

Mozione n. 426

presentata in data 23 novembre 2018

a iniziativa dei Consiglieri Fabbri, Maggi, Pergolesi

“Nuovo Piano Socio Sanitario. Verso un’assistenza ospedaliera equa e territoriale efficace”

L’ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLE MARCHE

Premesso che:

- la Regione sta redigendo il nuovo Piano Socio Sanitario (PSSR) 2018 – 2020 *“Il cittadino, l’accessibilità, l’integrazione e la sostenibilità”* la cui finalità è di *“migliorare in modo significativo la salute e il benessere delle popolazioni, ridurre le diseguaglianze di salute, rafforzare la sanità pubblica e garantire sistemi sanitari che pongano al centro la persona e che siano universali, equi, sostenibili e di alta qualità”*;

Preso atto che:

- la Giunta Regionale mediante l’adozione di una serie di atti sta profondamente modificando, in peius, l’assetto dei servizi sanitari erogati sui territori marchigiani, tra i quali si evidenziano i seguenti:
 - DGR 1696/12 *“Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l’attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini”*;
 - Delibera 735 del 20/5/2013 *“Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche”* che, tra l’altro, riduce di 790 il numero di posti letto per acuti della regione e trasforma 13 strutture ospedaliere in Case della Salute;
 - DGR 1345/2013 *“Riordino delle reti cliniche della Regione Marche”*;
 - DGR 1219/2014 *“Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/9/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR”*;
 - DGR n.139/16 *“Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013”* che dispongono la ridefinizione delle *“Case della Salute”* in *“Ospedali di Comunità”*;
 - DGR 159/2016 *“Provvedimenti di attuazione del DM n. 70/2015 concernente la riduzione dei posti letto ospedalieri, ai sensi dell’art. 1, comma 541 della legge n. 208/2015”*
 - DGR 523/2018 *“Approvazione schema di protocollo di Intesa tra la Regione Marche e il comune di Fano sull’assetto delle strutture ospedaliere dopo la realizzazione del nuovo Ospedale dell’Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Marche Nord”*;

Considerato che:

- la Mozione n. 424/18 a firma dei consiglieri Urbinati, Minardi, Micucci, Giacinti riporta che:
“nella nostra Regione devono essere risolti con la massima urgenza i seguenti nodi:
 - *criticità sanitaria delle aree disagiate e riconoscimento dei relativi presidi;*
 - *comprensione e conoscenza dei fattori scatenanti la percezione di insicurezza e distanza dei servizi sanitari da parte dei cittadini delle zone interne e verifica del modello ACAP (ambulatorio della continuità e assistenza primaria) o PAT degli Ospedali di Comunità della Regione e della rete dell'emergenza urgenza;*
 - *rendere concreti i percorsi partecipati e validati dalle Conferenze dei Sindaci nella attuale riorganizzazione del sistema ospedaliero regionale.”*
- Fin dall'inizio della X legislatura con insistenza il Movimento 5 stelle ha evidenziato l'insostenibilità delle modifiche al sistema sanitario regionale attuate anche dalla presente giunta, presentando le seguenti mozioni, tutte bocciate:
 - Mozione n. 73/16 *“Richiesta di sospensione in autotutela dei provvedimenti di riorganizzazione dei servizi ospedalieri e di emergenza urgenza”*
 - Mozione n. 129/16 *“Aggiornamento Piano Sanitario e contrarietà alla realizzazione dell'Ospedale Unico a Fosso Sejore (PU)”*
 - Mozione n. 203/16 *“Implementazione di una organizzazione policentrica delle strutture ospedaliere pubbliche della provincia di Pesaro e Urbino”*
 - Mozione n. 295 *“Nuovo Piano Socio Sanitario triennale della Regione Marche anni 2017-2019”;*
- La situazione di progressivo decadimento della qualità e quantità dei servizi erogati ha comportato il raggiungimento di livelli ormai insostenibili dal punto di vista finanziario della mobilità passiva, dei tempi delle liste d'attesa, non adeguati all'esigenza di erogazione delle prestazioni diagnostiche e sanitarie; tale situazione ha provocato una innumerevole serie di manifestazioni di malcontento e di opposizione da parte di sindaci, associazioni, sindacati, e cittadini in tutta la regione; oltre il 50% del numero di ricoveri in mobilità passiva (oltre 18.000) si verifica per una tipologia di complessità bassa e medio-bassa; la mobilità passiva si è stabilizzata superando abbondantemente i 150 milioni di euro negli ultimi anni; si riscontrano liste d'attesa di oltre 200 giorni per una mammografia, ed oltre 100 per una ecocolordopler;
- La giunta regionale, senza dimostrare risparmi economici ed incremento di tempestività e qualità del servizio, sta sempre più favorendo l'erogazione di servizi socio-sanitari da parte di enti privati convenzionati, servizi che fino a poco tempo fa erano assicurati dal sistema pubblico; la spesa sanitaria privata accreditata risulta pari all'11.8% nel 2016 nella nostra regione, la cosiddetta produzione ospedaliera privata è cresciuta del 6,2 % tra il 2015 ed il 2017;
- La volontà di realizzare nuove strutture ospedaliere provinciali, che sostituendo le esistenti costituiscano l'unico vero punto di erogazione dei servizi dell'emergenza-urgenza e delle prestazioni dedicate al paziente acuto, sta riscontrando unanime contrapposizione sui territori ove viene proposta, poiché risulta chiaro il depauperamento di strutture e servizi a disposizione delle popolazioni dell'entroterra;

Tenuto conto che:

- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 'Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera', al punto 9.2.1 (Ospedale sede di pronto soccorso) e al punto 9.2.2. (Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate) stabilisce i criteri per la presenza di un pronto soccorso e definisce i parametri per l'individuazione delle strutture ospedaliere che rientrano in zone disagiate; l'entroterra marchigiano presenta almeno 2 strutture (Pergola ed Amandola) su cui effettuare puntualmente la verifica dei parametri per l'eventuale introduzione nella classificazione di cui all'oggetto;

Visto che:

- nell'attuale applicazione del piano socio sanitario risulta praticamente assente una efficace gestione degli aspetti distrettuali, territoriali e domiciliari della sanità, mentre sarebbe possibile fare riferimento a modelli riconducibili al cosiddetto Chronic Care Model (modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche che propone una serie di azioni utili a favorire il miglioramento della condizione di tale tipologia di malati, suggerendo un approccio "proattivo" tra il personale sanitario e i pazienti stessi, con questi ultimi che diventano parte integrante del processo assistenziale; il modello ha l'obiettivo di passare da una "Medicina d'attesa" ad una "Sanità d'iniziativa"), con la creazione di percorsi ad hoc per patologie croniche quali: scompenso, ictus, diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva che assorbono un'elevata quantità di risorse al servizio sanitario. Il paziente viene seguito in una terapia personalizzata, prendendo coscienza del proprio stato (attraverso un'educazione volta ad intervenire sugli stili di vita corretti, fornendo ad esempio informazioni su una sana alimentazione, sull'attività fisica, sul consumo di alcolici e sul fumo), sostenuto dal coinvolgimento attivo della famiglia, della rete sociale e da un team professionale proattivo composto da medici, infermieri ed altre figure professionali adeguatamente formate; la percentuale di anziani trattati in cure domiciliari sul totale della popolazione anziana è di circa il 3% nella nostra regione; mancano oltre 3200 posti rispetto a quelli autorizzati di residenzialità e semi-residenzialità sanitaria extraospedaliera e socio-sanitaria e sociale nei confronti di quanto stabilito dalla DGR 1105/17;

Ritenuto che:

- La ripartizione dei posti letto per acuti nelle diverse aree vaste non risulta bilanciata rispetto alle esigenze sanitarie delle rispettive popolazioni residenti;
- Il declassamento di 13 strutture sanitarie in Ospedali di Comunità non garantisca l'erogazione dei necessari servizi sanitari di base alle popolazioni afferenti alle rispettive strutture;
- Il sistema dell'emergenza e urgenza non consenta una adeguata assicurazione del tempestivo trasporto e trattamento del paziente bisognoso di intervento;
- Sia praticamente assente un'efficace rete di assistenza territoriale e distrettuale finalizzata alla prevenzione delle patologie ed al trattamento anche domiciliare di quelle croniche;
- Debbono essere attuate azioni efficaci volte alla drastica riduzione delle liste di attesa e della mobilità passiva;
- Debbono essere inseriti gli aspetti qualificanti contenuti nei Piani nazionali delle cronicità e della prevenzione;
- Non sia adeguatamente motivato il ricorso al "privato convenzionato" nell'erogazione dei servizi fino a poco tempo fa assicurati dal sistema pubblico;
- Non siano utili e siano troppo onerosi i nuovi ospedali unici provinciali realizzati in sostituzione degli esistenti, che avranno il deleterio risultato di depauperare i cittadini dell'entroterra delle necessarie strutture e servizi ospedalieri di riferimento;

IMPEGNA

il Presidente e la Giunta Regionale:

1. A non procedere alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere di respiro provinciale quali uniche sedi dell'erogazione di prestazioni sanitarie per il paziente acuto, ristrutturando ed adeguando invece le strutture esistenti;
2. A ridurre progressivamente nel tempo l'impiego di soggetti privati convenzionati nell'erogazione di servizi sanitari in precedenza erogati da soggetti pubblici;

3. A ripristinare all'interno delle 13 strutture ora classificate come Ospedali di Comunità i servizi sanitari di base quali: punto di primo intervento H24, reparto di medicina, lungodegenza, riabilitazione, cure intermedie, hospice, visite specialistiche, diagnostica, avvalendosi di personale sanitario pubblico;
4. A potenziare la rete dell'emergenza-urgenza e del trasporto sanitario nelle aree dell'entroterra;
5. Ad attuare il potenziamento dell'assistenza distrettuale, territoriale e domiciliare implementando modelli riconducibili al cosiddetto Chronic care model;
6. A procedere con tempestività alla stesura del nuovo Piano Socio Sanitario coinvolgendo preventivamente la competente commissione consiliare permanente, le assemblee dei sindaci di area vasta, i sindacati del comparto sanitario, i comitati di cittadini; valutando anche la possibilità di procedere ad accordi con le regioni confinanti tesi all'ottimizzazione dell'offerta sanitaria;
7. A verificare l'esistenza delle condizioni per classificare alcune strutture ospedaliere come "presidi di area disagiata", adeguandone di conseguenza la struttura per l'erogazione dei servizi dovuti.