



Provincia di Rovigo  
Assessorato alla Sanità

**Per una migliore  
sanità in Polesine:  
idee e proposte**

Documento redatto a febbraio 2006  
a cura dell'Assessorato Provinciale alla Sanità

PROVINCIA DI ROVIGO  
Area Servizi alla Persona - Ufficio Sanità  
via Celio, 10 - 45100 Rovigo  
Tel. 0425 386354/373/365 - Fax 0425 386350  
[assessore.brusco@provincia.rovigo.it](mailto:assessore.brusco@provincia.rovigo.it)



Questo documento che ho preparato a nome della Giunta Provinciale, è la dimostrazione di come un'istituzione possa diventare punto di riferimento per la gente del suo territorio.

E' anche una risposta a chi pensava che la Provincia non potesse esprimere un proprio protagonismo e una propria idea su questo tema, lasciato per troppo tempo nelle sole mani della Regione e dei suoi gestori locali, i Direttori Generali.

Niente di particolare per carità, solo un contributo collettivo che ho sintetizzato in questa forma e che spero possa essere utile agli amministratori pubblici polesani, alle associazioni e a tutti i cittadini.

In tanti e nelle forme più disparate hanno partecipato alla stesura di questo testo: lettere, telefonate, incontri personali, documenti più specialistici hanno caratterizzato questa fase di lavoro dell'Assessorato Provinciale alla Sanità.

Insomma, non è un documento solo mio, è un documento di tutti i soggetti che hanno voluto dare il proprio contributo.

Il Polesine non abbassa la guardia sui diritti fondamentali: la salute è uno di questi e da noi sarà difeso con la più grande fermezza.

Ringrazio i miei collaboratori dell'Ufficio Sanità, che mi hanno supportato in questo lavoro.

Rivolgo un ringraziamento particolare, inoltre, ai Comuni, alle Aziende Ulss, alle Case di Cura, ai partiti politici, ai sindacati, alle associazioni di volontariato e alle singole persone che hanno contribuito ad arricchire questo documento fornendo numerose proposte, osservazioni e utili spunti.

L'Assessore alla Sanità  
*Guglielmo Brusco*

<b>1</b>	Situazione dinamica del servizio sanitario della Regione Veneto	<b>10</b>
<b>2</b>	La situazione della sanità polesana	<b>12</b>
<b>3</b>	Un bilancio di questa fase	<b>15</b>
<b>4</b>	Liste d'attesa	<b>16</b>
<b>5</b>	Prevenzione	<b>18</b>
<b>6</b>	L'assistenza distrettuale	<b>21</b>
<b>7</b>	Ospedali pubblici polesani	<b>24</b>
<b>7.1</b>	Ospedale S. Maria della Misericordia - Rovigo	<b>24</b>
<b>7.1.1</b>	Analisi	<b>27</b>
<b>7.1.2</b>	Proposte	<b>27</b>
<b>7.2</b>	Ospedale S. Luca di Trecenta	<b>28</b>
<b>7.2.1</b>	Analisi	<b>30</b>
<b>7.2.2</b>	Proposte	<b>30</b>
<b>7.3</b>	Ospedale Civile di Adria	<b>31</b>
<b>7.3.1</b>	Analisi	<b>33</b>
<b>7.3.2</b>	Proposte	<b>33</b>
<b>8</b>	Case di cura private polesane	<b>34</b>
<b>8.1</b>	Analisi	<b>36</b>
<b>8.2</b>	Proposte	<b>36</b>
<b>9</b>	Strutture intermedie	<b>36</b>
<b>10</b>	Progetto Area ex Ospedale Psichiatrico di Granzette	<b>39</b>
<b>11</b>	Proposte di carattere generale	<b>40</b>
<b>12</b>	Conclusioni	<b>42</b>



Provincia di Rovigo

Assessorato alla Sanità

## Per una migliore sanità in Polesine: idee e proposte

*Art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana:*

*“La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti...”.*

Questo fondamentale principio potrà essere pienamente attuato soltanto se sarà rafforzato il ruolo della sanità pubblica, alla quale vanno risparmiati ulteriori attacchi che potrebbero colpire il più fondamentale diritto dei cittadini. Sarà nostro impegno in Polesine, difendere e rendere effettivo questo principio nei confronti di tutti, indipendentemente dalle possibilità economiche.

Non è giustificabile che uomini, donne e bambini possano veder limitate le loro possibilità di vita o anche solo la qualità della loro vita, perché poveri o perlomeno non in grado di sostenere le ingenti spese che certi interventi prevedono.

La Provincia di Rovigo segue ed intende sempre più dedicare attenzione alla situazione della sanità polesana. Lo fa per segnalare i problemi della gente, per far capire a tutti che le istituzioni sono vicine ai cittadini e per raccogliere proposte che le consentano di partecipare consapevolmente alla formazione del nuovo Piano Regionale Socio-Sanitario.

Per questo l'Assessorato Provinciale alla Sanità ha messo a disposizione di tanti soggetti interessati - dai comuni ai sindacati, dal volontariato ai partiti - un documento aperto alle loro critiche, ai loro consigli e alle loro proposte.

Sono state raccolte molte indicazioni, ma tra queste non c'è stata una critica radicale verso l'impianto complessivo del documento.

Che la Provincia perciò avanzi una sua lettura della nostra realtà è da considerare un fatto positivo che la impegna al massimo per il raggiungimento di alcuni risultati positivi.

E' confermato che il primo concetto da considerare per programmare un solido e soddisfacente futuro, rimane la conoscenza della dinamica che ha portato allo stato attuale delle cose.

E' uno stato, quello della nostra sanità, considerato da più parti non all'altezza dei bisogni dei cittadini e non soddisfacente neanche per il personale dipendente.

In quest'ottica il recupero dei dati riguardanti soprattutto il sistema sanitario polesano, non vuole essere solo un esercizio statistico, bensì un utile strumento per capire quanto è successo, valutarne le conseguenze e, nel caso queste non fossero state positive, cercare di trovare i giusti rimedi.

Naturalmente questo intervento non può e non vuole essere sostitutivo di altri a carattere tecnico o anche di tipo politico che altri soggetti devono o vogliono fare: vuole essere un modo per dire ai cittadini che i loro problemi sono all'attenzione della Provincia e far sì che il Polesine abbia la migliore sanità possibile per i suoi cittadini.

## **1** Situazione dinamica del servizio sanitario nella Regione Veneto

Crediamo sia giusto valutare la situazione polesana all'interno di un quadro regionale che faccia meglio capire le dinamiche di quanto è successo e di quanto sta succedendo.

Una delle forme basilari per rafforzare la fiducia tra cittadini e istituzioni è quella di verificare se c'è stata corrispondenza tra promesse ed effettive realizzazioni.

In campo sanitario, dai primi anni Ottanta del secolo scorso, ogni riorganizzazione programmata è stata giustificata dai seguenti principi: riorganizzare per abbassare i costi e migliorare i servizi.

Principi semplici da enunciare, ma difficili da applicare.

Partiamo perciò dalla lettura dei primi dati contenuti nella seguente tabella:

**Tab. 1**

**Regione Veneto -**

**composizione pubblico/privato dotazione posti letto**

Fonti:

DGRV 1290/1992

DGRV 740/1999

DGRV 3223/2002

	PERIODI DI RIFERIMENTO								
	1990			1999/2001			2002/2005		
	Posti letto	Quota %	Posti/1000 ab.	Posti letto	Quota %	Posti/1000 ab.	Posti letto	Quota %	Posti/1000 ab.
<b>PRIVATO</b>	3872	12,45	0,87	3415	14,35	0,7	3188	15,13	0,7
<b>PUBBLICO</b>	27221	87,55	6,19	20387	85,65	4,5	17879	84,87	3,8
<b>TOTALE</b>	<b>31093</b>	<b>100</b>	<b>7,06</b>	<b>23802</b>	<b>100</b>	<b>5,2</b>	<b>21067</b>	<b>100</b>	<b>4,5</b>

Dalla tabella è facile notare che, per quanto riguarda i posti letto ospedalieri, siamo di fronte ai seguenti risultati:

CALO TOTALE	da 31.093 del 1990 a 21.067 attuali	- 10.026	- 32,2%
CALO SETTORE PUBBLICO	da 27.221 del 1990 a 17.879 attuali	- 9.342	- 34,3%
CALO SETTORE PRIVATO	da 3.872 del 1990 a 3.188 attuali	- 684	- 17,7%

In pratica è sparito quasi un posto letto dei tre esistenti nel 1990, con una incidenza molto più alta nel settore a gestione pubblica (che ha comportato una vera e propria rivoluzione con la **chiusura di molti ospedali come i quattro dell'Alto Polesine**). La riduzione è stata invece molto più contenuta nel settore privato e questo ha comportato per il comparto una più semplice ristrutturazione a livello regionale e, per le strutture a gestione privata polesane, quasi nessun effetto almeno relativamente al numero di posti letto.

Dal 1990 in poi è progressivamente cambiato il rapporto tra pubblico e privato tanto che, dopo questa fase di profondi cambiamenti, nel Veneto gli effetti più evidenti sono stati:

- il calo del tasso di incidenza dei posti letto ospedalieri dal **7,06 al 4,5 per mille** abitanti (di cui 0,8 per riabilitazione)
- la riduzione dei posti letto pubblici che erano il 6,19 per mille nel 1990 e ora sono ridotti al 3,8 per mille
- una percentuale di posti letto a gestione pubblica sul totale dell'84,87 contro l'87,55 del 1990 (-2,68%)
- la riduzione di posti letto per i privati convenzionati, che erano l'0,87 per mille nel 1990 sono diventati lo 0,70 nel 2004 (-0,17)

- una percentuale di posti letto dei privati convenzionati, sul totale, attualmente del 15,13% contro il 12,45 del 1990.

**Insomma, pur senza voler dare giudizi semplicistici, si può certamente dichiarare che si è tagliato molto, soprattutto negli ospedali pubblici.**

Questa operazione non è stata indolore e ha provocato grandi tensioni tra le popolazioni e gli Enti Locali interessati, che spesso sono stati convinti ad accettare i tagli e le chiusure con argomentazioni in teoria ineccepibili, ma che alla fine si sono dimostrate spesso essere **promesse che poi non sono state mantenute.**

Tra queste promesse non mantenute, ad esempio, è bene rimarcare che per gli **ospedali dismessi** la Regione aveva previsto un uso per servizi alla persona. Questi edifici provenienti da lasciti di eredità benefattori e da investimenti dei comuni interessati, dopo essere diventati (grazie ad una discutibilissima legge) di proprietà delle ULSS, solo in minima parte sono stati utilizzati a tale fine. Troppo spesso, a dispetto delle intenzioni dei donanti, sono stati semplicemente **messi in vendita o lasciati colpevolmente deperire.**

Insomma, immobili che potevano essere ancora utili per fini socio-sanitari, anche per far diminuire i costi di gestione della sanità veneta (ad esempio perché non ricavarne delle Residenze Sanitarie Distrettuali, come previsto dalla bozza di Piano Regionale Socio Sanitario, per limitare i cosiddetti ricoveri impropri?), sono rimasti inutilizzati a dispetto di bisogni evidenti per un'assistenza extra-ospedaliera sempre più richiesta.

## **2** La situazione della sanità polesana

La nostra provincia, precedentemente divisa in tre ULSS (**29 Badia Polesine, 30 Rovigo, 31 Adria**), nel 1995 vede l'accorpamento delle prime due nell'ULSS 18 e la conferma dell'ex 31 nell'odierna 19.

L'ASL n. 18 nasce dal un complesso e sofferto progetto di riorganizzazione, soprattutto per quanto riguarda il territorio dell'ex-ULSS 29 di Badia Polesine.

Qui infatti esistevano ben quattro ospedali che **nel 1982 avevano ancora un totale di 682 posti letto** (più degli attuali posti letto pubblici di tutta l'ASL 18).

Alla fine degli anni '80, il tasso di utilizzo di tali posti (solo il 52%) metteva in evidenza una situazione grave. La generale non elevata qualità e la limitata tipologia dei servizi incoraggiavano un esodo dei pazienti verso strutture di altre aziende sia in ambito regionale che extra regionale.

Questo dato fu alla base dell'accesa discussione che portò alla sofferta decisione dei cittadini e dei Comuni altopolesani di chiudere

i quattro ospedali di **Castelmassa, Badia Polesine, Trecenta e Lendinara** con la nobile, tecnicamente ineccepibile intenzione, di costruire un unico ospedale di alto livello qualitativo e in posizione baricentrica rispetto al territorio.

Nel 1988 il progetto di tale struttura, denominata monoblocco e localizzata nel comune di Trecenta, presentato dagli allora Presidente della Regione e Assessore Regionale alla Sanità, **prevedeva 450 posti letto** (più degli attuali dell'Ospedale Civile di Rovigo) e **doveva costare 50 miliardi di lire**.

C'era inoltre un'altra promessa (soltanto in parte mantenuta): utilizzare i vecchi ospedali per servizi alla persona, con particolare riferimento ai problemi degli anziani.

La chiusura di quattro ospedali, però, non fu sufficiente a riparare l'ULSS n. 18 da ulteriori tagli e, per confermare questo, basta scorrere i dati della tabella seguente, che evidenziano anche il cambio di rapporto di forza tra pubblico e privato.

**Tab . 2**

**Rapporto pubblico privato negli Ospedali dell'ASL n. 18**

Fonti:

DGRV 1290/1992

DGRV 740/1999

DGRV 3223/2002

PUBBLICO	ROVIGO - TRECENTA	POSTI LETTO NELL'ANNO						Situazione 2005	
		1993	%	1995	%	1999	%		%
		1036		947	86,33	715	83,14	644	81,62
PRIVATO CONVENZIONATO	Città di Rovigo S.M. Maddalena			150	13,67	145	16,86	145	18,38
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>				<b>1097</b>	<b>100</b>	<b>860</b>	<b>100</b>	<b>789</b>	<b>100</b>

Appare evidente che gli **ospedali pubblici** sono usciti molto penalizzati, in termini di posti letto, dalla riorganizzazione avvenuta in questi ultimi anni. In poco più di un decennio infatti **sono stati tagliati quasi 400 posti letto pubblici**, mentre il privato convenzionato ha visto limitare le proprie perdite a soli 5 posti letto.

Risulta inoltre del tutto evidente la perdita di peso relativo della parte pubblica scesa da un'incidenza dell'86,33% nel 1996 all'81,62% del 2004 ed il contemporaneo rafforzamento della quota privata che nello stesso periodo vede salire la propria influenza passando dal 13,67% al 18,38% dei posti letto.

Il fatto è ancora di più rilevante importanza se si pensa che per l'ASL 18 la percentuale di posti letto gestiti da privati (18,38%) è superiore alla media del 15,13% raggiunta nel Veneto.

In particolare l'Ospedale Civile di Rovigo passa dai 706 posti let-



to del 1995 agli attuali 422, con un calo di ben 284 (-40%).

La gravità dell'intervento programmatico, risulta ancor più evidente se si confronta con il taglio effettuato dalla Regione sulla struttura privata "Città di Rovigo", che nello stesso periodo passa da 95 a 90 posti letto, perdendone perciò solo 5.

Se possibile, è ancora più grave quanto successo nel territorio dell'ex-ULSS 29 dove, come precedentemente ricordato e sempre sull'onda del principio "tagliare gli sprechi e migliorare i servizi", a fronte di 4 ospedali chiusi doveva nascere un ospedale con 450 posti letto per un costo di 50 miliardi.

La realtà che si è successivamente concretizzata è stata dagli esiti completamente diversi: un ospedale con **222 posti letto** (ancora teorici) costato certamente molto di più di **100 miliardi delle vecchie lire**.

Per l'ASL 19 la situazione di partenza è meno complessa di quella dell'ASL 18, perché non c'erano strutture pubbliche da chiudere. L'evoluzione comunque ricalca l'andamento generale del Veneto e del Polesine ed è verificabile dalla successiva tabella:

### Tab. 3

#### Rapporto pubblico privato negli Ospedali dell'ASL n. 19

Fonti:

DGRV 1290/1992

DGRV 740/1999

DGRV 3223/2002

		POSTI LETTO NELL'ANNO						Situazione 2005	%
		1993	%	1995	%	1999	%		
<b>PUBBLICO</b>	<b>Adria</b>	318		284	67,78	250	64,94	230	63,89
<b>PRIVATO CONVENZIONATO</b>	<b>Porto Viro</b>			135	32,22	135	35,06	130	36,11
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>				<b>419</b>	<b>100</b>	<b>385</b>	<b>100</b>	<b>360</b>	<b>100</b>

L'indirizzo politico regionale di pratico rafforzamento della sanità gestita dal privato, trova qui un altro chiaro esempio.

E' d'obbligo anche notare che la **Casa di Cura Privata di Porto Viro** ha avuto un ruolo molto diverso e un peso specifico relativamente più forte di quello svolto dalle Case di Cura Private dell'ASL 18.

E' una constatazione del tutto naturale se pensiamo che, a Porto Viro, la locale Casa di Cura Privata è una struttura più complessa delle altre consorelle polesane e che è titolare da tempo di almeno un terzo dei posti letto ospedalieri del Basso Polesine.

E' un rapporto tra pubblico e privato che è andato sempre più evolvendo a vantaggio del secondo che, ormai, **ha più del 36% dei posti letto dell'ASL 19**.

Da rilevare inoltre che la percentuale del 36,11 è più del doppio della media regionale (15,13).

## Un bilancio di questa fase

### 3

Riduzione delle spese, riorganizzazione e miglioramento dei servizi sono state, come abbiamo visto, le parole d'ordine per portare avanti una politica che di fatto ha rafforzato il ruolo dell'assistenza sanitaria privata convenzionata.

Di fronte a dati come quelli precedentemente illustrati almeno una domanda è d'obbligo: **abbiamo almeno ottenuto quei risparmi che dovevano esserci a seguito di un processo di riorganizzazione così forte?**

**La risposta è negativa.** Dal 1995 i bilanci delle ASL polesane hanno continuato ad accumulare deficit che, in alcuni anni, le hanno collocate addirittura ai primi posti della graduatoria veneta delle ASL considerate più spendaccione.

L'ASL 18 dal 1995 al 2004 ha inanellato una serie di deficit pari a circa **472 miliardi di lire (243 milioni di euro circa)**.

L'ASL 19 dal 1995 al 2004 ha avuto deficit intorno a **87 miliardi di lire (circa 45 milioni di euro)**.

Da notare che a questi risultati di bilancio, che contrastano con tutti gli impegni presi ogni volta che si è trattato di chiudere ospedali, tagliare posti letto ospedalieri o eliminare altri servizi sanitari, la Regione ha sempre dato la propria approvazione.

Dopo questa analisi, pensiamo appaia chiaro a chiunque che **la ricerca del risparmio** attraverso la chiusura e il taglio di posti letto e servizi sanitari pubblici, **oltre a non essere giusta, alla fine non è neanche economicamente produttiva ed eticamente accettabile.** E' un concetto confermato anche dall'ex-Ministro della Sanità Girolamo Sirchia che, nel gennaio 2003, ha rilasciato la seguente condivisibile dichiarazione: **"l'aziendalizzazione di ASL e Ospedali è un non senso innanzi tutto nei termini, in quanto essi, non essendo enti economici, non possono essere considerati azienda. Azienda è per definizione un'organizzazione finalizzata al risultato economico, mentre la missione dell'ospedale è la salute del paziente. Con ciò non si vuol certo escludere che ASL e ospedali debbano tendere al rispetto del bilancio economico, ma questo non deve essere l'obiettivo primario dell'organizzazione"**.

I "costi" della sanità non devono essere uno schema negativo nel quale affondare un diritto fondamentale come quello alla salute, bensì devono essere visti ed applicati come un investimento necessario e utile, anche in un tempo abbastanza ravvicinato, per diminuire la spesa socio-sanitaria complessiva.

Abbiamo visto che ogni taglio di strutture o servizi si è sempre giu-

stificato con nobili intenti: ristrutturare per **diminuire la spesa e rendere più efficienti i servizi**.

In Polesine questo non è certamente successo in quantità e qualità sufficienti.

Pensiamo perciò, oltre che ad una naturale e argomentata critica, sia giusto presentare alla Regione, almeno per grandi temi, una serie di richieste motivate che più avanti saranno specificate.

## 4 Liste d'attesa

Uno dei problemi principali che ferisce, umilia e fa soffrire tanti cittadini, è il tempo d'attesa per sottoporsi a visite ed esami.

Il cittadino si sente ferito perché, improvvisamente, si scontra con una realtà di tempi che, spesso, credeva tipici di paesi economicamente e socialmente meno sviluppati del nostro o di altre regioni considerate non così preparate in tema di sanità.

Il cittadino si sente umiliato perché, nel momento di maggior bisogno e dopo aver dato tanto allo Stato, spesso deve ricorrere al denaro o alle conoscenze personali per risolvere i propri problemi di salute.

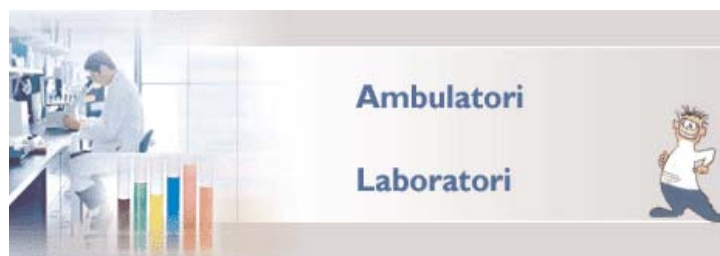
Il cittadino soffre perché quando si hanno o si pensa di avere problemi di salute, la sofferenza è il sentimento che più ti prende e, allungare nel tempo questo sentimento, è una tortura non degna di una società civile.

Vediamo alcuni esempi significativi di liste d'attesa:

**Tab. 4**

**Liste d'attesa – Ospedale Civile di Rovigo**

Ospedale di Rovigo	Giorni d'attesa al 1° dicembre 2005	Ospedale di Rovigo	Giorni d'attesa al 1° dicembre 2005
Visita cardiologica	177	Mammografia	198
Ecotomografica cardiaca	217	Tac Torace	128
Holter	168	Risonanza magnetica encefalo	135
Test da sforzo	141	Densitometria ossea	213
Ecodopler TSA arti	104		
Visita dermatologica	68		



**Tab. 5**

**Liste d'attesa – Ospedale di Trecenta**

Ospedale di Trecenta	Giorni d'attesa al 1° dicembre 2005	Ospedale di Trecenta	Giorni d'attesa al 1° dicembre 2005
Visita cardiologica	124	Mammografia	91
Ecotomografica cardiaca	118	Tac Torace	44
Holter	56	Risonanza magnetica encefalo	Servizio non disponibile
Test da sforzo	78	Densitometria ossea	Servizio non disponibile
Ecodopler TSA arti	63		
Visita dermatologica	21		



**Tab. 6**

**Liste d'attesa – Ospedale di Adria**

Ospedale di Trecenta	Giorni d'attesa al 30 giugno 2005	Ospedale di Trecenta	Giorni d'attesa al 30 giugno 2005
Ecodoppler TSA arti	75	Ecocolordoppler cardiaco	80
Mammografia	240	Elettrocardiogramma dinamico	60
Fluorangiografia	150	Visita dermatologica	15
Ecografia ginecologica	100		
Ecografia all'addome	50		



Gli obiettivi che la Regione Veneto si era data con la Delibera di Giunta n. 3683 del 13.10.1998 di contenere entro tempi accettabili le liste d'attesa, sono falliti per le prestazioni “principali”, le cosiddette “prestazioni traccianti” e, in certi casi, persino per le prestazioni segnalate con carattere di urgenza.

Questo fenomeno, purtroppo, non ha caratteristiche solo locali o regionali e, alla luce delle sofferenze dei cittadini, crediamo necessario che il prossimo governo nazionale si attivi per risolvere problemi come questi, attraverso la definizione di una scala di priorità in cima alla quale deve esserci certamente la sanità.

Per raggiungere i tempi previsti dalla delibera succitata, per non mettere in pericolo la salute dei cittadini e per non rendere “normale” l'ingiusto, discriminante ed economicamente pesante ricorso a **visite ed esami a pagamento**, tra le altre cose a nostro giudizio occorre:

1. **l'integrazione telematica di tutti i soggetti pubblici e privati operanti** almeno nel Polesine. La nascita del CUP unico provinciale va in questa direzione, ma l'integrazione tra pubblico e privato deve essere effettiva e non soltanto formale;
2. **un raccordo con il mondo della scuola, in particolare con l'Università** (come in parte già attuato a Rovigo con i corsi di Infermieristica Generale e di Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia), **per la formazione di figure pro-**

**fessionali** (medici, tecnici e infermieri) inquadrabili in una programmazione più lungimirante della sanità veneta. Le ricadute di una scelta positiva sarebbero importanti anche per il Polesine, dove figure come pediatri, tecnici di radiologia e altre, sono diventate purtroppo rarissime;

3. **l'acquisizione di nuove apparecchiature** (in particolare TAC, RMN, PET, Acceleratori lineari, ecc.) da utilizzare per un numero superiore anche alle 12 ore, così come previsto dalla Delibera della Giunta Regionale Veneta n. 3683. Naturalmente, oltre all'acquisto delle apparecchiature, occorre favorirne l'ottimale manutenzione e la più rapida riparazione delle stesse.

Quindi, a nostro giudizio, è necessaria una **maggiore presenza quantitativa e qualitativa di personale medico, tecnico ed infermieristico che possa consentire per un orario molto più lungo, insieme ad un maggior utilizzo delle apparecchiature, una risposta adeguata alla esigenza di avere visite ed esami in tempi accettabili.**

Per questo bisogna finirla con il blocco delle assunzioni nel settore sanitario. Per medici, tecnici, infermieri ed altri operatori i non possono essere validi criteri di quadratura di bilancio che niente hanno da dividere con i principi dell'art. 32 della Costituzione e con il rispetto del più elementare dei diritti umani, il diritto alla salute appunto.

Questo non vuol dire rinunciare ai criteri di efficienza ed economicità. Per raggiungere ottimi risultati in questi campi bisogna evitare assunzioni clientelari, sprechi nel settore degli appalti operando, invece, per il miglior utilizzo degli uomini e delle donne che lavorano per il servizio sanitario negli ospedali, nei distretti, nei punti sanità e negli uffici.

## 5 Prevenzione

La **prevenzione** è stata la parola chiave che ha **consentito la trasformazione del sistema sanitario italiano**. Anche per il Veneto e per il Polesine questa parola è servita a superare molte resistenze, ma il **risultato attuale non è certo all'altezza delle aspettative** avute dalla nostra popolazione.

La Regione Veneto, ad esempio, è intervenuta con diversi suoi provvedimenti per indirizzare gli interventi in questo settore. Lo ha fatto anche in seguito alle previsioni del DPCM 29.11.2001 che, tra le altre cose, prevedeva:

- a) **Profilassi delle malattie infettive e parassitarie.**

E' un'attività di cui è emersa l'importanza in questi giorni anche a causa dell'influenza aviaria. La sorveglianza e la profilassi delle malattie infettive e parassitarie devono essere accompagnate da azioni di educazione tra le fasce di popolazione più interessate. Importante è anche un'attività di monitoraggio e di statistica.



- b) **Tutela della collettività dai rischi sanitari connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento all'inquinamento ambientale.** Per l'inquinamento ambientale occorre vigilanza e l'adozione di eventuali provvedimenti relativi all'inquinamento atmosferico (per gli odori poco si può fare) ed acustico, lo smaltimento dei rifiuti, gli scarichi civili ed industriali (e la conseguente vigilanza sull'acqua) ed i campi elettromagnetici. Per quanto riguarda gli ambienti di vita la vigilanza va effettuata soprattutto nei confronti di scuole, ospedali, case di riposo, alberghi, ecc..
- c) **Tutela dei rischi connessi con gli ambienti di lavoro.**  
 In questo caso i Servizi Prevenzione Infortuni e Sicurezza Ambienti di Lavoro dovrebbero essere gli organi capaci di:
- censire le attività lavorative del territorio;
  - prevenire e vigilare tramite sopralluoghi negli ambienti di lavoro;
  - sorvegliare su apprendisti e minori;
  - esprimere parere su industrie insalubri;
  - formare datori di lavoro e lavoratori in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro.
- d) **Sanità pubblica veterinaria.** Tale servizio dovrebbe assicurare nel territorio sorveglianza, igiene e controllo sanitario degli animali e degli alimenti di origine animale.
- e) **Attività di prevenzione rivolte alle persone.** Garantire gratuitamente le vaccinazioni obbligatorie per gli adulti e i bambini.
- f) **Compiti di medicina legale.** Tra le diverse tipologie d'intervento, particolarmente importante, anche per i risvolti sociali (accertamento sulla inidoneità lavorativa, che non può essere legata ai bisogni del bilancio dello Stato, ma alle condizioni e ai bisogni dei cittadini visitati).
- g) **Altre campagne come la vaccinazione antinfluenzale o la prevenzione di malattie infettive come l'AIDS.**

Questo tentativo era stato forse messo in pratica per cercare di invertire la rotta rispetto al concetto di mortalità evitabile che, nel triennio 1996/1998, aveva visto il Veneto collocato tra le regioni con i maggiori problemi da risolvere.

Ci sono poi altri interventi necessari ad **aumentare la qualità della prevenzione** e tra questi sono da segnalare quelli relativi agli **stili di vita**:

- campagne continue per evitare i traumi da traffico che nel nostro Polesine sono particolarmente gravi;
- interventi educativi per evitare, a partire dai giovani, forme di dipendenza da alcool e da droghe di qualsiasi tipo;
- promozione di campagne contro il fumo, una delle cause principali della morte per tumore (non solo ai polmoni);
- la divulgazione di stili di vita che a partire da una sana ed equilibrata alimentazione e per finire con una adeguata attività fisica, possano favorire la diminuzione delle malattie cardiovascolari.



**Tab. 7**

**Serie storica incidenti stradali, morti e feriti  
– Provincia di Rovigo 2002 – 2004**

Fonte: Istat, elaborazione U.S. Provincia di Rovigo

Anno	Incidenti	Morti	Feriti	Indice di Mortalità	Indice di lesività
2000	1.200	80	1.631	6,7	135,9
2001	1.125	46	1.628	4,1	144,7
2002	1.086	42	1.608	3,9	148,1
2003	1.001	56	1.499	5,6	149,8
2004	918	28	1.347	3,1	146,7

Alla fine, però, un concetto resta ben chiaro: la prevenzione, adesso e prima che ogni variazione negli stili di vita o delle condizioni ambientali facciano effetto, si attua soprattutto attraverso una serie di screening preventivi relativi ai più diffusi tumori. Al di là degli impegni formali, come l'accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002, tali screening potranno essere eseguiti solo se, oltre ad un'ottima organizzazione, ci saranno adeguate risorse per l'assunzione di personale e per l'acquisto di apparecchiature all'altezza dei bisogni.

***In questo contesto:***

***qual è la situazione polesana della prevenzione?***

Negli anni precedenti la Regione Veneto ha segnalato spesso le difficoltà incontrate dalle ASL della nostra provincia a mettere in campo un'adeguata qualità e quantità di mezzi e dipendenti addetti alla prevenzione.

I **tagli continui**, che vedono addirittura provvedimenti come la DGRV n. 3144 del 18.10.2005 bloccare di fatto assunzioni e acquisto di apparecchiature, hanno progressivamente **aggravato la situazione e, la prevenzione, resta la cenerentola della sanità polesana.**

Per raggiungere migliori risultati, sarebbe inoltre necessario riuscire ad avere una programmazione "democratica", proveniente il più possibile dai cittadini, attraverso i rappresentanti istituzionali a loro più vicini. In questo senso la 5<sup>a</sup> Commissione URPV e la Conferenza Regionale Permanente per la Programmazione Socio-Sanitaria dovrebbero avere un ruolo più preciso e più determinante nella programmazione sanitaria regionale di lungo (Piani Regionali) e più breve ("Piani intermedi") periodo.

Occorrerebbe, insomma, che ogni provincia potesse dotarsi di un piano territoriale che tenesse conto di tutti gli elementi che influenzano la salute pubblica. A tale proposito vediamo i principali fattori determinanti della salute, così come individuati dalla OMS, alla base di un piano territoriale della Provincia di Modena.

Tab. 8

**Fattori determinanti della salute**

Fonte: Piano Sanitario Emilia Romagna 1999/2001

Non modificabili	Socio- economici	Ambientali	Stili di vita	Accesso ai servizi
<ul style="list-style-type: none"><li>• genetica</li><li>• sesso</li><li>• età</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• povertà</li><li>• occupazione</li><li>• esclusione sociale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• aria</li><li>• acqua e alimenti</li><li>• abitato</li><li>• ambiente sociale e culturale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• alimentazione</li><li>• attività fisica</li><li>• fumo</li><li>• alcol</li><li>• attività sessuale</li><li>• farmaci</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• istruzione</li><li>• tipo di sistema sanitario</li><li>• servizi sociali</li><li>• trasporti</li><li>• attività ricreative</li></ul>

E' evidente che per poter fornire un contributo territoriale qualificato, che tenga conto degli elementi sopra elencati e dei nuovi che via via si aggiungono, occorre intrecciare rapporti con diversi soggetti, studiare la situazione e formulare proposte anche per intervenire sugli stili di vita, base importante per la promozione della salute.

E fare questo senza adeguate risorse economiche è quasi un'utopia. Perciò speriamo che la Regione capisca l'importanza del concetto, modifichi i rapporti con le Province e fornisca adeguate risorse per attivare collaborazioni più concrete con gli altri attori delle politiche per la salute, in particolare Comuni, ASL, volontariato, ecc...

## L'assistenza distrettuale

6

Il Distretto Socio-Sanitario è definito come l'**articolazione organizzativo-funzionale delle ASL**, finalizzato a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari della popolazione.

Il Distretto ha una sua dimensione territoriale ed una sua autonomia economica e gestionale che dovrebbe rendere l'articolazione più vicina ai cittadini.

In particolare il Distretto dovrebbe essere:

- il **punto di riferimento** per l'accesso ai servizi dell'ASL;
- il **punto d'unione** dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali del territorio;
- la **sede della gestione**, organizzazione e coordinamento dei servizi territoriali.

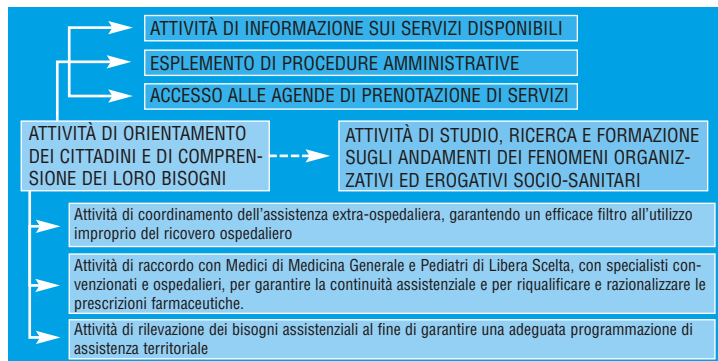
Tra le sue funzioni fondamentali:

- analisi e valutazione dei bisogni di salute;
- gestione diretta dei servizi e interventi che rientrano nei livelli di assistenza distrettuale;
- attività di governo della domanda così come sintetizzato nel seguente grafico.

**Tab. 9**

**Attività di governo della domanda**

Fonte: Regione Veneto – Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari



Per potenziare il ruolo anche dei servizi territoriali, occorre un aumento della quantità del personale nelle sue diverse tipologie, capace di garantire servizi come le varie assistenze domiciliari per persone non autosufficienti (infermieristica, riabilitativa, oncologica, programmata, socio sanitaria, ecc...).

Per ottenere questi risultati è anche auspicabile che i distretti abbiano **budget più ampi e poteri decisionali più marcati**. I loro dirigenti, se possibile, devono essere inoltre trovati tra medici capaci, che vivono da tempo in quel territorio, che lo amano e ne conoscano i problemi proprio perché sono giornalmente a contatto con questi.

Occorre, inoltre, una **grande collaborazione con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta** che sono figure centrali per il servizio sanitario nazionale. Per capire questo basta citare alcuni dei ruoli svolti da queste figure professionali:

- educazione e valorizzazione del concetto di salute;
- analisi dei bisogni dei cittadini;
- regolazione dei flussi di utilizzo delle strutture sanitarie;
- controllo nell'erogazione dell'assistenza farmaceutica.

***In Polesine com'è la situazione dei distretti?***

La situazione della nostra assistenza territoriale fino al 2002 non era tra le più rosee. In diverse relazioni della Regione Veneto si illustrava che, per il Polesine (in particolare per l'ASL 18), esisteva una **scarsa percentuale** sul complessivo di **personale assegnato ai distretti** e che, ad esempio, per qualità dei servizi erogati percepita dai cittadini l'ASL 18 era l'ultima della graduatoria di gradimento.

Anche l'ASL 19 aveva i suoi problemi soprattutto per coprire adeguatamente le esigenze di un territorio vasto e di difficile viabilità. Ad esempio per **Porto Tolle**, comune dalle caratteristiche partico-

lari, esistono condizioni di difficoltà recepite diffusamente dalla popolazione. In particolare viene lamentata la scarsità di personale addetto agli ambulatori specialistici, al servizio di fisioterapia e alle varie forme di assistenza domiciliare. Sarebbe inoltre necessario istituire nel locale Punto Sanità, un **centro di primo soccorso**, almeno per i casi che comportano piccoli interventi. In parte, analoghe richieste sono pervenute anche dal Comune di **Taglio di Po**, su suggerimento dei medici di base.

Altri servizi di carattere decentrato vanno mantenuti e potenziati. Ci riferiamo, in particolare, ai **Punti Sanità** che svolgono un ruolo molto utile alla popolazione. Attualmente, purtroppo, non risultano all'altezza dei bisogni e non possono svolgere quel ruolo di filtro utile anche a far diminuire le liste d'attesa.

A tale proposito riteniamo incomprensibile (anche alla luce delle indicazioni della Proposta di Piano Socio-Sanitario regionale) la **soppressione del servizio odontotecnico (protesico)** che era assicurato nei Punti Sanità alto polesani a tariffe certamente competitive e gradite ai cittadini, come del resto era apprezzata la qualità dei lavori eseguiti.

Riteniamo inoltre incomprensibile per la sostanza e per il metodo (decisione presa dal Direttore Generale dell'ASL 18 senza tener conto del parere dei cittadini, dei sindaci e dei sindacati dei comuni interessati), la **chiusura del Punto Sanità pubblico di Occhiobello** e il suo passaggio nella locale Casa di Cura privata.

Per i Comuni di Occhiobello, Stienta, Canaro, Pincara, Gaiba e Fiesse Umbertiano, va inoltre tenuta presente la necessità di dare vita al progetto di Cittadella Sanitaria, funzionale a tutti i cittadini della zona.

L'attività collegata all'assistenza delle **persone non autosufficienti** non può essere risolta con il ricorso alle **badanti**. Occorre una risposta organizzata che sappia affrontare per aree di assistenza estensiva e intensiva, i collegati interventi medici, infermieristici, riabilitativi, sociali, ecc..

Vediamo alcuni dati per valutare la nostra efficienza in rapporto ad alcuni bisogni (dati tratti dalla relazione regionale Socio-Sanitaria 2004 – dati 2002/2003):

- interventi a favore delle famiglie che assistono persone con Alzheimer. Nel 2003 su 300 domande di assistenza, solo 165 sono state ritenute ammissibili dagli organi regionali e solo a 106 sono stati gli assistiti.

Il numero dei Centri Educativi Occupazionali Diurni polesani era nel 2003 il più basso del Veneto (6 con 124 utenti).

Per l'assistenza domiciliare il Polesine era insufficiente per quanto riguarda quella domiciliare riabilitativa e ospedaliera-intensiva, mentre la situazione era migliore per l'infermieristica e la programmata integrata (in particolare risultava più efficace l'attività dell'ASL 19).

Anche per quanto riguarda la cosiddetta assistenza territoriale (alla base di tante promesse), bisogna purtroppo dire che, rispetto ai principi enunciati nel momento dei tagli agli ospedali, siamo ben al di sotto delle attese.

## 7 Ospedali pubblici polesani

Gli ospedali pubblici polesani, che con i loro servizi salvavita, medici, chirurgici e riabilitativi dovrebbero rispondere ai bisogni legittimi dei cittadini, sono stati interessati da diverse ondate di riorganizzazione finalizzate, in teoria, a diminuire i costi e a migliorare i servizi.

E' importante, perciò, verificare la coerenza di questa teoria confrontandola con dati capaci di farci conoscere la dimensione e la qualità di queste riorganizzazioni.

Vediamo perciò le seguenti tabelle, temporalmente riassuntive delle variazioni intervenute negli ospedali pubblici e privati polesani tra il 1995 e il 2004 (dati sostanzialmente confermati anche per il 2005).

### 7.1 Ospedale S. Maria della Misericordia – Rovigo

Tab. 10  
Ospedale S. Maria della Misericordia - Rovigo

PRESIDIO OSPEDALIERO DI ROVIGO	Situazione al 1995		Situazione al 1999		Situazione al 31.10.2002			Situazione al 31.12.2004		
	Posti letto	Apicalità	Posti letto	Apicalità	Posti letto		Apicalità		Posti letto	Apicalità
					Ord	DH/ DS		Ord	DH/ DS	
<b>AREA F.O. MEDICA:</b>										
Cardiologia	39	x	39	x	15	1	x	15	1	x
Dermatologia	21	x	21	x	2	2	x	2	2	x
Gastroenterologia								5	1	x
Geriatrics	50	x	56	x	40	2	x	30	1	x
Medicina Generale	53	x	57	x	40	2	x	33	1	x
Malattie Infettive	15	x	18	x	10	1	x	10	1	x
Malattie Metaboliche	15	x	13	x	5	2	x	4	2	
Nefrologia	10	x	12	x	6	1	x	4	1	x
Dialisi	[14]		[14]				con nefr			con nef
Neurologia	40	x	30	x	20	1	x	15	1	x
Oncologia	25	x	30	x	8	15	x	8	15	x
Pneumologia	38	x	38	x	21	1		11	1	x
Psichiatria	15	x	15		8	1		0	0	
Radioterapia	3	x	3	x		1	x		0	x
<b>Tot. Area F.O. Medica Rovigo</b>	<b>324</b>	<b>12</b>	<b>332</b>	<b>11</b>	<b>175</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>137</b>	<b>27</b>	<b>11</b>

PRESIDIO OSPEDALIERO DI ROVIGO	Situazione al 1995		Situazione al 1999		Situazione al 31.10.2002			Situazione al 31.12.2004		
	Posti letto	Apicalità	Posti letto	Apicalità	Posti letto		Apicalità	Posti letto		Apicalità
					Ord	DH/ DS		Ord	DH/ DS	
<b>AREA F.O. RIABILITATIVA:</b>										
Medicina fisica e Riabilitazione							x			x
Lungodegenza	40		30					25		
Lungodegenza geriatrica					30			0		
Lungodegenza medica					13			0		
Riabilitazione neurologica					10			5		
Lungodegenza pneumologica					2			0		
Riabilitazione ortopedica					7			0		
Recupero e Rieducazione Funzionale di cui:	20	x	17	x						
Recupero e Rieducazione Funzionale Ortopedica	0		7							
Recupero e Rieducazione Funzionale Neuroriab.	0		10							
<b>Tot. Area F.O. Riabilitativa</b>	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>47</b>	<b>1</b>	<b>62</b>		<b>1</b>	<b>30</b>		<b>1</b>
<b>AREA F.O. CHIRURGICA:</b>										
Anestesia e Rianimazione	16	x	6	x			x			x
Chirurgia Maxillo Facciale	10	x	10	x	6	1	x	4	1	x
Chirurgia Generale	54	x	47	x	26	2	x	22	2	x
Chirurgia G. - Vascolare	6		6		13	2	x	10	2	x
Chirurgia G. - Toracica	4		4		6					
Neurochirurgia	21	x	7	x	9	1	x	9	1	x
Oculistica	30	x	29	x	9	6	x	6	6	x
Ortopedia e Traumatologia	47	x	38	x	22	2	x	22	2	x
Otorinolaringoiatria	32	x	32	x	20	4		14	2	x
Urologia	32	x	32	x	22	6	x	20	4	x
<b>Tot. Area F.O. Chirurgia Rovigo</b>	<b>252</b>	<b>8</b>	<b>211</b>	<b>8</b>	<b>133</b>	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>107</b>	<b>20</b>	<b>9</b>
<b>AREA F.O. MATERNO INFANTILE:</b>										
Assistenza neonatale (culle)	[20]		[20]							
Ostetricia e Ginecologia di cui:	38	x	44	x	26	4		28	4	x
Fisiopatologia prenatale	5		5							
Pediatria	24	x	24	x	17	1	x	20	1	x
Patologia Neonatale	8		12							
<b>Tot. Area F.O. Materno Infantile Rovigo</b>	<b>70</b>	<b>2</b>	<b>80</b>	<b>2</b>	<b>43</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>48</b>	<b>5</b>	<b>2</b>

PRESIDIO OSPEDALIERO DI ROVIGO	Situazione al 1995		Situazione al 1999		Situazione al 31.10.2002			Situazione al 31.12.2004		
	Posti letto	Apicalità	Posti letto	Apicalità	Posti letto	Apicalità	Posti letto	Apicalità		
					Ord	DH/ DS		Ord	DH/ DS	
<b>AREA F.O. TERAPIE INTENS.</b>										
Rianimazione-Terapia intensiva					8			8		
Rianimazione-Terapia subintensiva					6			6		
Terapia intensiva coronarica-UTIC					8			8		
Cardiologia subintensiva					10			10		
Neurologia subintensiva					4			4		
Pneumologia subintensiva					4			4		
Terapia intensiva neonatale					4			2		
Patologia neonatale-subintensiva					4			6		
<b>Tot. Area F.O. Terapie intens.</b>					<b>48</b>			<b>48</b>		
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>706</b>	<b>23</b>	<b>670</b>	<b>22</b>	<b>461</b>	<b>59</b>	<b>20</b>	<b>370</b>	<b>52</b>	<b>23</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA:</b>										
Accettazione e Pronto Soccorso		x		x			x			x
Centrale Operativa di Emergenza										
Direzione medica							x			x
Emodinamica										
Farmacia		x		x			x			x
Fisica Sanitaria		x		x			x			x
Istologia e Anatomia Patologica		x		x			x			x
Laboratorio analisi		x		x			x			x
Medicina Legale										
Medicina Nucleare		x								
Microbiologia		x		x			x			
Neuroradiologia										
Odontoiatria										
Oncoematologia										
Radiologia		x		x			x			x
Terapia del dolore e cure palliative		x					x			x
Trasfusionale e Immunologia		x		x			x			x
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>10</b>		<b>8</b>			<b>10</b>			<b>9</b>
<b>TOTALE OSPEDALE DI ROVIGO</b>	<b>706</b>	<b>33</b>	<b>670</b>	<b>30</b>	<b>461</b>	<b>59</b>	<b>30</b>	<b>370</b>	<b>52</b>	<b>32</b>

Tab. 11

Ospedale S. Maria della Misericordia di Rovigo, variazioni per aree

ROVIGO	1995	2004	Differenza	Percentuale
Area Medica	324	164	- 160	- 49,4
Area Riabilitativa	60	30	- 30	-50
Area Chirurgica	252	127	- 125	- 49,6
Area Materno-Infantile	70	53	- 17	- 24,2
Terapie Intensive		48	Posti precedentemente conteggiati in Area Medica Chirurgica e Materno infantile	
<b>TOTALE</b>	<b>706</b>	<b>422</b>	<b>- 284</b>	<b>- 40,2</b>

## Analisi

La struttura pubblica di **Rovigo** dal 1995 al 2004 **ha perso il 40% dei posti letto**. Tra questi, da rilevare, il 50% tagliato nell'area riabilitativa contrariamente a quanto previsto dalle linee di tendenza della programmazione nazionale.

Si sono pressoché dimezzate le Aree Medica, Riabilitativa e Chirurgica, mentre ha preso corpo un'organizzazione di Terapie Intensive sempre più necessarie.

Nonostante tutto, l'Ospedale Civile di Rovigo ha comunque mantenuto, anzi ha rafforzato, il suo ruolo guida riuscendo a conservare comunque 32 apicalità contro le 33 del 1995 e le 30 del 2002.

La denuncia del Direttore Generale sulle inadeguatezze strutturali del S. Maria della Misericordia, sono state seguite da un piano di investimenti che ha visto la sua prima realizzazione nel nuovo Pronto Soccorso.

## Proposte

- **Aumento del personale medico, tecnico ed infermieristico** come più volte richiesto dai sindacati (l'esempio più evidente anche agli occhi dei cittadini rimane sempre il Pronto Soccorso)
- **Acquisto di nuove apparecchiature per gli interventi e per la diagnostica**
- **Completamento dei servizi tecnologici**
- **Completamento degli investimenti strutturali** per far uscire definitivamente il S. Maria della Misericordia dalla condizione di "ospedale che cade a pezzi".

## 7.1.1

## 7.1.2

## 7.2 Ospedale S. Luca di Trecenta

Tab. 12

Ospedale S. Luca - Trecenta

PRESIDIO OSPEDALIERO DI TRECENTA	Situazione al 1995		Situazione al 1999		Situazione al 31.10.2002			Situazione al 31.12.2004		
	Posti letto	Apicalità	Posti letto	Apicalità	Posti letto	Apicalità		Posti letto	Apicalità	
					Ord	DH/ DS		Ord	DH/ DS	
<b>AREA F.O. MEDICA:</b>										
Geriatria	30	x	30	x	23	1	x	24		
Medicina Generale	52	x	54	x	34	1		30	1	x
Oncologia						5			3	
Pneumologia						1		1	1	
Psichiatria								16		
Dialisi	[6]		[6]							
Neurologia	15	x	15	x	8	1				
<b>Tot. Area F.O. Medica Trecenta</b>	<b>97</b>	<b>3</b>	<b>99</b>	<b>3</b>	<b>70</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>71</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
<b>AREA F.O. RIABILITATIVA:</b>										
Lungodegenza	15		10					25		
Lungodegenza Riabilitativa Pneumologica	15		12		2			0		
Lungodegenza Geriatrica					14			0		
Lungodegenza Medica					11			0		
Riabilitazione Pneumologica					0			10		
Riabilitazione Cardiologica					0			5		
Riabilitazione ortopedica					2			15		
Riabilitazione neurologica					0			15		
Recupero e Rieducazione Funzionale	10	x	0							
<b>Tot. Area F.O. Riabilitativa</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>22</b>		<b>29</b>			<b>70</b>		
<b>AREA F.O. CHIRURGICA:</b>										
Anestesia e Rianimazione	4	x	4	x			x			x
Chirurgia Generale	34	x	34	x	28	2		26	2	x
<i>Chirurgia Toracica</i>								4		
Oculistica	6	x	6	x		5	x		3	
Ortopedia e Traumatologia	15	x	15	x	12	2		11	1	
Otorinolaringoiatria	15	x	15		2	2		0	1	
<b>Tot. Area F.O. Chirurgica Trecenta</b>	<b>74</b>	<b>5</b>	<b>74</b>	<b>4</b>	<b>42</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>41</b>	<b>7</b>	<b>2</b>

PRESIDIO OSPEDALIERO DI TRECENTA	Situazione al 1995		Situazione al 1999		Situazione al 31.10.2002			Situazione al 31.12.2004		
	Posti letto	Apicalità	Posti letto	Apicalità	Posti letto		Apicalità	Posti letto		Apicalità
					Ord	DH/ DS		Ord	DH/ DS	
<b>AREA F.O. MATERNO INFANTILE:</b>										
Assistenza neonatale (culle)	[10]		[10]							
Ostetricia e Ginecologia	20	x	20	x	16	2	x	16	2	
Pediatria	10	x	9	x	5	11		0	2	
<b>Tot. Area F.O. Materno Infantile Rovigo</b>	<b>30</b>	<b>2</b>	<b>29</b>	<b>2</b>	<b>21</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	
<b>AREA F.O. TERAPIE INTENS.:</b>										
Terapia subintensiva-anestesia					4			4		
Pneumologia subintensiva					0			4		
Lungodegenza pneumologica					4			0		
<b>Tot. Area Terapie Intensive</b>					<b>8</b>	<b>0</b>		<b>8</b>		
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>241</b>	<b>11</b>	<b>224</b>	<b>9</b>	<b>170</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>206</b>	<b>16</b>	<b>3</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA:</b>										
Accettazione e Pronto Soccorso		x		x			x			
Farmacia		x								
Laboratorio analisi		x								
Radiologia		x		x			x			
Trasfusionale e Immunologia										
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>4</b>		<b>2</b>			<b>2</b>			
<b>TOTALE OSPEDALE DI TRECENTA</b>	<b>241</b>	<b>15</b>	<b>224</b>	<b>11</b>	<b>170</b>	<b>23</b>	<b>6</b>	<b>206</b>	<b>16</b>	<b>9</b>

**Tab. 13**  
**Ospedale S. Luca di Trecenta, variazioni per aree**

TRECENTA	1995	2004	DIFFERENZA	PERCENTUALE
Area Medica	97	76	- 21	- 21,6
Area Riabilitativa	40	70	+ 30	+ 75
Area Chirurgica	74	48	- 26	- 35,1
Area Materno-Infantile	30	20	- 10	- 33,3
Terapie Intensive		8	Posti precedentemente conteggiati in Area Chirurgica e Riabilitativa	
<b>TOTALE</b>	<b>241</b>	<b>222</b>	<b>- 19</b>	<b>- 7,8</b>

## 7.2.1 Analisi

L'Alto Polesine ha subito la più importante riorganizzazione a partire dai primi anni Ottanta. Da **682 posti letto** in quattro ospedali siamo arrivati ai **222 attuali** (teorici) collocati solo nel S. Luca.

La minore riduzione 1995-2004 rispetto a Rovigo è però aggiuntiva a quella pesante precedentemente subita.

**Trecenta** poi, nonostante il suo bacino d'utenza sia numericamente paragonabile a quello di Rovigo e nonostante ci troviamo in presenza di una struttura moderna in parte ancora vuota, ha visto progressivamente indebolirsi il proprio ruolo.

L'esempio più lampante è quello relativo alle **apicalità** che, dal 1995 ad oggi, sono passate **da 15 a 3**.

Si ha l'impressione che, dopo le spese più che raddoppiate rispetto al progetto iniziale, questo nosocomio, dalla logistica moderna ed efficiente sia sottovalutato e non adeguatamente utilizzato. Ciò comporta problemi per le popolazioni altopolesane e anche uno spreco di risorse. Il rischio è che il **S. Luca** perda la sua **funzione per acuti** e sia **trasformato in struttura genericamente riabilitativa**.

Nel 2002, ad esempio, ben il 41% della possibile utenza del S. Luca è transitata in altri ospedali. E oggi non crediamo che la situazione sia molto diversa.

Nei primi nove mesi del 2005, oltre a ritrovare un notevole numero di cittadini che da comuni di confine si rivolgono a strutture ospedaliere extra regionali, troviamo la conferma di un importante esodo verso le strutture private convenzionate che ha interessato circa 1300 cittadini.

C'è, inoltre, un altro rischio che la gente teme possa verificarsi e questa ipotesi, anche se soltanto a titolo di cronaca, va comunque presentata. I cittadini temono che la struttura pubblica sia svuotata del suo potenziale e possa essere ceduta a prezzo stracciato ad imprenditori privati che saprebbero certamente ricavare grandi profitti dal suo uso.

## 7.2.2 Proposte

Per utilizzare in modo migliore il monoblocco trecentano e rafforzarne la capacità di attrazione, bisogna almeno operare per:

- il **rafforzamento del Pronto Soccorso**, con la nomina di un primario e prevedendo 24 ore al giorno la presenza di figure necessarie come il pediatra, il cardiologo e l'ortopedico;
- il **completamento del programma del Direttore generale**, presentato nel luglio 2003, che prevedeva l'attivazione dell'**Hospice** e di **riabilitazioni** come quella cardiologica e neurologica (operazione non ancora effettuata);
- l'**aumento del personale** medico tecnico ed infermieristico.

Tab. 14  
Ospedale Civile - Adria

AZIENDA U.L.S.S. 19 ADRIA	Situazione al 1995			Situazione al 31.10.2002			Previsione 2004		
	Posti letto	U.O. Aggr.	Apicalità	Posti letto		Apicalità	Posti letto		Apicalità
				Ord	DH/ DS		Ord	DH/ DS	
STRUTTURE DI RICOVERO									
<b>AREA F.O. MEDICA:</b>									
Cardiologia						1			
Dialisi									
Medicina Generale			1	55	1		56		1
Psichiatria			1	8		1	8		1
<b>Tot. Area F.O. Medica</b>	<b>68</b>		<b>2</b>	<b>63</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>64</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>AREA F.O. RIABILITATIVA:</b>									
Lungodegenza				20			12		
Recupero Rieducaz. Funzionale			1			x	23		
<b>Tot. Area F.O. Riabilitativa</b>	<b>51</b>		<b>1</b>	<b>20</b>		<b>1</b>	<b>35</b>		<b>1</b>
<b>AREA F.O. CHIRURGICA:</b>									
Anestesia e Rianimazione			1			1			
Chirurgia Generale			1	30	5	1	32	3	1
Oculistica			1	3	5		1	5	1
Ortopedia e Traumatologia			1	30	2	1	20	2	1
Otorinolaringoiatria			1	9	5		6	5	1
Urologia			1	16	3	1	7	5	1
<b>Tot. Area .O. Chirurgica</b>	<b>133</b>		<b>6</b>	<b>88</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>66</b>	<b>20</b>	<b>5</b>
<b>AREA F.O. MATERNO-INFANTILE:</b>									
Ostetricia e Ginecologia			1	17	1	1	17	1	1
Pediatria			1	9	2	1	10	2	1
Assistenza Neonatale									
<b>Tot. Area F.O. Materno-Infantile</b>	<b>32</b>		<b>2</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

AZIENDA U.L.S.S. 19 ADRIA	Situazione al 1995			Situazione al 31.10.2002			Previsione 2004		
	Posti letto	U.O. Aggr.	Apicalità	Posti letto		Apicalità	Posti letto		Apicalità
				Ord	DH/ DS		Ord	DH/ DS	
<b>AREA F.O. TERAPIE INTENS. RIANIM.</b>									
Rianimazione				4			5		
Unità Intensiva Cardiologica				1			2		
T.Subintensiva Cardiologica				4			4		
T.Subintensiva Medica							2		
T. Subintensiva Pediatria				1			1		
<b>Tot. Area F.O. Terapie Intens. Rianimazione</b>				<b>10</b>			<b>14</b>		
<b>TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO</b>	<b>284</b>		<b>11</b>	<b>207</b>	<b>24</b>		<b>206</b>	<b>24</b>	
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>									
Direzione Medica						1			1
Accettazione e Pronto Soccorso			1			1			1
Cardiologia			1						
Diabetologia									
Dietetica									
Endoscopia Digestiva									
Farmacia			1			1			1
Istologia e Anatomia Patologica									
Laboratorio di Analisi			1			1			1
Radiologia			1			1			1
Trasfusionale ed Immunologia									
<b>TOTALE SERVIZI</b>			<b>5</b>			<b>5</b>			<b>5</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>284</b>		<b>16</b>	<b>207</b>	<b>24</b>	<b>14</b>	<b>206</b>	<b>24</b>	<b>15</b>

**Tab. 15**  
**Variazioni per aree**

ADRIA	1993	1995	2004	DIFFERENZA	PERCENTUALE
Area Medica		68	65	- 3	- 4,4
Area Riabilitativa		51	35	-16	- 31,3
Area Chirurgica		133	86	- 47	- 35,3
Area Materno-Infantile		32	30	- 2	- 6,2
Terapie Intensive		/	14	Posti precedentemente conteggiati in Area Chirurgica e Riabilitativa	
<b>TOTALE</b>	<b>318</b>	<b>284</b>	<b>230</b>	<b>- 84</b>	<b>- 27,6</b>

Lo stato di concorrenza con la Casa di Cura Privata di Porto Viro ha reso e rende difficile il ruolo dell'**Ospedale di Adria**. Dal 1993 al 2003 i posti letto sono passati da 318 a 230, con un **calo di ben 88, ovvero del 27,6%**.

Anche il calo per area dimostra i sacrifici ai quali è stato sottoposto l'ospedale pubblico dell'ASL n. 19.

A proposito crediamo illuminante riportare il pensiero del Sindaco di Adria Prof. Antonio Lodo, sul rapporto tra sanità pubblica e privata, punto cruciale nella gestione dei servizi socio sanitari in Polesine. Il Prof. Lodo ha sottolineato come spesso le strutture convenzionate operino in modo da sottrarre spazio e risorse a quelle pubbliche, anche per mancanza di adeguate forme di coordinamento e controllo. Si creano in questo modo doppioni con l'offerta eccessiva di alcuni servizi e la carenza di altri.

## Proposte

### 7.3.2

Per rilanciare in modo più deciso l'Ospedale di Adria, crediamo utili le seguenti misure:

- **nuove assunzioni di personale** e ammodernamento delle attrezzature;
- **potenziamento del settore salvavita**;
- **integrazione più forte tra struttura ospedaliera pubblica e privata** presenti nell'area dell'ASL n. 19;
- **attivazione di una Residenza Sanitaria Distrettuale** per i motivi richiamati nel capitolo "strutture intermedie" come previsto dalla bozza di Piano Socio Sanitario Regionale.

## 8 Case di Cura Private polesane

Vediamo cos'è successo, durante gli stessi periodi, alle Case di Cura Private polesane.

**Tab. 16**  
**Città di Rovigo – Rovigo. Posti letto convenzionati**

CASA DI CURA "CITTÀ DI ROVIGO" ROVIGO	Situazione al 1995		Situazione al 31.10.2002			Situazione al 30.08.2004		
	Posti letto	Apicalità	Posti letto		Apicalità	Posti letto		Apicalità
			Ord	DH/ DS		Ord	DH/ DS	
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>								
<b>AREA F.O. MEDICA:</b>								
Geriatria						10		
Medicina Generale						20		
Oncologia								
<b>Tot. Area F.O. Medica</b>	<b>65</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>AREA F.O. RIABILITATIVA:</b>								
<b>Tot Area F.O. Riabilitativa</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>AREA F.O. CHIRURGICA:</b>								
<b>Tot. Area .O. Chirurgica</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>10+</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO</b>	<b>95</b>	<b>0</b>	<b>90</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>80</b>	<b>10+</b>	<b>0</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>								
<b>TOTALE SERVIZI</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>95</b>	<b>0</b>	<b>90</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>80</b>	<b>10+</b>	<b>0</b>

**Tab. 17**  
**S. Maria Maddalena – Occhiobello. Posti letto convenzionati**

CASA DI CURA S.M. MADDALENA OCCHIOBELLO	Situazione al 1995		Situazione al 31.10.2002			Situazione al 30.08.2004		
	Posti letto	Apicalità	Posti letto		Apicalità	Posti letto		Apicalità
			Ord	DH/ DS		Ord	DH/ DS	
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>								
<b>AREA F.O. MEDICA:</b>								
Medicina Generale			15			14	1	
<b>Tot. Area F.O. Medica</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>AREA F.O. RIABILITATIVA:</b>								
Terapia Fisica e Riabilitazione Intensiva			20			13	1	
Lungodegenza						6		
<b>Tot Area F.O. Riabilitativa</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	



CASA DI CURA S.M. MADDALENA OCCHIOBELLO	Situazione al 1995		Situazione al 31.10.2002			Situazione al 30.08.2004		
	Posti letto	Apicalità	Posti letto		Apicalità	Posti letto		Apicalità
			Ord	DH/ DS		Ord	DH/ DS	
<b>AREA F.O. CHIRURGICA:</b>								
Chirurgia Generale			20			16	4	
<b>Tot. Area .O. Chirurgica</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
<b>AREA F.O. MATERNO-INFANTILE:</b>								
Tot. Area F.O. Materno-Infantile						0	0	0
<b>AREA F.O. TERAPIE INTENS.</b>								
Tot. Area F.O. Terapie Intens.						0	0	0
<b>TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO</b>	<b>55</b>	<b>0</b>	<b>55</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>49+3 E.R.</b>	<b>6</b>	<b>0</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>								
<b>TOTALE SERVIZI</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>55</b>	<b>0</b>	<b>55</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>49+3 E.R.</b>	<b>6</b>	<b>0</b>

Tab. 18

Madonna della Salute – Porto Viro. Posti letto convenzionati

CASA DI CURA "MADONNA DELLA SALUTE" PORTO VIRO	Situazione al 1995		Situazione al 31.10.2002			Situazione al 30.06.2005		
	Posti letto	Apicalità	Posti letto		Apicalità	Posti letto		Apicalità
			Ord	DH/ DS		Ord	DH/ DS	
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>								
<b>AREA F.O. MEDICA:</b>								
Geriatria								
Medicina Generale								
<b>Tot. Area F.O. Medica</b>	<b>55</b>	<b>0</b>				<b>50</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>AREA F.O. RIABILITATIVA:</b>								
Recupero, Rieducazione Funzionale								
<b>Tot Area F.O. Riabilitativa</b>	<b>20</b>	<b>0</b>				<b>22</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>AREA F.O. CHIRURGICA:</b>								
Chirurgia Generale								
Ortopedia e Traumatologia								
<b>Tot. Area .O. Chirurgica</b>	<b>60</b>	<b>0</b>				<b>52</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOT. STRUTT. DI RICOVERO</b>	<b>135</b>	<b>0</b>				<b>130</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>								
<b>TOTALE SERVIZI</b>	<b>0</b>	<b>0</b>				<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>135</b>	<b>0</b>				<b>130</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## 8.1 *Analisi*

Le Case di Cura Private della provincia di Rovigo non hanno praticamente risentito, per quanto riguarda i posti letto convenzionati, dei ripetuti tagli decisi a livello regionale.

La loro influenza anzi, è aumentata ed il loro ruolo è diventato sempre più importante.

In particolare la Casa di Cura di Porto Viro assume nell'ambito dell'ASL 19 una funzione sempre più forte ed ha visto recentemente aggiungersi anche le attività di oncologia e neurologia.

## 8.2 *Proposte*

Prendendo realisticamente atto dell'attuale composizione degli operatori della sanità polesana, è nostra convinzione sia necessario **costituire un tavolo di incontro tra sanità pubblica e privata della nostra provincia.**

Questo per arrivare a programmare a livello locale un progetto che porti ad una vera integrazione e all'eliminazione di inutili doppiopoli, con la speranza che ciò sia poi preso in considerazione dalla Regione Veneto.

## 9 *Strutture intermedie*

Costruire o potenziare le cosiddette, da anni purtroppo solo sulla carta, strutture intermedie, vuol dire dare possibilità di cura ai **pazienti che pur dimessi dall'ospedale non possono, per vari motivi, ritornare alla propria casa o che il medico di medicina generale ritiene giusto ricoverare in tali sedi.**

**Attivare strutture per ricoveri temporanei di riabilitazione, ospedali di comunità (RSD), Hospice, ecc...** potrebbe avere, con la possibilità di evitare ricoveri impropri, a fronte di iniziali necessari investimenti, indubbi vantaggi economici nella fase di gestione a regime dei nuovi servizi.

Ma la programmazione regionale e l'attività gestionale delle nostre ASL sembrano andare nella direzione opposta. Prima si taglia, poi vedremo cosa si può fare.

E' un modo di procedere inaccettabile perché a pagarne le spese sono famiglie e pazienti costretti in situazioni di deficit assistenziale che non dovrebbe esistere. Ben che vada, soprattutto per gli anziani, di fronte all'impossibilità di accoglienza o mancanza di posti nei reparti di medicina, geriatria e lungodegenza pubblici l'unica alternativa è andare nelle Case di Cura private.

Vediamo a tale proposito un dato interessante ricavato dalla Relazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto – Anno 2004.

**Tab. 19****Assistenza ospedaliera****– Ricoveri della popolazione residente – anno 2002****Tassi standardizzati per 1000 residenti**

Fonte: Regione del Veneto – Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari

<b>AZIENDE AD ALTA OSPEDALIZZAZIONE</b>			
<b>AZIENDA</b>	<b>ORDINARI</b>	<b>DIURNI</b>	<b>TOTALE</b>
Azienda Ulss.n. 14 Chioggia	150	75,3	225,3
Azienda Ulss.n. 22 Bussolengo	150,3	65	215,3
Azienda Ulss.n. 20 Verona	148,5	64,7	213,1
Azienda Ulss.n. 19 Adria	160,8	51,4	212,2
Azienda Ulss.n.12 Veneziana	145,9	63,9	209,8
Azienda Ulss.n. 16 Padova	136,6	63,7	200,3
Azienda Ulss.n. 13 Mirano	135,3	64,6	199,9
Azienda Ulss.n. 5 Arzignano	140,5	59,1	199,6
Azienda Ulss.n. 21 Legnago	134	59,1	193,2
Azienda Ulss.n. 10 S. Donà	137,1	54,8	191,9
<b>AZIENDE A MEDIA OSPEDALIZZAZIONE</b>			
<b>AZIENDA</b>	<b>ORDINARI</b>	<b>DIURNI</b>	<b>TOTALE</b>
Azienda Ulss.n. 6 Vicenza	145,9	44,6	190,5
Azienda Ulss.n. 9 Treviso	134,4	53,6	188
Azienda Ulss.n. 15 Cittadella	132,4	55,5	187,9
Azienda Ulss.n. 17 Este	122,2	64,1	186,2
Azienda Ulss.n. 18 Rovigo	127,5	51	178,5
Azienda Ulss.n. 7 Pieve di S.	117,3	60	177,3
Azienda Ulss.n. 8 Asolo	127,9	49,3	177,1
Azienda Ulss.n. 3 Bassano	128,5	44,7	173,3
Azienda Ulss.n. 1 Belluno	131,6	41,6	173,1
Azienda Ulss.n. 2 Feltre	130,8	35,5	166,3
<b>AZIENDE A BASSA OSPEDALIZZAZIONE</b>			
<b>AZIENDA</b>	<b>ORDINARI</b>	<b>DIURNI</b>	<b>TOTALE</b>
Azienda Ulss.n. 4 Thiene	113,5	45,6	159,1

**Tab. 20****Assistenza ospedaliera****– Ricoveri della popolazione residente – anno 2003****Tassi standardizzati per 1000 residenti**

Fonte: Regione del Veneto – Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari

<b>AZIENDE AD ALTA OSPEDALIZZAZIONE</b>			
<b>AZIENDA</b>	<b>ORDINARI</b>	<b>DIURNI</b>	<b>TOTALE</b>
Azienda Ulss.n. 14 Chioggia	131,9	77,6	209,6
Azienda Ulss.n.19 Adria	142,9	57,6	200,4
Azienda Ulss.n. 22 Bussolengo	130,9	67,7	198,7
Azienda Ulss.n. 20 Verona	132,5	65,5	197,9
Azienda Ulss.n.12 Veneziana	130,5	61,9	192,4
Azienda Ulss.n. 16 Padova	128,8	62,8	191,5
Azienda Ulss.n. 13 Mirano	126,9	62,6	189,4
Azienda Ulss.n. 6 Vicenza	133,3	48,7	182
Azienda Ulss.n. 5 Arzignano	130,3	51,4	181,7
Azienda Ulss.n. 21 Legnago	120,8	60,6	181,5
Azienda Ulss.n. 15 Cittadella	124,6	54,6	179,2
Azienda Ulss.n. 17 Este	110,2	66,1	176,3



AZIENDE A MEDIA OSPEDALIZZAZIONE			
AZIENDA	ORDINARI	DIURNI	TOTALE
Azienda Ulss.n. 9 Treviso	116,5	57,6	174,1
Azienda Ulss.n. 8 Asolo	116,9	47,2	164,1
Azienda Ulss.n. 3 Bassano	117,5	43,8	161,3
Azienda Ulss.n. 10 S. Donà	114,8	46,5	161,2

AZIENDE A BASSA OSPEDALIZZAZIONE			
AZIENDA	ORDINARI	DIURNI	TOTALE
Azienda Ulss.n. 7 Pieve di S.	100,9	53,6	154,5
Azienda Ulss.n. 2 Feltre	111,9	42,2	154
Azienda Ulss.n. 4 Thiene	106,4	41,3	147,8
Azienda Ulss.n. 1 Belluno	111,5	36	147,5
Azienda Ulss.n. 18 Rovigo	103,9	42,6	146,5

Per dare il senso del taglio “riorganizzativo” realizzato in Polesine, a proposito di tasso di ospedalizzazione, possiamo vedere che l’ASL 19 di Adria pur abbassando i ricoveri ogni 1000 abitanti (nel 2002 tasso del 212,2 nel 2003 del 200,4) rimane sempre a livelli superiori a quelli medi regionali mentre l’ASL 18 fa addirittura quella il salto all’indietro più grande e diventando con il tasso di più bassa ospedalizzazione del Veneto (da 178,5 del 2002 al 146,5 del 2003).

Gli effetti negativi di questo modo di agire, che comporta tagli senza prima creare i necessari ammortizzatori, potrebbero essere superati da intelligenti recuperi che potrebbero riguardare almeno uno degli ex Ospedali di Badia, Lendinara e Trecenta e, limitatamente alla Residenza Sanitaria Distrettuale, anche l’attivazione di tale servizio presso l’Ospedale di Adria.

Si possono pensare anche centri di Servizi alla Persona che, coprendo in parte anche il settore dell’assistenza extraospedaliera, possano integrare maggiormente i servizi territoriali socio-sanitari. Piuttosto di veder cadere a pezzi o vendute, a fini commerciale o abitativo storiche strutture donate da illustri benefattori, è il caso di pensare anche a forme di gestione pubblico-privato di servizi socio sanitari extraospedalieri, in cui il pubblico abbia comunque il controllo della società.

A tale proposito è interessante notare l’affinità della nostra proposta con quanto prevede in tema di strutture intermedie, la bozza di Piano Socio-Sanitario Regionale.

Per capire meglio vediamo alcuni passaggi:

1. “si ritiene utile proporre per tutte le ASL, la individuazione di una o più strutture denominate **Residenze Sanitarie Distrettuali (RSD)**, che possano ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti dell’ospedale, per i quali sia necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare in modo intensivo il processo di recupero, in ambiente non ospedaliero ovvero pazienti per i qua-

li il Medico di Medicina Generale possa richiedere un ambiente protetto per attuare o proseguire le proprie terapie”;

2. “le RSD potranno essere proposte prioritariamente in strutture **da riconversione ospedaliera**, in area dove sia maggiormente evidente il **fabbisogno assistenziale per anziani in post-acuzie** e sia ridotto il numero dei posti letto ospedalieri”.

Sembra proprio una proposta adatta al **Polesine**, provincia con la più alta percentuale di ultrasessantacinquenni del Veneto e dove la chiusura di 4 ospedali (oltre ai tagli successivi) ha portato ad una pesantissima riduzione dei posti letto ospedalieri.

Della proposta regionale però, non è accettabile che la quota alberghiera sia a carico dell'assistito. Per quanto riguarda poi il patrimonio inutilizzato delle ASL (tra cui anche alcuni ospedali dismessi) purtroppo si parla solo di alienazione e non di riutilizzo.

Per evitare questa fine ingloriosa a beni che, spesso, sono stati donati da meritevoli benefattori per fini socio-sanitari, chiediamo ai Comuni interessati di esprimere con chiarezza la loro volontà di confermare l'indirizzo socio-sanitario nelle zone in cui insistono immobili (diventati per legge di proprietà delle ASL) che la Regione ha autorizzato ad alienare.

**Importantissimo sarebbe anche il recupero e non la vendita dell'ex-Ospedale Psichiatrico di Granzette - Rovigo.**

## Progetto Area ex-Ospedale Psichiatrico di Granzette - Rovigo

10

L'area ex Ospedale Psichiatrico di Granzette è stata oggetto di grande attenzione negli anni in cui si è parlato di **IRCCS oncologico veneto unico a Rovigo**.

L'ipotesi molto importante partita nel 1998, con il sostegno anche della Provincia, è naufragata soprattutto a causa delle scelte della **Regione Veneto che ha optato per la organizzazione cosiddetta a “rete” (diffusa in più centri)**.

Poco dopo però, a conferma di una certa approssimazione con cui la Regione ha proceduto, è arrivata dall'allora Ministro alla Sanità on. Sirchia, la **bocciatura dell'ipotesi a “rete”**. L'unico IRCCS oncologico sarà perciò a Padova e tutte le altre ASL avranno un ruolo inferiore del centro padovano.

La Provincia e il Comune di Rovigo hanno però il dovere di non perdere nessuna occasione e di tentare un'altra qualificata azione: chiedere che il Veneto, analogamente a quanto successo in altre regioni, programmi l'istituzione di altri IRCCS e che al **Polesine, (proprio nell'area Granzette che perciò non deve essere alienata), sia assegnato un Istituto di Ricerca e Cura per la Riabilitazione anche per soggetti con handicap psichico-mentale.**



Ciò sarebbe in linea, oltre che con la legislazione, con la considerazione che il Polesine è una delle Province a più alta presenza di ultrasessantacinquenni. Esiste inoltre una RSA in gestione privata ad indirizzo riabilitativo psichico e mentale che conta ben 300 posti letto.

## 11 Proposte di carattere generale

Per completare il significato di questo documento, che è stato aperto al contributo di tutti, riteniamo opportuno concluderlo con alcune proposte di carattere generale che, comunque, hanno una rilevanza anche per quanto riguarda la nostra provincia.

a. **AREA VASTA.** Partendo dalla considerazione che i centri decisionali non devono essere lontani dai cittadini, le ipotesi di lavoro sulle quali intendiamo ragionare possono essere le seguenti:

- l'**organizzazione per area vasta** deve essere decisa con un **provvedimento del Consiglio Regionale** e non della Giunta Regionale.

L'area vasta non è infatti un semplice atto gestionale, bensì un cambiamento radicale della programmazione sanitaria regionale.

- **Concentrazione di servizi da raccordare su base provinciale, intendendo il Polesine come area vasta.** Questo concetto è diverso da quanto previsto dalla DGRV 3456/2004 "Linee di indirizzo per la costituzione di area vasta" che prevede, al contrario, la pratica subordinata aggregazione della Provincia di Rovigo a quella di Padova.

- Una **valutazione del Polesine come area vasta** che non ne marginalizzi il ruolo. Per raggiungere questo obiettivo, viste le caratteristiche geografiche, morfologiche e demografiche della provincia di Rovigo e delle province limitrofe, consigliamo di identificare il Polesine come parte di area vasta, ponendo proprio l'**Ospedale di Rovigo al centro di un territorio che comprenda, anche in parte, le ASL di Legnago, Monselice-Este-Montagnana- Conselve e Chioggia-Cavarzere.**

Di conseguenza andrebbe costruita la programmazione dei servizi in rapporto alle nuove caratteristiche di un territorio nel quale, anche gli ospedali di Trecenta e Adria, oltre che conservare, possano anche potenziare il loro ruolo per acuti (in particolare il servizio di Pronto Soccorso).

b. Per andare incontro ad una necessità di carattere democratico, pensiamo sia giusto costruire **una proposta di legge per rafforzare il ruolo della Conferenza dei Sindaci ed affiancare una specie di "Comitato" o di "Consiglio di Amministrazione"** al

## Direttore Generale delle ASL.

I motivi principali di questa proposta, che non riguarda solo il Veneto, sono:

- la **politicizzazione nella scelta dei direttori generali** e del loro possibile condizionamento a favore di chi li ha nominati. A cascata poi tale politicizzazione, sempre più spesso, sembra ricadere anche sulla nomina dei direttori amministrativo sanitario, dei servizi sociali, oltre che di diversi dirigenti;
- l'**assurdità di un potere monocratico assoluto** che, a lungo andare, penalizza il rapporto con gli operatori, qualche volta la loro professionalità (quanti incarichi e promozioni hanno la giusta e non politicizzata motivazione?) e a lungo andare anche la qualità del servizio sanitario;
- l'**inadeguatezza della scelta fondante** del Dlgs. 502/1992 che motivava la scelta dei manager aziendali per motivi di razionalizzazione della spesa e, quindi, di risparmio.

Si è visto, invece, in questi anni che la spesa sanitaria è comunque esplosa sotto la gestione manageriale dei direttori generali e che queste figure hanno assunto un potere non paragonabile neppure a quello degli amministratori delegati delle S.p.a. private.

Il problema è questo: riportare il direttore generale nell'alveo del controllo dei "soci", che tra l'altro, non sono i Comuni.

Si tratta quindi, di separare le funzioni di indirizzo e di controllo, da quelle di gestione, individuando un meccanismo legislativo che consenta alla Conferenza dei Sindaci di nominare un **Comitato o un Consiglio di amministrazione in grado di deliberare almeno in alcuni atti fondamentali**.

In questo ambito potrebbe essere positivo affiancare alla conferenza dei sindaci, anche un **ruolo ufficiale della Provincia**. Tra gli atti da deliberare potrebbero esserci:

- Nomina e revoca del Direttore Generale;
- Nomina e revoca dei Direttori amministrativo, sanitario e dei servizi sociali;
- Approvazione Atto aziendale;
- Approvazione Bilancio;
- Approvazione Piano Socio Sanitario.

- c. Il ruolo della Provincia potrebbe comunque essere rivisto e, oltre a quello sopraccitato si potrebbe anche pensare di averne uno più incisivo che comprenda **deleghe regionali in termini di monitoraggio e programmazione locale**.

Tra i meccanismi da proporre all'attenzione della Regione potrebbe esserci la richiesta di un **coinvolgimento maggiore**, in tema sanità, della **Conferenza delle Province venete** e una **previsione di approvazione del Piano Regionale Sanitario legato al consenso espresso dai Consigli provinciali veneti**.

## 12 Conclusioni

L'Assessorato alla Sanità della Provincia di Rovigo, a nome della Giunta, con questo documento ha inteso dare il proprio contributo all'azione della Conferenza dei Sindaci Polesani, dei singoli Comuni, dei sindacati, delle associazioni di categoria e di volontariato, dei comitati e dei singoli cittadini che chiedono una migliore sanità per i polesani nella direzione di rendere effettiva l'idea della **Provincia come "casa dei comuni"**.

L'appello più grande, però, è rivolto a tutti i cittadini: non dimenticate mai di essere i titolari di ogni diritto per il quale viene erogato un servizio pubblico. Non abbassate la guardia e se le cose non vanno bene o, se perlomeno possono essere migliorate, non lasciate che a farlo siano solo gli altri.

Le istituzioni hanno vera forza solo se sostenute dalla partecipazione attiva dei cittadini.

La sanità ha un'importanza fondamentale e non serve lamentarsi dei suoi difetti solo quando li verifichiamo sulla nostra pelle.

Occorre eliminarli e migliorare la situazione generale attraverso costanti azioni di verifica, critica e proposta che sono proprio lo spirito di questo lavoro.

Auspichiamo inoltre che la Regione Veneto, dopo anni di governo della sanità attraverso delibere di Giunta, finalmente si doti di un Piano Socio-Sanitario adeguato ai bisogni dei propri cittadini.

