

Mozione n. 424

presentata in data 21 novembre 2018

a iniziativa dei Consiglieri Urbinati, Minardi, Micucci, Giacinti

“Il cittadino, l’accessibilità, l’integrazione e la sostenibilità. Da nord a sud della regione il PSSR 2018-2020, nel garantire la salute e il benessere della comunità marchigiana, colga la complessità, l’unicità e le esigenze del territorio in applicazione agli ospedali di Pergola e Amandola, agli ospedali di comunità dell’intero territorio regionale, agli ospedali di Ascoli Piceno-San Benedetto e Civitanova-Macerata, garantendo l’equità del sistema”

L’ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLE MARCHE

Premesso che:

i risultati raggiunti dalla Regione Marche sono importanti e in vetta alle classifiche nazionali essendo, anche quest’anno, tra le prime tre Regioni “benchmark” in sanità;

quanto sopra, riprendendo le parole del Presidente Luca Ceriscioli, significa “ *che la nostra sanità è un servizio di qualità sia per ciò che riguarda l’organizzazione e l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia per gli aspetti economici e gestionali del sistema. Un risultato raggiunto grazie al lavoro serio e di qualità degli operatori sanitari che ogni giorno sono al servizio dei cittadini. Un ringraziamento va a loro soprattutto per questi due anni difficili dopo il sisma del 2016. (.....) questo risultato è fondamentale perché ci permette di mantenere fermo e stabile lo stanziamento del fondo nazionale e dunque ci permette di continuare con gli investimenti*” e con le assunzioni di personale. *“Inoltre è una conferma che la strada delle riforme è quella giusta ma resta lo stimolo a fare sempre meglio per rispondere alle esigenze dei cittadini, in particolare, per l’abbattimento delle liste di attesa”* (Comunicato stampa del Presidente del 21/06/2018);

tali risultati non sono conosciuti e percepiti adeguatamente dai cittadini che sviluppano incertezza e insoddisfazione rispetto alla sanità pubblica;

la percezione negativa provoca insicurezza e sfiducia che a sua volta si trasforma in fragilità;

le OO.SS. (CGIL, CISL e UIL) hanno promosso l’indagine “Sanità bene comune” al fine di conoscere e approfondire la valutazione dei cittadini sul sistema sanitario pubblico intervistando un campione di 3.360 cittadini rappresentativi di tutta la Regione. Il risultato, arrivato nel settembre scorso, ha espresso un sei “politico” nel complesso alla sanità delle Marche bocciata sul tema delle liste d’attesa e sull’accessibilità dei servizi.

Considerato che:

la Regione ha avviato il percorso partecipato per la realizzazione del nuovo Piano Socio Sanitario (PSSR) 2018 – 2020 “Il cittadino, l’accessibilità, l’integrazione e la sostenibilità” con l’obiettivo 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”;

il Piano di cui sopra si articola in:

- obiettivi strategici che definiscono “cosa” la Regione vuole realizzare per garantire la migliore sanità per i suoi cittadini e soddisfare i loro bisogni attraverso le priorità della: fragilità e cronicità dal neonato all’anziano, qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, accessibilità e prossimità, equità del sistema e sostenibilità del sistema;
- direttrici di sviluppo che individuano invece “come” la Regione intende raggiungere gli obiettivi, cioè attraverso quali modalità, strumenti, azioni, investimenti attraverso: la qualificazione scientifica e professionale, l’innovazione info-telematica, l’adeguamento strutturale e tecnologico, l’integrazione organizzativa, il consolidamento dell’assetto istituzionale, la partecipazione, la responsabilità e la trasparenza.

Preso atto che:

l’accessibilità, la prossimità e l’equità del sistema da una parte e la certezza e definizione di progetti in essere dall’altra, rappresentano la “conditio sine qua non” per recuperare la fiducia dei cittadini e renderli più forti da un punto di vista socio-sanitario;

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.

Valutato che:

l’Allegato al D.M. 70/2015, punto 2.2 (Classificazione delle strutture ospedaliere) evidenzia come “I presidi ospedalieri di base con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto dal successivo punto 9.2.2, sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di “Osservazione Breve Intensiva”;

lo stesso Allegato al punto 2.3 (Classificazione delle strutture ospedaliere) chiarisce come “I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti

di “Osservazione Breve Intensiva” e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare);

lo stesso Allegato al punto 9.2.1 (Ospedale sede di Pronto Soccorso) chiarisce come “E’ la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità). Devono essere presenti le discipline di Medicina interna, Chirurgia generale, Anestesia, Ortopedia e Servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H/24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, coordinati come previsto al capitolo 2. La funzione di pronto soccorso è prevista per: - un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti - un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento - un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi. Può essere prevista la funzione di Pronto soccorso, come descritta, in presidi ospedalieri di aree disagiate (zone montane, isole) anche con un numero di abitanti di riferimento inferiore ad 80.000.

lo stesso Allegato al punto 9.2.2 (Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate) chiarisce come “Le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate, distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace.(.....)Tali situazioni esistono in molte regioni italiane per presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi, oppure in ambiente insulare. Nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate. In tali presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta. Essi sono strutture a basso volume di attività, con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza e con un numero di casi insufficiente per garantire la sicurezza delle prestazioni, il mantenimento delle competenze professionali e gli investimenti richiesti da una sanità moderna. Tali strutture devono essere integrate nella rete ospedaliera di area disagiata e devono essere dotate indicativamente di: - un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri; - una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità dei casi imprevisti) per i casi che non possono essere dimessi in giornata; la copertura in pronta disponibilità, per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco; - un pronto soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo. E’ organizzata in particolare la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub o spoke più vicino, indagini laboratoristiche in pronto soccorso. E’ predisposto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale di zona particolarmente disagiata al centro spoke o hub. E’ prevista la presenza di una emoteca. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino”;

lo stesso Allegato al punto 9.2.3 (Ospedale sede di D.E.A. di I Livello (spoke) chiarisce come “La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello (spoke) esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di Pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza, al DEA di II Livello (hub), superiore per livello di cura. La

struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000 e deve essere dotato delle strutture di cui al capitolo 2, punto 2.3”.

Richiamate:

la DGR 1696/2012 e la DGR 735/2013;

la 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”;

Preso atto:

del fatto che il territorio gravitante intorno ai Presidi ospedalieri di Pergola e di Amandola è stato definito area interna tipologia area rurale intermedia con vincoli naturali così come definito dalle DGR 85/2017 “Strategia Nazionale per le Aree Interne. Approvazione dello Schema di ‘Accordo di programma quadro Regione Marche. Area Interna Basso Appennino Pesarese e Anconetano’ di cui alla Delibera CIPE 9 del 28 gennaio 2015” e dalla DGR 1054/2018 “Individuazione dell’area interna denominata ‘Appennino Alto Fermano’ composta dai Comuni di Amandola, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Monte Rinaldo, Santa vittoria in Matenano e Smerillo quale quinta area Interna della Regione Marche”;

che il territorio delle aree interne marchigiane offre molte criticità rendendo complesso il collegamento con le strutture ospedaliere principali;

che l’importante rete dell’emergenza urgenza non è riuscita a recuperare la fiducia dei cittadini, con la conseguente necessità di ripensare la trasformazione di alcuni P.P.I. in Pronto Soccorso in funzione del bacino servito e della complessità geo-morfologica;

che la tenuta delle aree interne (vivibilità, aumento della popolazione residente, aspettative delle giovani generazioni, attivazioni di servizi, ecc.) è a rischio per la percezione della mancanza dei servizi da parte dei cittadini;

che diverse Regioni hanno intrapreso la strada della richiesta al legislatore nazionale per il riconoscimento di Area Particolarmente Disagiata;

della votazione all’unanimità della Conferenza dei Sindaci (AV5) del Dicembre 2012 con cui è stato scelto l’indirizzo dell’Ospedale nuovo di 1° livello;

dell’indicazione da parte della Conferenza dei Sindaci (AV5), in data 2 Agosto 2018, dell’ubicazione per l’Ospedale di cui sopra individuata nel sito di Pagliare del Tronto, situato nel Comune di Spinetoli. Si rileva che a tutt’oggi non risultano pervenute, presso la Conferenza dei Sindaci (AV5), proposte alternative da parte dei Sindaci stessi;

della situazione di grande difficoltà della risposta ospedaliera nell’AV5 aggravata dalla indisponibilità dell’Ospedale di Amatrice a causa del terremoto;

della necessità di prevedere anche un presidio di base di cui all’Allegato 1, punto 2.2, del D.M. 70/2015, in una logica di rete con le altre strutture ospedaliere che insistono nel territorio dell’Area

Vasta 5 e dell'Area Vasta 3 geograficamente intese, al fine di garantire la qualità dell'offerta assistenziale della nuova struttura ospedaliera che insiste su un territorio con elevata attrattività turistica ed alta densità demografica, per rispondere efficacemente ai bisogni dei cittadini,

IMPEGNA

il Presidente della Giunta Regionale:

a riconoscere, nel redigendo nuovo Piano Socio Sanitario (PSSR) 2018 – 2020, la classificazione di Area particolarmente disagiata ai sensi e con gli effetti del DM 2 aprile 2017 n. 70, allegato 1, punto 9.2.1 o in alternativa punto 9.2.2, per l'Ospedale "Santi Donnino e Carlo" di Pergola e per l'Ospedale "Vittorio Emanuele II°" di Amandola, nonché l'applicazione piena delle indicazioni contenute come "*l'attività di pronto soccorso*";

a potenziare, nell'intero territorio regionale, i servizi di pronto intervento per le popolazioni che sono lontane dal Pronto Soccorso attraverso il rafforzamento della rete dell'emergenza urgenza (potenziamento dei P.P.I. e del servizio presente negli Ospedali di Comunità ACAP o PAT) tenendo conto della complessità geo-morfologica del territorio aggravata dai problemi viari e della necessità di rendere omogenei i servizi stessi;

a riconoscere lo schema di protocollo di cui alla DGR 523/2018, sul Presidio del Santa Croce di Fano, come modello regionale da applicare nella previsione dei nuovi Ospedali per accorpamento di strutture esistenti attraverso la sottoscrizione di protocolli analoghi che tengano conto delle specificità territoriali (viabilità, indice demografico, indice demografico-turistico, ecc.) con particolare riferimento agli Ospedali di nuova costruzione nell'AV5 e nell'AV3.