



CONFEDERAZIONE
GENERALE ITALIANA
DEL LAVORO



QUALE SISTEMA SALUTE E QUALE SANITA' NELLE MARCHE

INTRODUZIONE

A quasi due anni dalla firma del protocollo sulla qualità della partecipazione e del confronto le Organizzazioni Sindacali Confederali, di Categoria del Pubblico Impiego e dei Pensionati di Cgil Cisl Uil Marche denunciano la situazione, grave ed inedita, dei rapporti con la Regione Marche.

La Giunta regionale insediatasi nel 2015, contrariamente agli impegni assunti in via programmatica ed in controtendenza rispetto ad una tradizione regionale di relazioni consolidate, sta dimostrando una costante indisponibilità al confronto con le parti sociali, negando nei fatti il metodo di governo fondato sulla partecipazione democratica e sulla condivisione di obiettivi comuni, come strumenti per favorire la qualità delle scelte.

Una prima ed evidente conseguenza di quest'approccio è la deriva in cui versa il percorso di riorganizzazione della sanità marchigiana. Dal 2013 ad oggi le Organizzazioni Sindacali hanno manifestato un impegno responsabile per contribuire alla definizione di obiettivi ed azioni, in linea con il Piano sanitario regionale, anche quando difficili e scomode, prime tra tutte la riduzione della frammentazione ospedaliera e la deospedalizzazione. Ciononostante la Regione, in particolare negli ultimi due anni, si è chiusa ad un confronto di merito, azzerando progressivamente l'interlocuzione, sia politica che tecnica.

Oltre agli spazi, mancano completamente anche gli strumenti per il confronto, a partire dai dati e dalle informazioni necessarie per programmare e gestire il sistema sanitario, che Regione ed Asur sistematicamente nascondono, impedendo di fatto la possibilità di valutare in modo democratico e trasparente le scelte adottate e i loro esiti. L'Asur è sostanzialmente priva di un sito internet funzionale e l'Agenzia Regionale Sanitaria di fatto non produce informazioni. La riorganizzazione sanitaria sembra sganciata da una qualsiasi strategia, fondandosi su provvedimenti che non tengono conto della "sostenibilità" del gradimento dei cittadini, e che costituiscono mera attuazione di obblighi ministeriali imposti principalmente per la riduzione dei costi di gestione.

Ed è proprio sulla programmazione sanitaria che la politica regionale è all'insegna della massima opacità ed autoreferenzialità. In piena "vacanza" del Piano Socio Sanitario, scaduto tre anni fa, la Giunta avanza in silenzio, adottando provvedimenti improvvisi ed estemporanei su temi importanti (da ultimo vedi la Pdl regionale sulle sperimentazioni gestionali proposta con Dgr 586/17) senza alcuna previa condivisione - per lo meno chiara, aperta e alla luce del sole - di merito e di opportunità, avallando di fatto alcuni discutibili processi già in attuazione nel nord della regione (v. Dgr 991/15). Analoga situazione caratterizza l'Asur, che dal 2005 ad oggi è priva dell'obbligatorio Atto Aziendale e che risulta oggi interessata da processi di centralizzazione di importanti funzioni.

Un quadro che diventa particolarmente preoccupante alla luce della ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza operata dal DPCM 12 gennaio 2017, la cui concreta applicazione a livello regionale si prefigura particolarmente delicata e complessa, e anch'essa sottratta al benché minimo confronto che invece sarebbe importante, specie rispetto al rapporto tra le prestazioni che saranno portate in esenzione e quelle che invece saranno messe a pagamento (circa 30), con costi crescenti su larghe fasce della popolazione, prevalentemente anziana.

Tali sistemi, già criticabili di per sé, sono ancor più ingiustificabili alla luce della drammatica condizione in cui versa il sistema socio sanitario nei territori colpiti dal sisma, dove si

contano decine di strutture chiuse e centinaia di utenti trasferiti o comunque privati di assistenza adeguata. Tali criticità, contrariamente a quanto sta avvenendo, chiamerebbero tutti ad intensificare l'integrazione e il coordinamento degli sforzi per individuare le priorità, selezionarle e definire strategie, obiettivi ed azioni comuni. A partire dalla necessità di un piano strutturale d'intervento per la messa in sicurezza di tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche ed accreditate, che non risulta essere stato attivato.

Per questo le Organizzazioni Sindacali regionali sottopongono alle loro Strutture e Categorie territoriali un documento che va inteso come "work in progress", un lavoro aperto all'integrazione di qualsiasi contenuto capace di potenziare ed affinare la nostra capacità di analisi delle criticità e delle contraddizioni di un processo di riorganizzazione del quale la Regione si limita a fornire rappresentazioni superficiali e poco veritiere. L'obiettivo è quello di sviluppare un percorso di mobilitazione ramificato sul territorio - precisando le criticità proprie di ogni Area Vasta - e capace di interpellare e coinvolgere le comunità locali, a partire dai Sindaci, per costruire alleanze con le quali provare a spezzare il pericoloso meccanismo autoreferenziale sul quale si è inceppato il governo della sanità marchigiana.

RISORSE

Le Leggi di Stabilità 2016 e 2017 hanno ridefinito il quadro delle risorse previste dal Patto di Stabilità 2014-16 per la programmazione sanitaria, riducendole da 115,4 a 111 miliardi di € per il 2016 e 113 miliardi per il 2017. A disposizione della Regione Marche, per il finanziamento del SSR nel 2017, risultano essere disponibili 3.006 milioni di € (Dgr 1640/16) cifra in aumento rispetto agli anni precedenti (+11% sul 2012). Altrettanto importanti sono i risultati di gestione che il sistema sanitario marchigiano ha registrato negli ultimi anni, con il passaggio da un disavanzo di 21,6 milioni del 2010 (Agenas) ad un utile di 61,9 milioni del 2015 (bilancio GSA).

Rispetto a quanto appena illustrato, si rilevano tuttavia alcune importanti contraddizioni che vanno assolutamente superate. La spesa sanitaria pubblica pro capite nelle Marche nel 2015 ammonta a € 1.656 (Asur), inferiore alla media nazionale di € 1.838 (Rapporto Osservasalute Università Cattolica). Secondo il Rapporto CREA (Università Tor Vergata) le Marche sono la 15ma Regione italiana per spesa sanitaria pro capite complessiva. Nel periodo 2010-2014 (fonte Istat) la spesa pubblica procapite è calata di 51€ (contro i 43 del resto d'Italia).

Nel 2015 il Servizio Sanitario Regionale ha incassato dai cittadini marchigiani 46,8 milioni di € come compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Agenas). Un dato che rende necessaria un'impellente revisione del sistema dei tickets, a partire dal superticket regionale. Dall'analisi dei bilanci della Gestione Sanitaria Accentrata regionale risulta che, solo tra il 2012 e il 2015, la spesa per il personale è stata ridotta di poco più di 15 milioni di €.

Sembra quindi potersi affermare che i risultati possono essere ritenuti positivi solo sul piano strettamente economico, poiché, per il resto, rappresentano la semplice conseguenza della riduzione della qualità dei servizi, di un aumento del loro costo e dell'appesantimento delle condizioni di lavoro e di un precariato diffuso.

SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Il mutato contesto demografico, epidemiologico, economico e sociale, con il conseguente l'aumento di patologie croniche, degenerative ed invalidanti, insieme alle ridotte "disponibilità" dei nuclei familiari, cambia le necessità assistenziali degli anziani come dei giovani. E' imprescindibile lo sviluppo di servizi territoriali profondamente rinnovati, all'insegna dell'unitarietà sociale e sanitaria.

L'accesso, la valutazione e la presa in carico, così come la definizione di percorsi assistenziali ad opera di gruppi di lavoro integrati, multidisciplinari o multiprofessionali, sono attività che andrebbero esercitate nella cornice del sistema delle Unità Operative Sociali e Sanitarie, che per lo più risultano ancora inattive. Questo presuppone un ruolo più forte e determinante dei Distretti sanitari, strutture aziendali che dovrebbero esercitare funzioni organizzative, gestionali e di programmazione operativa (budget) delle attività.

Con Dgr 149/14 Regione e Sindacati concordarono un piano di potenziamento e sviluppo dei servizi rivolti alle persone più fragili, in particolare anziani non autosufficienti, l'assistenza ai quali grava ancora principalmente sulle rispettive famiglie. L'accordo del febbraio 2014 recepisce la comune consapevolezza che il potenziamento dei servizi territoriali e di integrazione socio sanitaria, specie alla luce della riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti, rappresentasse la condizione indispensabile affinché la riorganizzazione costituisse una reale trasformazione del sistema, piuttosto che un semplice percorso di ridimensionamento dei costi e dell'offerta di servizi.

Il piano triennale di fabbisogno delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali, che in realtà esprime solo le capacità di offerta che la Regione può garantire, prevede un sensibile incremento dei servizi residenziali e diurni, comunque ancora largamente insufficiente a far fronte ai bisogni effettivi.

Così come del tutto insufficiente è il sistema dei servizi domiciliari, che va assolutamente potenziato anche per prevenire ricoveri ripetitivi, costosi e non risolutivi. Regione ed Asur omettono qualsiasi informazione sugli standard di assistenza garantiti dal sistema delle cure domiciliari, sul quale nel 2015 sono stati investiti 1,3 mln di € senza alcun riscontro tangibile. La revisione degli standard di assistenza e delle tariffe ha generato l'aumento dei costi dei servizi socio sanitari in capo agli utenti che, nonostante gli impegni assunti sul Fondo di solidarietà, la Regione non ha ancora effettivamente coperto.

Il vasto ed articolato Programma di Prevenzione, livello assistenziale fondamentale per la riduzione delle disuguaglianze di salute, non conta su risorse adeguate. Le Marche nel 2015 hanno speso meno di quanto previsto dal Patto per la Salute 14/16 (3,4% invece che 5%), con un trend di riduzione rispetto al 2013 (- € 6 mln, equivalenti allo 0,3%).

Va rivisto e rivalutato infine il ruolo degli Enti Locali, oggi estremamente limitato, nella definizione dei bisogni, nella programmazione delle attività e nella loro valutazione, temi sui quali vanno definiti percorsi che coinvolgano le comunità locali, i cittadini e le organizzazioni di rappresentanza anche al fine della verifica dell'applicazione dei LEA.

CASE DELLA SALUTE E CURE PRIMARIE

L'integrazione tra strutture territoriali ed ospedaliere riveste un ruolo centrale, per contenere ricoveri ospedalieri inappropriati, per ridurre le liste d'attesa, per assicurare l'opportuna continuità assistenziale - in particolare per le dimissioni protette e la presa in carico post ricovero - per la promozione della medicina di iniziativa e per la gestione attiva della cronicità.

Per realizzarla, il Protocollo recepito con Dgr 149/14 individuava la Casa della Salute come fulcro principale del sistema delle cure primarie. Regione e Sindacati concordarono un piano triennale di dimensionamento che prevedeva, oltre alle 11 strutture esistenti (Urbania-Urbino, Mondolfo, Arcevia, Castelfidardo, Cupramontana, Filottrano, Jesi, Moie, Monte Urano, Montefiore-Ripatransone, Offida), 13 strutture derivanti dalla conversione dei piccoli ospedali disposta dalla Dgr 735/13 (Cagli, Fossombrone, Sassocorvaro, Chiaravalle, Loreto, Cingoli, Sassoferrato, Treia, Recanati, Tolentino, Matelica, Montegiorgio, S.Elpidio a Mare) e 12/15 strutture da attivare ex novo.

La Dgr 139/16, nel trasformare le CdS ad alta intensità in Ospedali di Comunità, riduce ed omogeneizza la quota assistenziale ancora a carico della componente ospedaliera, trasformando in Cure Intermedie i posti letto di Day Surgery, Lungodegenza e Riabilitazione. Questa nuova organizzazione rende indispensabile lo sviluppo della rete dell'emergenza territoriale, l'incremento dei turni della Continuità Assistenziale e la presenza H24 di personale medico. Dei 371 posti letto di Cure Intermedie previsti, ne risultano attivati solo 250. L'apertura degli Ambulatori di Medicina Generale, necessaria per l'integrazione delle cure primarie, è stata attuata solo in 4 strutture. Anche la copertura H24 non viene garantita in maniera uniforme.

A queste condizioni, la possibilità che gli OdC si configurino come presidi territoriali efficaci è quantomeno dubbia. Mancano protocolli operativi chiari e definiti in merito al funzionamento dei posti letto di Cure Intermedie e all'operatività dei Punti di Assistenza Territoriale. Elementi di incertezza che legittimano seri dubbi sull'attrattività che queste strutture saranno

capaci di esprimere, sia nei confronti degli utenti che dei professionisti. E' quindi concreto il rischio di una loro progressiva marginalizzazione. Né può rappresentare una soluzione l'inserimento dei privati nella gestione delle strutture, in particolare se sganciato da qualsiasi forma di programmazione e di integrazione con le attività pubbliche.

Delle 11 strutture già esistenti, dove solo per alcune vengono segnalate sperimentazioni di integrazione di cure primarie, non sono note le effettive attività. E' scomparsa del tutto la programmazione dell'avvio delle 12-15 strutture ex novo, di cui non se ne conosce neppure l'eventuale ubicazione, importante nell'ottica del riequilibrio territoriale. In questo contesto, l'avvio di un processo conoscitivo e di verifica territoriale, anche attraverso un confronto con i singoli Distretti e le rispettive Aree Vaste, diventa indispensabile per costruire ed attuare una proposta puntuale.

Lo sviluppo delle CdS, nella misura in cui rappresenta un fattore di riorganizzazione del sistema delle cure primarie, presuppone infine un maggiore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, specie nell'esercizio della funzione di "filtro" rispetto agli accessi presso le strutture ospedaliere e territoriali. L'obiettivo è quello di limitare quelli impropri (codici bianchi e verdi), che nel 2016 hanno rappresentato il 68% dell'utenza dei Pronti soccorso e dei Punti di Primo Intervento dell'Asur (Bilancio d'esercizio Asur 2016). Il ruolo marginale della Regione nel confronto con i MMG non ha invece determinato quel cambio di passo necessario per l'avvio di una effettiva sanità d'iniziativa che deve caratterizzare tutti tutte le attività dell'assistenza primaria.

SANITA' PRIVATA

La tendenza degli ultimi anni registra, nelle Marche, un costante incremento del peso del privato convenzionato, sia in ambito multispecialistico che mono, che negli ultimi anni ha beneficiato di un importante aumento del budget dedicato (+ € 2 milioni circa dal 2016).

In media circa il 16,% dei posti letto ospedalieri sono gestiti da soggetti privati, con una concentrazione straordinaria sulla post - acuzie (lungodegenza e riabilitazione), dove la percentuale raggiunge il 58% dei posti letto.

Per quanto riguarda invece l'assistenza territoriale, il 41% delle 848 strutture presenti sul territorio regionale sono gestite dal privato convenzionato, al quale, in aggiunta, afferiscono il 76,5% dei posti attivi presso le strutture socio sanitarie regionali, residenziali e semiresidenziali. In generale, a differenza di quanto accaduto alla quota pubblica, tra il 2010 e il 2014 la spesa privata sanitaria procapite (sempre fonte Istat) è cresciuta arrivando a 546,2€.

L'attuale articolazione dei posti letto e delle strutture sanitarie private multispecialistiche è il risultato della recente riorganizzazione delle reti cliniche, attuata secondo i criteri previsti dal DM 70/15. Tutte le strutture marchigiane sono entrate a far parte di una Rete d'Impresa denominata "Casa di cura delle Marche" articolata in tre Sub reti di AV 2 (Villa Serena e Villa Igea), AV 3 (Villa Pini e Casa di cura Marchetti) e AV 4/5 (Villa Verde, Villa San Marco, Villa Anna e Stella Maris). Il settore impiega circa 800 dipendenti, ed assorbe risorse pubbliche per circa 53,8 milioni di € per l'attività ordinaria (con un incremento di circa 2 milioni rispetto 2014) ai quali si devono aggiungere circa 31.6 milioni per un progetto di potenziamento della mobilità attiva e circa € 7,2 milioni relativi alla riduzione dei tempi di attesa e al recupero della mobilità passiva.

Gli erogatori privati godono nella Regione Marche di particolari privilegi, come la possibilità di considerare "tra loro comunicanti" i budget assegnati per le attività ambulatoriali - cosa che rende meno stringente la rispondenza delle prestazioni erogate rispetto a quelle richieste dal SSR - e come il meccanismo del "silenzio assenso", per la regolamentazione delle compensazioni, all'interno delle strutture, tra il budget (per residenti) delle degenze e quello delle prestazioni ambulatoriali.

La minore incidenza sulle loro attività di alcune tipologie di costi, in particolare quelli del lavoro, pone i soggetti privati in una condizione di evidente vantaggio competitivo. L'applicazione di CCNL firmati da organizzazioni sindacali scarsamente rappresentative comporta infatti livelli retributivi e tutele contrattuali complessivamente ridotte rispetto a quelle del pubblico. La stessa Rete d'Impresa "Casa di cura delle Marche", infine, opera derogando (a tempo indeterminato) i criteri dimensionali minimi definiti dal DM 70/15.

Emerge quindi con evidenza il tema del governo del sistema degli erogatori privati nella Regione Marche. Due sono le priorità:

- l'affidamento al privato di parti importanti del sistema socio sanitario, fuori da una logica di integrazione dell'offerta erogata dal soggetto pubblico, rischia di comprimere la funzione, propria di quest'ultimo, di garante nella verifica e nel controllo dell'attività affidata, riservandogli il solo ruolo di ufficio pagatore;
- l'espansione della presenza dei privati va compensata avviando percorsi di qualificazione delle condizioni economiche e normative dei loro dipendenti, da avvicinare progressivamente, anche attraverso la contrattazione collettiva decentrata, a quelle dei loro colleghi dipendenti pubblici.

Resta sullo sfondo un interrogativo importante: le esternalizzazioni rappresentano una modalità organizzativa dei servizi che ha effettivamente portato risparmi al sistema e migliorato la qualità delle prestazioni erogate?

TEMPI D'ATTESA

Secondo il monitoraggio mensile effettuato dall'Agenzia Regionale Sanitaria, nelle Marche, durante il mese di marzo 2017, sono state erogate 102.886 prime visite e prestazioni di specialistica ambulatoriale, appartenenti alle 43 categorie per le quali la normativa nazionale impone il monitoraggio e il rispetto di tempi massimi d'attesa.

Questi ultimi sono sostanzialmente rispettati solo per 20.493 visite e prestazioni, ossia quelle prescritte dai Medici di Medicina Generale indicando, nella relativa casella, le priorità Breve o Differita. Per le restanti 82.393 prestazioni, prescritte con classe di priorità Programmata o senza alcuna classe di priorità, non vi è obbligo di rispettare alcun tempo massimo. Di conseguenza, queste vengono erogate con tempi medi particolarmente elevati, specie per gli esami di diagnostica strumentale. Alcuni esempi: 104 gg per una RMN al cervello, 113 gg per una colonscopia, 117 gg per un Ecocolordoppler, 260 giorni per una mammografia.

Se è vero che i tempi d'attesa sono in parte dovuti alle prescrizioni inappropriate, è però insostenibile la tesi per cui solo una prestazione su quattro venga prescritta correttamente dai Medici di MG. E' chiaro invece che nel sistema dell'offerta marchigiana esistono ancora gravi carenze strutturali, alle quali bisogna far fronte sia attraverso un utilizzo più intensivo ed efficiente delle apparecchiature diagnostiche, sia incrementando l'offerta di alcune specifiche tipologie prestazioni, da attuare coinvolgendo il personale del servizio sanitario pubblico con progetti specifici.

Non si hanno a disposizione strumenti per valutare l'efficacia delle azioni previste dal Piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa (Dgrm 808/15), specie per la presa in carico dei pazienti cronici in cura presso specialisti di settore.

Resta infine aperto il tema della regolamentazione più trasparente del fenomeno della libera professione intramuraria, dal ricorso dei cittadini alla quale il sistema sanitario nel 2015 ha ricavato, secondo l'Agenas, 37,3 milioni di € (+3,7% sul 2012), a partire dalla verifica del reale equilibrio tra i volumi delle attività erogate in regime istituzionale e in intramoenia.

MOBILITA' SANITARIA

Il fenomeno della mobilità sanitaria nelle Marche si è aggravato tra il 2010 e il 2015, periodo in cui il saldo passivo, relativamente ai soli ricoveri, è passato da 26 a 48,9 milioni di € (Conferenza Stato Regioni 2017).

Tale risultato deriva in parte dal peggioramento del saldo passivo di mobilità relativamente ai ricoveri presso strutture private extraregionali, passato da 13,1 a 25,4 milioni di €. Determinante anche la riduzione della mobilità attiva, settore sul quale, nel periodo di riferimento, si sono "persi" 8,8 milioni di €. Mancano all'appello i dati sulla mobilità per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, che la Regione Marche si guarda bene dal mettere a disposizione.

E' chiaro in ogni caso che siamo di fronte ad una gravissima perdita di attrattività della sanità marchigiana, le cui ragioni sono molteplici. La contrazione della spesa per il personale ha inevitabilmente determinato una riduzione delle prestazioni prodotte, insieme alla loro

qualità. La produzione ospedaliera Asur, dal 2011 al 2015 è infatti scesa da 249.161 a 212.911 prestazioni, mentre la spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale è diminuita di più di 7 milioni di € tra il 2013 e il 2015. In aggiunta ai lunghi tempi d'attesa, questo causa la "fuga" dei cittadini marchigiani, spesso costretti a sostenere costi importanti per ricoveri fuori regione. Ricoveri che per il 60% circa hanno riguardato casi di complessità bassa e medio bassa nel 2015 (Bilancio d'esercizio Asur 2016).

RETE OSPEDALIERA

Uno dei cardini della riorganizzazione sanitaria è stata la rimodulazione dell'assistenza ospedaliera, razionalizzata spostando risorse ed attività verso la post acuzie e il regime ambulatoriale, nonché riorganizzando gli ospedali secondo logiche di integrazione e differenziazione delle attività (reti cliniche) e sviluppando reparti strutturati non più per disciplina specialistica ma per intensità di cura.

Nello schema generale c'è ancora da definire con chiarezza il ruolo dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, con particolare attenzione alle prestazioni di eccellenza da erogare, e il rapporto tra le Aziende ospedaliere e i Presidi ospedalieri Asur, ad iniziare dal caso Inrca - Osimo, per il quale risulta ancora insufficiente il confronto avviato sul processo di integrazione, che va intensificato e approfondito coinvolgendo le Organizzazioni Sindacali nella definizione del percorso e salvaguardando il diritto di opzione degli operatori. Rispetto alla nuova struttura occorre chiarire le modalità di finanziamento e le tipologie di servizi che verranno erogati, nell'ottica dell'alleggerimento delle attività di medio bassa complessità erogate dall'AOU Ospedali Riuniti di Ancona.

Di certo sappiamo che, dal 2012 ad oggi, in attuazione degli obblighi imposti dalla normativa nazionale, sono stati soppressi circa 550 posti letto per acuti, insieme a 161 Unità Operative Complesse e 288 Semplici. Manca invece qualsiasi riscontro in merito allo stato di attuazione del percorso di sviluppo delle 22 reti cliniche regionali che l'Asur ha istituito a dicembre 2015. Una questione complessa ma di vitale importanza, in quanto relativa ai criteri di collocazione delle diverse Unità Operative nelle Aree Vaste, in modo da garantire in forma organica un'assistenza appropriata e diffusa su tutto il territorio regionale. La mancanza a tutti i livelli di un confronto trasparente alimenta il timore che queste scelte siano state adottate con riferimento a logiche legate più ad equilibri politici e ad interessi di parte che ai bisogni effettivi della popolazione, rilevabili e giustificabili in base a criteri demografici ed epidemiologici.

Questione che intreccia infine quella della riduzione della frammentazione ospedaliera, realizzata trasformando i 13 più piccoli ospedali marchigiani in Ospedali di Comunità, ossia strutture territoriali deputate principalmente alla gestione dei pazienti cronici e fragili. Non sono disponibili informazioni chiare ed attendibili sull'effettivo stato di attuazione del percorso di trasformazione di queste strutture. La Dgr 139 del 2016, portandolo a compimento, le definisce come "esclusivamente territoriali", con conseguenze importanti sia per il rapporto tra le attività in esso espletate con quelle ospedaliere (v. capitolo sulle Case della Salute), sia rispetto alla configurazione della Rete Territoriale di Soccorso.

Nel contesto della riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti, il potenziamento della rete dell'Emergenza-Urgenza era considerata un'azione strategica (Dgr 735/13), anche e soprattutto con riguardo alle aree interne. Attuando il DM 70/15, la Dgr 139 sopprime i Punti di Primo Intervento dal 1 gennaio 2017, sostituendoli con i Punti di Assistenza Territoriale, ancora privi di un chiaro assetto giuridico, professionale, organizzativo e strutturale. Al momento mancano riscontri sullo stato di attuazione di un percorso che da un lato preoccupa per l'effettiva riduzione degli standard di assistenza garantiti in emergenza - a regime i PAT sono destinati a trattare solo codici bianchi e verdi - e che in ogni caso sarà impossibile se negli OdC non entreranno i Medici di Medicina Generale, che insieme alle Potes e alla Continuità Assistenziale ne dovrebbero rappresentare i cardini. La dotazione di Mezzi di Soccorso prevista dalla Dgr 139 appare insufficiente nel numero e non sempre razionale nella loro dislocazione sul territorio. Non si ha notizia del previsto incremento della quota di operatori dedicati, dell'avvio della formazione continua per gli addetti alle Potes e dell'adeguamento strutturale dei Mezzi, molti dei quali sono un pericolo per addetti e pazienti.

Alla rete ospedaliera si legano infine alcune considerazioni generali sugli assetti istituzionali della sanità marchigiana. Il dibattito sulla costruzione e la localizzazione dei “nuovi ospedali unici” andrebbe affrontato partendo dai temi delle modalità di finanziamento, degli effetti sulla rete ospedaliera e sui servizi, delle ripercussioni sul personale, della gestione degli appalti. In ogni caso andrebbe preceduto e accompagnato da una riflessione sulla reale attività degli Enti sanitari regionali e delle relazioni che tra loro intercorrono. Si ritiene comunque utile aprire una riflessione sulla governance della sanità marchigiana.

PERSONALE

Le condizioni di lavoro del personale sanitario nelle Marche sono pesantemente peggiorate in questi anni. Le limitazioni al turnover, il perdurare di una situazione di costante diminuzione di investimenti economici sul personale (compreso il taglio dei Fondi contrattuali di secondo livello) e sull'adeguamento degli organici ai reali fabbisogni, hanno portato un crescente disagio organizzativo con l'aumento dei fenomeni di stress e di burn out conseguenti al mancato rispetto dei turni di lavoro, di sovraccarico di attività con evidenti ripercussioni sulla qualità dei servizi erogati.

Per questo, come prima misura, è necessario che ogni Azienda del SSR delle Marche preveda risorse umane adeguate per programmare turni di lavoro che rispettino l'articolo 14 della legge 161/2014, senza intraprendere scorciatoie organizzative che determinano “gravi ripercussioni” sulla qualità delle prestazioni sanitarie e sulle lavoratrici ed i lavoratori.

Il Conto Annuale della Ragioneria dello Stato evidenzia gli effetti che la politica di contenimento dei costi attuata dai Governi ha avuto sulla composizione e sui costi degli organici. Attraverso il blocco del turn-over circa 22.000, tra professionisti e lavoratori, sono usciti dal sistema senza poter essere sostituiti, dei quali circa 17.000 appartenenti ai profili tecnici e sanitari. La Ragioneria conferma poi anche il calo occupazionale nel settore pubblico marchigiano, con tutti i riflessi sui servizi ai cittadini. Si è passati dai 20.152 dipendenti del Comparto Sanità in servizio nel 2010, ai 19.430 del 2015, con una perdita di 722 unità con contratto a tempo indeterminato, e quindi al netto dei contratti a tempo determinato non rinnovati.

Nel prendere atto che dopo anni di tagli al personale nella Regione Marche si è riusciti a garantire solo nel 2016 alle Aziende del SSR marchigiano una copertura del turn-over, si pone la necessità di andare oltre la mera sostituzione dei cessati per un recupero delle unità lavorative perse tra il 2011 e il 2015, e soprattutto di dare una risposta strutturale al tema del precariato, alla luce anche delle recenti evoluzioni normative.

Il dato delle “3.250 assunzioni nel 2016”, annunciato con entusiasmo dalla Regione Marche, va depurato dalle proroghe dei contratti a tempo determinato già in essere e dell'attivazione di nuovi ed ulteriori contratti a tempo determinato, a copertura dei pensionamenti, stipulati nel corso del 2016, che rappresentano la stragrande maggioranza dei complessivi 3.250 “assunti” con l'effetto negativo di riproporre il tema del precariato nel sistema regionale.

Assunzioni a “tempo indeterminato” invece si rendono necessarie non solo per dare stabilità e continuità ai servizi ma anche per garantire condizioni di lavoro che permettano di poter rispettare la direttiva europea sugli orari.

Si rende quindi necessario aprire un confronto con le organizzazioni sindacali di Categoria:

- sulla quantificazione dei fabbisogni di personale per tutte le professioni, al fine di reintegrare gli organici sguarniti;
- su appalti e affidamenti all'esterno, con l'obiettivo di avviare politiche che avvicinino le condizioni di lavoro e favoriscano regole chiare e trasparenti per tutti i soggetti, pubblici e privati, che erogano servizi pubblici; è infatti intollerabile che il sistema continui ad alimentare situazioni di dumping tra lavoratori contrattualizzati in modo diverso e per questo discriminati nel riconoscimento delle qualifiche professionali, nei diritti fondamentali e nelle strutture retributive;
- il livello di confronto regionale dovrà permettere, inoltre, di definire linee guida per la programmazione, a livello aziendale, di processi di miglioramento organizzativo;
- l'avvio di una verifica complessiva delle attività attualmente esternalizzate, avente ad oggetto la sussistenza delle condizioni per riportare in gestione diretta tutte quelle

attività che garantiscono prestazioni di assistenza sanitaria alla persona, come ad esempio il servizio di trasporti con l'utilizzo dei dipendenti ex Croce Rossa Italiana, limitando il ricorso alle esternalizzazioni per le sole attività di supporto e comunque valutandole in termini di costi e di efficienza;

- la garanzia di risorse regionali da destinare alla contrattazione decentrata, superando intollerabili squilibri oggi esistenti fra Aree Vaste e fra Aziende del SSR nell'ammontare dei "fondi" destinati alla componente accessoria della retribuzione (indennità, progressioni, disagio, produttività);
- la salvaguardia dei livelli occupazionali dei lavoratori delle cooperative sociali che operano prevalentemente nel campo delle fragilità sociali ovvero nei servizi della salute mentale, delle dipendenze patologiche e della disabilità;
- sul completamento del processo di stabilizzazione dei lavoratori precari di cui al DI 101/13 e alla Dgr 247/2016, nel rispetto della programmazione regionale 2016/2018 e alla luce della necessità di dare applicazione al Dlgs 75/2017 (cd. Decreto Madia) di modifica del Testo Unico del pubblico impiego.

Ancona, 9 luglio 2017