

□ Interrogazione n. 90

presentata in data 4 dicembre 2015

a iniziativa del consigliere Fabbri

“Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate, ospedale di Cagli, casa della salute”

a risposta orale

Premesso che:

- la Giunta regionale delle Marche, con Delibera 1696 del 3/12/2012, ha approvato una Direttiva per l'attuazione del D.L. 95/2012, convertito con Legge 135 del 7 agosto 2012 concernente le disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini;
- la Giunta regionale delle Marche, con Delibera 735 del 20/5/2013 (in attuazione della suddetta DGR 1696/2012) "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche" riduce di 550 il numero di posti letto ospedalieri, portando il tasso regionale di posti letto per 1000 abitanti da 3,99 a 3,64, e trasforma 13 poli ospedalieri per acuti in Case della Salute, tra cui quello di Cagli;
- il Decreto Ministero, Salute 02/04/2015 n. 70, G.U. 04/06/2015, (Decreto Balduzzi), indica che “con successivo provvedimento programmatico regionale saranno adottate disposizioni dirette ad assicurare, nell'ulteriore processo di riassetto delle reti ospedaliere, il raggiungimento di 3,7 posti letto per mille abitanti in ciascuna regione, fermo restando il rispetto di tale parametro a livello nazionale”;

Considerato che:

- il territorio di riferimento del polo ospedaliero "A:Celli" di Cagli (costituito dai comuni di Acqualagna, Apecchio, Cagli, Cantiano, Frontone, Piobbico e Serra Sant'Abbondio) di estensione pari a circa 580 kmq con la presenza di circa 22000 abitanti, presenta le seguenti caratteristiche:
 - bassa densità di popolazione, in parte concentrata in Comuni di media dimensione ed in parte in piccoli nuclei abitativi ed abitazioni uniche sparse;
 - popolazione con alto indice di invecchiamento;
 - nuclei familiari con basso numero di componenti;
 - complessità orografica del territorio, prevalentemente montano, con viabilità difficoltosa;
 - scarsità di servizi pubblici di mobilità;
- i tempi di percorrenza dai centri abitati più interni nell'appennino fino alla costa (ospedali di Fano e Pesaro) sono superiori all'ora e fino ad Urbino (Pronto soccorso più vicino) sono superiori ai 40 minuti;
- i tempi di percorrenza con i servizi pubblici (attivi solo nei giorni feriali) per raggiungere i luoghi sopra citati oscillano da un'ora e mezza a due ore e mezza, con conseguente disagio per i familiari dei ricoverati che non utilizzano auto propria;
- il tempo necessario all'ambulanza della POTES più vicina per raggiungere i territori di alcuni Comuni più decentrati oscilla tra 20 e 45 minuti, in funzione della disponibilità immediata o meno del mezzo (tra chiamata, arrivo e presa in carico del paziente per la partenza) da sommare al tempo di percorrenza per raggiungere l'ospedale; quindi sommando questo tempo a quello di percorrenza del tragitto, nei casi di trasporto con ambulanza per l'urgenza-emergenza, si ottengono i seguenti tempi: Apecchio pari a 103 minuti per Pesaro e 79 minuti per Urbino, Cantiano pari a 96 minuti per Pesaro e 72 minuti per Urbino, Serra Sant'Abbondio pari a 101 minuti per Pesaro e 81 per Urbino;
- dalla lettura della suddetta DGRM 735 del 20/5/2013 si evidenzia quanto segue:
 - non sono facilmente evidenziabili i criteri (territorio di riferimento, altre motivazioni tecnico-organizzative) per cui i poli ospedalieri di Amandola e Pergola non sono stati compresi tra i poli ospedalieri per acuti trasformati in "Casa della Salute";
- il succitato decreto Balduzzi recita al punto 9.2.2 “Presidi ospedalieri in zone particolarmente

disagiate. 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. I tempi devono essere definiti sulla base di oggettive tecniche di misurazione o di formale documentazione tecnica disponibile. Per centri hub and spoke si intendono anche quelli di regioni confinanti sulla base di accordi interregionali da sottoscrivere secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014-2016". Tali situazioni esistono in molte regioni italiane per presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente ubicate 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 un'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 imprevisi) 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 piu' 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 piu' vicino;

Visto che:

- il polo ospedaliero "Angelo Celli" di Cagli, è nelle condizioni di poter avere una deroga alla delibera di Giunta regionale delle Marche n. 735 del 20/5/2013, che possa permettere il mantenimento di determinati servizi che non saranno previsti applicando la normativa alla lettera, visto che il progetto "Aree Interne" prevede deroghe per i territori svantaggiati e che l'ospedale di Cagli ha il bacino più grande nel territorio, sede di tale progetto considerando che è la struttura di riferimento di sette comuni su dieci totali. In particolare nella DGRM n.1126 del 06.10.2014 Aree interne - modalità di attuazione strategia nazionale nella programmazione Marche ed individuazione area pilota si evince quanto segue:

- "...di individuare quale area pilota per la strategia per le aree interne nella Regione Marche l'area "Appennino basso pesarese e anconetano (Comuni di Acqualagna, Apecchio, Cagli, Cantiano, Piobbico, Frontone, Pergola, Serra S.Abbondio, Arcevia, Sassoferrato).....";
- "...il Ministero dello Sviluppo Economico ha definito la strategia delle "Aree interne" per individuare una larga parte del territorio nazionale, caratterizzata da perifericità rispetto ai principali poli dello sviluppo economico, con problemi di spopolamento, invecchiamento della popolazione residua, declino delle attività economiche, ma anche con alcune potenzialità di sviluppo.....";
- "...la riuscita della strategia si fonderà sul concomitante intervento delle amministrazioni centrali che si impegnano a rafforzare nel riequilibrare, nelle aree pilota, i servizi essenziali di cittadinanza per le popolazioni residenti in particolare in materia di salute, istruzione ed accessibilità; a tal fine la legge di stabilità per il 2014 (G.U.n.302 del 27.12.2013 - suppl. ordinario n.87 commi da 13 a 17) ha stanziato risorse nazionali per la strategia. Gli stessi

interventi sui servizi essenziali rappresentano una parte fondamentale del progetto di ciascuna area....”;

- nella bozza dello schema/progetto del Tavolo tecnico sulla salute delle aree interne, progetto pilota appennino basso pesarese e anconetano, una sintesi del contesto in cui si inserisce l'operazione di intervento del progetto aree interne, sottolinea in modo inequivocabile che: “Nella zona di interesse i dati ISTAT al 2013 indicano un 27,8% dei residenti che ha più di 65 anni, mentre a livello nazionale gli ultrasessantacinquenni erano il 21,18%”..... “La mobilità passiva interregionale media per le regioni italiane nel 2013 è stata di 7,6% per i ricoveri ordinari; la regione Marche ha un livello più alto con il 12% ricoveri ordinari; nella zona di interesse la percentuale si attesta intorno al 17%, il doppio della media nazionale e un terzo di più della media regionale...”Spiccano in particolare i comuni di Cantiano (mobilità al 34%) e di Apecchio (mobilità al 40%)”, che fanno da cornice agli altri comuni come Acqualagna, Cagli, Piobbico, Serra Sant'Abbondio, Frontone, che fanno parte del bacino del nosocomio A. Celli di Cagli..... “Tali valori” sostiene il documento istruttorio “sono dovuti alla posizione geografica di confine aggravata da una incapacità dei servizi sanitari locali di soddisfare la domanda. Da tutto ciò si desume che le caratteristiche socio demografiche dell'area di interesse, rendono inadeguate ed inefficaci le normali modalità erogative dell'assistenza”... “con conseguente aumento dei ricoveri ospedalieri evitabili anche fuori regione e diminuzione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza erogata”.

Riscontrato che:

- la risoluzione 827 dell'Assemblea Legislativa (26/06/2015) della regione Emilia-Romagna, presentata da consiglieri di maggioranza e di opposizione, impegna la Giunta “a coinvolgere gli enti locali e le realtà territoriali nella definizione dei contenuti del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in modo che si giunga a soluzioni condivise, che tengano conto dei bisogni diversificati dei territori, delle criticità emerse e della necessaria sicurezza delle prestazioni erogate” e “a valutare nei territori maggiormente decentrati e con condizioni di criticità orografiche, come ad esempio quelli montani, l'attuazione di soluzioni organizzative adeguate a garantire il mantenimento e la sicurezza delle prestazioni sanitarie erogate, con particolare riferimento a quelle dei servizi sanitari legati alla nascita”.

FONTI:

<http://wwwservizi.regione.emilia-romagna.it/oggetti/doc//X/OGAL2015026985.pdf>

http://www.quotidianosanita.it/emilia_romagna/articolo.php?articolo_id=29371

INTERROGA

il Presidente della Giunta regionale per conoscere:

- 1) il motivo per cui non siano stati ancora attivati i servizi previsti per una Casa della Salute di tipo C all'interno del polo ospedaliero “A. Celli” di Cagli;
- 2) se ritiene possibile applicare al polo ospedaliero “Angelo Celli” quanto previsto dal succitato decreto Balduzzi per i Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate;
- 3) come pensa di concretizzare la possibilità fornita dall'applicazione della strategia “Aree interne” al fine di potenziare i servizi in campo sanitario ed assicurare i livelli minimi di assistenza necessari anche ai cittadini dell'entroterra.