**Comitato di partecipazione ASUR . Incontro dell’ 8 luglio 2020.**

*Verbale*

Comitato di partecipazione ASUR . Incontro dell’ 8 luglio 2020.

Verbale

In data 8/07/2020, alle ore 14.30, presso le aule di formazione dell’ax CRASS (Ancona, Via Cristoforo Colombo, 106) si è tenuto l’incontro del Comitato di Partecipazione ASUR; OdG:

Emergenza da SARS -Covid 19: criticità emerse, situazioni nelle singole Aree Vaste ed eventuali azioni migliorative; Varie ed eventuali

All’incontro erano presenti:

1 Amici Fabio

2 Amici Roberto (invitato)

3 Carlotti Roberto

4 Dolcini Franco

5 Festa Roberto

6 Guidi Giovanni

7 Lugli Raffaella

8 Materazzi Maria Rita (invitata)

9 Mencarini Maria (Presidente)

10 Mosca Nadia

11 Pagliariccio Annunziata

12 Piccioni Zelinda

13 Ramazzotti

14 Sfredda Luigi (in qualità di segretario)

15 Spagna Maria Flavia

16 Stopponi Laura

17 Storti Nadia

18 Tiraboschi Franco (invitato)

La Presidente Maria Mencarini dichiara la validità della seduta.

La seduta è introdotta dal Direttore Generale Dr.ssa Nadia Storti che illustra una panoramica sulla situazione di emergenza COVID nella nostra Regione, dall’inizio della pandemia con le prime diagnosi e le verifiche della sintomatologia, fino alla situazione di oggi.

La dr.ssa Storti indica alcuni dati importanti sugli interventi delle strutture sanitarie della nostra regione e, in generale, sulla capacità del nostro sistema di far fronte ad una situazione del tutto inedita ed imprevedibile.

Interviene la Presidente del Comitato di Partecipazione degli Ospedali Riuniti di Ancona, dr.ssa Maria Rita Materazzi, spiegando il motivo, nell’ambito di quel contesto, della sua presenza e quella degli altri membri non facenti parte del Comitato di partecipazione ASUR. L’idea è di lavorare tutti insieme, costruendo un terreno comune per tutti i Comitati di partecipazione al fine di rappresentare una forza in grado di dialogare meglio con istituzioni e decisori regionali.

Non avendo avuto altre possibilità di interlocuzione con altri ambiti della Sanità regionale, in questa sede si chiedono al Direttore generale ASUR risposte chiare in merito ad alcune questioni che premono i Comitati.

Prende la parola il Dr. Roberto Amici con il compito di illustrare, a nome del gruppo di lavoro intercomitati, tali questioni. In particolare, il Dr. Amici sostiene che il problema di fondo è il ruolo possibile (e dovuto, anche in relazione a quanto indicato nella DGR istitutiva) dei Comitati di partecipazione, che dovrebbe andare ben al di là di quello consultivo: essi dovrebbero essere infatti fortemente coinvolti anche nei processi di pianificazione, di progettazione, di valutazione e di verifica. Non essendo soddisfatti del rapporto con la Regione, ai primi segni dell’epidemia i Comitati avevano creato un Coordinamento e chiesto un incontro con il Presidente della Giunta, informandone anche i Direttori generali delle Aziende. In quella occasione avevano indicato in una lettera alcuni nodi cruciali dell’organizzazione, sia in relazione al COVID 19, sia strutturali, intorno ai quali erano pronti a collaborare e a fare proposte.

Non c’è stata alcuna risposta, tuttavia, al dilagare dell’emergenza, essi avevano ritenuto di soprassedere.

Ora sembra maturato il tempo per riprendere quel discorso. Esistono alcuni problemi generali che, se da un lato sono molto importanti anche per le singole Aziende, dall’altro riconoscono nella Regione l’interlocutore decisivo (e decisore): la rete ospedaliera, la rete delle strutture e dei servizi territoriali, il personale e la sua distribuzione, il servizio e la rete epidemiologica per i dati di popolazione, il sistema informativo regionale.

Ci sono poi alcuni problemi specifici su cui un giudizio ed eventuali osservazioni e proposte possono essere formulate conoscendo le risposte ad alcune domande, che non possono che essere rivolte alle singole Aziende. Si riconosce alla dr.ssa Storti un’ apprezzabile relazione sull’evento drammatico della pandemia, che ha messo in evidenza l’impegno dell’ASUR e degli operatori. Luci ed ombre sono state descritte, senza nascondere le difficoltà e i problemi.

Il Dr. Amici, a nome dei Comitati, formula pertanto una serie di domande o di richieste di precisazioni.

1) Quanti tamponi al giorno sono stati effettuati? Con quale

logica di priorità rispetto ai cittadini?

2) Quanti esami sierologici? Con quale logica e con quale priorità?

3) Il personale ospedaliero. Come, quando e con quale periodicità

è stato sottoposto ai tamponi? Con quale sequenza di priorità rispetto ai singoli settori di attività? Medesima domanda per i test sierologici. Anche il personale del territorio è stato sottoposto a controlli sistematici?

4) Sono stati eseguiti tamponi “opportunistici”?

5) La metodologia seguita è stata dettata solo da regole regionali

(oltre che dai Decreti ministeriali) o l’ASUR ha potuto adattare i suoi interventi in relazione anche alle specificità di alcune aree territoriali nelle Aree vaste

6) E’ disponibile un data-base in cui siano stati omogeneamente

raccolti e siano consultabili i dati sintetici rispetto all’evento?

7) Sono state fatte riflessioni sull’elevata letalità regionale?

8) Le USCA hanno funzionato in modo omogeneo? Hanno un protocollo

di comportamento degli operatori che garantisca che le funzioni, gli atti, la raccolta dati, le modalità di tracciamento avvengano in modo uniforme? Ed è attiva una sorta di Carta del paziente, che gli garantisca sempre l’interlocutore cui chiedere, cui affidarsi, i tempi di risposta, le indicazioni sull’eventuale quarantena, i controlli cui sottoporsi ed i tempi di essi?

9) Le USCA ancora. Vista la debolezza del sistema territoriale che

l’epidemia ha messo ancor più in evidenza, non potrebbero essere un’occasione preziosa per ridisegnare la sanità fuori dall’ospedale, facendole diventare, con i dovuti aggiustamenti, uno strumento stabile anche per il futuro, sia nel caso, deprecabile, di una ripresa dell’epidemia, ma anche nell’organizzazione normale?

L’Assemblea decide di adottare come metodologia quella di raggruppare tutti gli interventi e permettere alla Dr.ssa Storti di rispondere alla fine.

Interviene il Dr. Roberto Carlotti dell’Area Vasta 1 illustrando, a partire dai primissimi tempi della fase di emergenza, la situazione dell’Area Vasta 1, in quanto provincia delle Marche più colpita dall’epidemia. Provvede, pertanto ad illustrare la politica dei tamponi nell’ambito delle residenzialità, e per tutti coloro che dovevano usufruire dei servizi in urgenza. All’inizio si presentava tutto come un intreccio piuttosto complesso di percorsi che andavano affrontati. Successivamente sono state costituite le USCA, che si sono occupate di fare tamponi ai soggetti sintomatici, ai loro contatti e soprattutto agli ospiti delle Residenze protette. Attualmente la situazione è piuttosto buona. Il soggetto risultato positivo ai controlli, il giorno prima (7 luglio), nella struttura di Pergola è stato isolato e sono stati tracciati tutti i suoi contatti lavorativi e familiari. Il 9 luglio, inoltre, è previsto il tampone a tutto il personale ASUR della sede di Fano, anche al personale amministrativo che non ha operato in smart working.

Il tracciamento dei contatti dei positivi è stato tutto eseguito a cura del Dipartimento di Prevenzione dell’AV1, ed è tutto registrato nel programma informatico (Quarantena) elaborato in casa dall’ASUR.

Attualmente il lavoro è concentrato su tutte le strutture residenziali e semiresidenzali per disabili, relativamente alle quali, ai sensi di quanto prevedono la DGRM 685/2020 e le linee applicative elaborate dell’ASUR, si sta provvedendo a reingressi e a nuovi ingressi.

Nell’Area Vasta 1, sono attive, in proposito, le UOSES (Unità Operative Sociali e Sanitarie) con il compito di esaminare la documentazione di tali strutture e di autorizzare, applicando regole piuttosto rigide, reingressi e nuovi ingressi.

Interviene il dott. Fabio Amici, Presidente del Comitato di Partecipazione dell’AV2, ricordando, a seguito di quanto indicato dalla Presidente del Comitato di Partecipazione dell’ASUR, come non sia stato possibile organizzare un incontro del Comitato in modalità remota in Area Vasta 2 per le difficoltà tecniche incontrate e di come ci si sia attivati per organizzare un incontro in presenza nei giorni prima, ma con scarsi risultati, causa l’assenza della maggior parte dei membri per precedenti impegni assunti. A parere di Fabio Amici, le modalità di organizzazione e di funzionamento dei Comitati rischiano, in generale di non essere particolarmente incisive, poiché spesso le proposte rimangono lettera morta nei verbali di assemblea (redatti tra l’altro in modo sintetico) e non hanno seguito.

Sarebbe opportuno coinvolgere anche i media (Tv locali, Stampa locale, ecc.) e utilizzare le nuove tecnologie (es. dirette

streaming) per pubblicizzare le sedute dei Comitati che rappresentano strumenti ideali ed efficaci per informare e coinvolgere i cittadini sui problemi della sanita’ regionale.

Lo stesso Fabio Amici affronta la situazione degli operatori OSS all'interno delle case circondariali e istituti carcerai delle Marche: tali operatori assunti per emergenza COVID hanno dimostrato tutta la validità del progetto e rappresentano una presenza qualificata e necessaria nella quotidianità carceraria; tale validità è stata rappresentata anche da alcuni dirigenti della sanità pubblica regionale; il 31 luglio 2020 , sarà l’ultimo giorno lavorativo di questi OSS, qualora il servizio non venga confermato, si rischia di cancellare definitivamente queste figure all’interno del carcere, con gravi disagi per i detenuti ed aumento dei rischi epidemiologici Covid 19 all’interno dei Carceri della nostra Regione.

A tal riguardo chiede alla Direzione Generale Asur Marche di attivarsi con urgenza con la Giunta Regione Marche per garantire la proroga o la stabilizzazione di tali figure professionali all’interno degli Istituti carcerari della nostra Regione.

Amici ha anche ribadito la necessita’ di rafforzare gli interventi di sostegno a favore dei disabili mentali e delle famiglie (che hanno subito i gravi effetti dell’emergenza Covid 19)Amici sottolinea come nell'area vasta 2 siano stati ridotti negli anni i finanziamente per progetti sulla salute mentale.

Di seguito interviene la Presidente del Comitato di Partecipazione dell’ASUR, la dott.ssa Maria Mencarini rivendicando la validità del lavoro del Comitato in questo periodo di attività. Sono state poste all’attenzione dei Dirigenti delle Aree Vaste e dell’ASUR una serie di questioni che sono state successivamente risolte, come, ad esempio, l’aumento e l’integrazione di alcune attività ritenute importanti e lo spostamento di alcune attività ambulatoriali da luoghi che sembravano non avere le caratteristiche adatte. I Comitati sono gruppi di lavoro realistico e raggiungere risultati dipende strettamente da come i suoi membri si attivano. Possiamo senz’altro cambiare la loro organizzazione, ma prima ancora è opportuno esaminare le modalità che caratterizzano il lavoro dei loro membri. Se ci si impegna in obiettivi realistici e misurabili, risultati se ne vedono. In altre parole, se il problema è realmente tale, il Comitato la risolve.

Chiediamo pure una modifica del regolamento, ma impegniamoci in obiettivi controllabili.

Interviene nuovamente Il Dott Fabio Amici, ammettendo effettivamente la positività dei risultati, tuttavia c’è scarsissima conoscenza delle attività dei Comitati (e anche della loro esistenza) presso gli utenti..

A maggior ragione è necessario disporre di canali efficaci di comunicazione al cittadino (dirette streaming delle sedute da pubblicare sui siti web, spazi televisivi e sui giornali locali,

ecc.) .

Interviene la Dott.ssa Laura Stopponi, Presidente del Comitato di Partecipazione dell’AV4 chiedendo alla Dr.ssa Storti la possibilità di affrontare alcune questioni.

Anzitutto, ci si chiede se esiste un’ipotesi sui tempi di ripristino di una certa normalità di funzionamento del sistema sanitario (pratiche ordinarie, liste d’attesa..), poiché cittadini chiedono continuamente quanto c’è ancora da aspettare.

Questo periodo di lock down, inoltre, ha permesso di sperimentare anche alcune cose positive, come ad esempio tutta l’esperienza del Punto unico Civico 18 a Fermo insieme alla Responsabile dell’URP dell AV4, Dott.ssa Spagna. Ha fatto,poi, diventare prassi alcune cose che sembravano eccezionali, come ad esempio l’informatizzazione estrema o la semplificazione delle procedure delle farmacie territoriali nell’erogazione dei farmaci di loro competenza. Considerata, anche qui, l’esperienza positiva, quali di queste innovazioni diventeranno strutturali?

La pandemia infine ci ha fatto toccare con mano uno dei suoi aspetti

negativi: la mancanza di relazione umana, la pietas. Molte persone sono morte da sole e migliaia di familiari non hanno potuto elaborare adeguatamente il lutto, perché impossibilitate ad accompagnare i loro cari.

Si chiede, in particolare, un focus sulla realtà degli hospice, sulle cure palliative (che sono scomparse), sul rispetto della Legge sulla autodeterminazione dei percorsi di cura e sulla comunicazione al paziente.

E’ stata anche questa una tragedia, anche se non se ne parla. Accadrà di nuovo? Qualcuno sta lavorando per non farci percorrere fatalmente le medesime strade, se in futuro ricapiterà una nuova emergenza?

Molti hospice sono chiusi, altri stanno lavorando bene ma con una fatica enorme degli operatori, che nella migliore delle ipotesi si vedono assegnati anche i pazienti delle RSA. Quanto durerà ancora questa situazione? Non sarà il caso di ripristinare il Tavolo regionale sulle cure palliative e sull’autodeterminazione dei cittadini?

E’ poi scomparso il volontariato dalle strutture pubbliche , anche se sappiamo che c’è stata una normativa in proposito. Vogliamo, tuttavia lanciare dalla nostra regione un segnale importante su questa mancanza del rispetto dei nostri diritti di partecipare alla vita pubblica del Paese?

Interviene il dott. Franco Tiraboschi, Presidente del comitato di Partecipazione dell’INRCA sostenendo la necessità di organizzare un Convegno tra tutti i Comitati di Partecipazione, per quanto necessariamente rinviato al periodo post emergenziale. Le parole della Dott.ssa Storti e la dedizione che tutti gli operatori hanno mostrato durante il periodo del COVID, sono state apprezzate molto, ma questo non toglie che il sistema sanitario generale non ha retto l’onda d’urto. Siamo ancora in mancanza di risposte vere dal sistema. E’ vero ci sono poche risorse, ma su altri fronti, come per esempio lo snellimento delle Gare d’Appalto ,che si fa? Saremo costretti ancora a vedere tempi procedura spropositati per l’acquisto di beni di valore minimo?

Intorno a queste questioni e ad altre, al fine di superare questo sistema, i Comitati stanno elaborando un progetto, poiché si ritiene che essi stessi possano rappresentare gli interlocutori adatti per portare avanti questo lavoro.

Chiude la seduta il Direttore Generale ASUR rispondendo a tutte le questioni. Anzitutto la questione posta dal Dr, Roberto Amici per la quale si segnala che, ad oggi, nelle Marche, sono stati effettuati complessivamente 146.000 tamponi (dati aggiornati all’8 luglio), partendo dai 33 effettuati il 1^ marzo ai mille circa di questi giorni.

Questo spiega la percentuale di letalità, del 14% considerato un quantitativo importante se paragonato a quello della Lombardia (18%) Se si considera il rapporto, non legato al tampone, tra decessi e quantità della popolazione marchigiana , le percentuali sono molto diverse. Fino al mese di maggio, il numero dei tamponi era indubbiamente limitato per cui il dato di mortalità era considerato alto.

In realtà le Marche hanno seguito alla lettera le indicazioni OMS e le circolari del Ministero della Salute, principalmente. L’ASUR ha fornito molte disposizioni agli operatori delle Aree Vaste. La prima è del 22 febbraio (emanata quando ancora non si era verificato alcun caso in Regione), poi di seguito, ogni due giorni circa, altre indicazioni, come risultato di quanto veniva disposto dal Ministero e recepito dal GORES (Gurppo regionale dell’Emergenza Sanitaria) all’interno del quale erano, peraltro, rappresentate tutte le istituzioni interessate, compresa la rete epidemiologica marchigiana.

Il tampone veniva eseguito solo a chi presentava sintomi. Non veniva effettuato ai contatti della persona (i quali avevano solo l’obbligo dell’ isolamento), e questo perchè la quantità di tamponi a disposizione era esigua, non c’erano indicazioni precise dall’OMS e perché inizialmente veniva dato risalto all’educazione e prevenzione degli operatori (o anche del cittadino).

Esiste, peraltro una logica incontrovertibile secondo cui eseguire un tampone fotografa la situazione attuale di una persona che si potrebbe tuttavia infettare subito dopo. Il tampone rimane uno strumento importante per una questione epidemiologica, ma il ricorso alla mascherina, il distanziamento sociale, il lavaggio delle mani e le misure di prevenzione genericamente indicate restano gli strumenti più efficaci per evitare il contagio.

Quando, poi, la possibilità di fare i tamponi si è allargata, essi sono stati eseguiti, a domicilio , non solo ai sintomatici, ma anche ai loro contatti. Qualora veniva rilevato un soggetto positivo nelle strutture riabilitative, per prima cosa veniva eseguito il tampone a tutti i pazienti dello stesso piano e, in caso di positività, a tutti i pazienti del piano successivo.

E’ stato dato, indubbiamente un risalto particolare alle fragilità, considerando nel novero dei fragili, pur se discutibilmente, tutti i soggetti sopra i 60 anni.

Alcune criticità si presentavano nella loro evidenza come ad esempio i pazienti psichiatrici o autistici per i quali era spesso impossibile effettuare questa procedura e per i quali sono stati, pertanto, utilizzati altri criteri di screening, come l’esame sierologico.

Sui dipendenti, invece, non c’erano state indicazioni specifiche della Regione. Sotto la spinta del desiderio (lecito) degli operatori nelle Aree Vaste, alcune di queste si stavano organizzando autonomamente per l’attività di rilevamento. A questo punto, l’ASUR ritenendo di non introdurre alcuna disparità di trattamento tra i propri operatori e cogliendo l’occasione presentatasi nell’AV3 del regalo di un kit di tamponi, ha deciso di farlo a tutti i dipendenti.

Sono stati eseguiti inizialmente i test sierologici e in caso di positività, il tampone successivo , successivamente l’Azienda è stata in grado di fare il tampone a tutti. Addirittura nelle aree Vaste più piccole si è arrivati al secondo giro di rilevamento tra gli operatori.

Nella procedura è stata data priorità agli operatori maggiormente esposti al contagio, poi anche se in alta percentuale svolgevano il proprio lavoro da casa (smart working), al personale amministrativo Ai sensi di una Delibera regionale, l’ASUR ha provveduto, poi, ad eseguire il test a tutte le forze dell’Ordine seguendo lo stesso

criterio: test sierologico e tampone ai positivi Due degli aspetti positivi della pandemia sono stati: l’urgenza di prendere decisioni basate su dati reali e non sulla percezione (come accadeva spesso nei primi giorni) e lo sviluppo di sistemi informatici nuovi ad hoc.

Quest’ultimo aspetto merita una menzione particolare poiché L’ASUR, grazie all’intervento di un proprio informatico a contratto, ha potuto elaborare una piattaforma informatica in cui si consentiva l’accesso al personale accreditato del Sistema sanitario, alle Prefetture, alla Protezione Civile e ad altri Enti interessati. Le Prefetture, in particolare, grazie a questo sistema, sono state in grado di comunicare ai Comuni i dati dei pazienti in isolamento affinchè i Comuni fossero in grado di vigilare, nel pieno rispetto della privacy, sullo smaltimento dei rifiuti e sull’effettivo isolamento.

Per quanto riguarda le USCA, è necessario rammentare che si tratta di unità coordinate da un esperto della Medicina di base poiché rientra nei servizi legati alle cure primarie. Inizialmente l’ASUR chiedeva dati specifici alle USCA e subito erano sorte alcune difficoltà.

Successivamente le USCA sono state dotate di sistemi informativi che, tra le altre cose, hanno permesso di monitorare in modo più puntuale la loro attività.

Le USCA tuttavia hanno rappresentato un’esperienza piuttosto controversa . Il dato di fatto è che, nella Regione Marche, sono state coinvolte a macchia di leopardo, più nella provincia di Pesaro Urbino che nella Provincia di Ascoli.

Quanto al loro futuro, stiamo lavorando per una loro permanenza nel Sistema Sanitario. Abbiamo provveduto ad elaborare un progetto, col quale prevediamo che le USCA operino sotto il Coordinamento dei Medici di Base e dei Direttori di Distretto e che diventino il collante per entrare in modo più efficace nell’area delle fragilità dei nostri territori .

In questo periodo, siamo riusciti ad elaborare una mappatura regionale sulle fragilità, con dati piuttosto approfonditi. Ad Ancona, ad esempio conosciamo anche le vie di residenza dei soggetti fragili, grazie ad un progetto elaborato con Conerobus. Tale mappatura sarà pertanto utilizzata anche per Helios e per tutte le iniziative per cui la conoscenza di questo dato rappresenta un elemento di grande importanza al fine di intervenire proattivamente.

Interviene Laura stopponi chiedendo se esiste una definizione di fragilità, o quanto meno dei criteri per determinarla. Il Direttore risponde che in realtà non esiste allo stato dei fatti una definizione codificata, ma esistono comunque dei criteri.

Roberto Amici a questo punto ribadisce quanto sia importante coinvolgere le Associazioni in un lavoro come questo. Il Direttore concorda in modo assoluto sull’importanza del coinvolgimento ma precisa la necessità sorta in questo periodo di prendere decisioni velocissime . La pandemia ha imposto il metodo per cui se c’è un problema la risoluzione fattuale deve essere immediata, successivamente si può ritornare a discutere. Un esempio è la vaccinazione antinfluenzale: in poco tempo l’ASUR ha dovuto acquisire

480000 dosi in più di vaccino e organizzare nuovi luoghi per effettuarla poiché quest’anno la campagna partirà da settembre.

Pertanto occorreva avere idee chiare subito.

Roberto Amici tuttavia ribadisce che il contributo delle Associazioni potrebbe essere notevole visto che su alcuni temi ci stanno lavorando da anni.

Interviene Fabio Amici ricordando che comunque le Regioni avrebbero dovuto approvare un piano Pandemico con un Coordinamento . E’ il caso di analizzare se esiste, se è stato predisposto e, se predisposto, se sia carente.

Il Direttore risponde che la Regione Marche ha approvato , da più di dieci anni, un Piano pandemico. Va rimodulato ed adeguato, certamente, ma esiste. L’unico punto carente ( su cui il Direttore in particolare sta insistendo perché i decisori lo prevedano) è la mancanza di una simulazione periodica Recentemente, peraltro, Il Servizio Salute ha disposto l’adeguamento del Piano alle caratteristiche previste dal Decreto 34.

Relativamente alle carceri e agli OSS, ci sono alcuni problemi da affrontare. Il passaggio della sanità penitenziaria alle competenze del Sistema sanitario è avvenuto con un finanziamento molto esiguo (risalente a 15 anni prima). Oggi la popolazione carceraria è aumentata notevolmente, le patologie dei carcerati sono più importanti e più importante è l’impatto psicologico sui soggetti. Sono necessarie maggiori risorse, mentre per spesso per il carcere dobbiamo raschiare il fondo dei finanziamenti. Durante l’emergenza COVID l’ASUR ha lavorato nei penitenziari insieme a Medici senza Frontiere, che hanno portato DPI per operatori e carcerati e hanno fatto formazione.

Poi la protezione Civile ci ha inviato personale esterno per il quale è necessario aprire una parentesi. Tutti gli operatori erano preparati e bravi, ma per alcuni di loro è stato necessario una conclusione anticipata del periodo di permanenza nei nostri territori, perché la loro inesperienza rischiava di mettere a repentaglio l’efficacia degli interventi.

La figura dell’OSS non è prevista, nel carcere. O si cambia la legge oppure non possiamo fare nulla: non riusciamo a garantirli in quel contesto. L’unica speranza potrebbe essere l’eventuale proroga dello stato di emergenza.

Che il Sistema Sanitario, in generale, torni come prima, è cosa impossibile. Primo perché il distanziamento condiziona l’erogazione del servizio. Dovendo applicare le regole del distanziamento ai posti letto negli ospedali, le stanze avranno meno letti e l’attività di ricovero si ridurrà necessariamente di una percentuale.

Altra cosa: le visite specialistiche ambulatoriali . Bisogna tenere presente che il tempo medio di una visita, con l’obbligo di sanificazione preventiva e successiva, aumenta e quindi diminuiscono il numero delle visite a disposizione del cittadino. I nostri dipendenti ospedalieri, in particolare, hanno fatto molte ore in più in questo periodo.

Dopo tutte queste ore, è necessario permettere al dipendente di usufruire delle ferie perché c’è in gioco non solo il suo benessere fisico e mentale, ma anche la sua capacità di non generare eventi avversi nello svolgimento delle proprie funzioni.

Che succederà con una eventuale seconda pandemia? Nonostante la scarsità di risorse e contrariamente a quanto si dice, il sistema sanitario italiano ha retto piuttosto bene. C’è stata la disponibilità di tutti gli operatori di intervenire a qualsiasi orario per collaborare col Sistema. Questo, pertanto, non è un sistema che non funziona. Ci sono dei difetti, ma non quello del suo funzionamento.

A proposito di futuro, il Decreto 34, ha dato indicazioni per ospedale e territorio. C’è una DGRM per gli ospedali, che prevede un incremento di posti di terapia intensiva a Fermo, a san Benedetto e a Jesi, di posti letto di Semintensiva a Senigallia, Jesi , Urbino, a Fermo, e a San Benedetto. In caso di seconda pandemia, il personale lo metteremo quando serve. In ogni caso dobbiamo garantire l’ attività ordinaria poichè non ci possiamo permettere uno stop alle attività sanitarie, questo è sicuro.

Dobbiamo definire le USCA, la presenza degli Infermieri di Comunità, dobbiamo integrare le USCA con gli assistenti sociali e uno psicologo.

In questa Fase abbiamo dato il supporto psicologico a i nostri dipendenti anche grazie ad emergency. Ora dobbiamo garantirlo anche ai pazienti, perché i tassi di suicidio/omicidio sono inevitabilmente aumentati, dopo una convivenza forzata.E’ un percorso da fare con i MMG che spesso conoscono bene le situazioni critiche nelle famiglie.

L’importante è che questa emergenza sia prorogata, perché disporremo almeno di risorse straordinarie. In caso contrario è molto difficile garantire tutto.

Per quanto riguarda gli Hospice, nel periodo COVID sono stati chiusi l’Hospice di Chiaravalle per trasformazione in COVID, Fabriano (deve essere riaperto a fine luglio), Montecassiano (riaperto da poco), San Benedetto, San Severino (aperto da poco), Fossombrone (aperto tra un po’). E Ancona, per la quale è prevista la sospensione dei lavori causa COVID. La chiusura della procedura per la struttura dell’ex Umberto I è prevista entro la fine dell’anno.

Il tema della vicinanza tra le persone soprattutto nei momenti di cura e di accompagnamento alla morte è molto sentito. Purtroppo le normative relative all’isolamento erano stringenti e prevalevano su tutto. E per il futuro, nel caso in cui dovessimo trovarci nella medesima situazione pandemica, sarà la stessa cosa. La pandemia crea una situazione di grande emergenza e ci sono delle priorità, come in tempo di guerra .

Il tema degli appalti e delle loro lungaggini burocratiche è sicuramente da affrontare, ma solo la legge dello Stato può farlo e, fino ad allora, nessun funzionario intende coinvolgere se stesso in una procedura che possa rappresentare un rischio di carattere penale per se stesso. E questo è un fatto più che comprensibile.

Alla fine della seduta Fabio Amici chiede risposte in merito alle richieste di dotarsi di spazi televisivi e sui giornali locali di utilizzare le nuove tecnologie streaming per le registrazioni delle sedute e conseguente pubblicazione sui siti web istituzionali. La Presidente del Comitato di Partecipazione ASUR propone al riguardo di organizzare un gruppo di lavoro per valutare e realizzare le piu’

efficaci iniziative da adottare. Propone di nominare il Dott. Fabio Amici Presidente del gruppo di lavoro, composto da un rappresentante di ogni Comitato di Area Vasta.

Il Comitato approva la proposta del Presidente.

La seduta è tolta.