

Alcune domande e qualche riflessione sul Piano di riconversione dei piccoli Ospedali (documento della Regione del marzo 2013)

- La Casa della salute a valenza territoriale

In alcune di queste strutture, per garantire una migliore continuità assistenziale Ospedale-Territorio, sono previsti posti letto territoriali, con la possibilità per il Medico di medicina generale di ricoverare direttamente il paziente o per le strutture ospedaliere, dell'ASUR e delle Aziende Ospedaliere e dell'INRCA di inviare pazienti all'interno del percorso di dimissione protetta.

La tipologia di pazienti trattati è quella caratterizzata da patologie ad andamento cronico, con episodi di riacutizzazione, non facilmente gestibili a domicilio per la difficoltà nella compliance farmacologica, per i quali si potrebbe generare un ricovero "evitabile" (scompenso cardiaco, BPCO, diabete, asma ad esempio) in quanto hanno bisogno di soli pochi esami strumentali e di laboratorio, eseguibili ambulatorialmente e di controlli nell'esecuzione della terapia.

Si tratta di pazienti che hanno bisogno di qualificata assistenza sanitaria, non continuativa (100 minuti di assistenza al giorno di infermiere e OSS a posto letto).

L'assistenza medica è prevista nelle 12 ore diurne dai medici di medicina generale, anche in forma integrata e nelle 12 ore notturne dalla continuità assistenziale.

I medici dipendenti delle strutture riconvertite, nonché gli specialisti delle AAOO nelle Aree Vaste di riferimento, specialmente nella fase di avvio, garantiscono la loro consulenza.

I posti, quando presenti, sono quelli extraospedalieri già attivi (Rsa anziani, hospice). Dunque in queste strutture valgono le regole vigenti per l'ammissione che può essere disposta anche dal medico di medicina generale. Cosa dunque significa la definizione di "posti letto territoriali", rivolti alla tipologia di pazienti sopra indicati? Peraltro il minutaggio assistenziale indicato (100 minuti al giorno complessivi di infermiere e Oss) è molto più basso di quello presente in tutte le strutture extraospedaliere della Regione (Rsa e Hospice compreso)

- La Casa della salute a valenza territoriale e di lungodegenza

La Casa della Salute a valenza territoriale e di lungodegenza rappresenta la struttura sanitaria in cui sono integrate tutte le funzioni territoriali previste nella tipologia precedente, con funzioni di tipo ospedaliero basilari, quali la lungodegenza ed eventualmente il Day Hospital/ Day Surgery.

Pertanto, oltre a contenere le attività dei Medici di medicina generale in forma integrata nelle 12 ore diurne e dei Medici della continuità assistenziale nelle 12 ore notturne, la copertura assistenziale medica nelle 24 H è completata dal Punto di Primo intervento, ove presente, ovvero dai Medici del Mezzo di Soccorso avanzato, assicurando, in caso di loro uscita nel territorio, la copertura attraverso:

- a) Personale di continuità assistenziale potenziato;
- b) Pronta disponibilità del medico ospedaliero dell'ospedale di rete di riferimento;
- c) Personale medico della Potes jolly di Area Vasta, appositamente costituita.

Il livello di qualificazione dell'assistenza sanitaria è differenziato in base al mix di funzioni di assistenza previsto nella singola struttura, avendo di norma come riferimento 140 minuti al giorno per posto letto.

La Casa della Salute, laddove la

Cosa differenzia, in queste strutture, posti di lungodegenza da medicina post acuzie? Si intende una differenziazione di funzione nell'area della post acuzie, non più solo in riabilitazione (codice 56) e lungodegenza (codice 60)? Oppure si introduce una "diversa medicina" all'interno della post acuzie? Che significato può avere il riferimento generico ad un minutaggio di 140 minuti?

Ed inoltre i nuovi 244 posti di post acuzie quanti afferiranno alla lungodegenza (nella quale si continua peraltro a conteggiare 42 posti della Casa di cura neuropsichiatrica Villa Jolanda che ripetute delibere regionali hanno trasformato in posti extraospedalieri) e quanti alla riabilitazione? Si considerano equivalenti?

Per una riflessione più generale del processo di riconversione ed in particolare con riferimento al significato ed alla funzione della post acuzie e dei servizi extraospedalieri rimandiamo alla scheda, [Marche. Riorganizzazione ospedaliera. Domande e riflessioni.](#)

Non può peraltro che preoccupare, dopo mesi di discussioni riguardanti il riordino, l'emanazione di documenti nei quali permangono margini di indefinizione così elevata. Ed è evidente ad ogni persona che si occupa con attenzione di queste problematiche che il permanere dell'indefinizione dell'assetto della post acuzie e della complessiva risposta extraospedaliera determina un cattivo funzionamento dell'intero sistema. Forse si dovrebbe avere maggiore consapevolezza che i numeri sono importanti ma non sono risolutivi e anche, probabilmente, che i modelli non si improvvisano sulla scorta di provvedimenti attuativi. Insomma, un buon programmatore, se lo ritiene, organizza i propri servizi nel modo che ritiene più adeguato anche quando non ci sono vincoli dettati da provvedimenti nazionali.

Fabio Ragaini, 5 aprile 2013

La lettera del Comitato Associazioni Tutela alla Regione

CAT - COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA

Segreteria: c/o UILDM, Via Bufalini 3, 60023 Collemarino (An). Tel. e fax 0731-703327 e mail: segreteriaicatmarche@gmail.com

Aderiscono: *Aism Regionale, Alzheimer Marche, Anffas Jesi, Anglat Marche, Ass. La Crisalide, Angsa Marche, Ass. Libera Mente, Ass. Il Mosaico, Gruppo Solidarietà, Centro H, Tribunale della salute Ancona, Uildm Ancona, Aisla Ascoli Piceno, Unasam Marche, Fondazione Arca, Senigallia, Antea Jesi, Comitato Vita indipendente marche.*

Ancona, 8 aprile 2013

- Presidente giunta regionale
- Assessore salute regione Marche
- Presidente V Commissione Consiliare
E p.c. - Direttore Asur

Oggetto: Sul documento "Piano di riconversione dei piccoli ospedali della Regione Marche"

In riferimento al documento in oggetto, riteniamo opportuno proporre le seguenti osservazioni:

a) **Casa della salute a valenza territoriale.** Il documento specifica che si tratta di strutture che non hanno più funzione di degenza ospedaliera. Nelle stesse sono previsti "posti letto territoriali", che non sono ben identificati: Si fa però riferimento ad una ipotetica tipologia di utenza per la quale il ricovero è evitabile,

portando come esempio: scompenso cardiaco, BPCO, diabete. Si indica poi uno standard assistenziale (infermiere + Oss) pari a 100 minuti, che è quello delle residenze protette per anziani non autosufficienti, ovvero strutture per malati stabilizzati a basso (20 minuti infermiere giorno) impegno sanitario. Peraltro in alcune delle strutture identificate sono collocate Rsa anziani ed hospice, non RP. Strutture che hanno livelli assistenziali ben più alti dei 100 indicati, seppur per le prime tale standard non sia mai stato indicato. Appare dunque evidente la necessità di chiarezza al riguardo, tenendo conto che già ora in tali strutture l'accesso può avvenire mediante richiesta del medico di base, previa valutazione, dell'Unità valutativa distrettuale.

b) **Casa della salute a valenza territoriale e di lungodegenza.** In questo caso una prima questione riguarda il significato di "lungodegenza" e "medicina post acuzie". Cosa li differenzia? Viene aggiunta una terza funzione alle già (non definite da parte della Regione) presenti lungodegenza (codice 60) e riabilitazione (codice 56)?

c) **Distinzione nella post acuzie tra lungodegenza e riabilitazione.** Il documento non distingue, assimilandoli, la ripartizione dei posti tra le due funzioni (oltre che, come sopra indicato, aggiungere la dizione di "medicina post acuzie), e dunque non indica tra i 244 posti quanti afferiranno alle due funzioni che, come è noto, sono alquanto differenti.

d) **Posti di lungodegenza nella Casa di cura neuropsichiatria Villa Jolanda.** In questo caso, nonostante le ripetute delibere di riconversione in posti extraospedalieri (SRT, SRR, CP), si continuano a considerare 42 posti come lungodegenza.

e) **L'extraospedaliero. Dal domiciliare al residenziale.** Il sistema a valle dell'ospedale (acuzie e post acuzie) vive, purtroppo in una permanente trascuratezza programmatica tanto che solo per fare alcuni esempi: non sono mai stati definiti gli standard di assistenza (che significa mancanza di definizione della tipologia di assistiti) dei circa 900 posti di Rsa anziani; nelle Rp convenzionate lo standard di assistenza infermieristico (20 minuti giorno per paziente) è di gran lunga inferiore al bisogno della gran parte dei 3200 ricoverati (altri 2.000 circa, sono invece gli anziani non autosufficienti ricoverati in strutture non convenzionate); il sistema delle cure domiciliari mantiene per lo più un modello organizzativo di tipo prestazionale con offerta oraria limitata e difficilmente tranne lodevoli esperienze locali, è in grado di ridurre ospedalizzazione o ritardare l'istituzionalizzazione.

E' pertanto auspicabile che venga fatta chiarezza al riguardo; come ben sapete il riordino numerico non è, di per se, condizione di soluzione dei problemi; può forse rimettere in ordine il flusso informativo o le classificazioni. Ma altro è un sistema coerente capace di leggere i bisogni delle persone e individuare le adeguate risposte, anche a costi ridotti.

Ringraziando per l'attenzione si inviano, cordiali saluti

Per Comitato
Fabio Ragaini

