

□ **Mozione n. 252**

presentata in data 24 maggio 2017

a iniziativa del Consigliere Leonardi

“Emergenza terremoto e trasformazione Ospedali di Comunità nelle province colpite. Tutela del Punto di Primo Intervento dell’Ospedale “Santa Lucia” di Recanati”

Premesso che:

- la Giunta Regionale con Deliberazione n. 139 del 22.02.2016, ha definito l’adeguamento delle “Case della Salute”/Ospedali di Comunità, rivedendo le DGR 735/2013, n. 920/2013 e 1476/2013;
- con questa deliberazione si è inteso interpretare tale trasformazione con la “dovuta” applicazione del D.M. n. 70/2015 relativo ai nuovi standard qualitativi, strutturali tecnologici e quantitativi dell’Assistenza Ospedaliera;
- anche la struttura ospedaliera del “Santa Lucia” è stata inserita tra quelle in cui è stata effettuata una drastica riduzione dei posti-letto nonché, tra l’altro, la conversione del suo Punto di Primo Intervento con presenza del Mezzo di Soccorso Avanzato h24 in P.A.T. (Punto di Assistenza Territoriale);
- al contempo il medesimo ospedale ha visto chiudere diversi reparti, come ad esempio quello della pediatria, le sale operatorie e quindi anche il depotenziamento del Punto di Primo intervento, ristrutturato e poi inaugurato nell’anno 2009;
- ulteriori carenze sono imputabili al numero insufficiente di personale, ad esempio al reparto di diagnostica, e di assenza di macchinari come la TAC ed il mammografo, quest’ultimo ufficialmente promesso da più parti ma mai pervenuto a Recanati;
- contemporaneamente si assiste ad un vero e proprio collasso nei pronto soccorso degli Ospedali di Civitanova Marche e Macerata con un dilungamento dei tempi di attesa con evidente calo dell’efficienza ed efficacia, nonostante personale serio e preparato, nella continua gestione di un elevato flusso di pazienti con i più diversi codici di gravità;
- il territorio servito dal “Santa Lucia” è molto vasto e orograficamente e infrastrutturalmente anche complicato, con una popolazione interessata pari a 50.000 abitanti, tenuto conto anche della presenza turistica soprattutto nella cosiddetta “bella stagione”;
- strade scomode, assolutamente non scorrevoli, con Ospedali come Civitanova e Macerata a 30 km di distanza, spingono spesso gli “utenti” a rivolgersi ad altre strutture, spesso private con evidente aumento della mobilità passiva;

Premesso ancora che:

- il D.M. n. 70, cosiddetto “Balduzzi, non autorizza “tout-court” la chiusura di reparti, la conversione “tranchant” degli Ospedali ma detta linee guida e stabilisce parametri che spesso, nei presidi che sono oggetto di conversione, erano rispettati;
- Ospedali come Recanati, Cingoli, Loreto, e così via, avevano, e in diversi casi, hanno tutt’ora, gli standard per poter proseguire certe attività, compreso il mantenimento dei Punti di Primo Intervento;
- è la Giunta Regionale che ha dato delle direttive poi, diciamo così, pedissequamente recepite, alla Direzione di Area Vasta, la quale, in base ad un “piano annuale delle performance”, ha effettuato “tagli” anche al settore dell’emergenza-urgenza;
- La DGR 139 difatti cita tra i parametri usati nella cosiddetta riconversione le “valutazioni dei volumi delle prestazioni”, la “strategicità delle prestazioni”, le cosiddette “performance” e gli “esiti clinici”;

- ospedali come quello di Recanati, pertanto, equiparati, nelle modalità, con tutto il rispetto, alle strutture di Chiaravalle, Treia, Montegiorgio, e così via;
- Il numero di accessi/anno del Punto di Primo Intervento (turisti compresi), il numero di prestazioni annue della diagnostica per immagini, i prelievi dell'ex laboratorio analisi con accessi elevati, nonostante la riduzione del personale rispetto ad altre realtà territoriali, sono dati che parlano chiaro;
- la deliberazione di Giunta n. 735/2013, rivista dalla 139/2016, stabilisce che "la razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale di soccorso, dettata dalle esigenze di contenimento della spesa, non deve penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino" e "a tal fine è evidente che l'emergenza deve essere garantita ai massimi livelli, rappresentando un momento critico per l'intero sistema sanitario";
- l'ancora vigente Piano Socio-Sanitario regionale, al paragrafo V.2, dedicato alla definizione delle strategie e delle linee di intervento, stabilisce che "vanno individuate le eccellenze a valenza di Area Vasta e, in casi particolari, a valenza regionale, già previste nel precedente Piano Socio Sanitario Regionale e quindi restano validi i criteri da esso stabiliti tra i quali la collocazione strategica rispetto ai bisogni del territorio";
- nell'ambito delle linee di intervento del medesimo Piano si mira a superare le attuali criticità aumentando in definitiva la sicurezza degli utenti primari (pazienti) e secondari (personale sanitario) nei Punti di Primo Intervento della Regione;
- occorre tenere conto dell'aggravio di spese dovuto all'aumento del trasporto dei pazienti verso Civitanova Marche, Macerata, o altre strutture, con evidente aggravio, non solo del disagio delle persone ma anche della spesa a carico del trasporto sanitario;

Considerato che:

- la stessa Direzione di Area Vasta 3 ammette, in data 17 maggio 2017, che il Servizio di Emergenza Sanitario Territoriale all'interno della medesima Area Vasta, "si trova in una situazione di sotto organico" ed occorre "assicurare l'assistenza ai cittadini per non creare discontinuità in un settore particolarmente peculiare, quale appunto quello dell'emergenza sanitaria territoriale;
- dalla approvazione della DGR 139/2016 e dalle Determine applicative della Direzione Generale dell'Asur, è successo qualcosa che andava considerato, anche e forse soprattutto, nel campo sanitario, come fattore di primaria importanza: lo sciame sismico del 2016;
- i devastanti terremoti dell'agosto e dell'ottobre 2016, hanno cambiato gli aspetti sociali, territoriali e sanitari di almeno tre su cinque province marchigiane;
- lo stesso assessore con delega alla montagna e il presidente della Commissione regionale alle Attività Produttive, hanno chiesto un incontro col Ministro della Salute per valutare una deroga per i Punti di Primo Intervento di comunità "solo per le aree interne e montane",
- i due consiglieri regionali però non tengono conto che le intere Aree Vaste provinciali colpite dal terremoto sono interessate da questa situazione di emergenza, tanto che molti degli "sfollati" sono ubicati lungo la costa o in altre strutture dell'immediato interno;
- gli stessi consiglieri hanno rivolto l'appello per gli ospedali di Cagli e Sassocorvaro di cui alla "Strategia Nazionale delle Aree Interne";
- quanto attualmente succede all'Ospedale di Recanati non rispetta, come invece al contrario dovrebbe essere già in atto, il Piano di Qualità 2015-2017, che la medesima Area Vasta 3 ha deliberato nell'ottobre 2015;
- esso rappresenta "uno degli strumenti chiave nell'erogazione dei servizi sanitari, caratterizzati dalla costante evoluzione delle conoscenze scientifiche da un lato e dei bisogni assistenziali dei cittadini/utenti dall'altra" ;

- l'Area Vasta 3 col medesimo Piano reputa che la "mission" del sistema sanitario e la tutela del cittadino debbano essere garantiti anche mediante verifica e revisione qualitativa di funzioni ed attività con percorsi di accesso al servizio appropriati (ricorso a prestazioni congruenti con il percorso sanitario necessario);
- va evitata, sempre secondo il succitato Piano, la "dispersione" (fuga di pazienti in altre strutture quindi la mobilità passiva) e l'insoddisfazione (qualità percepita);
- sulla sanità sicura e il rischio clinico la medesima Direzione di A.V. afferma che il concetto di "sanità sicura" .. "non attiene, in quanto non può attenerne, all'assenza di rischio per l'utente nei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura, ma bensì" ... (sic) ... "attiene ad un concetto di qualità tendente a ridurre al minimo possibile il rischio e a gestire correttamente quello residuo". Occorre quindi "l'adozione di comportamenti e procedure non a rischio in grado di prevenire errori, incidenti ed eventi lesivi";
- altro elemento di qualità è costituito dalla individuazione "e gestione quanto più precoce del concretizzarsi dell'evento";

Considerato ancora che:

- nel corso del secondo semestre 2011 l'Agenda Regionale Sanitaria ha effettuato una ricognizione delle strutture esistenti sul territorio regionale riconducibili al modello "Casa della Salute" per codificare le varie esperienze attivate;
- da tale ricognizione è emersa la conferma che non esiste un modello organizzativo unico in quanto ogni struttura è espressione delle caratteristiche del territorio a cui si rivolge, sia in senso orografico sia di densità di popolazione ma anche rispetto alle risorse organizzative presenti;
- la stessa ARS afferma che per arrivare a definire le Case della Salute o comunque i cosiddetti Ospedali di Comunità, occorre declinare operativamente le linee guida strategiche del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014;
- queste linee guida devono necessariamente descrivere una cornice organizzativa per consentire da un lato una progettazione che tenga conto delle peculiarità, di offerta e di popolazione, esistenti in vari territori e dall'altro una codifica organizzativa che consenta di riconoscere differenti livelli di complessità in rapporto al ruolo che la Casa della Salute svolge per la popolazione di riferimento;
- Strutture che, prosegue l'ARS, si caratterizzano per livelli crescenti di complessità organizzativa a seconda del bacino di utenza e delle correlate funzioni presenti, che dipendono da quelle già attive e presenti sul territorio;
- risulta pertanto necessario, per la struttura di Recanati una revisione rispetto a quanto indicato nella DGR n. 139 del 2016, soprattutto laddove si è riscontrata la necessità di un servizio adeguato alla situazione contingente (quantità di popolazione e situazione post-sisma);
- anche se Ospedale di Comunità esso deve dare risposte concrete alle esigenze della comunità anche durante le ore notturne dato che spesso si verificano accessi con codici gialli e rossi, che debbono essere dirottati con perdita di minuti preziosi;
- va garantito il fatto che il PPI assolva alle funzioni mediche ed infermieristiche necessarie nelle 24 ore per quel bacino di utenti che tradizionalmente ed eccezionalmente "usufruiscono" del "Santa Lucia" di Recanati anche al fine di alleggerire il Pronto Soccorso di Civitanova Marche "nella logica di una qualità delle prestazioni sanitarie adeguate";
- entrando nel merito delle prestazioni nel 2016 il numero degli accessi al PPI è stato pari a 7.118 mentre a tutt'oggi (2017) siamo arrivati ad oltre 2100 accessi;

Per quanto sin qui riportato;

IMPEGNA

La Giunta Regionale:

1. a mantenere il Punto di Primo Intervento del “Santa Lucia” di Recanati, con contemporaneo potenziamento grazie anche ad una diagnostica adeguata alla tipologia H24;
2. a rivedere, causa evento sismico ed emergenza terremoto ancora non conclusa, derogando, la DGR 139/2016 e le determine attuative della Asur in relazione alla struttura del Santa Lucia di Recanati;
3. il Punto di Primo Intervento, o comunque sarà chiamato, dovrà essere in grado di gestire anche i codici superiori al verde, con la presenza di personale medico ed infermieristico adeguato, specializzato in medicina d’urgenza, al fine della stabilizzazione di codici gialli e rossi che dovessero, come già accade, accedere direttamente alla struttura del “Santa Lucia”;