

A- Piano economico . Manca un piano economico strategico (no sistemi riduzione mobilità passiva per 143 milioni di Euro, no riduzione uoc burocratiche a discapito delle ospedaliere)

Alla parte seconda punto 1 salta agli occhi che su un budget contrattato con la Regione di 794 mln, si pone una voce negativa sul saldo mobilità per 143 mln, e però sugli obiettivi si programmano solo tagli sul personale e sui farmaci, sorvolando completamente sull'aggressione di questo scandalo continuo della perdita per mobilità passiva verso altre Asl, si programma invece un aumento, sia pur lieve dei finanziamenti ai privati

B- Accessibilità ai servizi: mera enunciazione di azioni prive di specificità, studi di fattibilità, riferimenti nella letteratura scientifica

C- Gestione rischio clinico: importante attività nei fatti svuotata di contenuti in quanto il rischio clinico è direttamente legato al supporto logistico degli operatori (assolutamente carente e con il piano sicuramente in peggioramento), e al loro conseguente burn out. Le azioni elencate sono, eufemisticamente, scolastiche e destituite di validità

D- Rete socio sanitaria. Si profila su reiterati, pluriennali disquisizioni di centralità dei distretti che da decenni non hanno portato a conclusioni degne di nota, le c.d. Funzioni strategiche non appaiono altro che una ripetizione sotto parole diverse di quanto già dimostratosi inadeguato in precedenza. La rete delle cure primarie non dipende dalla Asl ma dai contratti e accordi regionali e perfino nazionali, per cui si tratta solo di disquisizioni teoriche su cui è lecito dubitare vista l'esperienza pregressa. L'unico modello valido comprovato nella regione Lazio, l'ospedale distrettuale, è completamente ignorato. Come impostato l'unico sviluppo che si può prevedere è l'aumento del contenzioso, del burn out, del rischio per operatori e utenti.

Il PUA e l'integrazione con i distretti sociali è redatta una impostazione generica, oltre che unilaterale

E- Case salute. Il modello si sta dimostrando niente altro che una rivisitazione dei normali poliambulatori, il cui rapporto costi/benefici è dubitabile. Manca il business plan che non si trova allegato come scritto nella bozza del piano. Il modello case salute rischia di rivelarsi economicamente deleterio: gli stessi servizi dei poliambulatori esistenti con nomi diversi e costi aumentati: mentre sarebbe meglio istituire tali strutture intermedie in forma di presidi territoriali a gestione comunale tramite accordi di programma.

F- Specialistica ambulatoriale interna: si spaccia per piano strategico la ordinaria attività

G- Assistenza domiciliare: il piano strategico consta di 2 (due righe) senza alcuna visione di prospettiva

H- Offerta ospedaliera: esecrabile il piano che svuota qualitativamente il concetto di specializzazione per sostituirlo con quello di gravità, schema proposto in alcuni sistemi sanitari nel mondo e subito rivelatosi inefficace: non sviluppa le competenze, è rischioso per gli utenti.

La asserita “valorizzazione” delle alte specialità è assolutamente vaga e non correlata a specifiche risorse.

La spinta verso week e day surgery e hospital, nei sistemi sanitari moderni è un corollario della rete specialistica e di alta specialità, nel piano sembrerebbe una sostituzione più che una aggiunta.

La reimpostazione asserita degli ospedali come rete territoriale non si è perfezionata altro che nella soppressione di uno dei quattro poli superstiti della provincia, squilibrando il territorio anziché riequilibrarlo, come impropriamente asserito nel piano .

La allocazione delle reti asserita (ictus a Frosinone, oncologia a Sora, riabilitazione a Cassino) è una mera buona intenzione, perchè non suffragata da alcun riscontro tecnico, logistico, amministrativo, di risorse umane, materiali e finanziarie, e per alcuni versi perfino paradossa. Altrettanto generica e priva di riscontri oggettivi è la pianificazione su Anagni.

Il dirigente delle professioni sanitarie non appare il primo dei desideri del territorio.

La reti dei territori, per come indicata in recenti decreti regionali, verrà spostata come unico laboratorio centrale allo “Spaziani”, e negli altri ospedali si faranno solo poche batterie di esami essenziali; su questo ci sono molti dubbi sulle garanzie di qualità e di gestione del rischio clinico, domande inevase, e sulla reale dimostrazione della valenza economica di tale impostazione.

Si evidenzia che a monte di tutto questo permangono moltissime criticità e lacune da colmare, tra cui:

- 1- numero posti letto ospedalieri: inaccettabile l'obiettivo del 2,7 su un piano triennale
- 2- impossibile raffronto esistente – programmato se non si chiarisce se i posti letto futuri sono autorizzati, fisici o organizzativi.
- 3- con i posti letto pubblici al 50% della legge anche uoc al 50%: impedimento impianto e sviluppo servizi specialistici avanzati, il modello per intensità di cure deve essere solo residuale
- 4- non viene quantizzata la allocazione geografica del numero dei pl a cadere nella singola uoc
- 5- improponibile la soppressione, di fatto, del S. Benedetto, che aggiunta all'avvenuta soppressione dell'Ospedale di Anagni lascia l'intera zona nord della provincia senza copertura ospedaliera
- 6- avvio monitoraggio, anche con protocolli intesa con forze di polizia, autonome nelle loro indagini, sulle strutture accreditate a maggior rischio incongruità.

I- La emergenza-urgenza. Tutto il capitolo è da rigettare, in quanto manca il benchè minimo stimolo o accenno alla realizzazione del DEA di II livello a Frosinone, benché il regolamento sugli standard ospedalieri sia successivo al piano sanitario regionale, e quindi si rende indispensabile un aggiornamento per riequilibrare gli interventi per parametrare la area della provincia di Frosinone come sede di DEA di II livello.

L- La politica del farmaco. La impostazione è tesa unicamente al risparmio a tutti i costi, senza preoccuparsi del benessere assicurato in maniera esponenziale su tutto il sistema dalla disponibilità non razionata dei farmaci, una politica miope che vede il farmaco come un costo e non come una risorsa perchè diminuisce i casi di invalidità, aspetto su cui non si fa accenno, quasi che l'uso del farmaco fosse fine a sé stesso; ed inoltre, si inserisce in difetto di competenza e in conflitto di interessi su campi che afferiscono solo ad autorità scientifiche indipendenti.

M- Acquisto apparecchiature. L'acquisto di macchinari nuovi è sicuramente utile, ma non vengono esplicate e giustificate le ragioni e le quote di riparto e gli specifici acquisti che si celano dietro quelle somme e come sono stati decisi. Per quanto riguarda gli interventi edilizi, è indispensabile conoscere quanti si effettuano sugli stabili ormai cartolarizzati (e quindi non più nella reale proprietà della Asl) e quali no, per apprezzarne la giustificazione come investimento a lungo termine.

N- Comunicazione e partecipazione. Sono elencati meri adempimenti di forma e burocratici che non costituiscono un reale valore aggiunto all'impostazione veramente partecipativa dell'Ente.

O- Formazione. la formazione è pedissequamente profilata sugli aspetti che sono stati fin qui oggetto di disappunto, e in conseguenza lo diviene anche il capitolo formativo

P- Risorse umane. Nel mentre che la Asl prende atto dell'insoddisfazione del proprio personale, nato da politiche improprie generanti abusi e privilegi, si autoesclude dalle proprie responsabilità anche presenti e traccia anche qui un mero elenco di oneri platealmente burocratici e sterili, che ci pare che anziché migliorare la politica del personale, ne acuiscano le tensioni e ne aumentino il burn out.

Q- Rapporti con università. Si vanno a implementare esperienze la cui validità e benemerita finanziaria è tutta da valutare, poiché sembra che questa forma di collaborazione, come impostata, sia tutta a vantaggio dell'università e a svantaggio della provincia di Frosinone.

R- Dipartimento di prevenzione. La tematica sulla contaminazione ambientale grave nella provincia di Frosinone è di tale rilievo che comporterà un documento a sé stante, sia pure in continuum con i concetti fin qui espressi.

S- Dipartimento salute mentale e dipartimento 3D. Pur ritenendo giusta l'unificazione dei due dipartimenti, non si stabiliscono se non genericamente i modi, non viene fatto riferimento alla riallocazione del personale, in particolare per la delicatissima questione dell'ambito penitenziario.