

12 giugno 2009

- Presidente Conferenza dei sindaci
- Al Direttore Zona territoriale 5
- e p.c. - Direttore Asur Marche
- Assessore sanità Marche
- Assessore servizi sociali regione Marche

Oggetto: Riunione del Comitato dei sindaci 11 giugno 2009.

In riferimento alla riunione in oggetto si ritiene opportuno integrare quanto già detto con le seguenti specifiche:

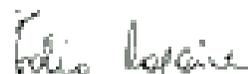
1) **Vecchio e Nuovo Murri**. Per le considerazioni generali si rimanda a quanto già indicato nella nostra nota del 10 novembre 2008 (allegata) che fa riferimento al documento del 4 ottobre 2008 della Zona 5 rimasto immutato con lo spostamento dei posti di RSA presso la Casa di Riposo di Jesi (vedi punto 2). Da quanto abbiamo appreso, sulla base delle nuove disposizioni regionali, il finanziamento dell'art. 20 si utilizzerà per completare il "nuovo Murri", quello che avanza servirà per il "vecchio Murri"; sulla base, dunque, della somma rimasta a disposizione si definiranno poi le risposte (il contenuto). Non si può che constatare, amaramente, ancora una volta la poca importanza data, a partire dalla programmazione regionale, ai servizi territoriali. A dimostrazione il drenaggio delle risorse dai servizi extraospedalieri a quelli ospedalieri. Il risultato è che per le fragilità rimarranno le briciole.

2) **RSA presso la casa di Riposo di Jesi**. Come abbiamo specificato dire che si realizzerà una RSA stante la normativa regionale significa parlare di una sigla che deve essere riempita di contenuti. Si deve pertanto specificare previamente: il modello organizzativo e gestionale della struttura (quali le competenze e le responsabilità della Zona 5) quale lo standard assistenziale. Funzioneranno come le RSA già attive della Zona 5? Come troveranno riposta i bisogni dei malati di Alzheimer e quelli con minima responsabilità (vedi ns nota allegata). Come si integreranno le varie risposte? Tutto questo dovrà essere scritto nero su bianco e dovrà essere concertato anche con le organizzazioni di rappresentanza degli utenti.

3) **Cure domiciliari**. Nonostante i reiterati impegni della direzione, purtroppo ad eccezione delle cure a domicilio per i malati oncologici nulla è cambiato in questi anni né in termini di orari né in termini di prestazioni. Una situazione che ripetiamo è inaccettabile. Non è possibile che ancora oggi non esista riabilitazione domiciliare in Adi; che di pomeriggio non esista il servizio, che si operi in ottica esclusivamente prestazionale. Ribadiamo la richiesta alla Zona di attivarsi in questa direzione e sollecitiamo nuovamente i Comuni ad premere affinché il diritto alla cura venga garantito anche a casa. Ricordiamo inoltre che una quota del fondo ADI è stata già recuperata a seguito del finanziamento regionale riguardante la cosiddetta riqualificazione dell'assistenza residenziale rivolta ad anziani non autosufficienti. Diventa urgente riutilizzarla per le cure a domicilio. Sarebbe inoltre oltre modo utile avere il dato complessivo di quanto del fondo ADI viene speso presso le residenze e quanto a domicilio.

In attesa di riscontro si inviano cordiali saluti

Per Gruppo Solidarietà
Fabio Ragaini



10 novembre 2008

- Presidente Conferenza dei sindaci
- Al Direttore Zona territoriale 5
- e p.c. - Direttore Asur Marche
- Assessore sanità Marche
- Assessore servizi sociali regione Marche

Oggetto: Interventi e servizi sanitari e sociosanitari nella Zona 5-Ambito 9 Jesi. Documento Conferenza dei Sindaci del 13 ottobre 2008. Documenti Zona 5: Progetto riconversione vecchio Murri e riqualificazione ADI.

Abbiamo preso visione dei documenti in oggetto. Formuliamo al riguardo le seguenti osservazioni.

Cure a domicilio. Riteniamo che la proposta di inserire una tipologia di soggetti, quelli del *percorso Ictus*, non possa essere accettata. Sono le condizioni dei malati e non le loro diagnosi a definire la risposta. Spiace che si voglia assumere - ritornare? - ad una logica *categoriale*. Già in questa Zona c'è un servizio per patologia (oncologici); non capiamo perché ora si voglia introdurre una nuova categoria di utenti che possono beneficiare di un di più di prestazioni introducendo così una ulteriore discriminazione (peraltro ci sono patologie, se proprio da quelle si vuole partire, con ben più gravi necessità sanitarie). Ci sono malati neuromuscolari, soggetti con gravi insufficienze respiratorie, malati di Alzheimer e con altre forme di demenze. Ci sono poi problematiche trasversali a tutti questi malati (nutrizione artificiale, gestione delle tracheostomia, ecc ...). Come dimostrano molte esperienze italiane occorre un adeguato standard di personale così da avere adeguata copertura e reperibilità e assetto organizzativi adeguati. Per quest'ultimo aspetto ci riferiamo ad un sistema organizzativo capace di *prendere in carico* la persona con i suoi bisogni capace di superare l'attuale logica, come accennato nel documento, prestazionale. In questo senso un adeguato, definito, dedicato e competente supporto medico a partire dal geriatra, che abbiamo ma non utilizziamo, oltre a quello del MMG, è indispensabile. Del tutto opportuna sarebbe inoltre la presenza di OSS insieme all'inserimento dei fisioterapisti. Considerato che le "prestazioni" in ADI sono diverse da quelle in ex art. 26, l'erogatore può anche essere lo stesso fermo restando la differenza di condizioni. Anche in questo caso sono necessari assetti organizzativi coerenti e chiari rapporti tra i soggetti (distretto - riabilitazione).

Riconversione vecchio Murri. Rispetto al precedente progetto (vedi ns nota dell'8-6-08) si spostano i 40 di *long care* precedentemente previsti al vecchio Murri al nuovo con una riduzione di 15. Di questi 25 posti non si dice: dove afferiscono (sistema riabilitazione lungodegenza o posti per acuti). Qual è la loro funzione, chi li gestisce. E' importante che ciò venga esplicitato perché è condizione per capire l'intento programmatico (dall'ospedale al territorio). Chiarita la funzione di questi 25 rimangono i 60 posti di lungodegenza (Villa Serena + Cingoli), ed i 16 di riabilitazione (totale 76). Rimane apertissima la questione del senso delle RSA anziani. La nuova ipotesi è 40 alle quali si aggiungono i 60 posti già presenti (Cupramontana, Filottrano, Montecarotto). Dunque 100 posti di Rsa ai quali si aggiungono i 70 (quelli veri) di residenza protetta a 100 minuti (occorre ricordare che non si attiveranno ulteriori posti di residenza protetta a 100 minuti/giorno in quanto quelli che andranno ad aumentare sono solo quelli a cosiddetta media intensità, 50 minuti/giorno; posti che non possono certo rispondere - nonostante si continui a farlo - ai bisogni di soggetti non autosufficienti). Il problema che si pone è quello di ragionare sul ruolo di questa struttura nel momento in cui non vicaria più impropriamente il sistema della post acuzie. Per parte nostra ci sembra che questa riflessione continui ad essere insufficiente se è vero come è vero che non si sono definiti trasparenti percorsi che stabiliscono quando e in quali condizioni un

malato può restare in RSA in maniera permanente. Questo è un punto irrinunciabile nel momento in cui si vuole operare un adeguato percorso programmatico e indicare un fabbisogno. Non ci stancheremo mai di ripetere che rivedere ruolo della RSA significa cambiare radicalmente il modello organizzativo oggi per lo più appiattito al modello (anche per la tipologia di malati ospitati) ospedaliero. In questo senso non basta neanche – come peraltro abbiamo proposto anche noi – aggiungere alcune tipologie di malati cui rispondere (situazioni a bassa responsabilità, gravi insufficienze respiratorie, soggetti con demenza e malattia di Alzheimer) se non si fa lo sforzo di pensarle come risposta per quei soggetti le cui necessità sanitarie sono incompatibili con un’assistenza infermieristica di 20 minuti al giorno come viene erogata nei 70 posti ad alta intensità.

Ribadiamo pertanto la richiesta di andare verso questa direzione, lo chiediamo alla Zona 5 e lo chiediamo ai Comuni di questo territorio per le responsabilità che hanno in tema di programmazione sanitaria e sociosanitaria.

In questo senso ribadiamo la richiesta di trasparenza nei percorsi. Trasparenza significa lavorare per rendere limpide le modalità con le quali si erogano o non si erogano prestazioni e servizi. Ci permettiamo per una volta di rimandare al nostro sito www.grusol.it nel quale potete trovare innumerevole documentazione in merito alla modalità di regolamentazione ed erogazione dei servizi sociosanitari. Regolamentazione nella quale è chiaro il criteri di inclusione o di esclusione, le modalità con le quali il servizio si presenta all’utenza, le prestazioni garantite e quelle non garantite, i diritti ed i doveri dei soggetti interessati. Cosa significa questo per il nostro territorio? Alcuni semplici esempi:

- Chiarezza della modalità di accesso al sistema delle cure domiciliari e delle prestazioni e degli orari nei quali le stesse vengono erogate;
- Chiarezza delle modalità di lavoro della UVD per quanto riguarda l’accesso al sistema residenziale e domiciliare;
- Chiarezza dei percorsi che determinano l’accesso alla media intensità, all’alta intensità, alla RSA.
- Chiarezza nei percorsi che determinano l’accesso alla Casa di Riposo.

Aspetti non rinviabili che danno la chiara indicazione di quale e quanta è la centralità dell’utente. Quale e quanta è l’importanza data al malato. In questo senso le questioni sono richiamate dal lungo elenco delle questioni prioritarie indicate dalla Conferenza dei Sindaci del 13.10.08 (vedi area anziani). Per tutto quanto non indicato rimandiamo ai nostri documenti del 18 maggio e 8 giugno 2008 anche per la parte riferita all’area della disabilità. Nel ribadire la disponibilità all’approfondimento ed al confronto si inviano cordiali saluti

Fabio Ragaini