

3 febbraio 2012

- Direttore AV2
- Presidente Comitato Sindaci
- Coordinatore Ambito territoriale 9

Oggetto: Sviluppo servizi sanitari e sociosanitarie nella ex Zona 5 di Jesi

Con questa nota vogliamo riprendere alcune delle questioni sulle quali eravamo intervenuti, alcune delle quali già oggetto di confronto: lo facciamo sia a riguardo di quelle sulle quali non si sono avuti sviluppi sia di altre sulle quali invece il percorso è intrapreso (in allegato riportiamo alcune parti di una nostra lettera dello scorso luglio nella quale ricapitolavamo alcuni temi problematici dei servizi territoriali). Li riprendiamo in forma sintetica e volutamente schematica.

Sistema di accesso servizi anziani. In questo caso ci riferiamo, in particolare, ai servizi residenziali. Il gruppo di lavoro (Ambito/distretto) doveva ridefinire questo percorso modificando i contenuti della delibera del Comitato dei sindaci del 2007 contenente anche le modalità di accesso al sistema residenziale ed il Regolamento UVI. Come abbiamo già avuto modo di sostenere siamo assolutamente convinti della indispensabilità della definizione di criteri chiari (utilizzo schede dalle quali si determina l'adeguatezza della struttura) **che diano trasparenza ai percorsi riducendo al contempo al massimo la discrezionalità.** Allo stesso modo auspicavamo la definizione del regolamento Uvo-Uvi. Non aggiungiamo altro in quanto in altre occasioni abbiamo espresso la nostra posizione e le relative proposte.

Convenzione Residenze protette. Sul punto ribadiamo la necessità del rispetto dei contenuti della Convenzione sia a riguardo (art. 5) della lista di attesa di livello distrettuale sia alla verifica del rispetto delle indicazioni relative a quota sanitaria - minutaggio - quota a carico degli utenti. All'aumentare della prima - se il minutaggio era già assicurato - deve corrispondere (come prevede la delibera) la riduzione della seconda.

Geriatra. Risollecchiamo la copertura del posto in pianta organica da molti anni non occupato. Come già ampiamente indicato riteniamo che questa figura debba diventare il perno dell'assistenza geriatrica (dal residenziale al domiciliare) nel nostro territorio. Tale necessità era stata peraltro indicata negli atti programmatori dalla stessa Zona 5.

Rsa. Da molti anni chiediamo una modifica della modalità di erogazione dell'assistenza medica, ora assicurata da bandi trimestrali di continuità assistenziale. Sentiamo parlare, con sempre più insistenza, della possibilità che tale funzione venga assegnata ai medici di medicina generale. Riteniamo questa ipotesi sbagliata in quanto le esigenze dei malati ospitati nelle nostre Rsa (può essere fatta la verifica) sono per la gran parte assimilabili a quelle della post acuzie. Chiediamo pertanto che la questione sia ben ponderata in quanto pesanti potrebbero essere le ricadute in termini di qualità dell'assistenza prestata. La soluzione al problema, vista la tipologia di utenza ospitata (si vedano i valori dei Rug), riteniamo sia quella che proponiamo da molti anni: presenza di un medico geriatra di riferimento nelle attuali 3 strutture (responsabilità clinica) al quale aggiungere, nelle modalità da definire, ore di presenza medica.

Programmazione post acuzie. Rimandiamo alle considerazioni presenti nel documento allegato.

Cure domiciliari. Rimandiamo a quanto indicato nel al documento allegato, rispetto al quale aggiungiamo la necessità che oltre all'estensione oraria in tutto il territorio ex Zona5 si possa avviare una valutazione del percorso fin qui fatto, tenendo a mente che all'interno dello stesso territorio sono presenti due distinti servizi di cure domiciliari (Adi/Ado) che riteniamo debbono uniformare il modello organizzativo così che il servizio sia assicurato in eguale modo a tutte le persone che ne hanno necessità a prescindere dalla patologia. Si ricorda ancora una volta che, in questo territorio, permane l'assenza della riabilitazione in Adi.

Disabilità. Rimandiamo, in particolare, ai contenuti del documento dello scorso 6 novembre, *Nodi e proposte di miglioramento nei servizi per le persone con disabilità nel territorio dell'Ambito sociale 9*.

Confidando nella possibilità che in temi esposti possano trovare adeguata attenzione, considerate le ricadute che hanno nella vita di tante persone in condizione di fragilità, inviamo cordiali saluti

Per Gruppo Solidarietà
Fabio Ragaini



Allegato, nota del 27 luglio 2011

Dal maggio dello scorso anno sollecitiamo l'approvazione del documento della Zona 5 (stilato nel mese di aprile 2010) di programmazione sanitaria e sociosanitaria a valenza triennale, sottoposto al tempo anche ai Comuni ai fini dell'approvazione. A distanza di più di un anno di quel documento - e soprattutto dei suoi contenuti - non c'è più traccia. Come è noto, l'Atto conteneva importanti indicazioni riguardo lo sviluppo dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali.

La recente approvazione delle Linee guida (determina 521 del 22 luglio 2011) sulla post acuzie da parte della Zona 5 richiama alcuni aspetti contenuti nel documento rispetto ai quali appaiono opportuni dei chiarimenti. Temi di grande importanza anche per il Comitato dei sindaci, considerato la responsabilità rispetto ai servizi sanitari territoriali (d. lgs 229/99) per le ripercussioni che hanno sulla salute dei cittadini e anche sull'organizzazione del sistema dei servizi sociali.

Le linee guida sulla post acuzie se da un lato - opportunamente - indicano (anche in assenza di specifiche determinazioni regionali) gli obiettivi di questo livello di cure, dall'altra richiamano la necessità di chiarezza rispetto ad offerta e modalità organizzativa sia del sistema residenziale extraospedaliero che di quello delle cure domiciliari.

Post acuzie. Tipologia di offerta. Un primo aspetto riguarda l'aspetto quantitativo dell'offerta. Nel documento si fa riferimento alla "DPA a rapido turno over" (non quantificata in termini di posti) da realizzare nel nuovo ospedale. Sembra ritornare l'ipotesi della cosiddetta *low care*, che si era deciso di abbandonare considerato il già alto numero di posti di lungodegenza presenti nella Zona (40 Villa Serena + 20 Cingoli). Un numero che copre quasi per intero il numero dei posti previsti dalla programmazione nazionale e regionale (0,7 per mille tra riabilitazione e lungodegenza, paria circa 70 per il ns territorio), cui dovevano aggiungersi i posti di riabilitazione (16). Dunque complessivamente 76. Come è noto, il problema del nostro territorio, insieme alle criticità mai superate del modello organizzativo dei posti di LD di Villa Serena, è la mancanza di posti di riabilitazione (codice 56), non certo vicariati dalla lungodegenza riabilitativa di Cingoli (Giova in proposito ricordare che la determina 240/2011 dell'Asur, poi sospesa, non indicava più nella Zona 5, e purtroppo non abbiamo sentito lamentale da alcuno in tal senso, la presenza di questi posti previsti in numero di 16 prevedeva invece una ulteriore trasformazione di posti da acuti a lungodegenza a Cingoli).

Dunque appare necessario evitare ambiguità riguardo l'effettivo numero di posti di lungodegenza (codice 60) e di riabilitazione (codice 56) che si intendono realizzare. Ripetiamo che nel nostro territorio l'esigenza è l'aumento del

numero di questi ultimi posti (attualmente sono 4) la cui assenza ha come conseguenza il trasferimento su Ancona o di ricoveri impropri presso strutture del nostro territorio aventi altre funzioni.

Chiediamo inoltre che venga fatta chiarezza riguardo la post acuzie di Villa Serena. Da un lato, nonostante l'autorizzazione di 40, sembrerebbe che l'effettiva destinazione per questa funzione sia minore; dall'altro continuano a circolare voci insistenti circa la riduzione di questi posti (in via permanente o temporanea per lavori di ristrutturazione?).

Pare pertanto necessario che sulla questione vengano fornita in tempi brevi risposta riguardo:

- a) quanti i posti attualmente attivi;
- b) se è prevista una riduzione dei posti per ristrutturazione: quanto e per quanto tempo;
- c) se risponde al vero una ipotesi riduzione permanente di questi posti.

La questione è infatti di assoluta rilevanza tenuto conto che da oltre due mesi è chiusa la Rsa di Montecarotto. Ciò determina una riduzione significativa complessiva dell'offerta che conseguentemente ha ripercussioni pesanti sull'utenza. I cui bisogni, purtroppo, non si adeguano alle modificazioni dell'offerta; ma - come si sa - la riduzione dell'offerta può essere funzionale, con la compressione delle esigenze, al razionamento occulto.

Residenzialità. L'offerta e l'organizzazione della post acuzie ha, come ben sapete, evidenti ripercussioni sul sistema extraospedaliero sia a livello residenziale che domiciliare. Sulla scorta del documento sulla post acuzie, si ritiene importante approvare analoghe LG, in applicazione della normativa regionale per quanto riguarda le RSA, anche in riferimento a precisi criteri di ammissione/permanenza/dimissione. Oltre a specifici e codificati criteri riguardanti il requisito della gratuità dopo i 60 giorni. Ad esso andrebbe accompagnato anche un regolamento (da non confondere con la riproposizione delle funzioni codificate dalla normativa regionale) UVO/I (che riteniamo, per le motivazioni più volte ripetute in questi anni, dovrebbe essere unico). Accanto a questo aspetto è indispensabile anche che venga, senza ambiguità, definita l'offerta di posti RSA insieme al suo modello organizzativo. Vengano indicati i tempi di riapertura di quella di Montecarotto (i cui lavori a distanza di oltre due mesi dalla chiusura devono iniziare) e quelli di Jesi. Ricordiamo che i primi 20 posti dovevano attivarsi entro il 2009.

Sulla questione Rsa, in particolare in riferimento al modello organizzativo, ribadiamo, la positività delle indicazioni contenute nel documento, sopra citato, di programmazione redatto dalla Zona 5. Si tratta ora, dal nostro punto di vista, di approvare e dare gambe a quei contenuti (sul tema rimandiamo a due ns precedenti note del 12 giugno 2009 e 10 novembre 2008).

Ma perché quei positivi contenuti, di assoluta rilevanza per la qualità della vita delle persone, non rimangano belle intenzioni da vendere in qualche pubblica assemblea, ma che nei fatti, non si ha intenzione di percorrere è necessario che vengano date "gambe organizzative" ai percorsi disegnati. E' necessario che ci si lavori. Ad esempio riteniamo immotivata **la perdurante vacanza del posto di geriatra**. Posto funzionalmente inoccupato da molti anni. Funzione che invece riteniamo molto importante nell'organizzazione dei servizi rivolti agli anziani (dal domiciliare al territoriale) rispetto ai quali c'è grande bisogno di competenze (che evidentemente vanno anche cercate).

Altre questione di assoluta rilevanza rimane il **modello organizzativo delle cure domiciliari** (affrontato anche questo nel documento in questione) sul quale ripetutamente siamo intervenuti, insieme alla **permanente assenza della riabilitazione in ADI**. Assenza che determina la mancata erogazione di "prestazioni" cui le persone hanno diritto (ricordiamo infatti che le prestazioni riabilitative erogate dal S. Stefano si rivolgono ad altra tipologia di utenza).
