato un contratto privato. Siccome la legge dice che il direttore non è a regime di dipendenza ma è a regime privatistico, per far sì che queste persone siano controllate, verificate e mandate non a casa ma tornino a fare i non primari cioè gli aiuti, c'è bisogno che questi mi firmano un contratto privato. Quindi per settembre tutti coloro che hanno avuto o verifica e quindi rinnovati avranno il contratto privato, questo contratto privato avrà degli obiettivi e in base a questo chi non lavora purtroppo non li possiamo licenziare a meno che non fanno cose gravi, però li possiamo far tornare a fare i dirigenti di primo livello, in modo tale che quelli più giovani vanno ad occupare questi posti perché questo è giusto. Qual è stata però la risposta della classe medica? Che mentre il comparto, la dirigenza sanitaria non medica quindi biologi, fisici, chimici, gli ingegneri hanno firmato la valutazione loro si rifiutano a tutt'oggi di fare la valutazione, sono 4 incontri che noi facciamo e mentre tutti hanno firmato valutazioni, sistema premiante, graduazione delle funzioni devo dire con grande maturità e qui a volte anche bisogna fare gli elogi ad una categoria sindacale, cioè il comparto ha avuto grande maturità, la categoria medica non accetta ancora di firmare queste cose perché non vuole essere valutata, dice "io mi devo far valutare dal primario?" va bene ma chi ti deve valutare? Il primario sarà valutato dal capo dipartimento, il capo dipartimento sarà valutato dal direttore generale, il direttore generale sarà valutato dalla Regione e la Regione dai cittadini. Il sistema di valutazione o è per tutti altrimenti non funziona, io non posso valutare solo le infermiere, devo valutare pure il medico, tutti dobbiamo essere valutati.



Quindi vi prometto che tutti saranno a contratto privato e chi non funziona vedrete che o cambierà area per vedere se funziona meglio in un'altra area, perché non ce lo possiamo permettere perché se non funzioniamo perdiamo i soldi, se perdiamo i soldi non possiamo fare le innovazioni, se non facciamo le innovazioni non possiamo riqualificare il presidio questa è la catena. Non ce lo possiamo più permettere perché i tempi ormai sono... vi posso garantire che stiamo parlando di 40 giorni, 50 giorni, il nostro destino che è stato rinviato per decenni si comprenderà in modo definitivo in questi 50 giorni. Quindi cominciamo a capire che non c'è più possibilità di sbagliare.

PRESIDENTE:

Grazie Direttore. Io la invito a rimanere con noi e ad assistere anche alla discussione che riprenderà appena procederemo con l'appello.

SECONDA PARTE

D'AMARIO:

Alcune sintetiche precisazioni ai quesiti che sono stati posti. Iniziamo da Ferrante. L'Art. 20 purtroppo è un finanziamento per progetti quindi se non sono stati spesi questi soldi, se li perdiamo disgraziatamente più che fare delle brutte figure e difficile che la Corte dei Conti le addossa a qualcuno, ci dirà solamente che purtroppo li abbiamo persi perché non siamo stati capaci di fare progetti. Purtroppo doppiamente beffati perché non perché non possiamo neanche incolpare qualcuno. Io non sono favorevole alla commissione perché in Italia quando non si vuole fare nulla si fanno le commissioni. Possiamo fare al limite un gruppo di 2 o 3 persone che possono farci capire meglio i problemi e stimolarci come un feedback, come si fa quando uno vuole stimolare e vuole avere un ritorno di informazione corretta, per far sì che non ci siano i pettegolezzi ma che ci siano le cose serie. Fornarola purtroppo il piano strategico è un documento molto tecnico di tantissime pagine dove ci sono dati complessi di uscite ed entrate di personale, preventivi, costi di pianificazione... (intervento f.m.) è un documento tecnico che è stato comunicato al Commissario proprio per evitare che lui prendesse decisioni senza conoscere le nostre realtà. Quindi questa è una fotografia dell'esistente, quella che è l'intenzione, i due macrolivelli ospedalieri e territoriali, i piani di investimento, i progetti di rivalutazione, l'analisi di tutti i posti letto per ogni presidio e la riorganizzazione, quindi esiste un documento scritto ma è una cosa molto tecnica che io mi auguro che sia accettata, perché il livello di decisione è nazionale, cioè quello che viene deciso è una cabina nazionale con un focus sull'Abruzzo dove noi siamo in attesa trepidante, me compreso, augurandoci che quello che abbiamo scritto sia valido e sia discutibilmente accettato perché potrebbe essere parzialmente o totalmente, che corrisponde a quello che vi ho descritto in grandi linee. Per quanto riguarda Pasqualone che è andato via io



gli volevo dire che preferisco il panino alle fette biscottate, non mi sembra che sia un grande problema questo. Io ho fatto anche il ricercatore quando ero giovane ricercatore a Bologna, noi facevamo i trapianti di fegato in un sottoscala con grandi successi e risultati. La qualità professionale non si misura, certo se abbiamo degli ambienti idonei perché oggi lo prevede il livello autorizzativo per dare... cioè esiste una legge che vieta di fare attività sanitaria se non ci sono le regole spaziali, organizzative. Però non confondiamo la buona sanità solo con gli ambienti perché sarebbe troppo riduttivo. Noi dobbiamo utilizzare fondi sia laddove non ce li dà l'Art. 20 anche i fondi nostri per la manutenzione e tutto il resto. Mi meraviglio che per mettere un catetere dopo 3 ore si sia arrivati a Pescara, c'è qualcosa che non funziona in uno ospedale che vuole rimanere a 2° livello di media intensità terapeutica, mi comincio a preoccupare perché se volete ve lo vengo a mettere io e penso modestamente di saperlo fare. Quindi non capisco questa esternalizzazione di Pasqualone, o Pasqualone si ispira a Novella 3000 quando parla altrimenti non capiamo, oppure abbiamo trovato il nuovo Direttore sanitario.. (intervento f.m.) no, no io purtroppo rispondo che non è questo! Certo i problemi ci sono, sono tanti però francamente declamare solo in questo modo i problemi non è costruttivo, è uno stile che si ripete ad ogni riunione sindacale quindi io lo conosco con la fuga successiva per non sentire le controdeduzioni. Quindi questo non ci meraviglia. Il problema invece dei sistemi di appalto è un problema che abbiamo focalizzato, stiamo approcciando nel riproporre tutte gare europee di massima trasparenza soprattutto molto critiche sono in tutti gli ospedali i cosiddetti "global" che chi fa tutto fa male tutto, intendiamo invece rifare lotti più piccoli, manutenzione edilizia, elettromedicale, impiantistica in modo che gli ascensori funzionino, i lavori di tinteggiatura si fanno e l'apparecchio funziona. Quindi secondo me questa è un po' l'impostazione che noi vogliamo dare anche per ridare peso ai soldi, altrimenti non riusciamo a capire questi mega appalti che alla fine ci schiacciano e non fanno qualificare invece il personale che deve appartenere all'azienda. Sul problema del collega medico, caro collega una volta lo stesso medico visita in ambulatorio, visitava a domicilio, visitava di notte e visitava in ospedale; oggi per avere queste stesse prestazioni ci siamo inventati l'ADI per sopperire alle carenze del medico di famiglia che non visita i propri pazienti; abbiamo creato la continuità assistenziale che sarebbe la guardia medica; abbiamo la medicina turistica; abbiamo il 118 che va raccogliendo i pazienti dappertutto perché non sono assistiti neanche dalla guardia medica e poi tutti finiscono al pronto soccorso. C'è qualche problema perché fare un lavoro che una volta faceva un unico medico condotto oggi ne dobbiamo assumere 7, qualcosa è successo in questi ultimi 30 anni, o le università non hanno più formato i nostri medici, o i nostri medici preferiscono prescrivere indagini perché più ne chiediamo e più abbiamo le liste di attesa perché il fenomeno è induttivo. Se noi chiediamo a tutti l'ecografia addominale arriva un punto in cui l'ecografia addominale non basta



più Allora io ho fatto una analisi retrospettiva, nella ASL di Pescara il 97% delle ecografie sono negative, vuol dire che non c'era una ipotesi diagnostica, vuol dire che non c'è la visita medica. Quindi è vero che c'è carenza di ecografi ma c'è carenza di visite mediche, questo è un piccolo esame di coscienza che bisogna fare, è una cosa di cui mi voglio occupare dopo che ho sistemato gli ospedali anche della medicina generale, la medicina generale è fondamentale per un sistema sanitario che vuole riprendere l'appropriatezza. Io ho grande spesa farmaceutica territoriale, ho grande richiesta di prestazioni incongrue e tutto questo non fa bene né al sistema sanitario e né ai pazienti.

Il discorso della prenotazione lo possiamo superare benissimo perché io ho chiesto a (parola non chiara) di mettere il prodotto CUP sul web così ogni medico senza collegamento si collega a internet e fa tutto quello che deve fare, va a vedere lo stato di avanzamento diagnostico dei propri pazienti, quindi possiamo fare cose semplici a costo zero. Il problema dell'endoscopia, l'ultima cosa, una volta fatta l'endoscopia di Penne deve lavorare tutti i giorni, non può lavorare 2 giorni, mezza giornata e deve lavorare anche per i cittadini di Pescara perché laddove non è possibile farlo a Pescara bisogna venire a Penne, altrimenti non è una azienda, diventa le piccole aziende. L'investimento si fa, ci costerà dei soldi in termini di persone però deve funzionare perché questo significa abbattere le liste di attesa, non ci sono altre vie, i servizi devono essere aziendali, non devono esistere servizi del singolo ospedale, o l'ecografo chiuso nella stanza del singolo medico che si fa i propri pazienti o in intramoenia o in altri modi. I servizi sono aziendali quindi noi recupereremo in ogni ospedale tutti i vari strumenti in modo da poterli far utilizzare da tutti coloro che sono capaci, è l'unico modo per dare servizi, non ce ne sono altri.

PRESIDENTE:

Grazie Direttore. La invitiamo a partecipare prossimamente ad altre sedute, soprattutto l'auspicio è quello di coinvolgere il consiglio comunale nella fase decisionale del piano quando sarà redatto.

