



Gruppo Consiliare
Regione Lazio

Al Presidente del Consiglio Regionale del Lazio
On. Daniele Leodori

RISOLUZIONE

Integrazione della delibera commissariale n.U00428 del 04/10/2013

Proponente: Cons. Silvana Denicolò

PREMESSO CHE

- I progressi della tecnologia in medicina e per esteso i miglioramenti della qualità di vita globale hanno comportato un allungamento dell'aspettativa di vita media e conseguentemente un invecchiamento della popolazione;
- tale invecchiamento della popolazione ha determinato un'epocale transizione epidemiologica dalle malattie ad andamento acuto e ad alta mortalità (sostanzialmente infezioni e insufficienze acute d'organo) a quelle ad andamento cronico/degenerativo a più bassa mortalità ma più alta disabilità (diabete, scompenso cardiaco, ipertensione, BPCO, neoplasie, neurodegenerazioni, osteoartrosi/osteoporosi, ecc...);
- il "burden of disease" delle malattie cronico/degenerative, a causa della continuità di cure che comportano ed a causa della pluripatologia con cui spesso si accompagnano, è enormemente più elevato di quello richiesto dalle malattie acute;
- la progressiva contrazione del finanziamento alla sanità proveniente dalla fiscalità generale, nell'ambito di un regime Beveridgeano come il nostro, sta ponendo serie preoccupazioni per la sostenibilità a lungo termine di un sistema sanitario pubblico che si trova ad affrontare un carico di malattia sempre crescente a causa della transizione epidemiologica di cui al precedente punto;
- i sistemi sanitari dovranno affrontare, nei prossimi anni, scenari sempre più caratterizzati da un divario fra risorse disponibili e domanda di salute, destinata a crescere a causa dell'allungamento dell'aspettativa di vita e della maggiore incidenza di patologie croniche. Le proiezioni al 2030 dell'OMS fissano al 90% la percentuale di persone che moriranno per patologie non trasmissibili, cardiovascolari ed oncologiche, seguite da malattie dell'apparato digerente e respiratorio;
- i paesi sviluppati stanno fronteggiando questa sfida attraverso un cambiamento radicale nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria ed un crescente investimento nell'assistenza da



Gruppo Consiliare
Regione Lazio

favore di soggetti affetti da patologie croniche: questa revisione del paradigma assistenziale richiede investimenti diversi, meno concentrati sull'area ospedaliera e orientati invece al rafforzamento delle cure primarie ed alla promozione dell'integrazione e del coordinamento tra medici di medicina generale, altri professionisti sanitari e specialisti ospedalieri;

CONSIDERATO CHE

- il Lazio è attualmente in Piano Sanitario di Rientro e quindi ogni modifica di azione in campo sanitario non deve risultare in un ulteriore aggravio per il Sistema Sanitario Regionale (S.S.R.);
- la cattiva gestione delle malattie croniche nel loro luogo naturale di cura, cioè il domicilio ed il territorio, genera una mole di accessi inappropriati al Pronto Soccorso ed alla degenza ospedaliera sempre più insostenibile finanziariamente;
- l'adozione in molti Paesi socialmente evoluti (Canada, Gran Bretagna, Stati Uniti, Australia) di nuovi modelli di assistenza territoriale integrata della cronicità e della disabilità (Kaiser-Permanente, Chronic care Model, Expanded Chronic Care Model, ecc...) ha portato non solo ad un significativo aumento degli indicatori di performance sanitaria (efficienza ed efficacia) ma contestualmente ad una riduzione della spesa sanitaria globale;
- l'adozione di medesimi modelli in alcune Regioni italiane (soprattutto in Toscana con l'Expanded Chronic Care Model ed in Emilia-Romagna con il modello delle Case della Salute) sta dando gli stessi confortanti risultati;
- un contenimento dei ricoveri ad alto costo per i pazienti cronici può avvenire solo attraverso l'erogazione di un'assistenza qualitativamente elevata in ambito territoriale, conseguibile mediante il coordinamento di operatori;
- negli ultimi tempi, vista la situazione economica, sono stati utilizzate strutture, precedentemente adibite a presidi ospedalieri, come poliambulatori specialistici; tali strutture potrebbero essere utilizzate come case della salute in quanto già operative;

VISTO CHE

-Il perno organizzativo dell'assistenza primaria (cioè l'assistenza rivolta alla prevenzione ed ai bisogni primari di salute, erogati in un contesto che sia il più possibile quello del paziente) e della



Gruppo Consiliare
Regione Lazio

gestione della cronicità/disabilità, almeno secondo i succitati modelli di assistenza, è il Medico di Medicina Generale (MMG) coordinato e guidato dal Distretto Socio-Sanitario della ASL di appartenenza;

-La totalità dei MMG opera in regime di convenzione con il S.S.R., continuando a mantenere lo status di lavoratore libero-professionista. Non sono cioè dipendenti del S.S.R., e non sono quindi inquadrati negli obblighi e nei diritti professionali di un dipendente pubblico, pur svolgendo un servizio di pubblica utilità;

- il documento punti del documento “Raccomandazioni per la stesura degli atti aziendali di cui al D.C.A. n. 428 del 4 ottobre 2013, relativamente all’organizzazione delle Case della Salute” sono in contrasto tra loro o in contrasto con quei modelli di assistenza primaria citati nel Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2011 (“Decreto Balduzzi”) poi convertito in Legge n. 189 del 2012, a cui la Giunta Zingaretti ha deciso di rifarsi, come dichiarato a pag. 2 del documento in discussione e che costituisce allegato del D.C.A. n. 428 stesso

- che nel detto documento non vi è alcun riferimento al coinvolgimento di stakeholders non sanitari, in particolar modo dei rappresentanti della comunità locale

- le “risorse e le politiche di comunità”, nell’ottica di una sempre maggiore partecipazione e responsabilizzazione del cittadino nei processi decisionali che riguardano la salute e soprattutto la prevenzione, è uno dei capisaldi del Chronic Care Model

- che la Emilia Romagna e la Toscana sono Regioni modello per l’attuazione di interventi ispirati ai principi descritti (in particolare si vedano le D.G.R. della Toscana n. 754, 1231 e 1235 del 2012 -- norme in materia di riordino delle prestazioni sanitarie e della sanità- e la D.G.R. dell’Emilia-Romagna n. 228 del 2010 -norme in materia di realizzazione e organizzazione delle case della salute-
Che nel Lazio due direttori di Distretto (Dr. Rosario Mete XII Distretto Asl RMC, e Dott. Massimo Ciaralli IV Distretto ASL RmB) hanno iniziato sperimentazione sul territorio con gruppi di medici, infermieri ed altre figure professionali coinvolte nell’applicazione del Chronic Care Model;

tutto quanto visto premesso e considerato, il Consiglio Regionale del Lazio

impegna

il Presidente Nicola Zingaretti e a tutta la Giunta della Regione Lazio, a:



Gruppo Consiliare
Regione Lazio

Intraprendere atti, azioni ed iniziative volte a realizzare un'azione di confronto e consultazione con le politiche sanitarie territoriali della Toscana e dell'Emilia Romagna, impegnandosi, in particolar modo ad adottare gli ulteriori provvedimenti e documenti solo dopo una revisione di analoghe azioni compiute in Toscana ed in Emilia Romagna, riformando la concezione dell'assistenza ospedaliera, in uno sforzo che almeno realizzi la fuoriuscita dal modello di ospedale come luogo accentratore di risorse e inserendolo in un percorso di diagnosi e cura che parta dal basso, dalle cure primarie, e ritorni alle cure primarie una volta che il cittadino sia stato dimesso, nonché riformare l'attività dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, in modo che anch'essi, al pari dell'assistenza territoriale e di quella ospedaliera, rientrino in un unico percorso che abbia il paziente, e non il sanitario o le sue strutture lavorative, come centro di riferimento, rivedendo la distribuzione delle case della salute previste nel decreto del 4/10/2013 n.U00428 per realizzare in modo omogeneo su tutta il territorio regionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie, che siano un punto di riferimento certo per i cittadini e alle quali ci si possa rivolgere in ogni momento per trovare una risposta ai propri problemi di salute e assicurando che tali strutture abbiano la funzione di: 1. assicurare un punto unico di accesso ai cittadini 2. garantire continuità assistenziale nelle 24 ore 7 giorni su 7 coordinando anche il servizio di guardia medica 3. rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette 4. sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione 5. promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini 6. offrire formazione permanente agli operatori. 7. ESSERE PUBBLICHE, SENZA INTERVENTO DI PRIVATI, con la previsione di diverse tipologie di strutture in base alla popolazione di riferimento e soprattutto alla ricchezza e completezza dei servizi prestati;

Roma, 19 novembre 2013

CONSIGLIERI SOTTOSCRITTORI

Silvana DENICOLO'

Silvia BLASI

Gaia PERNARELLA

Davide BARILLARI

Devid PORRELLO

Valentina CORRADO

Gianluca PERILLI