



Consiglio Regionale Marche
Registro Unico Assemblea Legislativa

0002392|25/03/2026
|CRMARCHE|A

Al Presidente del
Consiglio regionale – Assemblea legislativa delle Marche
SEDE

PROPOSTA DI RISOLUZIONE *sulle mozioni n° 37-14-20-21-34*
55-56-57-53

ad oggetto: “Sanità regionale”

L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLE MARCHE

Udita la discussione in Aula sulle comunicazioni della Giunta regionale sul tema della sanità regionale;

Richiamati i seguenti atti, da intendersi integralmente riportati e trascritti;

1. **Mozione n. 37/2026** a iniziativa dei Consiglieri Cesetti, Caporossi, Mancinelli, Ruggeri, Nobili, Seri, Mangialardi, Catena, Mastrovincenzo, Piergallini, Vitri “Revisione del Piano Socio Sanitario Regionale, degli atti aziendali e istituzione unità di crisi per la sanità”;
Ordine del giorno alla Mozione 37 a iniziativa dei Consiglieri Vitri, Caporossi, Catena Cesetti, Mancinelli, Mangialardi, Mastrovincenzo, Piergallini, Ruggeri, Seri;
2. **Mozione n. 14/2025** a iniziativa del Consigliere Mangialardi “Potenziamento del servizio sanitario regionale nei territori di Senigallia, Val Misa e Val Nevola (distretto sanitario AST di Senigallia)”;
3. **Mozione n. 20/2025** a iniziativa dei Consiglieri Mastrovincenzo, Mancinelli, Catena, Cesetti, Piergallini, Vitri “Progetto per il riutilizzo della sede INRCA di via della Montagnola”;
4. **Mozione n. 21/2025** a iniziativa dei Consiglieri Mastrovincenzo, Catena, Cesetti, Mancinelli, Piergallini, Vitri “Interventi per contrastare le enormi liste di attesa nelle residenze sociosanitarie per anziani e demenze”;
5. **Mozione n. 34/2026** a iniziativa dei Consiglieri Seri, Caporossi “Corso di formazione specifica in medicina generale (CFSMG) nelle Marche – proposte”;



6. **Mozione n. 55/2026** a iniziativa dei Consiglieri Vitri, Mancinelli, Catena, Cesetti, Mangialardi, Mastrovincenzo, Piergallini “Iniziative a sostegno delle persone affette da fibromialgia, vulvodinia ed endometriosi”;
7. **Mozione n. 56/2026** a iniziativa del Consigliere Mangialardi “Impegno al reperimento delle risorse per la realizzazione delle Case di Comunità e Ospedali di Comunità”;
8. **Mozione n. 57 /2026** a iniziativa dei Consiglieri Ruggeri, Piergallini, Mastrovincenzo, Cesetti, Nobili, Mancinelli, Caporossi, Seri e Catena “Iniziative urgenti per il contrasto delle liste d'attesa nel SSN e per la tutela del diritto alle cure dei cittadini marchigiani”;
9. **Mozione n. 53/2026** a iniziativa dei Consiglieri Nobili, Vitri, Mancinelli, Mangialardi, Catena, Cesetti, Piergallini, Seri, Mastrovincenzo, Ruggeri e Caporossi “Rafforzamento della tutela della salute mentale in ambito penitenziario nelle Marche, riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle REMS e revisione dell'impianto programmatico della L.R. 28/2008 in materia di interventi trattamentali e di inclusione sociale delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria”;

IMPEGNA IL PRESIDENTE E LA GIUNTA REGIONALE

- A procedere con urgenza alla annunciata revisione del Piano Socio Sanitario Regionale e alla conseguente revisione degli atti aziendali;
- ad istituire un'unità di crisi per monitorare la sanità regionale e formulare proposte di revisione del Piano Socio Sanitario Regionale e degli atti aziendali, nonché per proporre tutti i necessari provvedimenti per garantire ai cittadini marchigiani, con continuità, prestazioni sanitarie appropriate, tempestive, adeguate, di qualità e nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione.
- Ad aggiornare e integrare il PSSR (Piano Socio Sanitario Regionale) prevedendo:
 1. la definizione di standard minimi vincolanti per la salute mentale: personale, numero di Centri di Salute Mentale (CSM) per abitanti, posti in strutture residenziali e semiresidenziali;
 2. allineamento agli standard nazionali e alle raccomandazioni del Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale;
 3. rafforzamento della salute mentale territoriale: progressivo aumento delle risorse per i servizi del territorio; CSM aperti almeno 12 ore al giorno (progressivamente H24), equipe mobili per interventi domiciliari, servizi di prossimità nelle aree interne;
 4. piano regionale straordinario per la salute mentale giovanile;
 5. integrazione socio-sanitaria reale e misurabile;

6. progressivo avvicinamento almeno al 5% della spesa sanitaria;
- a modificare gli atti aziendali delle AST prevedendo realmente:

1. centralità dei DSM: rafforzamento del ruolo del DSM come struttura dipartimentale autonoma, centro di governo clinico e organizzativo della salute mentale, attribuzione di autonomia gestionale e budget dedicato;
2. dotazioni organiche adeguate e superamento del ricorso sistematico al personale precario;
3. modello organizzativo territoriale uniforme con obbligo per tutte le aziende di garantire: CSM accessibili e diffusi, servizi residenziali e semiresidenziali adeguati, continuità assistenziale H24;
4. percorsi integrati e presa in carico: presa in carico multidisciplinare obbligatoria, introduzione del case manager per i pazienti complessi;
5. integrazione con emergenza-urgenza: rafforzamento del collegamento tra Pronto Soccorso, SPDC (esercizi psichiatrici di diagnosi e cura) e servizi territoriali, definizione di protocolli uniformi.

- A dotare i territori di Senigallia e delle valli del Misa e del Nevola (distretto sanitario AST di Senigallia) di una Casa di Comunità hub nel territorio comunale di Senigallia, oltre alla Casa di Comunità hub già prevista nel territorio comunale di Corinaldo;
 - a valutare la creazione di ulteriori Case di Comunità spoke nei Comuni di Trecastelli, Ostra Vetere e Serra de' Conti, dove erano state precedentemente individuate 3 Case della Salute di tipo A;
 - a destinare al territorio i fondi già impegnati per il potenziamento dell'ADI;
 - a potenziare i servizi specialistici territoriali, in particolare il Consultorio Familiare il Servizio Salute Mentale e SERT;
 - ad aumentare le ore di specialistica assegnate al distretto di Senigallia anche utilizzando le ore di specialistica non utilizzate dagli altri Distretti laddove presenti, al fine di snellire le liste d'attesa.
- A dare attuazione, in accordo con l'INRCA, al progetto sopra esposto, che abbia quindi come assi portanti lo sviluppo dei servizi ambulatoriali con particolare riferimento a quelli geriatrici, la realizzazione di un polo sanitario con il trasferimento delle Cure Intermedie, l'ampliamento del Centro diurno Alzheimer, lo sviluppo dei servizi residenziali innovativi.
- A mettere in atto, da subito, una serie di interventi fondamentali, per contrastare le liste di attesa nelle residenze sociosanitarie per anziani e demenze:
 - la realizzazione di nuovi posti (premiando chi ha dimostrato di lavorare bene);
 - la trasformazione di quelli per autosufficienti;
 - il convenzionare immediato dei posti autorizzati;
 - l'aumento e trasformazione dei posti per demenze;
 - la rivisitazione degli standard assistenziali e dei modelli delle residenze;
 - il potenziamento degli interventi di sostegno alla domiciliarità condizione per ridurre la domanda di residenzialità.



- Per quanto di propria competenza e attraverso interlocuzione con il Ministero della Salute e con il Ministero dell'Università e della Ricerca, a promuovere una revisione del regime di incompatibilità del CFSMG, anche alla luce dei precedenti normativi introdotti dal DL 35/2019 e delle recenti deroghe per i medici in formazione specialistica, al fine di consentire ai corsisti MMG lo svolgimento di attività lavorative regolamentate, entro limiti orari definiti e al di fuori dell'orario formativo senza compromissione della qualità del percorso formativo;
- a valutare, d'intesa con il Ministero della Salute e con il Ministero dell'Università e della Ricerca, la possibilità di attivare percorsi di accesso alla medicina generale riservati a medici specialistici in discipline affini (ad es. medicina interna, cardiologia, diabetologia...), basati sul riconoscimento delle competenze già acquisite e su moduli formativi integrativi specifici per la medicina del territorio, al fine di favorire un più rapido e qualificato inserimento di nuovi professionisti nel sistema di assistenza primaria.
- A rafforzare le politiche regionali di prevenzione, diagnosi e presa in carico delle cosiddette malattie invisibili, con particolare riferimento a fibromialgia, vulvodinia ed endometriosi;
- a valutare, in occasione della prossima variazione di bilancio regionale, lo stanziamento di risorse dedicate al rafforzamento dei percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi delle persone affette da tali patologie, anche attraverso il potenziamento dei servizi specialistici e dei centri di riferimento regionali;
- a promuovere la definizione e l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali multidisciplinari (PDTA) per le principali malattie invisibili, al fine di garantire diagnosi tempestive, presa in carico integrata e continuità assistenziale;
- a valutare l'istituzione di una rete regionale di riferimento per la diagnosi e il trattamento della fibromialgia e delle altre patologie correlate, favorendo il coordinamento tra medicina territoriale, specialistica e servizi ospedalieri;
- a promuovere iniziative di informazione, formazione e sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza e al personale sanitario, al fine di ridurre i tempi di diagnosi, contrastare la sottovalutazione di tali patologie e migliorare la qualità della presa in carico delle persone affette;
- a sollecitare il Governo nazionale affinché proceda alla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del riconoscimento della fibromialgia nei Livelli Essenziali di Assistenza, garantendo così uniformità di accesso alle cure e adeguata tutela sanitaria per i pazienti su tutto il territorio nazionale.
- A garantire che le opere previste e finanziate dal PNRR, con particolare riguardo alle Case di Comunità e Ospedali di Comunità previsti nella Missione 6 – Salute, vengano realizzate mediante risorse regionali qualora, a causa dei ritardi a livello nazionale, dovessero venir meno i finanziamenti europei.
- A garantire l'effettiva applicazione del cosiddetto "percorso di tutela", previsto dalla normativa nazionale e regionale, assicurando che, qualora il sistema CUP non sia in grado di prenotare una prestazione nei tempi previsti dalle classi di priorità indicate nella prescrizione medica, le aziende

sanitarie provvedano a individuare una soluzione alternativa anche presso strutture private accreditate o in regime di libera professione intramoenia, senza oneri aggiuntivi per il cittadino oltre al ticket eventualmente dovuto, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 3 del Decreto Legislativo 29 aprile 1998 n. 124, rafforzato dalla Legge 29 luglio 2024, n. 107 (che converte il D.L. 73/2024), la quale ha inoltre stabilito che le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica;

- a predisporre una campagna informativa regionale rivolta ai cittadini marchigiani, affinché siano adeguatamente informati sui propri diritti in materia di tempi di attesa e sulle modalità di attivazione del percorso di tutela quando il sistema di prenotazione non riesca a garantire la prestazione nei tempi previsti;
- a confrontarsi con la promotrice della raccolta firme e con i cittadini coinvolti, affinché le criticità segnalate possano essere rappresentate e affrontate nelle sedi istituzionali competenti;
- a rendere pubblici e aggiornati con cadenza periodica i dati relativi alle liste d'attesa per area territoriale, suddivisi per prestazione e classe di priorità, al fine di garantire la massima trasparenza sull'accesso alle prestazioni sanitarie nel Servizio sanitario regionale; 5. a riferire periodicamente al Consiglio regionale sullo stato di attuazione delle misure adottate per la riduzione delle liste d'attesa e sull'effettiva applicazione del percorso di tutela da parte delle aziende sanitarie del territorio.
- Ad adottare iniziative finalizzate alla riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle REMS, anche attraverso una valutazione del fabbisogno regionale di posti e delle possibili soluzioni organizzative e strutturali;
- a rafforzare la presa in carico sanitaria e psichiatrica delle persone detenute, potenziando l'integrazione tra sanità penitenziaria, Dipartimenti di salute mentale e servizi per le dipendenze patologiche;
- a definire protocolli regionali di presa in carico per le persone in attesa di ingresso in REMS, al fine di evitare situazioni di permanenza impropria in carcere o di carenza di assistenza sanitaria;
- a rafforzare la presenza di équipe multiprofessionali di salute mentale negli istituti penitenziari, con adeguate dotazioni di personale sanitario, psicologico e socio-educativo;
- a istituire un tavolo tecnico regionale permanente per il monitoraggio della salute mentale in ambito penitenziario, con il coinvolgimento delle strutture sanitarie regionali, della sanità penitenziaria e dei Dipartimenti di salute mentale;
- a garantire che la prevista sezione psichiatrica dell'istituto di Ancona (Montacuto) operi come presidio sanitario complementare alla rete regionale delle REMS, nel pieno rispetto delle distinte funzioni delle diverse strutture;
- a presentare periodicamente alla Commissione consiliare competente una relazione sullo stato della sanità penitenziaria nelle Marche, con particolare riferimento alla salute mentale e ai tempi di accesso alle REMS;



-
- ad avviare una revisione dell'impianto programmatico e finanziario della Legge regionale 28/2008, al fine di rafforzare la stabilità e la continuità degli interventi trattamentali e di reinserimento sociale;
 - a valutare l'introduzione, nell'ambito della revisione della L.R. 28/2008, di strumenti di programmazione pluriennale degli interventi regionali, in grado di assicurare maggiore efficacia alle politiche di inclusione sociale e di riduzione della recidiva.