

Segreterie regionali Marche

QUALE SISTEMA SALUTE NELLE MARCHE: LA SANITA' CHE VOGLIAMO E COSA CHIEDIAMO ALLA REGIONE

CGIL CISL UIL Marche vogliono riportare al centro dell'attenzione le condizioni della sanità nelle Marche, anche alla luce delle pesanti ripercussioni della crisi pandemica, e ribadire che il diritto alla salute e alle cure deve essere assicurato a tutti e tutte, garantendo la centralità del servizio pubblico e l'universalità delle prestazioni.

Già nel corso della campagna elettorale di un anno fa, con il documento dal titolo "**Le Marche di domani**", CGIL CISL UIL delle Marche si sono confrontate con i candidati ai quali hanno sottoposto le priorità del sindacato e formulato specifiche proposte di merito. In coerenza con quest'impostazione si è ritenuto necessario, con l'avvio della nuova legislatura, integrare quelle proposte rimettendo a fuoco alcune questioni prioritarie, chiedendo alla Giunta di aprire un **confronto** concreto ed efficace, **che purtroppo finora non c'è stato**, nemmeno nei tavoli tecnici avviati ad inizio anno.

Al pari del resto del Paese, anche le Marche sono state alle prese con la gestione di **un'emergenza sanitaria** straordinaria che ha avuto e ha tuttora pesanti ripercussioni sull'organizzazione del sistema sanitario marchigiano e sulla salute dei cittadini.

Per questo si ritiene necessario approfondire l'analisi di specifici report sulle azioni messe in campo anche attraverso le misure del D.L 34/00, convertito in L. 77/20, in particolare riguardo: attività delle Usca; andamento epidemiologico nelle strutture residenziali di ogni tipo; tipologia delle prestazioni ospedaliere. Specifica attenzione va dedicata inoltre all'aggiornamento del Piano di vaccinazione.

L'annullamento e la sospensione di centinaia di migliaia di **visite e prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero programmate** nel corso dell'ultimo anno hanno generato fortissimi disagi ai cittadini marchigiani, esacerbando la problematica dei tempi di attesa. Su questo tema riteniamo opportuno riflettere su un necessario ulteriore potenziamento della produzione di attività ambulatoriali, in continuità con il Piano regionale definito dalla DGRM 827/20, previa conoscenza e valutazione di quei Piani con i quali Enti e Aziende del SSR ne avrebbero dato attuazione.

Contestualmente, va verificata l'applicazione della DGR 1361 del 17 novembre 2019, con riferimento al **governo dei tempi di attesa** per prestazioni non ricomprese nel PNGLA, e all'implementazione della trasparenza del sistema di prenotazione. Da appurare, a riguardo, il sistema di monitoraggio dell'attuazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) di cui al Decreto 5/AST del Dirigente P.F. "Integrazione Ospedale/Territorio".

Persistono le inefficienze nelle **cure domiciliari** e nell'**assistenza a disabili e anziani** e resta ancor più urgente la definizione di linee di indirizzo per l'attuazione del Piano Nazionale della Cronicità e una normativa regionale sulla non autosufficienza e un **adeguato finanziamento alla legge sull'invecchiamento attivo**, tutto in coerenza con i processi demografici e di invecchiamento della popolazione in corso, e con le priorità e gli interventi previsti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Considerando l'impatto dell'emergenza pandemica all'interno delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti in termini di contagi e decessi, riteniamo necessario avviare un ragionamento per rivedere il modello complessivo dell'**assistenza residenziale**, rivedendo in parte i requisiti di autorizzazione, gli standard di assistenza e le tariffe in capo agli utenti.

L'emergenza pandemica ha evidenziato un limite sistemico del Servizio Sanitario Nazionale, ossia la scarsa attenzione dedicata ai livelli assistenziali della prevenzione e dell'assistenza territoriale e distrettuale.

Per quanto riguarda il finanziamento pro capite per i tre livelli di assistenza (Prevenzione, Distrettuale, Ospedaliero), come ribadito in ogni possibile occasione, è necessario superare il sostanziale sottofinanziamento che le Marche scontano nell'area dei Servizi territoriali e della Prevenzione.

Rispetto agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010-12 le Marche si collocano agli ultimi posti tra le regioni italiane per livelli di spesa per la **Prevenzione** (previsti al 5%). Considerando infatti i costi di esercizio di Enti e Aziende del SSR, come risultanti dai relativi Bilanci consuntivi 2019, quelli per la Prevenzione assorbono solo il 2,8% del totale, con un ammanco superiore agli **80 milioni** di euro.

Una situazione che di fatto pregiudica l'operatività dei Dipartimenti di Prevenzione che l'esperienza di questi mesi ha dimostrato invece svolgere una funzione centrale, non solo per gestire ulteriori, future emergenze sanitarie, ma più in generale per prevenire malattie professionali ed infortuni nei luoghi di lavoro, per superare le insopportabili disuguaglianze nella tutela della salute, per promuovere corretti stili di vita nella popolazione, per prevenire e gestire l'insorgenza di patologie croniche, per individuare le persone a rischio e definire percorsi di presa in carico.

Preoccupa soprattutto la situazione critica dei **Servizi per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro**; servizi sempre più marginali e alle prese con organici insufficienti rispetto alle necessità. Se si escludono le figure amministrative, tra medici, infermieri, tecnici e collaboratori, vi lavorano solo 99 addetti, pari al 14% del personale dei Dipartimenti Prevenzione. Rispetto a questi ultimi, i tecnici della Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro sono solo **56**, ovvero l'8% di tutti gli addetti.

In materia di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro **bisogna** procedere subito anche alla definizione del **Piano Mirato di Prevenzione** e dei **Piani di Prevenzione tematici** (edilizia, agricoltura, patologie da sovraccarico biomeccanico, stress da lavoro correlato, cancerogeni occupazionali e tumori professionali), come previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.

Altrettanto evidente è la necessità di rivalutare e riqualificare la funzionalità dei **Distretti sanitari** (e delle UOSeS), oggi svuotati di numerose ed importanti prerogative come l'analisi dei bisogni e il governo della domanda, così come la programmazione e l'orientamento delle attività sanitarie e socio sanitarie di prossimità. I Distretti devono tornare ad assumere centralità nella governance della "filiera produttiva" dei servizi socio sanitari, superando la frammentarietà orizzontale e verticale oggi esistente nelle responsabilità operative di una molteplicità di soggetti: MMG, Medici di Continuità Assistenziale, Strutture residenziali e diurne, Servizio infermieristico, Assistente sociale, Terapista della riabilitazione, Psicologo, personale dei Consulenti, familiari e/o badanti, Associazioni di volontariato, Medici Specialisti, rete delle Farmacie UMEE, UMEA e Dipartimenti di AV .

Bisogna avviare subito il potenziamento delle **reti socio-sanitarie territoriali** a partire dall'adeguamento delle risorse di personale nel sociale e nel sanitario, integrate e coordinate dal Distretto.

Il rapporto delle strutture sanitarie con i **MMG** è insoddisfacente e deve essere rivisto/riformato prevedendo una collaborazione sistemica. Questo è uno snodo fondamentale per organizzare e gestire una rete assistenziale orientata alla persona e per esercitare un'azione di filtro rispetto agli accessi impropri ai Pronto Soccorso degli Ospedali marchigiani, il sovraffollamento dei quali genera forti disagi e tensioni nei cittadini e negli operatori. Da questo punto di vista la Regione deve svolgere una funzione decisiva nell'orientare i Medici di medicina generale ad esercitare presso gli ambulatori associati, previsti e fondamentali, all'interno delle **Case della Salute/Case e Ospedali di Comunità**. Tali strutture, centrali anche negli interventi prioritari previsti dal PNRR, insieme ad altre strutture territoriali, si caratterizzano come presidi fisici, di prossimità in cui viene preso in carico il bisogno sanitario, sociale, sociosanitario ed assistenziale e individuato il percorso di risposta. In questa direzione riteniamo prioritario impiegare quelle professionalità aggiuntive, come Assistenti Sociali, Infermieri di Famiglia/Comunità e Psicologi le cui assunzioni sono state previste dal "Decreto Rilancio" ma non realizzate.

Al netto di eventuali, futuri provvedimenti nazionali di revisione dei criteri stabiliti dal **DM 70/15** - il cui condivisibile impianto complessivo necessita di aggiustamenti sulla definizione dei bacini di utenza per Regioni di piccole dimensioni e/o con scarsa densità abitativa – CGIL CISL UIL delle Marche ritengono che il percorso di riduzione della frammentazione ospedaliera avviato nel 2014 vada fatto oggetto di manutenzione, in particolare rispetto al progetto di sviluppo degli Ospedali di Comunità e delle Case della Salute, che avrebbero dovuto accompagnare sul territorio le riconversioni dei piccoli ospedali, compensandone gli effetti in termini di prossimità delle cure.

Un percorso segnato da incoerenze, indecisioni ed ambiguità che rendono oggi necessario rivedere in modo chiaro un modello operativo carente su quasi tutti i fronti: attivazione effettiva delle strutture, integrazione socio sanitaria, accesso, valutazione e presa in carico, articolazione coerente con il sistema di emergenza – urgenza (in particolare rispetto ai Punti di Primo Intervento), funzionalità delle Cure intermedie, riattivazione al loro interno di posti letto per acuti, ecc.

E' indispensabile rafforzare e migliorare l'articolazione della **rete dell'emergenza-urgenza** a partire dal sistema 118, con una particolare attenzione alle realtà dell'entroterra, potenziando in termini di strumentazioni, parco ambulanze e personale infermieristico. La permanente situazione di criticità delle rete dell'emergenza-urgenza trova conferma anche nell'ultimo monitoraggio sulle performance della sanità marchigiana effettuato da Mes-S. Anna.

A prescindere da ogni ulteriore valutazione in merito allo **sviluppo delle reti ospedaliere e reti cliniche** nella nostra Regione, deve essere chiaro che nella logica di un'organizzazione di rete del tipo "Hub & Spoke", quale è quella attualmente attiva nella nostra Regione, la corretta funzionalità delle strutture periferiche (sia ospedaliere che territoriali) è di rilevanza cruciale per consentire a quelle di primo e secondo livello di svolgere, con volumi ed esiti adeguati, le attività di elevata intensità assistenziale alle quali sono deputate e per le quali sono attrezzate, non trascurando **la valorizzazione delle peculiarità di "Salesi" e INRCA e la qualificazione specifica delle Aziende "Ospedali Riuniti", "Marche Nord" e ASUR.**

Alla luce dell'attuale normativa e dei modelli ospedalieri avanzati, le Marche hanno la necessità di dotarsi di **nuovi e moderni ospedali** per acuti, che rispettino i bacini di utenza, ai quali vanno affiancate apposite strutture di degenza post acuzie.

Per quanto attiene all'**edilizia ospedaliera** occorre procedere rapidamente al completamento e alla realizzazione dei nuovi ospedali ricorrendo all'appalto, garantendo tutte le necessarie tutele dei lavoratori e nel rispetto dei contenuti e delle prescrizioni di cui al DL n. 77/2021 in materia di appalti e subappalti.

Per un moderno sistema sanitario, vanno potenziate le **infrastrutture telematiche**. Occorre poi potenziare l'attività pubblica di diagnostica, soprattutto la diagnostica per immagini, prevedendo

anche appositi centri periferici. Va poi riorganizzata e razionalizzata la rete dei laboratori analisi che risulta sovradimensionata.

Va data piena attuazione al **Piano Nazionale della Medicina di genere**. Allo stesso tempo è urgente dare piena e concreta applicazione alla **L.194/78**, così come garantire la dotazione organica nei Consultori Familiari alle prese con una grave fase emergenziale.

CGIL CISL UIL delle Marche non sono pregiudizialmente contrarie alla riapertura di un dibattito sull'**assetto istituzionale** (e/o governance) del Servizio Sanitario Regionale. E' chiaro che l'equilibrio e la chiarezza nella definizione di competenze e relazioni tra Servizio Sanità, ASUR, Agenzia Regionale Sanitaria, INRCA ed Aziende Ospedaliere, Aree Vaste e Distretti è una condizione essenziale per un corretto funzionamento del sistema. E' però necessario che la riflessione su queste tematiche non si sovrapponga (o meglio non vada ad oscurare) quella prioritaria sull'assetto dei servizi.

A tal fine è necessario che la Giunta regionale si impegni per dare piena attuazione all'art. 3 comma 3 della Legge regionale n. 13/03, nella parte in cui prevede un **confronto periodico** con le Organizzazioni Sindacali Confederali e di Categoria, relativamente all'assetto dei servizi e alle (conseguenti) politiche del personale.

Politiche del personale rispetto alle quali dobbiamo prevedere, al di fuori delle spinte dell'onda emergenziale Covid-19, un sollecito e consistente adeguamento e un rafforzamento delle dotazioni organiche, con un massiccio Piano di assunzioni, specie nell'area della prevenzione e dell'assistenza diretta.

Occorre pertanto portare correttamente a termine i percorsi di stabilizzazione di tutto il personale del comparto e della dirigenza come previsto dal Dlgs 75/2017 e ssmm, verificare e portare a conclusione la corretta applicazione degli istituti economici delle DGR 663/2020 e 522/2020 (premierità Covid), un costante monitoraggio relativo al corretto e proficuo utilizzo delle graduatorie di concorso e dei processi di mobilità del personale (con particolare attenzione alla graduatoria degli infermieri), corretta ed omogenea applicazione di istituti normo-economici di natura contrattuale quali: tempi di vestizione/svestizione, riconoscimento mensa o buono pasto, festivo infrasettimanale.

Da ultimo va portato a termine l'impegno della corretta quantificazione dei limiti dei fondi aziendali ex art. 23 comma 2 Dlgs 75/2017

E' inoltre a nostro avviso fondamentale individuare livelli certi di contrattazione e confronto all'interno dei quali ricondurre tematiche importantissime, a partire da quella dell'omogeneità di trattamento economico e normativo del personale del SSR, che ancora oggi soffre di differenziazioni incomprensibili (ed inaccettabili) non solo tra Aziende/Enti diverse, ma anche all'interno della stessa ASUR.

Per affrontare al meglio tutti questi temi è indispensabile effettuare un'attenta ricognizione, supportandola con i necessari **dati, documenti e approfondimenti** da mettere a disposizione delle organizzazioni sindacali e dei cittadini, di tutti i punti di forza e di criticità della sanità marchigiana.

Nell'ambito della programmazione sanitaria occorre che dentro una visione organica, anche la **componente privata** sia oggetto di confronto con le pari sociali, e che per i professionisti del settore privato siano garantite parità di condizioni col sistema pubblico. Per questo occorre che la Regione si faccia parte attiva nel ricondurre ad omogeneità il trattamento normo/economico dei lavoratori della sanità privata puntando all'applicazione di un unico contratto di settore – sanità privata Aris/Aiop del 8/10/2021 (36 ore settimanali di lavoro), intervenendo come da impegni presi in conferenza delle regioni con il ristoro del 50% del maggior costo generato dall'applicazione del contratto

In particolare, è necessario definire chiaramente il perimetro pubblico e il ruolo e la *mission* del sistema privato convenzionato, in un quadro chiaro di committenza pubblica.

Occorre avviare subito un confronto sullo sviluppo progettuale e attuazione nelle Marche degli interventi previsti dalla **Missione 6 – Salute del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)** a partire da quelli per il potenziamento dell'assistenza territoriale e in particolare:

- **“Casa della Comunità e presa in carico della persona”**, con l'obiettivo di attivare in Italia 1.288 Case della Comunità entro il 2026, quali luoghi delle cure primarie e strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici;
- **“Casa come primo luogo di cura e telemedicina”** per aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico entro il 2026 il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti (più di 38.000 prese in carico, contro le attuali 12.500) e attivando 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una per Distretto per coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi;
- **“Rafforzamento dell'assistenza territoriale intermedia e delle sue strutture”** con l'obiettivo di attivare a livello nazionale 381 Ospedali di Comunità;
- Interventi per **innovazione, ricerca e digitalizzazione** del servizio sanitario (Fascicolo Sanitario Elettronico, ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero tramite l'acquisto a livello nazionale di 3.133 nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico, miglioramento strutturale della sicurezza degli edifici sanitari, ecc.).

Su questi temi CGIL CISL UIL intendono avviare un **percorso di mobilitazione regionale** ma anche ramificato sul territorio, per declinarne le criticità e i bisogni e coinvolgendo pienamente le comunità locali, a partire dai Sindaci, per costruire alleanze e sostegno al raggiungimento dell'obiettivo di garantire un sistema sanitario moderno e in grado di assicurare pienamente il diritto alla salute dei cittadini.

Ancona, 15 giugno 2021

Le Segreterie regionali di CGIL CISL UIL Marche