

Peppino Giorgini

Assemblea Legislativa reg.le delle Marche
Consigliere Movimento 5 Stelle
Piazza Camillo Benso conte di Cavour, 23
60123 ANCONA

Ancona, 18/11/2019

Alla Guardia di Finanza
Comando Nucleo Polizia Tributaria
Corso Mazzini, 39
63100 ASCOLI PICENO

Oggetto: Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto, Unità Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) – Verifica ministeriale Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): Esposto.

Il sottoscritto **Peppino Giorgini**, nato a San Benedetto del Tronto il 21 Luglio 1953 ed ivi residente in Via Val Solda 19, Consigliere dell'Assemblea Legislativa regionale delle Marche per il "Movimento 5 Stelle", segnala a codesta Autorità di P.G. la grave situazione nella quale versa la generale assistenza ospedaliera nell'ambito dell'Ospedale di I livello "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto, e segnatamente il Reparto di Cardiologia nella rilevante e vitale tematica cardiologica delle urgenze, oggetto di progressivo smantellamento.

Ma prima di affrontare il nocciolo del problema, per la migliore comprensione dei contenuti di quanto andrà ad esporre, ritiene di dover anticipare un inquadramento legislativo e tecnico della materia per la cui esposizione si avvarrà del portale del Ministero della Salute.

La salute è diritto di tutti, tutelato dalla Costituzione italiana (art. 32). Lo Stato italiano tutela la salute attraverso il Servizio sanitario nazionale ovvero il sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso a tutta la popolazione all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie.

La stessa Costituzione prevede che la responsabilità della tutela della salute sia ripartita tra lo Stato e le Regioni (Titolo V, art. 117, comma 2, lett. m).

Lo Stato ha il compito di determinare i Livelli di assistenza che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e di vigilare sulla loro effettiva erogazione. Le Regioni programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza, avvalendosi delle aziende sanitarie locali (Asl) e delle aziende ospedaliere.

Per ciò che riguarda l'assistenza ospedaliera che è l'ambito che qui interessa occorre precisare che lo Stato con i LEA ha stabilito che detto livello si articola in 8 aree di attività:

1. Pronto soccorso
2. Ricovero ordinario per acuti
3. Day surgery
4. Day hospital
5. Riabilitazione e lungodegenza post acuzie
6. Attività trasfusionali
7. Attività di trapianto di cellule, organi e tessuti
8. Centri antiveleni (CAV)

Per ciascuna area di attività il DPCM 12 gennaio 2017 di definizione dei nuovi LEA illustra le principali caratteristiche e le prestazioni assistenziali garantite dal SSN, indicandone anche i criteri di appropriatezza.

E' anche previsto un sistema di monitoraggio o di garanzia attraverso il quale il Governo assicura a tutti i cittadini che l'erogazione delle prestazioni e dei servizi compresi nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità.

Detto sistema di garanzia, introdotto nel 2000 in occasione del D. Lgs. 56/2000, istitutivo del "federalismo fiscale", e reso operativo attraverso il DM 12 dicembre 2001, è stato nel tempo modificato. Attualmente esso è basato su flussi informativi su base individuale e con informazioni a livello di singola prestazione erogata e tipologia. Il Patto per la Salute 2010-2012 prevedeva, all'art. 10, di utilizzare, nelle more dell'aggiornamento del sistema di garanzia, un set di indicatori (la cosiddetta "Griglia LEA").

La Griglia LEA rappresenta lo strumento con il quale viene certificato l'adempimento E) "Mantenimento dell'erogazione dei LEA", che rientra tra gli adempimenti previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ai quali sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN (quota premiale del 3% delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie). La verifica di tali adempimenti è a cura del Comitato LEA il quale predispone un questionario, trasmesso alle Regioni attraverso il Tavolo adempimenti presso il ministero dell'Economia e delle finanze. A partire dall'anno di valutazione 2020 è previsto un altro sistema di calcolo che sostituirà la Griglia LEA, così come previsto dall'art. 3, comma 6, del DM 12 marzo 2019.

Annualmente vengono presentati i risultati della valutazione dell'adempimento "mantenimento nell'erogazione dei LEA". Per l'anno 2017, nel documento *Monitoraggio dei LEA attraverso la c.d. Griglia LEA – Metodologia e risultati dell'anno 2017*, a cura dell'Ufficio 6 della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, sono stati resi noti i punteggi di tutte le Regioni.

Ora, tutto quanto sopra premesso, fa presente che nell'ambito della Regione Marche da tempo è in atto una riorganizzazione ospedaliera senza che questa sia preceduta da un Piano sanitario regionale come prevede la legge, ma nel tempo si è assistito ad una sovrapposizione dei compiti dell'Organo esecutivo (Giunta) su quello legislativo (Consiglio), al quale compete a norma della Legge statutaria regionale 8 marzo 2005 n. 1 (art. 21, lett. i) la funzione di programmazione. Recita puntualmente lo Statuto regionale che il Consiglio:

"Delibera gli atti generali di programmazione, i piani e i programmi di settore".

Di fatto l'ultimo **Piano sanitario regionale** delle Marche risale al 2011 quando il Consiglio, nella seduta del 16 dicembre, approvò la deliberazione n. 38 – "Piano Socio Sanitario Regionale 2012/2014. Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo".

Si rappresenta inoltre che in materia di organizzazione, a livello ASUR, viene in evidenza l'art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502 del 1992 il quale prevede:

*"In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con **atto aziendale di diritto privato**, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica".*

Ebbene, dalla piena operatività dell'ASUR Marche andata a regime con il 1° gennaio 2006 nessun atto aziendale è stato mai approvato dall'ASUR medesima. Ciò ha fatto sì che fossero individuate le strutture semplici e complesse mediante atti diversi dall'Atto aziendale di cui all'art. 3, comma 1 bis D.Lgs. n. 502/1992, che è atto a carattere generale, e questa procedura ha consentito, a proprio giudizio, di privilegiare questo o quel Dirigente sanitario o amministrativo a seconda della consentaneità e accondiscendenza politica.

Ora, ha detto TAR Calabria Reggio Calabria, 07/11/2005, n. 1981: *"E' illegittima l'individuazione delle strutture semplici e complesse di una Asl mediante un atto diverso dall'atto aziendale in violazione dell'art. 3 comma 1 bis, d.lg. n. 502 del 1992 e degli artt. 7 e 11, l. reg. Calabria n. 11 del 2004. Si tratta di una disciplina talmente specifica e dettagliata da non lasciare*

spazio alla possibilità di effettuare scelte di tipo organizzativo al di fuori dell'atto aziendale ed al di fuori delle linee guida indicate dalla Regione".

Scendendo più nel dettaglio della problematica Cardiologia, fa presente che lo Stato con il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ha fissato gli standard dei livelli essenziali di assistenza (LEA) prevedendo all'art. 1, comma 2, che le Regioni dovessero provvedere "ad adottare il **provvedimento generale di programmazione** di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, nonché i relativi provvedimenti attuativi, garantendo, entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni".

In pratica nel DM 70/2015 i presidi ospedalieri vengono classificati in base al bacino di utenza e di afferenza e viene codificata la presenza delle Unità operative in relazione alla complessità ed intensità di cure previste.

Le Unità operative di Cardiologia con relativa UTIC vengono previste per i presidi ospedalieri di I livello, ovvero quelli con un bacino di utenza compreso fra 150.000 e 300.000 abitanti, alle quali si aggiungono Unità di Cardiologia con Servizio Emodinamica interventistica h 24 nei presidi con bacino di utenza compresi fra 300.000 e 600.000 abitanti.

Standard minimi e massimi per struttura per singola disciplina sono definiti dalla Legge n. 135/2012, che indica anche i volumi e gli esiti le soglie minime cui far riferimento per la riconversione della rete ospedaliera (per l'Infarto miocardico acuto: 100 casi/anno in fase acuta di primo ricovero ospedalieri; per l'Angioplastica coronarica percutanea: 250 procedure/anno di cui almeno 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI; Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 minuti dall'accesso in pazienti con infarto miocardico SEMI in fase acuta: minimo 60%).

La Regione Marche ha definito le Unità operative complesse e le relative funzioni delle aziende del SSN con le DGRM n. 1345/2013 e n. 1219/14 (quest'ultima in particolare prevede la proposta a tendere che le cardiologie di Senigallia, Camerino e San Benedetto del Tronto siano trasformate in cardiologie ad indirizzo riabilitativo).

Ulteriori atti regionali di riferimento sono le DGRM n. 1282 del 24/10/2016 e n. 1695 del 10/12/2018 istitutiva della rete telematica per la gestione delle sindromi coronariche acute della Regione Marche.

L'ASUR Marche ha dato esecuzione agli atti di indirizzo regionali con le Determine del Direttore Generale n. 350/2015, n. 481/2016, e n. 361/2017 definendo l'assetto organizzativo aziendale e procedendo ad individuare i Dipartimenti Funzionali Cardiologici in maniera però non omogenea per singola Area Vasta, bensì accorpando l'AV1-AV2 da una parte e l'AV3, AV4, AV5 dall'altra.

Con ulteriore Determina n. 732 del 15/12/2017 è stato approvato l'atto organizzativo relativo alla "Rete Clinica Cardiologica ASUR" con l'intento dichiarato tra l'altro di "rendere più omogeneo possibile l'accesso alle prestazioni sanitarie d'emergenza necessarie ai cittadini", ma così non è stato.

Infine, con Determina n. 1554 del 19 novembre 2018 rubricata "Documento tecnico di ricognizione dello stato di attuazione del D.M. 70/2015 avente ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", l'ASUR ha proceduto ad una ricognizione di quanto sino ad allora messo in campo per l'attuazione dei principi stabiliti dallo Stato con il D.M. n. 70/2015. Questa Determina è stata inviata al Tavolo Ministeriale per il monitoraggio per la verifica dell'erogazione dei LEA.

In data 30 ottobre 2018 il sottoscritto unitamente ai colleghi Consiglieri del "Movimento 5 Stelle" Fabbri e Maggi, presentava all'Assemblea Legislativa delle Marche la Mozione n. 413, di pari

data, ad oggetto “Immediato ripristino dell’UTIC presso l’Ospedale “Madonna del Soccorso” di San Benedetto del Tronto”, affinché fosse assunto l’impegno da parte del Presidente e della Giunta Regionale a voler procedere, con tutta l’urgenza del caso, “a promuovere tutte le iniziative necessarie all’immediato ripristino dell’UTIC nell’ambito dell’Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto e a far recedere l’ASUR Marche dalla scelta che ha portato alla chiusura della Cardiologia – UTIC e alla sua trasformazione in degenza riabilitativa, in palese contraddizione rispetto a quelle che sono le indicazioni del Ministero della Sanità, della stessa Regione Marche, dell’ARS regionale in sede di sviluppo delle reti cliniche nella Regione Marche, scelta che ha messo a serio rischio la vita dei cittadini”.

La mozione n. 413 veniva discussa nella seduta del 5 febbraio 2019 senza tuttavia essere approvata.

La suddetta mozione nasceva soprattutto con l’intento di porre riparo a quanto stabilito dalla Determinazione del D.G. ASUR Marche n. 350 del 15 maggio 2015 ad oggetto “Approvazione assetto organizzativo aziendale”, allegato n. 6, si è sottratta l’UTIC di San Benedetto del Tronto dalla rete clinica cardiologica dell’AV5 prevedendo una diversa Cardiologia ad indirizzo riabilitativo nell’ambito del Dipartimento Emergenza-Accettazione.

Occorre al riguardo sottolineare come l’Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (o UTIC) è un reparto ospedaliero specializzato nella gestione del paziente affetto da patologia cardiaca acuta che richieda un costante monitoraggio dei parametri vitali. Collegata a questo reparto c’è quello di Emodinamica dove i pazienti vengono sottoposti a coronarografia e ad un monitoraggio continuo del ritmo cardiaco e pressorio, e in caso di necessità a ventilazione artificiale assistita. Il ricovero è effettuato in regime di urgenza/emergenza e dura il tempo necessario alla stabilizzazione del quadro acuto, dopodiché solitamente i pazienti vengono trasferiti, a seconda delle necessità, nel reparto di cardiologia, cardiocirurgica o in altri reparti.

La Regione Marche ha come detto operato un riassetto organizzativo differenziato tra Aree Vaste e nell’ambito di queste tra Presidi ospedalieri dello stesso territorio e questo ha creato e crea discriminazione per mancanza di omogeneità oltre che iniquità nell’accesso alle prestazioni sanitarie.

E questo è avvenuto dopo che la pregressa Giunta regionale, con la DGR 1345/2013, aveva manifestata la forte preoccupazione per “la smobilitazione delle Unità Coronariche dalla fascia costiera [che] potrebbe creare problemi soprattutto nel periodo estivo quando il carico lavorativo si raddoppia per il flusso turistico”.

Ora siamo al punto che il Ministero della Sanità sa che a SBT c’è una UTIC, la Giunta Regionale dice con la Determina 1554/18 che c’è una UTIC, quando in realtà non c’è perché incompleta.

Questa la situazione reale che gli risulta:

UTIC PREVEDE

Qualifica	Organico	Unità Presenti
Medici	11	6
Infermieri	16	12 (+ 1 infermiera diurnista)
Manca il Primario		(c’è solo un facente funzioni)
Manca inoltre la Capo Sala		

Altri 5 infermieri sono addetti soltanto agli Ambulatori di Cardiologia e non fanno turni né corsia.

Come già detto a livello statale è operativo il “Sistema di garanzia” attraverso il quale il Governo assicura a tutti i cittadini che l’erogazione delle prestazioni e dei servizi compresi nei Livelli essenziali di assistenza avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità.

In pratica se dal COMITATO LEA, a cui viene affidato il compito di monitoraggio annuale sull’erogazione dei LEA, dà un punteggio sufficiente (da 160 a 200) si ottiene il 3% in più di trasferimenti come quota premiale.

Questo documento che prevede di fare, ogni anno, una ricognizione per vedere se vengono rispettati gli standard qualitativi previsti dal decreto suddetto (LEA) è racchiuso nella DGR

