

COMITATO DI PARTECIPAZIONE – ASUR – AV3 DI MACERATA

Incontro del 25.02.16

BOZZA DI LAVORO

SITUAZIONE SANITARIA

Da qualche anno i responsabili della Sanità marchigiana hanno messo mano ad una revisione ed una decurtazione dell'offerta sanitaria che è sfociata nella chiusura dei piccoli Ospedali. Nelle Marche erano 15, ad oggi ancora sono 13, come elencati nel DGR n° 1183 del 22.12.15 che revisionava il DGR n° 735 del 2013, tutti drasticamente impoveriti.

E' stata un'agonia interminabile, una lotta tra le varie realtà che inesorabilmente venivano mutilate, le risorse in costante diminuzione le esigenze di salute sempre più richieste e di contro una gestione che non rinunciava e non rinuncia a nessun beneficio. Il riequilibrio tra costa – entroterra mai cercato e tra ospedale e territorio mai definito.

Questi tagli lineari sono avvenuti senza aver valutato le esigenze sanitarie che il territorio esprime, ma solamente in funzione del peso politico del rappresentante di turno. Ed il quadro di insieme che è scaturito dalla Delibera n° 735 né è la prova. Il provvedimento inaccettabile elimina di fatto la sanità nell'alto maceratese.

Siamo stati sempre convinti che **un territorio non può fare a meno di una Lungodegenza o Casa della Salute di tipo C** che soddisfi le esigenze degli anziani. Il territorio marchigiano è stato sempre uno dei più vecchi d'Italia, e l'area montana è quella che esprime la maggiore densità di anziani 26% cinque punti in più della media nazionale. Tutte le nostre rimostranze sono state ignorate, come ignorate sono state le richieste dei Sindaci riuniti a Matelica che avevano richiesto l'emergenza. Il 22.12.15 veniva emessa la DGR n° 1183 e il 24.12.15 venivano emesse le Determine conseguenti, tutto per raggiungere gli obiettivi annuali.

Durante le Festività Natalizie c'è stata una vibrante protesta per la sopravvenuta notizia di chiusura dei **Punti nascita**, questo ha portato ad un ripensamento in extremis, infatti dal successivo parere espresso, 11/12. 01.16, dalla IV Commissione, si evince che **l'Emergenza Urgenza** è salva, si evince anche che le **Cure Intermedie** sono state reinserite per tutte le realtà del territorio e possono erogare quel servizio base che il territorio ha assoluta necessità. Bisogna sapere chi e come verrà erogato il servizio, se sarà una struttura definita con medici dedicati oppure strutture fondate sulla speranza che i MMG risolvano i problemi del territorio.

NECESSITA' DEL TERRITORIO

1) EMERGENZA /URGENZA – MSA

E' il servizio base della Sanità e deve essere diffuso, **con uniformità di offerta e H24, su tutto il territorio provinciale e regionale**, con equità senza le discriminazioni che si rilevano nelle due Delibere 735, sostituita dalla 1183 ancora in itinere. Sarebbe un errore politico di portata imprevedibile ignorare le esigenze vitali del territorio montano. Gli squilibri sanitari con la fascia costiera sono sempre più evidenti ed alla fine i problemi emergeranno in tutta chiarezza. Il cittadino del territorio montano paga le tasse come il cittadino costiero e quindi deve avere gli stessi diritti e la stessa dignità.

2) OSPEDALI

a) Ospedali di Comunità

La Delibera n° 1183 accorpa tutti i posti letto dei Servizi Day Surgery, Lungodegenza e Riabilitazione in posti di Cure Intermedie erogate dall'Ospedale di Comunità.

Questo servizio deve essere progettato e realizzato in funzione dei bisogni del territorio, perché se costringiamo il cittadino anziano ad andarsi a cercare anche questo servizio base lontano dalla residenza, oltre al disagio che si arreca alla persona, si drenano alle famiglie risorse con conseguente impoverimento strutturale ed economico del territorio.

Il servizio deve essere alla portata dei pazienti e specialmente dei pazienti dell'area montana dove è precaria anche la viabilità.

I piccoli Ospedali devono essere riqualificati per risolvere i problemi del territorio e non eliminati per fare cassa, oggi le famiglie chiamate ad assistere i propri anziani, purtroppo, sono lasciate sole e la DGR 1183 non individua chiaramente come e chi deve seguire la post-acuzie.

I pazienti frettolosamente dimessi dagli Ospedali di Rete devono essere seguiti ed accompagnati con **una continuità terapeutica definita da medici esperti di medicina interna**, solo così si eviterà un andirivieni delle persone più fragili con le strutture di Rete con danno per il paziente e aggravio di costi per la sanità e per la famiglia del paziente. Nelle aree ad alto indice di vecchiaia deve essere previsto anche un percorso multi specialistico ad indice geriatrico e non rinviare al MMG ogni responsabilità, l'Ospedale di Comunità deve completare l'offerta sanitaria conclusa con la dimissione rapida, insomma non si può praticare la dimissione rapida senza un adeguato servizio di stabilizzazione a valle.

b) Ospedali di Rete

Per il futuro, queste strutture continueranno inevitabilmente ad avere una vita tormentata, le prestazioni ospedaliere specialistiche soggette ad innovazione strumentale saranno costantemente in pericolo di soppressione, a vantaggio di un accentramento inevitabile per costi della strumentazione e per assicurare a questa i corretti carichi di lavoro.

La robotica è il futuro della chirurgia, perché di alta precisione e mini invasiva. Ma, ciò riconosciuto, nell'attuare i cambiamenti, **richiediamo ogni attenzione per il territorio** in cui si trova la struttura, affinché le necessità che esprime rimangano soddisfatte. L'Ospedale di Rete intercettando la domanda territoriale deve fare da filtro per l'Ospedale Unico Provinciale, che auspichiamo.

c) Ospedale Unico Provinciale

Non siamo contro l'ottimizzazione della Sanità, non siamo contro una chirurgia praticata in pochi centri con una casistica che migliori l'affidabilità, lo stesso dicasi per una medicina complessa e di alto profilo. Queste sono offerte che il cittadino può andarsi a cercare perché programmabili.

Siamo invece contro la chiusura indiscriminata dei piccoli Ospedali che assicurano una medicina di base ai cittadini anziani, perché ciò facendo si mettono nei guai non solo gli interessati alle cure, ma anche le famiglie.

3) AMBULATORI E LISTE DI ATTESA

E' un problema che esiste da sempre e che è andato sempre peggiorando. La medicina cosiddetta difensiva e le eventuali inappropriate prescrizioni dei MMG non sono la causa principale. Il problema non si risolve perché la soluzione dovrebbe venire dal professionista che esercita anche la libera professione, il quale se risolve la Lista prosciuga anche il bacino di utenza della sua libera professione. Con le nuove linee guida prescrittive emanate dalla Regione (DGR 808 del 29.09.15 della quale aspettiamo gli effetti), è stato sicuramente razionalizzato, ma **il problema vero è nella confusione generata dalla duplice veste del professionista erogatore**. Quindi aldilà del problema delle scarse risorse che va risolto, va risolto anche il problema di cui sopra, altrimenti non vedremo soluzione.

4) PUNTI NASCITA

Il provvedimento di chiusura dei Punti Nascita preso a tavolino è di una sommarietà allarmante, chiudendo Fabriano e San Severino, praticamente in un colpo solo viene azzerata la possibilità di nascita nel territorio montano.

Il problema deve essere affrontato con razionalità, stiamo parlando del futuro dell'area, e poi non si possono chiudere i punti nascita senza aver preparate le strutture deputate a sostenere il cambiamento; **si deve affrontare anche la logistica** per questi centri, cioè un servizio di collegamento dedicato, sicuro ed efficace.

Andrebbe studiata una soluzione montana che **offra un servizio nascite ad una distanza accettabile** tenendo conto della popolazione dell'area e dei collegamenti per raggiungere la struttura. Il numero delle nascite deve essere solamente uno dei parametri adottati per la decisione e non il parametro.

Inoltre queste soluzioni senza adeguata protezione potrebbero portare **ad incidenti dolorosi** e la nostra Sanità da quello che ci risulta non è assicurata, questo è un motivo in più perché il problema venga analizzata nel dettaglio.

5) STRUTTURA E PARAMETRI ECONOMICI

La struttura è pesante e se le risorse non sono più le stesse bisogna necessariamente porre mano ad una semplificazione strutturale, non togliendo i servizi come si sta facendo svuotando la struttura della sua missione, ma ottimizzando struttura e prestazioni, altrimenti tra qualche anno sarà solo una fabbrica di stipendi fine a se stessa ed imploderà.

Anche se, mai la Regione e/o l'Asur **hanno dato riferimenti economici** che ci desse la possibilità di fare valutazioni precise, abbiamo notato: uffici fotocopia a vari livelli; più responsabili in strutture piccolissime; premi di produzione artificiosi; strumentazioni sottoutilizzate; poca oculatezza negli acquisti e riqualificazione presidi; eccessivo numero di centrali operative; ecc..

Il Comitato di partecipazione può dare qualche indicazione su **come risparmiare e liberare le risorse** occorrenti per mantenere la presenza del medico in periferia.

Comitato di partecipazione AV3 di Macerata
f.to Dante Reale