



Patto per la salute

Il punto di vista dei cittadini sulla riorganizzazione della rete ospedaliera: riconversione degli ospedali minori

a cura di

Tribunale per i diritti del malato (Tdm) – Cittadinanzattiva

Febbraio 2014





Premessa

Il Tribunale per i diritti del malato ha focalizzato negli ultimi due mesi parte della sua attività sulla lista diffusa a mezzo stampa¹ di strutture ospedaliere che potrebbero essere chiuse e "semmai" riconvertite².

Si tratterebbe di 175 strutture presenti in tutte le Regioni; quelle prevalentemente interessate per numerosità di strutture sarebbero Sicilia e Lombardia.

E' doveroso sottolineare che questa lista diffusa non ha trovato conferma ufficiale; alcune smentite sono arrivate da alcuni governatori regionali.

Tuttavia nel Patto per la salute il tema della riorganizzazione della rete ospedaliera è oggetto del confronto tra Ministero e Regioni: è per questo che il Tdm ha ritenuto opportuno fornire al dibattito anche elementi conoscitivi e il punto di vista dei cittadini.

Per questo sono state mobilitate le realtà regionali e locali del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva.

Oggetto prevalente della ricognizione è stata la verifica sulle strutture potenzialmente interessate per capire in che modo **l'applicazione del criterio dei 120 posti letto come unico requisito per la chiusura, potesse incidere sull'accessibilità, qualità e sicurezza delle cure dei cittadini nelle diverse comunità locali.**

Il Tdm ritiene che in questo momento l'obiettivo da perseguire non è la mera "difesa del posto letto" in strutture insicure o che rappresentano inutili duplicazioni di servizi esistenti, ma piuttosto organizzare e riqualificare i servizi socio-sanitari al fine di offrire le giuste tutele in termini di tempestività e sicurezza, soprattutto nella capacità di trattare le emergenze e rispondere sui territori in cui si vive all'effettivo bisogno di salute (in particolare nelle condizioni di cronicità e fragilità). Tutto ciò non potrà essere realizzato se non si analizza la realtà nella quale si vuole intervenire (non solo al livello regionale, ma anche al livello di comunità), non si coinvolge nel processo la cittadinanza e non sono previste forme di partecipazione per le organizzazioni civiche e di pazienti.

Siamo convinti che sia questa la strada per garantire la tutela del diritto alla salute dei cittadini e contestualmente l'uso ottimale delle risorse disponibili e non un approccio diverso.

Questo lavoro e le informazioni che seguono, dunque, si pongono l'obiettivo di fornire elementi conoscitivi e proposte civiche basate sull'esperienza diretta dei cittadini che vivono nei diversi

¹ L'elenco cui si fa riferimento è quello disponibile al link <http://www.lastampa.it/italia/la-mappa-degli-ospedali-che-chiudono>

² La nota è stata redatta da Tonino Aceti e Sabrina Nardi con il contributo delle 21 segreterie regionali e le oltre 300 sezioni del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva.





territori (e utenti del SSN) potenzialmente interessati alla chiusura dei “piccoli ospedali” al fine di rendere i provvedimenti sempre più appropriati ed adeguati alle reali esigenze.

Quadro di sintesi delle criticità rilevate

Di seguito la sintesi delle 13 questioni critiche che emergono dai contributi ricevuti dalle realtà regionali e locali del Tribunale per i diritti del malato. Ricordiamo che queste criticità sono riferite all'elenco delle potenziali strutture da chiudere/riconvertire.

- a. Alcune delle strutture indicate nell'elenco sono state già chiuse o riconvertite.
Esempi:
 - Ospedale Valdese di Torino, in cui l'attività ospedaliera è già stata trasferita in altre realtà. La gestione della chiusura, tuttavia, è stata fatta senza considerare lo smarrimento dei cittadini, verso i quali non è stata fornita informazione chiara, né comunicate alternative certe. La struttura avrebbe potuto essere organizzata diversamente, visto che ci sono lavori di consolidamento in corso. Ancora non si conosce la destinazione della struttura: se destinata alla vendita oppure ad attività sanitarie.
 - Sono stati riconvertiti piccoli ospedali piemontesi, quali: Torre Pellice, Pomaretto, Giaveno, Avigliano e Venario nell'ASL TO3.
- b. Alcune strutture presenti nella lista degli ospedali “a rischio”, stando alla nostra rilevazione, non coincidono con le informazioni possedute dagli amministratori locali e sembra non essere totalmente confermata.
Esempi:
 - presidio di Giussano (MB), l'URP non è al corrente di nessuna previsione di chiusura
 - Ospedale Filippo del Ponte, Circolo di Varese, la direzione sanitaria non ha ricevuto comunicazioni ufficiali della chiusura
 - Sant'Antonio Abate di Gallarate, definisce la notizia prova di fondamento
 - La provincia Autonoma di Bolzano riferisce che non è intenzione della giunta procedere con chiusure di strutture ospedaliere.
 - In Sicilia alcuni ospedali potrebbero essere “salvati” adottando una riorganizzazione che prevede strategia di accorpamento in strutture tipo Ospedali riuniti.
- c. Nella lista sono presenti strutture sulle quali sono stati fatti **grossi investimenti economici**, nell'ultimo periodo, di ammodernamento o adeguamento strutturale.
Esempi:
 - Valdese di Torino (vedi sopra)
 - Ospedale Filippo del Ponte, dove la ristrutturazione è ormai quasi completata.
 - Ospedale di Asola, completamente ristrutturato.





- Ospedale di Ozieri, ultimato, ammodernato e potenziato.
 - Trasferimento della chirurgia generale e ortopedia dal P.O. di Trani al P.O. di Bisceglie comporterebbe uno spreco di denaro pubblico visto che la sala operatoria è agibile e tutto l'ospedale è stato ristrutturato, mentre la sala operatoria di Bisceglie risulta non a norma.
 - Si ipotizza la costruzione di nuova struttura ospedaliera a Taranto con 700 posti letto quando di fatto ad oggi c'è stato un ridimensionamento in tutte le divisioni con cancellazione di interi reparti e riduzione dei servizi.
- d. Non sono disponibili dati certi e certificati sull'epidemiologia e il fabbisogno dei territori.
- Esempi:
- Stando all'esperienza di Cittadinanzattiva Calabria manca uno studio epidemiologico, alla base delle scelte, che avrebbe potuto evidenziare i reali bisogni del territorio e tutelare meglio il cittadino (es. aumento esponenziale di malati oncologici in alcune aree –inquinata– della Calabria, come in provincia di Crotone; aumento dei malati nefropatici con un'incidenza superiore alla media nazionale e di contro ridimensionamento o chiusura di unità operativa di nefrologia).
 - Cittadinanzattiva Abruzzo e delle Marche rilevano lo stesso deficit al livello regionale.
- e. In caso di chiusura delle strutture ospedaliere minori **l'assistenza territoriale non è pronta**, così come è attualmente organizzata, a farsi carico dei bisogni, poiché non vi è certezza del suo contestuale potenziamento. A tutto ciò si aggiunge la mancanza di un disegno chiaro sulle modalità di riconversione, vale a dire “cosa ci sarà al posto dell'ospedale” ed entro quando. Basti pensare alle **numerose denominazioni in ballo (ospedale di prossimità, ospedale di comunità, case della salute, etc.)**, la cui offerta di servizi e differenza tra denominazione è ignota.

Esempi:

- Tranne rare eccezioni, sul fronte dell'assistenza territoriale le difficoltà evidenziate sono piuttosto diffuse nella maggior parte delle Regioni.
Persino in Valle d'Aosta, dove si è deciso da tempo di investire nelle micro-comunità presenti sul territorio e non sugli ospedali, la Regione ora sta attraversando un momento in cui il sistema territoriale di cure fa fatica, e per far quadrare i conti si rischia la chiusura di alcune strutture territoriali. Il personale infermieristico delle micro comunità è gestito dalle AUSL, mentre il restante personale è gestito dalle comunità montane.
- Nel Lazio, in Provincia di Latina, sono già stati chiusi e in parte riconvertiti alcuni piccoli ospedali: Sezze, Priverno, Cori e Gaeta. Cori è attualmente ospedale di comunità, Gaeta è ospedale di prossimità, Sezze sarà riconvertito in Casa della Salute. Solo quest'anno la Regione Lazio si sta impegnando per promuovere la





realizzazione di Case della Salute.

- Matelica. L'ospedale è in fase di riconversione. Sono rimasti alcuni posti letto di lungodegenza, ma si sta cercando di ricoverare meno persone e di mantenerle al domicilio, dove ad occuparsene sono le famiglie. Tuttavia l'assistenza domiciliare integrata (ADI) funziona solo 5 giorni a settimana, solo in alcune straordinarie occasioni il sabato e il personale non è sufficiente; la domenica il servizio non è attivo.

f. Le aree montane e le piccole isole rischiano di essere territori maggiormente penalizzati.

Esempi:

- Area collinare/fascia montana delle Marche, rispetto alla fascia costiera: la prima è caratterizzata da un territorio poco popolato, con viabilità precaria e una popolazione con avanzato indice di vecchiaia; la seconda invece si caratterizza per centri popolosi, è fornita di servizi e con viabilità buona. Alcuni interventi di chiusura sono stati già avviati, anche se non pienamente conclusi (come nel caso di Matelica dove la struttura dovrà essere riconvertita in casa della salute).
- Subiaco³
- La Maddalena, sul cui ospedale risultano in atto alcune attività di studio per identificare le specialità da mantenere, visto che si tratta di un'isola e bisogna tener conto delle possibilità di collegamento con l'isola più grande (Sardegna)

g. I servizi di trasporto per l'emergenza urgenza non sono sempre adeguati a fronteggiare tempestivamente le urgenze, in particolare in alcune realtà. A questo si aggiunge la distribuzione di strutture collegate alla gestione delle urgenze che non risponde a criteri uniformi, come nel caso delle emodinamiche.

Esempi:

- ASL RMG, Distretto G4, Subiaco (vedi approfondimento in calce al documento)
- Sardegna, dove l'attività di emergenza non è garantita per tutto il corso dell'anno dall'elisoccorso e dall'ambulanza medicalizzata, in particolare nei luoghi strategici.
- Matelica (marche). La contrazione dell'offerta è stata bilanciata dalla messa a disposizione di un secondo elicottero che non garantisce continuità operativa, visto che non vola la notte. Quindi d'inverno, quando sulle strade c'è neve, copre solo 6 ore su 24.

h. In alcuni casi, se le anticipazioni fossero confermate, rischierebbero di colpire alcune zone della stessa Regione in maniera più significativa di altre.

Esempi:

- Nella Regione Abruzzo, la provincia di Teramo, la più piccola della Regione, che vede sul suo territorio 4 strutture ospedaliere, non sembrerebbe interessata da

³ Vedi approfondimento successivo.





alcun intervento di chiusura o riconversione. Stando alla lista pubblicata su La Stampa, invece, Pescara avrebbe un solo ospedale per tutta la Provincia, Chieti 3 e L'Aquila 3.

- i. Alcune scelte appaiono assunte sulla base del peso politico del rappresentante di turno.
- j. Resta prioritario dare risposta ai bisogni dell'anziano e in generale alle persone con maggiori fragilità, che appaiono le persone che possono essere maggiormente penalizzate, perché vivono in piccoli centri, hanno maggiori difficoltà a spostarsi e il Trasporto pubblico locale non è in grado di soddisfare la necessità di raggiungere i servizi di cui hanno bisogno.

Esempi:

Provincia di Bergamo, Ospedale "M.O.A. Locatelli" Piario, dipendenza dell'AO Bolognini di Seriate (105 posti letto). La chiusura di questa struttura (che non costituisce duplicazioni di servizi esistenti), penalizzerebbe soprattutto la popolazione anziana e più fragile. Essa dista 32 KM dall'Ospedale di Seriate e 36 da quelli di Bergamo.

Iseo, provincia di Brescia. La struttura ospedaliera dista 30 km dagli ospedali più vicini, con scarsi collegamenti. Ha un importante centro per la salute mentale.

- k. Alcuni servizi che prestano buona qualità dell'assistenza o hanno apparecchiature e personale all'avanguardia rischiano di essere sottratti ai cittadini.

Esempi:

- Il presidio Maria Adelaide di Torino, che è gestito dal CTO e collocato in una struttura molto vecchia e da ristrutturare, ma presenta una palestra ultra attrezzata e personale qualificato. Sarebbe utile che la struttura fosse riconvertita in un centro di fisioterapia, visto che in quella zona questo servizio è carente.

- l. Il principio di contemporaneità degli interventi di chiusura e contestuale riconversione/potenziamento dell'assistenza territoriale non è certa o quantomeno risulta poco conosciuta, condivisa e ben comunicata alle persone che vivono su quei territori.

Esempio:

- Lazio, Marche, Sicilia, Calabria,

Considerazioni conclusive e raccomandazioni civiche

Per gestire una riorganizzazione ospedaliera che tenga conto dei reali bisogni dei cittadini e delle comunità, della necessità di garantire qualità, sicurezza e tempestività di accesso e intervento, di seguito proponiamo alcuni criteri qualificanti che, a nostro avviso, devono essere tenuti in considerazione ed applicati dalle istituzioni al livello nazionale, regionale e locale.





Dalla rilevazione sono emerse non solo criticità, ma anche alcuni punti di forza: il primo è la consapevolezza delle organizzazioni civiche, e del Tdm in particolare, di quanto accade sul territorio in cui sono presenti ed operano. Nei contributi si legge che alcuni servizi sono irrinunciabili, vanno mantenuti o potenziati e le eventuali chiusure sarebbero miopi. In altri casi invece servizi, strutture ospedaliere o reparti possono essere garantiti da strutture più lontane. Si tratta di un patrimonio che merita di essere capitalizzato, in questo momento in particolare.

I bacini demografici serviti da piccoli ospedali sono collocati prevalentemente in aree periferiche o persino insulari (ad esempio in Toscana Pitigliano, Fivizzano, Pontremoli, Sansepolcro, Borgo S. Lorenzo, Portoferraio nell'Isola d'Elba) e sono caratterizzati da una complicata orografia e da una tortuosa viabilità, che moltiplica i tempi della percorrenza e rende più incerti ed insicuri i tragitti, particolarmente in situazioni di emergenza-urgenza individuali, ma anche nelle contingenze di catastrofi naturali (terremoti, alluvioni, esondazioni) piuttosto sempre più frequenti nel nostro Paese.

Ciò premesso, rivolgiamo otto Raccomandazioni Civiche alle Istituzioni:

1. A monte di ogni decisione è necessaria una valutazione del fabbisogno, una indagine epidemiologica e una mappatura dei servizi esistenti.
2. Il processo di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera non può basarsi sul solo numero di posti letto presenti nella struttura (120 pl). Questo criterio, come mostra il documento, appare inadeguato e "rischioso" in termini di tutela della salute e dei diritti delle persone. L'equazione maggiore numero di posti letto=maggiore sicurezza non è matematica: non è affatto detto che un ospedale di piccole dimensioni, ma magari specializzato in determinate prestazioni, non offra gli stessi standard di qualità di un ospedale con il doppio dei posti letto. E' ad esempio il caso di Gorgonzola, struttura specializzata in oncologia medica e terapie affini.
3. La scelta di chiusura degli ospedali minori deve piuttosto essere accompagnata da considerazioni basate prevalentemente sulla conoscenza delle realtà e nel fare questo non si possono trascurare fattori come ad esempio:
 - Fabbisogno di salute della popolazione di quella specifica zona, con particolare riferimento al bacino di utenza e alla tipologia di territorio.
 - Incidenza di particolari patologie croniche su quel territorio.
 - La presenza di altre strutture ospedaliere nelle zone limitrofe (che possano configurare eventuali situazioni di duplicazioni di presidi).
 - Qualità e sicurezza delle strutture che dovranno essere chiuse.
 - Caratteristiche specifiche di quel territorio in termini di orografia e flussi turistici (come zone montane, piccole isole, ...).





- Esistenza di un servizio di trasporto efficace e tempestivo dalla zona dove verrà chiusa la struttura agli ospedali che rimarranno attivi, in particolare in caso di urgenze e di servizi a esso collegati (es. emodinamiche, stroke unit, etc.)
 - Qualità, accessibilità e capacità di rispondere ai bisogni della popolazione (efficacia) da parte dell'assistenza territoriale presente su quel territorio: diffusione del servizio ADI, case della salute, lungodegenze, riabilitazione,
4. Garantire la contemporaneità degli interventi legati alla riconversione: non è accettabile per i cittadini avere incertezza sui tempi e sui servizi che avranno come “contropartita”.
 5. Garantire un’organizzazione dell’offerta socio-sanitaria territoriale e di prossimità adeguata a farsi carico del bisogno di salute della comunità e in particolare delle persone che hanno particolari fragilità come nel caso di anziani, malati cronici e persone con disabilità.
 6. Garantire la sicurezza degli interventi di emergenza-urgenza, assicurando una corretta e razionale dislocazione dei servizi ed essi dedicati, anche attraverso processi di riconversione (Punti di primo soccorso, DEA I e II livello, etc.), un numero congruo di ambulanze medicalizzate, il funzionamento H24 del servizio di elisoccorso, la distribuzione di servizi collegati alla gestione delle emergenze come le emodinamiche.
 7. Prevedere spazi di condivisione e partecipazione delle comunità locali e delle organizzazioni civiche e di pazienti ai processi di riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali, nonché sulla valutazione costante (es. audit civico) dell’impatto della scelta maturata ed attuata. Questo permette, tra l’altro, di valorizzare il know how delle comunità locali, delle organizzazioni civiche e di pazienti nel disegno della “nuova assistenza”.
 8. Prevedere un piano di comunicazione rivolto alla cittadinanza sulla riorganizzazione: quali servizi sono stati messi a punto, come si chiamano, che funzioni svolgono e come si attivano; aggiornare la carta dei servizi come strumento di partecipazione e comunicazione; spiegare come saranno gestite le emergenze e quali garanzie nei casi più comuni di ricorso alle emergenze (es. parto, infarto, ictus, grandi traumi, etc.).

Allegati:

- Situazione ASL RMG (compreso ospedale di Subiaco)
- Analisi regione Lombardia
- Documenti dell’audizione della Regione Puglia sul riordino della rete ospedaliera regionale
- Punto della situazione della Regione Sardegna





ASL RMG (compreso ospedale di Subiaco)

L'ASL RM/G è la più estesa del Lazio. La stessa vede la presenza degli ospedali sotto indicati:

- Ospedale di Monterotondo
- Casa della Salute di Palombara S.
- Ospedale di Tivoli
- Ospedale di Subiaco
- Ospedale di Palestrina
- Ospedale di Colleferro
- Valmontone Hospital Spa

e dei seguenti distretti sanitari:

- G1 - Distretto di Monterotondo
- G2 - Distretto di Guidonia
- G3 - Distretto di Tivoli
- G4 - Distretto di Subiaco
- G5 - Distretto di Palestrina
- G6 - Distretto di Colleferro

10

Il bacino di utenza è distribuito su un territorio di ben 70 comuni, nell'area orientale del territorio provinciale; conta oltre 500.000 residenti e circa 2.000.000 di visitatori annui per la presenza dell'outlet e del parco giochi Rainbow Magicland di Valmontone, dei famosi siti archeologici di Tivoli, Villa Adriana, Palestrina ed altre località, dei monasteri Benedettini di Subiaco ed il Santuario della Santissima Trinità a Vallepietra. Gli ultimi provvedimenti legislativi, ed in particolare il "famoso" decreto 80/2010 del Commissario per la sanità del Lazio, hanno ulteriormente impoverito l'offerta di servizi e prestazioni sanitarie.





A titolo esemplificativo, si cita quanto segue:

- ✓ nel territorio, **non esistono ambulanze con il medico dell'emergenza a bordo previste dalla legge per intervenire sui cosiddetti codici rossi** (incidenti gravi, infarti, calamità naturali, ecc.) e trasportare i pazienti al più presto nei grandi ospedali dipartimentali, e non nei piccoli ospedali di provincia che non sono idonei. Il regolamento ministeriale sui requisiti dei servizi sanitari condiviso dal Gruppo Interregionale per l'emergenza-urgenza del quale fa parte l'ARES (Azienda regionale emergenza sanitaria) stabilisce che le automediche sono previste in ragione di una ogni 60.000 abitanti.
- ✓ Nell'ambito della stessa ASL, si evidenzia una allarmante **mancaanza di posti di rianimazione; presso l'ospedale di Tivoli sono presenti solo 8 posti**, stante le critica situazione del nosocomio "Angelucci di Subiaco" i cui 4 posti - oggetto di chiusura/riapertura ed infine "destinati" al ricovero di pazienti provenienti soltanto dalla ASL RMG – sarebbero, secondo il disposto del decreto 80 – tuttora vigente – destinati alla chiusura non appena terminati i lavori presso l'ospedale di Colleferro. Risalta in tutta la sua evidenza, la necessità di implementare nuovi posti al fine di garantire anche nella zona di cui si discorre, la possibilità per i cittadini di accedere alle cure che necessitano in situazioni di estrema criticità.
- ✓ **Nessuno degli ospedali di questa ASL è servito da un eliporto per i trasferimenti urgenti.**
- ✓ Estremamente critica la situazione che vede al momento **nessuna unità di emodinamica in funzione**. Presso l'ospedale di Tivoli, era stata aperta (soprattutto a seguito dell'intervento della nota trasmissione televisiva "Striscia la notizia) ed è rimasta funzionante fino a qualche mese fa. In relazione ai costi sostenuti (circa 3 milioni di euro) e tenuto conto della lontananza dalle strutture ospedaliere dotate di sale di emodinamica, riesce difficile, per non dire incomprensibile, giustificare il protrarsi di tale, gravissima situazione.
- ✓ Sono presenti soltanto due reparti di cardiologia per 5 ospedali.
- ✓ Non è presente, nell'ambito della ASL neppure una risonanza magnetica nucleare e tantomeno una neurochirurgia per l'emergenza neurologica.
- ✓ A fronte di quanto previsto a livello nazionale circa il rapporto posti letto/popolazione residente attestato sulla percentuale del 3,7, in alcune zone questo rapporto assume il valore di 1,2. Indicativo risulta il dato relativo alla mobilità passiva registrata nel corso dell'anno 2011; oltre 400.000 prestazioni effettuate al di fuori della ASL RM G o presso strutture private con una spesa aggiuntiva di circa 56 milioni di euro. Alla luce di questi dati, ben si giustifica la richiesta – in contrapposizione a quanto disposto dal decreto 80 – di





un aumento dei posti letto.

- ✓ Stante il disposto del decreto 80, non modificato e non surrogato da alcun atto, alla data odierna risultano ancora suscettibili di riconversione (di fatto la chiusura) i nosocomi di Subiaco e Monterotondo. Giova ricordare che esistono comuni (ad esempio Jenne e Vallepietra) la cui distanza dalla struttura di riferimento non permette il rispetto di quanto previsto dalle direttive in materia (ad esempio il rispetto della Golden Hour e cioè il periodo di tempo dall'evento traumatico durante il quale vi è la più alta probabilità che un pronto trattamento medico possa evitare la morte).

L'ospedale di Subiaco

L'ospedale "A. Angelucci " di Subiaco, rientra nella lista dei 175 piccoli ospedali a rischio chiusura o riconversione; di seguito si illustra la situazione del presidio.

L'area del Distretto G4 di Subiaco (il più ampio di quelli in cui è compartimentata la ASL RMG) comprende una moltitudine di piccoli comuni, appartenenti alla X^ Comunità Montana della Valle dell'Aniene, con una popolazione residente che ammonta a circa 34.500 abitanti, con un 30% di ultrasessantacinquenni (dati ISTAT 2009).

Ben diverso è l'ammontare della popolazione non residente che staziona nel territorio in dipendenza di attività turistiche religiose (Santuario della SS. Trinità di Vallepietra con più di 500.000 presenze annue, Monasteri Benedettini di Subiaco con circa 40.000 presenze annue), eco-ambientali e sportive (Parco dei Monti Simbruini, Monte Livata e Altipiani di Arcinazzo con oltre 100.000 presenze annue).

Va sottolineato che l'area afferente al Distretto Socio Sanitario G4 è la più povera del Lazio, con popolazione con reddito pro-capite del 7% inferiore a quello medio regionale.

I tempi di percorrenza, sempre notevoli in relazione alle distanze e ad un sistema viario vetusto, si dilatano ulteriormente nella stagione invernale per le frequenti avverse condizioni meteorologiche. Se la distanza da Subiaco a Tivoli presuppone un tempo di percorrenza di circa 50 minuti, che non tiene conto dell'inevitabile traffico presente dal casello autostradale all'Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli, collocato al centro della città, gli abitanti del comune di Vallepietra devono percorrere 36,3 km per raggiungere Subiaco, con tempi di percorrenza di circa 45 minuti; conseguentemente impiegano circa un'ora e mezza per raggiungere Tivoli.

Il Presidio è situato a circa tre chilometri dal centro urbano e dispone di un ampio parcheggio, con posti riservati ai portatori di handicap disposti vicino all'ingresso, mentre gli ospedali che





dovrebbero diventare il punto di riferimento sanitario per i cittadini dell'Alta Valle dell'Aniene non hanno la stessa facilità di accesso. Basti pensare agli ospedali di Tivoli e Colferro entrambi situati nel centro urbano, non dotati di parcheggio interno ma soltanto di pochi posti disponibili per i portatori di handicap.

La Provincia di Roma ha inaugurato nell'estate 2012 l'arteria che collega direttamente le provinciali sublacense e Subiaco- Cervara, evitando l'attraversamento cittadino da parte di chi è diretto verso l'Ospedale.

Tutte le considerazioni esposte chiariscono sufficientemente la preoccupazione suscitata dalla lettura del Piano di riordino della rete ospedaliera della regione Lazio, che vedrebbe la struttura ridotta ad un PPI senza alcuna garanzia per la gestione delle emergenze-urgenze.

Si sottolineano di seguito le distanze ed i relativi tempi di percorrenza con il DEA di Tivoli:

Distanza Subiaco- Tivoli	43 km circa- 50 minuti
Distanza Subiaco- Palestrina	41 km circa- 55 minuti
Distanza Arcinazzo- Subiaco	12 km- 20 minuti
Distanza Arcinazzo- Alatri	33 km- 40 minuti
Distanza Vallepietra- Subiaco	36,3 km- 45 minuti in condizioni di strada normali
Distanza Vallepietra- Tivoli	77 km- 90 minuti circa in condizioni di strada normali
Distanza Vallepietra- Alatri	46 km- 64 minuti in condizioni di strada normali.
Distanza Jenne- Subiaco	14,1 km - 32 minuti in condizioni di strada normali
Distanza Jenne- Tivoli	54,6 km- 75 minuti in condizioni di strada normali

