



Spett.le
Ministero della Salute
Lungotevere Ripa, 1
Roma

Alla c.a. On.le
Beatrice Lorenzini
Ministro della Salute

Spett.le
Regione Lazio
Via R. Raimondi Garibaldi, 7
Roma

Alla c.a. On.le Nicola Zingaretti
Presidente Regione Lazio

Spett.le
Asl Rm/G
Via Acquaregna nn.1/15
00019 Tivoli
Direttore Generale p.t.
Dottor Giuseppe Caroli

ATTO DI DIFFIDA E MESSA IN MORA

CITTADINANZATTIVA LAZIO, in persona del legale rappresentante e segretario regionale, Roberto Crea, (C.F. CRERRT60B07A794M), con sede in Roma via Domenico Silveri 10, rappresentata e difesa dall'Avvocato Paola Tanferna

Premessa

Il territorio della Asl Rm G ha un bacino di utenza di residenti pari a quasi 482.000 persone (fonte: Rapporto Annuale SIES 2013, tab 7, pag 8):

**Tabella 7. Sistema d'emergenza nella Asl Roma G.
Caratteristiche strutturali della popolazione di riferimento. Anno 2013^a.**

Pronto Soccorso	Distretto di Riferimento	Popolazione	Età media (± d.s.)	Indice di Vecchiaia ^b	Presenza di Stranieri
046 Ospedale di Colferro	Colferro	75.330	42,1 (22,8)	129,9%	7,9%
049 Ospedale di Monterotondo	Monterotondo	91.854	40,0 (22,1)	93,2%	13,2%
051 Ospedale di Palestrina	Palestrina	79.813	40,8 (22,5)	107,6%	10,1%
052 Ospedale Subiaco	Subiaco	33.237	44,9 (23,2)	186,9%	6,3%
053 Ospedale di Tivoli	Tivoli - Guidonia	201.554	41,4 (22,6)	115,2%	10,3%
Asl Roma G		481.788	41,4 (22,6)	115,5%	10,2%
Regione Lazio		5.557.276	43,4 (23,1)	149,3%	8,6%

^aElaborazione su dati ISTAT aggiornati al 1° Gennaio 2013.
^bRapporto percentuale tra il numero di individui di età >65 anni ed il numero di individui di età compresa tra 0 e 14 anni.

A questo bacino di utenza di residenti, vanno aggiunti i dati seguenti:

- “Valmontone, con i suoi circa **6 milioni di visitatori l'anno**, è considerato l'Outlet più visitato d'Italia” (fonte: Fashion District Group Spa: <http://www.outlet-village.it/valmontone/> - accesso del 20 luglio 2014)
- Museo Archeologico Nazionale di Palestrina: **19.809** visitatori
- Monasteri Subiaco (San Benedetto: **64.009** visitatori – Santa Scolastica: **35.479** visitatori – **TOT: 99.488**)
- Ville Tivoli (Villa Adriana: **207.419** visitatori - Villa d'Este: **399.577** visitatori – **TOT 606.996**)

(Fonte: dati 2013 Ufficio di Statistica Ministero dei Beni Culturali http://www.statistica.beniculturali.it/Visitatori_e_introiti_musei_13.htm).

L'Asl Rm G ha un organico di 1.740 operatori sanitari, 613 fra medici e veterinari, 332 tecnici, 385 amministrativi e 79 dirigenti ed è l'azienda sanitaria più estesa del Lazio;

Attualmente, l'Azienda versa in uno stato di grave carenza di personale, mancando 90 medici, 150 infermieri e 240 operatori tecnici e sanitari.

Il bilancio preventivo dell'Asl Rm G indica una **"perdita prevista per il 2014 di 104 milioni e 393 mila euro"**.

Inoltre, la situazione in cui versano i reparti ospedalieri desta grande



preoccupazione, essendo da tempo in difficoltà con serie conseguenze per i cittadini, costretti a continue migrazioni, talvolta a rischio della vita (per mancanza o carenza di servizi di emergenza) e con impatto grave sulla qualità della vita (a causa del ricovero di molti pazienti in altre strutture di altre ASL anche molto lontane dai paesi di residenza).

Come dichiarato dalla stessa Azienda Sanitaria, *“la Asl Roma G svolge le funzione prevalente di acquirente di servizi forniti da terzi. La domanda espressa dai residenti è soddisfatta dalle strutture private e da quelle esterne in una proporzione largamente preponderante che è pari al 70,4% del numero di ricoveri e al 75,2% della tariffa”* (Attività di ricovero nella ASL Roma G, Rapporto Annuale SIO 2013

http://www.aslromag.info/archivio14/sistema_informativo/SIO-RapportoAnnuale2013.pdf).

In particolare, raggruppiamo brevemente le disfunzioni per esigenze di chiarezza:

a) **EMODINAMICA** – E' chiusa da 15 mesi la struttura dedicata alla terapia dell'infarto del miocardio, patologia che nel 2013 ha fatto registrare nell'Asl Rm G il "rischio grezzo" più alto della provincia per la mortalità a 30 giorni dal ricovero: 11,49% contro una media nazionale di 9,98% (Tivoli, dopo 2 anni di primato negativo italiano, ora ha il settimo peggior dato della penisola: 17,66%).

L'Emodinamica di Tivoli, che era stata aperta da poco, è stata



chiusa nel maggio 2013¹ dalla Regione che, nonostante l'abbia finanziata per 3 milioni di euro, non l'aveva accreditata.

Ricordiamo, infatti, quanto dichiarato dalla Regione a gennaio: *"l'Emodinamica presto sarà operativa"*, dopo aver *"autorizzato l'accreditamento della struttura sanitaria e concessa la deroga al blocco del turn over assegnando due medici"*. Ciò rappresenta il riconoscimento del ruolo fondamentale che avrebbe questa struttura per salvare vite di persone colpite da infarto del miocardio.

Poi l'Asl Rm G assicurò di *"inaugurare il reparto tra la fine di aprile e la metà di maggio"*.

Ma è ancora *"statica"* la situazione dell'Emodinamica con la quale, nei mesi di attività, il *"tasso di mortalità era stato ridotto"*

1 <http://www.notiziale.it/content/tivoli-%E2%80%99Criaprire-subito-l%E2%80%99Emodinamica%E2%80%99D>

– LA SITUAZIONE DI RISCHIO E' NOTA DA OLTRE UN ANNO A TUTTI: "Un reparto "nuovo di zecca" chiuso senza mai essere stato pienamente operativo, continua a tenere banco la vicenda dell'Emodinamica dell'ospedale di Tivoli. La struttura, necessaria ed indispensabile per salvare la vita agli infartuati, è stata chiusa ma ora la vicenda potrebbe finire sulle scrivanie dell'ufficio creato da Nicola Zingaretti per gestire la sanità laziale.

"Ho già chiesto – ha spiegato il capogruppo del Pd in consiglio regionale Marco Vincenzi – un incontro urgente con Alessio D'Amato, responsabile della cabina di regia sulla sanità istituita dal presidente Zingaretti, per individuare nel più breve tempo possibile le soluzioni idonee a consentire al reparto di tornare a funzionare. Bisogna rimuovere al più presto tutti gli ostacoli burocratici che impediscono la corretta attività del reparto, a partire dall'accreditamento. Anche perché, diversamente si verrebbe a configurare un grave sperpero di denaro pubblico".

"Questa chiusura – continua Vincenzi - disposta dagli ex dirigenti di nomina polveriniana appare più una ritorsione diretta solo a creare disagi all'utenza e soprattutto a mettere pesantemente a rischio la salute dei cittadini della Asl Rm G, piuttosto che motivata da reali esigenze organizzative e di razionalizzazione della spesa sanitaria. L'Emodinamica, reparto specializzato nel trattamento urgente dell'infarto, era stato aperto all'ospedale di Tivoli appena un anno fa con circa 5 anni di ritardo rispetto all'investimento di 3 milioni di euro disposto dall'allora Giunta di centrosinistra alla Regione Lazio per attrezzarlo. Una struttura collaudata e certificata, ma non accreditata dalla Regione dopo averla finanziata. Un'autentica beffa".

"In un anno – aggiunge il segretario del Pd di Tivoli, Alessandro Fontana – il centro di Emodinamica del San Giovanni è stato in grado di svolgere 500 trattamenti dei quali 200 per ischemie cardiache. Nonostante sia stato aperto solo per 6 ore al giorno. D'altra parte è assurdo immaginare di lasciare l'intera Asl Rm G, una delle più grandi d'Italia per estensione territoriale, dove risiedono oltre 800mila abitanti, priva di un reparto fondamentale per la tutela della salute. In caso di infarto o patologia vascolare grave, c'è a disposizione una sola unità mobile di rianimazione che trasporta il paziente nei Pronti soccorsi degli ospedali attrezzati della Capitale. Un viaggio che potrebbe trasformarsi in tragedia, un'inutile perdita di tempo prezioso per una patologia dove anche pochi istanti sono determinanti per salvare la vita".



all'1,6%, grazie ai circa 500 trattamenti effettuati".

Anche l'Asl da tempo ripete nei suoi rapporti annuali "con forza la necessità di un'emodinamica cardiaca che sia operante nell'arco delle 24 ore e possa fungere da centro di riferimento per tutto il territorio². E' ben documentato che la concentrazione delle emodinamiche nell'area urbana di Roma determina una disparità di trattamento dei pazienti con infarto miocardico acuto³".

"La gestione del paziente con coronaropatia acuta o subacuta implica necessariamente l'attivazione di percorsi verticali verso le strutture dotate di emodinamica cardiaca. L'aspetto qualitativo

² "Il dato della Tabella 17 ripropone con forza la necessità di un'emodinamica cardiaca che sia operante nell'arco delle 24 ore e possa fungere da centro di riferimento per tutto il territorio della Asl Roma G. E' ben documentato che la concentrazione delle emodinamiche nell'area urbana di Roma determina una disparità di trattamento dei pazienti con infarto miocardico acuto. Infatti la proporzione di angioplastiche eseguite diminuisce progressivamente nei diversi territori man mano che ci si allontana dal centro urbano di Roma, dove si colloca la maggior parte dei laboratori di emodinamica cardiaca e la totalità di quelli in condizioni di eseguire la procedura h 24 .

Dai dati rappresentati nella Tabella 17 emerge che a tutt'oggi per i residenti della Asl Roma G è operante una barriera di accesso all'emodinamica cardiaca che tende a respingere i pazienti di età più elevata. Peraltro, sulla base dei fabbisogni minimi stabiliti nella DCA 74/2010 (Rete dell'assistenza cardiologia e cardiocirurgia), si può calcolare che la popolazione della Asl Roma G necessita ogni anno di 1.205 angioplastiche coronariche così distribuite: 289 per gli infarti STEMI, 434 per gli infarti nSTEMI, 482 per le forme di cardiopatia ischemica cronica. Tenendo conto che la stessa DCA 74/2010 stabilisce per i laboratori di emodinamica cardiaca un volume minimo di attività variabile da 600 PCI/anno a 1.000 PCI/anno se ne deduce che il bacino di utenza della Asl Roma G necessita di 1-2 centri di emodinamica cardiaca". http://www.aslromag.info/archivio14/sistema_informativo/SIES-RapportoAnnuale2013.pdf - ASL RM G – Rapporto Annuale SIES 2013

³ "La distribuzione degli interventi per il territorio mostra differenze di assoluta rilevanza e chiaramente dovute alla ineguale distribuzione dell'offerta. Il numero id PTCA eseguite risultava pari al 44,60% degli infarti nell'area metropolitana di Roma, scendeva al 28,72% nell'area non metropolitana della Provincia di Roma e si riduceva ulteriormente al 17,98% nelle altre Province del Lazio. Negli anni successivi, con la prativa della PTCA ormai consolidata e le indicazioni cliniche ampliate e meglio definite, la situazione della regione Lazio risultava quella rappresentata nella tabella 45. L'indicatore considerato, la proporzione di PTCA eseguite entro 48h da un IMA (*infarto miocardico acuto*) è particolarmente importante perchè dalla letteratura è noto che **la precocità dell'intervento condiziona esiti clinici migliori e in particolare una ridotta mortalità a breve termine**. La tabella 45 dimostra che gli IMA vengono trattati diversamente nel nucleo urbano di Roma, dove si concentrano le emodinamiche cardiache, rispetto agli altri territori, nonostante una normativa che facilita il trasferimento dei pazienti verso i DEA di II livello. Anche in un ambito così importante, dunque, l'offerta ("densità" di emodinamiche cardiache) dimensiona quantitativamente la domanda (proporzione di PTCA eseguite). Questi dati dovrebbero far riflettere sulla distribuzione delle emodinamiche sul territorio perchè, a dispetto di una rete anche ben funzionante, **la concentrazione di risorse può comunque determinare barriere di accesso alle cure con conseguente disparità nel trattamento dei pazienti"**. http://www.aslromag.info/archivio11/sistema_informativo/doc/Atlante_Asl_2010.pdf - ASL Roma G –

Atlante demografico e sanitario 2010



coinvolto è quindi quello dell'accessibilità alle cure (procedure interventistiche di riperfusione coronarica) e dell'appropriatezza del trattamento.

Dalla lettura della Tabella 17 emerge che sul totale di Asl il 30,7% dei pazienti viene ricoverato nell'Ospedale di presentazione mentre un altro 47,0% viene trasferito in Presidi esterni alla Asl dotati di emodinamica cardiaca. La restante quota di pazienti risulta perlopiù trasferito in Presidi esterni non dotati di emodinamica cardiaca"⁴.

b) PROGETTO ICTUS

I computer dotati di telecamera ambientale del "Progetto Ictus" sono ancora coperti dal *cellophane*. Nato nel 2010 per consentire il teleconsulto durante la terapia trombolitica dei pazienti affetti da ischemia cerebrale o infarto acuto del miocardio negli ospedali sprovvisti di reparti di Neurologia, come i 5 della Rm G, il progetto si è arenato per "*problemi tecnici con il Policlinico Umberto I, che è il nostro Dea di riferimento, al quale i 5 Pronto soccorso devono collegarsi*", spiegò nel maggio 2013 l'allora direttore generale dell'Asl. Ma, 15 mesi dopo, i 5 macchinari (costati 2 milioni e mezzo di euro) risultano ancora inutilizzati, come da 4 anni. Questo nonostante l'Asl Rm G abbia la seconda "maglia nera" provinciale (dopo l'Asl Rm H dei Castelli) per la **mortalità a 30 giorni dal ricovero per ictus col**

4 (http://www.aslromag.info/archivio14/sistema_informativo/SIES-RapportoAnnuale2013.pdf)



14,42% (contro la media nazionale del 12,06%).

c) **POSTI LETTO** – l'Asl Rm G ne ha persi altri 30 nell'ultimo anno e dispone **solo di 0,98 posti ogni mille residenti a fronte dei 2,97 previsti dallo standard regionale.**

L'Asl Rm G può contare solo su 470 posti letto per acuti a fronte dei 1.431 che dovrebbe avere sulla base del fabbisogno della propria popolazione.

Essi coprono il 28,13% della domanda avendo a disposizione il 32,9% delle risorse necessarie. “Nell'ambito dell'acuzie prosegue il trend osservato negli anni precedenti con la mobilità passiva che si attesta sul 69,2 % (68,2% nel 2012) se misurata in termini di numero di ricoveri (68,2% nel 2012) ma sale al 72,5% (70,5% nel 2012) se calcolata come tariffato”, afferma il Rapporto Annuale SIO 2013 sulle “Attività di ricovero nella ASL Roma G”

Va anche sottolineata la grave insufficienza di risorse fondamentali: basti pensare all'assenza sul territorio di emodinamiche cardiache, stroke unit, radioterapia, risonanza magnetica utilizzabile in urgenza.

Inoltre, l'Asl Rm/G presenta un record di mobilità passiva che raggiunge l'apice per i ricoveri: il 69% (equivalente al 72,5% dei rimborsi) va nelle strutture esterne e private/convenzionate.

Nel 2013 sono stati "1.663 i trasferiti fuori Asl che avrebbero potuto essere tratti qualora il sistema d'emergenza interno fosse



stato adeguato. Ad un costo medio di 3.500 euro per ricovero si può calcolare che questi trasferimenti siano costati alla Rm G oltre 5 milioni e 800 mila euro". Senza contare i gravi disagi per i familiari e i cari che se ne sono dovuti prendere cura in luoghi spesso assai lontani dai comuni di residenza all'interno della ASL Roma G.

Si legge, inoltre, nel Rapporto Annuale SIO 2013 sull'Attività di Ricovero nella ASL Roma G: "La scrematura di mercato è un fenomeno complesso legato ad una mobilità passiva di enormi proporzioni e condizionata da tre fattori che impongono ed alimentano il flusso di pazienti verso le strutture esterne ed in particolare verso quelle localizzate nel centro urbano di Roma le cui risorse quantitative e qualitative sono ben superiori⁵. Innanzitutto gli Ospedali della Asl Roma G, per la carenza di posti letto, si trovano a dover trasferire pazienti che potrebbero gestire autonomamente. In secondo luogo essi sono costretti a trasferire pazienti che necessitano di risorse assenti sul territorio (emodinamica cardiaca, RMN, ecc.). Infine i Presidi pubblici della Asl Roma G, nell'organizzazione regionale delle reti ospedaliere, hanno la funzione di serbatoio di rifornimento dei centri romani di livello superiore: si pensi all'organizzazione della rete neurologica nell'ambito della quale essi dovrebbero trasferire nelle stroke unit romane tutti i pazienti portatori di ictus, anche ischemico. In conclusione la Asl Roma G è obbligata ad una mobilità passiva che riguarda pazienti non afferenti alle alte specialità ma portatori di



patologie comuni e gestibili in loco potendo disporre delle risorse necessarie.

*Nella realtà accade che non tutta la richiesta viene esaudita dalle strutture esterne. Si parla di scrematura di mercato quando gli erogatori operano attivamente la scelta di trattare i pazienti meno onerosi dal punto di vista assistenziale e le patologie più remunerative. La scrematura di mercato penalizza ulteriormente la Asl Roma G sotto il duplice profilo economico ed assistenziale (**soprattutto in termini di equità nell'accesso alle cure**)”.*

Introiti persi dagli "Ospedali presenti sul territorio che sono arrivati ad un punto tanto critico da non riuscire più a gestire le proprie risorse". Sono risorse, molti milioni di euro, che vanno a vantaggio di strutture appartenenti ad altre ASL o a strutture convenzionate, e depauperano i fondi della ASL RM G impedendo di investire in assistenza e cure, a grave scapito dei cittadini residenti nel territorio di questa ASL che, evidentemente, non possono vantare gli stessi diritti degli altri cittadini.

d) RICONVERSIONI

In appena 4 mesi le due Asl più povere di posti letto del Lazio rischiano di passare dal promesso incremento di 55 letti alla perdita di quasi il triplo di quei posti.

Ossia circa 150 degli attuali 200 letti di cui attualmente dispongono gli ospedali di Bracciano, Monterotondo (ASL RM F) e



Subiaco (ASL RM G), ora avviati alla cosiddetta "riconversione" dal programma operativo ratificato dai Ministeri dell'Economia e della Salute su proposta della Regione.

Il Decreto 480/14 prevedeva un aumento dei posti letto nelle strutture carenti, come appunto Asl Rm F ed Asl Rm G: 262 posti nell'Asl F (0,83%) rispetto ai 234 attuali e **625 nell'Asl G (1,26%) rispetto ai 598 attuali.**

A distanza di 4 mesi, invece, si prescrive una riconversione per questi 3 presidi, deputati solo ad una funzione di Pronto Soccorso con posti di osservazione breve intensiva.

Il decreto aveva proposto la rimodulazione con 28 posti letto in più per l'Asl Rm F, che attualmente ha il rapporto posti letto-popolazione residente che mostra di essere il più basso di tutta la Regione.

Ventisette, invece, i letti in più decretati per l'Asl Rm G, che attualmente può contare solo *"su 470 posti letto per acuti a fronte dei 1.431 che dovrebbe avere sulla base del fabbisogno della propria popolazione"*.

Inoltre, la cosiddetta "riconversione" dell'Ospedale di Subiaco (classificato dalla Regione Lazio "ospedale montano" e serve 28 comuni della zona dell'Alta Valle dell'Aniene), che prevede l'eliminazione delle specialistiche sanitarie di Ortopedia e Chirurgia, **violerebbe gli artt. 7 e 8 del Decreto del Presidente della Repubblica del 27/3/1992**, che stabiliscono che *"affinché possa*



esistere il Pronto Soccorso è necessaria la presenza, all'interno dell'Ospedale, delle tre specialità sanitarie di Medicina Generale, Chirurgia e Ortopedia ed i relativi posti letto".

Ossia i 3 reparti chiesti anche dallo stesso Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che il 4/05/2014 ha dichiarato durante un incontro a Jenne: *"Va assicurata la rete dell'emergenza-urgenza con un Pronto soccorso che deve essere supportato dai posti letto di degenza di chirurgia, medicina ed ortopedia".*

Una nota della regione Lazio del 14 luglio afferma *"Il futuro dell'ospedale di Subiaco è delineato con molta chiarezza nei piani operativi 2013-2015 approvati proprio nei giorni scorsi dal tavolo interministeriale"*. Quindi, come è scritto nel documento, per la struttura di Subiaco si prevede un modulo di area medica per i ricoveri ordinari ed uno di area chirurgica per i ricoveri diurni. Inoltre entro il 31 dicembre 2014 la struttura - si legge nel documento - sarà così configurata: *"Risposta all'emergenza assicurata h24 da medici del Dea di I livello di Tivoli, 5 posti di osservazione breve intensiva, presenza h24 di un mezzo di soccorso medicalizzato, elisuperficie, laboratorio di analisi per l'emergenza, servizio di teleconsulenza per la radiologia; l'attività di ricovero viene garantita da 20 posti letto di medicina generale e 6 posti letto di Day Surgery ed un reparto di 20 posti letto a gestione infermieristica"*. Quindi una specie di "casa della salute" che nulla ha a che fare con i bisogni della popolazione dell'area in termini di emergenza e urgenza.



Tuttavia, occorre sottolineare, come già fatto dall'ANAAO – ASSOMED in una nota del 18 luglio, che **le disposizioni che la regione Lazio ha annunciato non consentirebbero l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):**

- la risposta all'emergenza viene assicurata secondo normative vigenti da quanto previsto dalla Delib.G.R. Lazio n. 424 del 14-7-2006 al punto 1.1.1.(ed eventualmente da quanto previsto dal cosiddetto Decreto Balduzzi per gli "Ospedali di zona disagiata"). Il modello di riorganizzazione del Pronto Soccorso in "*Risposta all'emergenza assicurata H 24 da medici del DEA di I° Livello di Tivoli, 5 posti di osservazione breve intensiva*", non risponderebbe a nessun criterio organizzativo dal punto di vista legislativo e normativo. L'ospedale di Tivoli si trova a 42 km di distanza (tempo minimo per raggiungerlo 50 minuti, come dichiarato dalla ASL RM G), e se fosse poi necessario un trasferimento ad un DEA di 2° livello ci sarebbero altri 32 Km per altri 36 minuti (e nessuno riesce ad arrivare davvero in 36 minuti al Policlinico Umberto I di Roma partendo da Tivoli).

- Non esiste la dichiarata elisuperficie in Subiaco e nessuna eliambulanza sarebbe in grado di effettuare voli nel territorio della ASL RMG oltre le ore 18 per motivi di sicurezza di volo

- La riorganizzazione dell' U.O. di Chirurgia in Day Surgery con 6 posti letto con soppressione delle degenze di Area Chirurgica prevede la presenza del Chirurgo fino alle ore 20:00. In caso di emergenza chirurgica non differibile dopo le ore 20:00 (es. rottura di milza o



emorragie interne etc) non sarà possibile assistere e curare entro la cosiddetta “Golden Hour” i pazienti in pericolo di vita, cioè fuori dai tempi massimi di percorrenza per raggiungere il DEA più vicino ed idoneo alle cure. Per altro e come citato sopra, Il DEA di riferimento per l’Ospedale di Subiaco si trova in Tivoli a Km 45 di strada di montagna.

Come chiaramente indicato nelle Tabelle 5 e 6 del Rapporto Annuale SIES 2013 - ASL RM G “sono riportate le distanze ed i tempi di percorrenza che separano i Comuni capofila di ciascun Distretto dai DEA di 1° Livello (Ospedale di Tivoli) e di 2° Livello (Policlinico Umberto I). **I tempi di percorrenza riportati sono da considerare minimi. In realtà, soprattutto il collegamento con il Policlinico Umberto I, risente del traffico locale che nella maggior parte delle ore del giorno è molto sostenuto con conseguente notevole allungamento dei tempi. In misura minore la questione del traffico incide anche sulle distanze che separano i Comuni capofila dei Distretti dall’Ospedale di Tivoli, ubicato al centro della città e non facilmente accessibile”**

	DEA 1°Livello Ospedale di Tivoli	DEA di 2°Livello Policlinico Umberto I
Monterotondo	26,7	27,7
Guidonia	12,8	25,2
Tivoli		31,8
Subiaco	41,9	69,6
Palestrina	25,0	40,6
Colleferro	47,8	57,1

	DEA 1°Livello Ospedale di Tivoli	DEA di 2°Livello Policlinico Umberto I
Monterotondo	47	38
Guidonia	26	35
Tivoli		36
Subiaco	50	66
Palestrina	38	48
Colleferro	45	47

(http://www.aslromag.info/archivio14/sistema_informativo/SIES-RapportoAnnuale2013.pdf),



Tutto questo, inoltre, va inserito in un contesto che vede l'assenza di un DEA di II livello all'interno della Roma G (il DEA di I livello è a Tivoli) e questo rappresenta un grave problema, come affermato nel Rapporto Annuale SIES 2013: *"Il DEA di Tivoli ha come bacino di utenza l'intera popolazione della Asl Roma G (DGR 10930/1996, DCA 73/2010) e quindi un numero residenti che è circa il doppio delle dimensioni che erano state stabilite dalla DCR 1004/1994 per i DEA di I livello (250.000-300.000 abitanti).*

Nel corso degli anni, in relazione ad una sempre maggiore sensibilità verso le questioni dell'emergenza, i bacini di utenza sono stati ridotti. Sulla base di un'indagine conoscitiva condotta dal Senato pubblicata nel 2011, la popolazione di riferimento dei DEA è in Italia mediamente pari a 181.935 abitanti². Lo stesso documento stabiliva che un bacino di utenza di 250.000-300.000 potesse essere considerato sufficiente per i DEA di II livello.

La dimensione del bacino di utenza è una delle ragioni della difficoltà del DEA di Tivoli a svolgere una funzione reale di riferimento per l'intera Asl Roma G".

e) PRONTO SOCCORSO

Per "evitare l'interruzione di pubblico servizio" l'Asl Rm G ha dovuto deliberare 2 mila e 200 ore di attività aggiuntiva per l'ingaggio a gettone di medici pagati fino al prossimo settembre "in regime di attività libero-professionale fuori dal normale orario di servizio" (60



euro lordi l'ora) pur di "far fronte alle problematiche dovute alla grave carenza di personale medico per coprire i turni di servizio".

Anche perché **le 5 strutture d'emergenza** sono costantemente oberate dagli accessi: **"I 2 Ospedali di Colleferro e Subiaco, che nell'anno 2012 risultavano molto occupati, si attestano nel 2013 su un livello definito sovraffollato"** - quantifica l'Asl Rm G nel suo ultimo rapporto - **"I due PS di Monterotondo e Palestrina, pure severamente sovraffollati nel 2012, raggiungono nel 2013 il livello di pericolosamente sovraffollato. L'Ospedale di Tivoli si mantiene pure su un livello di sovraffollamento pericoloso, come già l'anno precedente"**⁵.

⁵ I parametri misurati nel NEDOCs (National ED Overcrowding Study) testano prevalentemente l'organizzazione orizzontale del sistema di emergenza. Il livello esplorato è costituito da Pronto Soccorso e dall'area dell'acuzie. **L'aspetto della qualità implicato è rappresentato dalla sicurezza dei pazienti e dalla tempestività degli interventi.** Infatti una rassegna sistematica condotta su studi di buona qualità ha dimostrato che nei pazienti ricoverati **in condizioni di sovraffollamento del PS il rischio relativo di morte a breve termine (10-30 giorni) aumenta del 20%-30%**. Inoltre, alcuni trattamenti (antibioticoterapia, trombolisi, analgesia) risultano significativamente ritardati in patologie sensibili alla precocità dell'intervento (polmoniti, infarto acuto del miocardio, frattura dell'anca).

La Tabella 9 riporta i risultati ottenuti sui PS della Asl Roma G. Si osserva che nell'anno 2013 due Ospedali (Colleferro e Subiaco) risultano "molto occupati" mentre gli altri tre (Monterotondo, Palestrina e Tivoli) si attestano su un livello considerato "pericolosamente sovraffollato".

Rispetto all'anno precedente si deve rilevare un aumento generalizzato dell'affollamento. I due Ospedali di Colleferro e Subiaco, che nell'anno 2012 risultavano molto occupati, si attestano nel 2013 su un livello definito "sovraffollato". I due PS di Monterotondo e Palestrina, pure severamente sovraffollati nel 2012, raggiungono nel 2013 il livello di "pericolosamente sovraffollato". L'Ospedale di Tivoli si mantiene pure su un livello di sovraffollamento pericoloso, come già l'anno precedente.

L'incremento dell'affollamento osservato nel 2013 avviene in concomitanza con una flessione generalizzata nel numero degli accessi. **Il fenomeno quindi è legato non all'afflusso di pazienti ma ad un allungamento, in taluni casi clamoroso, dei tempi di gestione.** Le ragioni devono evidentemente essere indagate.... Dal raffronto con gli stessi valori dell'anno precedente emerge che il fattore che incide maggiormente sul peggioramento del sovraffollamento rilevato nel 2013 è costituito dall'allungamento del tempo di gestione dei pazienti e del tempo di sosta in attesa del ricovero...

La riduzione dei posti letto a disposizione per il ricovero ma anche la concomitante diminuzione del personale operante sembrano ragioni plausibili per spiegare l'allungamento dei tempi di gestione e di sosta.

Tabella 9. Funzionalità dei percorsi dell'emergenza. Misurazione dell'affluenza in PS attraverso il metodo NEDOCS modificato.					
Codice Istituto	Istituto	Anno 2013		Anno 2012	
		Punteggio	Significato	Punteggio	Significato
046	Colleferro	107,5	Sovraffollato	70,9	Molto occupato
049	Monterotondo	200,3	Pericolosamente sovraffollato	141,9	Severamente sovraffollato
051	Palestrina	209,8	Pericolosamente sovraffollato	141,0	Severamente sovraffollato
052	Subiaco	115,1	Sovraffollato	81,7	Molto occupato
053	Tivoli	198,5	Pericolosamente sovraffollato	207,0	Pericolosamente sovraffollato
Asl Roma G		166,2	Severamente sovraffollato	128,5	Sovraffollato

Con un conseguente allungamento, in taluni casi clamoroso dei tempi di gestione. Per quanto riguarda il tempo di sosta in attesa del ricovero, nel 2013 è aumentato da 3,9 ore a 5,6 a Colleferro, da 6,0 a 7,7 ore a Monterotondo, da 5,8 a 9,1 ore a Palestrina e da 4,9 a 6,5 ore a Subiaco. A Tivoli lo stesso fattore si modifica di poco, da 11 ore a 10,7 ma si mantiene comunque sul livello massimo dell'Asl Rm G.

Il 34,7% degli accessi in Pronto Soccorso effettuati nel 2013 dai residenti nei 70 Comuni dell'Asl si è riversato nelle strutture d'emergenza fuori dai confini aziendali della ASL RM G.

La disponibilità di posti letto acuti ordinari, valutata in termini di indice per 1.000 residenti, misura specificatamente le risorse a disposizione dei Reparti per accogliere le urgenze provenienti dal PS. Essa esplora quindi l'articolazione orizzontale, l'area dell'acuzie come livello di prestazione, l'accessibilità come aspetto qualitativo del servizio della emergenza.

Nella Tabella 21 è riportata la dotazione dei posti letto della Asl Roma G nell'anno 2013. **Tale dotazione risulta pari ad un terzo del fabbisogno stabilito dalla normativa regionale attraverso la**

definizione dello standard (dal Rapporto Annuale SIES 2013):

Tabella 21. Funzionalità dei percorsi dell'emergenza. Posti letto acuti ordinari per mille residenti. Anno 2013.					
Codice Istituto	Istituto	Territorio	Popolazione ^a	Posti letto ^b	Posti letto % ^c
046	Colleferro	Colleferro	75.330	113,8	1,51
049	Monterotondo	Monterotondo	91.854	63,5	0,69
051	Palestrina	Palestrina	79.813	73,5	0,92
052	Subiaco	Subiaco	33.237	63,5	1,91
053	Tivoli	Tivoli-Guidonia	201.554	156,3	0,78
Asl Roma G			481.788	470,5	0,98
Standard regionale					2,97

^a Dato ISTAT aggiornato al 1° gennaio 2013.
^b Posti letto registrati nel flusso NSIS nell'anno 2013 (non considerate le culle pediatriche)
^c Numero di posti letto per mille residenti.

La congestione del PS dovuta ai pazienti urgenti che attendono il ricovero per un tempo prolungato (il boarding della letteratura anglosassone) rappresenta un fenomeno diffuso ed è considerata la causa principale di sovraffollamento dei servizi d'emergenza e comprende tutti i **pazienti di cui è stato ritenuto necessario il ricovero e che sostano al PS un tempo superiore a quello necessario agli accertamenti d'urgenza.** *“Il fenomeno appare quasi trascurabile quando viene misurato in termini di numero di accessi in quanto coinvolge appena il 5,6% dei pazienti nella Asl Roma G. Diventa invece di assoluta rilevanza se misurato in termini di tempo eccedente le necessità dell'urgenza che costituisce complessivamente il 25,2% del tempo complessivo dedicato alla gestione dei pazienti. In alcuni Ospedali (Tivoli, Subiaco e Monterotondo) tale quota supera il 25%”.*

*“In particolare il livello di prestazione indagato si identifica con l'area dell'acuzie in quanto **il boarding dipende evidentemente dalla***



capacità dell’Ospedale di assorbire le urgenze. Come componente rilevante del sovraffollamento la congestione da blocco dei ricoveri investe la sicurezza dei pazienti, la tempestività della prestazione, l’accessibilità ai servizi⁶.

In modo ancora più allarmante, lo stesso rapporto conclude con parole molto chiare e preoccupanti: *“In una visione più ampia dei problemi, le difficoltà rilevate nella gestione delle urgenze possono essere ricondotte a tre cause principali la cui rimozione richiede una politica di medio termine e tempi di realizzazione diversi. Esse sono: la **ridotta ricettività degli Ospedali, il ruolo complessivamente marginale attribuito agli Ospedali della Asl Roma G nel contesto delle reti regionali, la incompleta applicazione della normativa in materia di emergenza**”*

E’ illuminante quanto riportato dalle conclusioni del documento della stessa ASL RM G⁷:

“Diverse le criticità rilevate, che hanno espressività diversa nei vari Ospedali, ma che possono essere riassunte in termini di:

A. Sovraffollamento “pericoloso” in tre PS su cinque (Tivoli, Palestrina e Monterotondo). Gli altri due PS (Colleferro e Subiaco) risultano comunque sovraffollati.

6 Il Sistema dell’Emergenza nella ASL Roma G: Rapporto Annuale SIES 2013

7 Il Sistema dell’Emergenza nella ASL Roma G: Rapporto Annuale SIES 2013



B. Terapie intensive (Rianimazioni, emodinamica) che, per ragioni diverse, non riescono pienamente a servire l'intero territorio di competenza della Asl Roma G.

C. Medicine d'urgenza che relativamente ai pazienti critici servono il solo Ospedale di riferimento, nel caso di Tivoli anche parzialmente.

*In una visione più ampia dei problemi, le difficoltà rilevate nella gestione delle urgenze possono essere ricondotte a tre cause principali la cui rimozione richiede una politica di medio termine e tempi di realizzazione diversi. Esse sono: **la ridotta ricettività degli Ospedali, il ruolo complessivamente marginale attribuito agli Ospedali della Asl Roma G nel contesto delle reti regionali, la incompleta applicazione della normativa in materia di emergenza.***

...

*“Si è già visto nel capitolo 3 che **la Asl Roma G ha una popolazione sufficiente a sostenere pienamente l'attività di 1-2 emodinamiche cardiache.** Uno studio precedente aveva già documentato che **il bacino di utenza della Asl Roma G dovrebbe disporre di almeno 2-3 stroke unit (di tipo UTIN-I nella definizione della DCA 75/2010).** **A consigliare interventi in questi ambiti contribuiscono i dati della mortalità. Nello studio pubblicato nel 2012 dal Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio (dati riferiti al triennio 2006-2009), la Asl Roma G presenta valori***



maggiori rispetto alla media regionale sia nella mortalità totale ben che nell'ambito della cardiopatia ischemica e dell'ictus cerebrale"

Infine, si rileva, sempre nei documenti della ASL Roma G⁸, che *“un altro aspetto decisivo del sistema dell'emergenza è rappresentato dalla ancora incompleta applicazione della normativa in materia. Eppure la capacità della struttura sanitaria di rispondere al bisogno di salute dei cittadini si misura elettivamente nella gestione delle urgenze. In questo ambito l'errore, casuale o sistematico, ha ricadute immediate sul paziente. Diventa quindi obiettivo prioritario delle Aziende Sanitarie quello di rimuovere gli errori sistematici nella gestione delle urgenze. Tra questi, sono particolarmente rilevanti quelli che derivano dalla incompleta applicazione della normativa vigente in materia di urgenza.*

Infatti, alcune delle criticità più importanti del sistema dell'emergenza sono legate al fatto di non aver sinora sfruttato tutte le opportunità offerte dalla normativa, opportunità che spesso si configurano come obbligo di legge. Questo fatto da un lato può essere fonte di errori sistematici e dall'altro pone la struttura sanitaria giuridicamente in difetto di fronte a qualsiasi contenzioso che venisse dall'utenza, anche quando clinicamente infondato.

⁸ Il Sistema dell'Emergenza nella ASL Roma G, rapporto annuale SIES 2013



Le condizioni nelle quali opera la rete dell'emergenza della Asl Roma G, ed in particolare il DEA di Tivoli, sono al meglio illustrate dal confronto tra quanto realmente viene offerto agli utenti e quanto occorrerebbe invece proporre in base a specifiche normative (Deliberazione del Consiglio Regionale 1004 del 11 Maggio 1994 in applicazione della Legge Regionale 55 del 20 Settembre 1993, Atto di Intesa Stato-Regioni del 17 Maggio 1996 in applicazione del DPR 27 Marzo 1992, Delibera di Giunta Regionale 424 del 4 Luglio 2006, Decreto del Commissario ad Acta 73 del 29 Settembre 2010):

- 1. Assenza di assistenza sub-intensiva ed intensiva polivalente**
- 2. Assenza di servizi obbligatori**
- 3. Parziale strutturazione della UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza**
- 4. Protocolli operativi da aggiornare o istituire"**

Aggiungiamo, la mancanza di auto medica e la presenza di un solo mezzo di rianimazione mobile, quasi mai disponibile per le emergenze perchè impegnato al trasporto di malati in altri centri al di fuori della ASL Roma G.

Il documento conclude: *"In conclusione una parte importante di quanto stabilito o previsto dalla normativa deve ancora essere realizzato. L'Azienda certamente potrà impegnarsi a reperire una parte delle risorse attraverso la razionalizzazione e la redistribuzione di quelle già disponibili. Tuttavia l'ampiezza del processo di adeguamento è tale*



che sembra inevitabile un intervento della Regione che, a fronte di obblighi di legge che essa stessa ha stabilito, non può non mettere a disposizione ulteriori decisive risorse.”

f) LE APPARECCHIATURE Il rinnovo delle apparecchiature elettromedicali necessita di ben 2 milioni e 814 mila euro.

L'azienda li ha chiesti alla Regione, lamentando le "*numerose apparecchiature vetuste, che non sempre possono essere adeguate per gli standard tecnici vigenti*". Necessita un'immediata sostituzione di apparecchiature obsolete, a partire dal microscopio troppo lento (l'acquisto risale al 1978) dell'Anatomia Patologica di Tivoli. Ma anche l'acquisto di 2 ambulanze, per il rinnovo parziale del parco-macchine che, per obsolescenza e vetustà, ha notevoli costi di riparazione.

g) LABORATORI ANALISI - per ovviare alle "*carenze strutturali e logistiche, strumentazione obsoleta e insufficienza di automazione e informatizzazione*" l'Asl Rm G nel novembre scorso aveva annunciato "*l'istituzione di due grandi Lab Core: uno presso l'ospedale di Tivoli e l'altro a Colleferro*".

Poi quest'ultimo è stato cancellato dal nuovo progetto riformulato 5 mesi dopo, che prevede solo un laboratorio core con settori specializzati a Tivoli.

Ci si chiede: da dove il medico farà le validazioni a distanza (come per gli esami radiologici) delle analisi effettuate nei turni



pomeridiani e notturni negli ospedali di Colferro, Palestrina, Monterotondo e Subiaco, che avranno un solo tecnico a disposizione (e il medico solo dalle ore 8 alle 14)?

H) RISONANZA MAGNETICA – Nessuno dei 6 ospedali dell'azienda sanitaria più estesa del Lazio è dotato della strumentazione per effettuare questo esame diagnostico, che nel 2013 ha portato 6 milioni e 113 mila euro di rimborsi regionali ai privati ed un milione e 801 mila euro alle strutture fuori dai confini dell'Asl.

Un'azienda che *"si colloca nel mercato sanitario prevalentemente nel ruolo di acquirente di servizi forniti da terzi (strutture interne private ed esterne)"*, come ammette la stessa Rm G nel suo rapporto annuale, che indica in ben 27 milioni e 312 mila euro i rimborsi complessivi regionali incassati dai privati per le prestazioni effettuate nel 2013 ai 481 mila residenti dei suoi 70 Comuni.

Un bacino d'utenza che, all'interno del vasto territorio del quadrante est della provincia, si è diviso quasi equamente: 2 milioni e 555 mila prestazioni nelle strutture private e 2 milioni e 845 mila in quelle pubbliche (per le quali l'Asl ha incassato dalla Regione 35 milioni e 246 mila euro). Gli introiti maggiori per i servizi resi all'utenza dei 70 Comuni, però, si sono riversati all'esterno del perimetro dell'Asl: le strutture pubbliche e private fuori dai confini aziendali hanno incassato ben 33 milioni e 169 mila euro.



h) **RADIOLOGIA** – *“Diagnostica per immagini da terzo mondo”.*

L'impetosa diagnosi del settore radiologico è refertata dal precedente direttore generale dell'azienda, Nazareno Renzo Brizioli. *“Nei 6 ospedali abbiamo Tac vecchie fino a 12 anni:, a Monterotondo è del 2002, a Palestrina è del 2007 e a Tivoli e Colferro sono del 2008”.* *“Solo per il trasporto dei degenti che devono sottoporsi alla risonanza nei centri convenzionati spendiamo 900 mila euro l'anno, e qualche paziente s'è anche fatto male nell'andirivieni”.* La TAC di Subiaco è stata appena sostituita con un macchinario “rigenerato” che non ha certo le prestazioni elevate degli apparecchi nuovi

- i) **ANESTESISTI** - L'organico previsto è di 73 anestesisti, ma sono in servizio solo 28 specialisti nei 6 ospedali dell'Asl Rm G: per assicurare il mantenimento dei livelli assistenziali nei reparti di Rianimazione, Terapia intensiva, Chirurgia e Pronto soccorso l'Asl ha deliberato 16mila ore di attività aggiuntiva per coprire la carenza dei 46 anestesisti mancanti. I 28 rimasti percepiranno 60 euro l'ora per assicurare quelle in esubero rispetto alle 38 ore settimanali previste per dipendente, per una spesa annuale di un milione e 41 mila euro. Nel 2013 l'Asl ha speso 2 milioni di euro per le "attività aggiuntive" che, oltre agli anestesisti, hanno riguardato le Radiologie (dove mancano complessivamente 27 medici e 43 tecnici, per una spesa di



428 mila euro), i servizi dialisi di Colferro e Subiaco, il personale ostetrico a Palestrina, i Pronto soccorso di Tivoli e Subiaco e il Dipartimento mentale.

Questa carenza grave e cronica si riflette ovviamente sulla qualità dell'offerta sanitaria per la popolazione residente nel territorio della Asl Rm G.

I) **RIANIMAZIONE** – L'Asl Rm G ha solo 2 Rianimazioni (con complessivi 12 posti letto per quasi mezzo milione di residenti) che **"riescono con difficoltà a servire gli Ospedali dove sono collocate fisicamente e certo non riescono a soddisfare le esigenze dell'intero territorio"**, riconosce la stessa Asl nel rapporto annuale 2013. E' *"stato escluso dal circuito del 118 nonostante la gravissima carenza di posti letto nella provincia di Roma e nella Regione Lazio il reparto di Rianimazione di Subiaco"*, (aperto solo ai trasferimenti dai nosocomi dell'Asl Rm G), riportano i sindacati Anaa, Cgil e Usb. Colferro da 19 mesi attende l'apertura del reparto di Rianimazione, costato 800 mila euro. La Asl Rm G insieme all'Asl Rm A, Frosinone e all'Umberto I, fa parte della Macroarea 1 dove "risulta il minor numero di posti letto" (86 per un milione e mezzo di residenti) di Rianimazione. La pianificata "riorganizzazione" dell'ospedale di Subiaco verrebbe a togliere altri 4 posti di rianimazione, creando così una situazione di carenza insostenibile e pericolosa, determinando anche una grave discriminazione nei confronti del diritto alla salute e alle cure dei quasi



500.000 residenti nel territorio della ASL Rm G.

m) CENTRO MOBILE DI RIANIMAZIONE – La ASL RM G è la più estesa azienda sanitaria del Lazio, ma **ha una sola ambulanza di Rianimazione per assicurare il trasporto dei degenti più gravi tra i suoi 6 ospedali. Ai quali capita, dunque, di rimanere in attesa per ore prima dell'arrivo dell'unica Unità Mobile attrezzata** per essere trasportato a un centro dove ci si può curare.

Queste situazioni si ripetono in continuazione, l'ultimo episodio sotto le feste di Natale. È assurdo che nella Asl Rm G, dove risiedono poco meno di 500 mila persone ci sia **una sola unità mobile attrezzata e dotata di medico specialista** che viene utilizzata quasi esclusivamente per il trasporto dei pazienti gravi da un ospedale ad un altro per ricevere cure specialistiche. Ciò significa che **in caso di emergenza, è elevata la probabilità che non ci sia un mezzo di emergenza con medico specialista a bordo disponibile.**

Inoltre non risulta essere disponibile sul territorio alcuna automedica, come invece previsto dal Regolamento ministeriale sui requisiti per i servizi sanitari, condiviso dal Gruppo interregionale per l'emergenze-urgenza del quale fa parte anche l'ARES (Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria). Tale tema è stato già oggetto di una interrogazione parlamentare al Ministro della Salute lo scorso anno per quanto riguarda il territorio di Latina. Le auto mediche servono per il trasporto primario dal luogo in cui si verifica il codice rosso al DEA di



primo o di secondo livello di competenza (concetto di golden hour).

n) NAVETTE - L'Asl Rm G ha tagliato le navette in 4 ospedali. I presidi di Palestrina, Monterotondo, Subiaco e Palombara dal primo luglio 2014 **non hanno più l'ambulanza del servizio di trasporto secondario a disposizione tutto il giorno, ma solo in orario d'ufficio:** dalle 8 alle 16. Nelle restanti 16 ore *"non coperte dalla postazione, si farà riferimento al servizio navetta dei presidi di Tivoli e Colleferro dotate di equipaggio completo. Solo se la navetta (di Tivoli o Colleferro) risultasse impegnata per un tempo non corrispondente all'eventuale urgenza del trasporto- avverte l'Asl Rm G- si ricorrerà alla seconda navetta con equipaggio completo"*. In questo modo verrà riorganizzato il servizio-navetta aziendale per i trasporti di utenti e degenti non gravi tra i vari ospedali dopo il terzo rinnovo consecutivo dell'appalto, che passerà dal precedente costo di un milione e 453 mila euro l'anno a 900 mila euro.

o) I CANTIERI INFINITI - A Tivoli, dei circa 300 letti autorizzati, ne sono disponibili solo 200, anche per fare spazio a ristrutturazioni avviate fino a 8 anni fa. Come quella dell'ex Monte di Pietà, attiguo al Pronto soccorso, in cantiere dal 2006, di cui sono state appena approvate nuove varianti in corso d'opera. A Colleferro 7 anni dopo l'avvio dei "lavori di ristrutturazione, completamento e messa a norma" del nosocomio, passati tra ben 4 avvicendamenti di diverse società



nell'appalto da 12 milioni e 911 mila euro, c'è stato bisogno di un'ennesima perizia perché "sono sopraggiunte nuove esigenze che hanno richiesto la redazione di una nuova variante, diversa da quella approvata nel marzo scorso e non ancora ratificata dalla Regione". Ora l'Asl ha annullato anche l'ultimo stato d'avanzamento lavori da 462 mila euro, ritenendo opportuno cominciare una nuova contabilità. Innovazione attesa anche per chiudere i vecchi cantieri dei lavori di ristrutturazione e completamento dell'ospedale di Palestrina (9 milioni e 812 mila euro) e quelli di messa a norma e ristrutturazione dell'ospedale di Subiaco (2 milioni e 179 mila euro). A Palombara da 8 anni è aperto il cantiere da 6 milioni e 918 mila euro della Casa della Salute. Per ora la struttura è un incastro a triangolo di 3 diversi puzzle, ognuno dei quali ha però tessere mancanti. Il moncherino del primo, abortito ampliamento estende le propaggini di pilastri arrugginiti fin dentro i 7 piani (dei quali uno, il terzo, mai finito) dell'ex ospedale ormai svuotato, innestato a sua volta nei 3 piani dell'ala nuova, in gestazione dal 2006.

Rilevato

Che il Ministero della Salute, la Regione Lazio, in virtù del combinato disposto degli artt. 32 e 117 Cost. l'obbligo di garantire la tutela del diritto della salute e alle cure mediche appropriate;

Invita e diffida



- 1) Ministero della Salute, in persona del Ministro pt.;
- 2) Regione Lazio, in persona del Commissario Straordinario della Sanità, On.le Nicola Zingaretti;
- 3) Azienda Sanitaria Usl Rm/G, in persona del Direttore Generale Giuseppe Caroli

ad adottare ogni più opportuna iniziativa per provvedere a sanare le gravissime carenze strutturali e organizzative relative al distretto territoriale dell'Asl Rm/G, **entro e non oltre il termine perentorio di 30 gg. dalla ricezione della presente.**

In difetto verranno adite le Autorità Giudiziarie competenti per l'accertamento delle eventuali responsabilità e per garantire l'effettività del diritto alla salute.

Distinti saluti

Roberto Crea

Segretario Regionale

Cittadinanzattiva Lazio Onlus – Tribunale per i Diritti del Malato