



Brescia, 9/02/2017

Assessore WELFARE
Giulio Gallera

Presidente Terza Commissione Consiliare
Fabio Rolfi

Consiglieri Regionali bresciani

G. Girelli, C. Tomasi, A. Cavalli, M. Parolini, D. Martinazzoli, G. Maccabiani, A. Sala, F. Fanetti, M. Busi

La legge di riordino del Servizio Sociosanitario Regionale aveva l'ambizione di connettere l'ospedale al territorio, garantendo continuità delle cure e presa in carico globale per i pazienti fragili e multiproblematici che necessitano di interventi multidisciplinari e multidimensionali. A distanza di quasi due anni dall'approvazione, non registriamo alcun miglioramento tangibile nella capacità di presa in carico dei cittadini: i Piani Organizzativi Aziendali Strategici non sono ancora definiti, né tanto meno attuati; gli operatori delle strutture pubbliche stanno con fatica compensando la mancanza di pianificazione e di precise indicazioni operative.

In numerose occasioni il PD bresciano ha avvertito dei rischi connessi alla legge 23/2015, motivando dettagliatamente le preoccupazioni con documenti pubblici. Ciò nonostante, il nostro contributo fattivo non è mai mancato, e abbiamo sempre accompagnato la critica con approfondimenti e proposte realizzabili.

Desideriamo oggi esprimere alcune richieste in merito alla declinazione del nuovo assetto organizzativo dei servizi sanitari e socio-sanitari nel contesto bresciano.

1- Chiediamo che vengano attivati rapidamente, in ogni Ambito Distrettuale coincidente con il territorio dei progressi Distretti Socio-sanitari, presidi territoriali socio-sanitari chiaramente identificabili dai cittadini, elettivamente orientati alla gestione delle cronicità e a garantire la continuità delle cure tra territorio e ospedale. E' necessario quindi un documento di indirizzo regionale che ne definisca organizzazione e remunerazione.

Riteniamo indispensabile lo sviluppo di presidi territoriali socio-sanitari ben riconoscibili, già presenti in numerose altre Regioni come "Case della Salute", che secondo le indicazioni regionali lombarde possono assumere la configurazione di POT-Presidi Ospedalieri Territoriali (quando derivino dalla trasformazione di parte di strutture ospedaliere)- o di PRESST-Presidi Socio-Sanitari Territoriali. Tali presidi devono essere il luogo di coordinamento per l'Ambito Distrettuale della rete dei servizi locali, sociali-assistenziali-sanitari, promotori dell'integrazione con i Comuni e della cooperazione con i Medici di Famiglia organizzati in ATF-Aggregazioni Funzionali Territoriali, anche per garantire l'accessibilità 24 /24 ore (si veda il modello esemplificativo allegato); possono garantire a costi contenuti la continuità della presa in carico dei cittadini, attraverso l'utilizzo di nuovi ruoli gestionali (infermiere di famiglia, case manager, disability case manager, ...) e lo sviluppo di "Ospedali di Comunità", a conduzione clinica del Medico di Famiglia e gestione infermieristica per gli aspetti assistenziali; possono essere attivati riorientando parte di strutture esistenti, afferenti alle ASST esistenti (Ospedali di Iseo,



Gardone VT, Montichiari, ex presidi distrettuali, ecc...) e/o afferenti ad enti sviluppati dalle comunità locali in una logica pubblica e non profit (es. Fondazione Richiedei).

2- Chiediamo che L'UO di Medicina ad indirizzo geriatrico collegata all'Università rimanga all'interno del presidio Ospedale Civile di Brescia e che presso ogni presidio ospedaliero sia presente una specifica competenza geriatrica

La maggioranza dei ricoveri ospedalieri riguarda gli anziani, spesso con compromissione dell'autosufficienza e/o con decadimento delle funzioni cognitive, che richiedono, oltre all'intervento specialistico mirato, un approccio multidimensionale. Per questi motivi all'interno dell'Ospedale Civile si rende necessaria una consistente e continuativa attività di consulenza geriatrica, soprattutto a supporto dei reparti di area chirurgica e traumatologica, neurologica e cardiologica. Oltre a questo, la UO Geriatria degli Spedali Civili è sede di attività didattica per la scuola di specialità universitaria. Appare pertanto incomprensibile il suo trasferimento presso l'Ospedale di Montichiari: una rinuncia a farsi carico dei problemi sanitari degli anziani fragili, lasciando questa competenza unicamente alle strutture sanitarie private presenti in città.

La geriatria potrebbe completare il quadro di riferimento del settore medico, già dotato di una gamma di servizi: dalla medicina d'urgenza, che garantisce continuità con il pronto soccorso, alle medicine generali, alla gastroenterologia, prossima alle chirurgie; il trasferimento nella nuova ala degli Spedali Civili potrà essere l'occasione per sviluppare modelli organizzativi innovativi, aderenti ai mutati bisogni dei cittadini.

Si sottolinea peraltro la contemporanea necessità che all'interno di ogni presidio ospedaliero periferico sia presente una unità con specifiche competenze geriatriche, con o senza posti letto dedicati, che garantisca il necessario supporto consulenziale a tutte le UO presenti.

3- Chiediamo per la Fondazione Richiedei di Gussago e Palazzolo un piano aziendale complessivo e robusto che consenta di uscire dalla situazione attuale di stallo e di aprire una nuova prospettiva.

Il Richiedei ha una storia secolare. E' un patrimonio della comunità locale da salvaguardare attraverso lo sviluppo di una progettualità coerente con le necessità sanitario-assistenziali del territorio ed economicamente sostenibile. Va trovata una via di soluzione all'importante deficit accumulato, che consenta di proseguire con il risanamento economico in atto, tutelando i posti di lavoro a rischio (non è il momento storico di perdere posti di lavoro!). La scelta della ASST Spedali Civili di trasferire ad altra sede i servizi di Geriatria e Riabilitazione Cardiologica impone una attenta valutazione delle alternative sostenibili.

La proposta avanzata sul tavolo istituzionale è di ampliare a Gussago, con 18 posti letto, l'attività di riabilitazione alcolologica già presente a Palazzolo, riconoscendo la adeguata tariffa specialistica: ci sembra una proposta positiva ma non sufficiente a colmare il trasferimento dei 50 posti letto di Geriatria e Riabilitazione Cardiologica. Proponiamo pertanto, secondo l'indicazione regionale di potenziare la rete delle cure palliative, di incrementare il numero di posti di hospice, valorizzando una attività già positivamente avviata. Soprattutto chiediamo che il mix delle attività sia completato configurando la struttura come POT. Analogamente anche il presidio di Palazzolo va valorizzato orientandone lo sviluppo in POT.

Chiediamo la sospensiva temporanea dei trasferimenti ipotizzati in attesa di conferme sulle proposte avanzate.



Le comunità locali, che hanno per anni contribuito al mantenimento, non possono vedere questo patrimonio dilapidato e venduto al miglior offerente. Non sarebbe accettabile per nessuno che, venduto il Richiedei, si aprissero per i nuovi proprietari possibili accreditamenti negati alla Fondazione.

4 – Chiediamo di individuare posti letto di riabilitazione estensiva all'interno del polo della cronicità individuato nell'Ospedale di Montichiari.

In questi ultimi anni in tanti si sono riempiti la bocca con le parole d'ordine "anziano fragile polipatologico", "gestione della cronicità", "interventi multidimensionali", ecc.: nemmeno una parola è stata spesa però per la riabilitazione, né c'è traccia alcuna per lo sviluppo di una specifica progettualità all'interno dei POAS dell'ASST Spedali Civili. Se è vero che i posti letto di riabilitazione intensiva, i meglio remunerati, negli anni sono stati tutti assegnati (alle strutture private), è altrettanto vero che mancano posti letto di riabilitazione estensiva, meno remunerati ma, in un'ottica di sistema, utili ad una precoce dimissione dalle degenze per acuti. Per rispondere ai bisogni del territorio circostante non appare necessario lo spostamento a Montichiari della Geriatria quanto piuttosto la valorizzazione della vocazione geriatrica della Medicina già presente in tale Presidio ed il suo collegamento con la Geriatria collocata al Civile, in un'ottica dipartimentale. Al contrario decidere di attivare effettivamente (finalmente!) i posti di riabilitazione già accreditati significherebbe completare l'offerta di un percorso per i cittadini, che garantisca all'interno dell'ASST degli Spedali Civili di Brescia interventi riabilitativi volti al recupero di capacità funzionali finalizzate alla dimissione a domicilio o all'inserimento in altra struttura socio-sanitaria.

E' doveroso aprire un ragionamento serio su di un'area come quella riabilitativa troppo spesso dimenticata e attualmente terreno di conquista, dove la allocazione delle risorse non risponde ad una logica generale di servizio ma a tanti piccoli interessi di parte.

E' urgente che la politica faccia la sua parte. Pur comprendendo la difficoltà a districarsi in un intreccio di regole (peraltro volute e deliberate!), riteniamo che non possano essere unicamente le parti tecniche a rispondere ai problemi illustrati. E' necessario uno sforzo congiunto dell'Assessorato e dei Consiglieri bresciani per avviare positivamente le azioni necessarie a far ripartire il sistema sanitario pubblico.

Il Segretario Provinciale di Brescia del Partito Democratico
Michele Orlando

I Coordinatori dei Dipartimenti Sanità, Welfare e Enti Locali
Marianna Dossena, Paolo Pagani e Massimo Ottelli

Allegato 1: Possibile articolazione dei Presidi Territoriali Socio-Sanitari (POT o PRESST)

I presidi territoriali socio-sanitari, già presenti in numerose altre Regioni come “Case della Salute”:

- Possono assumere, secondo le indicazioni regionali lombarde, la **configurazione di:**
 - **POT-Presidi Ospedalieri Territoriali** (quando derivino dalla trasformazione di parte di strutture ospedaliere);
 - **PRESST-Presidi Socio-Sanitari Territoriali.**
- Devono essere **strutture fisiche ben riconoscibili dai cittadini**
- **Non sono poliambulatori** specialistici ma devono essere il **luogo di coordinamento per l'Ambito Distrettuale** coincidente con il territorio dei pregressi Distretti Socio-Sanitari, della rete dei servizi locali, sociali-assistenziali-sanitari e, in tal senso, sono promotori:
 - dell'**integrazione con i Comuni,**
 - della **cooperazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) organizzati in ATF-Aggregazioni Funzionali Territoriali,** anche per garantire l'**accessibilità 24 /24 ore.**
- **Devono prevedere servizi/attività a chiara proiezione territoriale,** garantendo che il coordinamento/direzione sia "territoriale" (non "ospedaliero") e unitario:
 - **Coordinamento delle attività di promozione della salute nella comunità:** gruppi di cammino; pedibus; gruppi di autoaiuto; aiuto di vicinato; iniziative su corretta alimentazione, lotta al fumo, integrazione disabili, prevenzione infortuni,;
 - **Coordinamento delle attività di supporto socio-assistenziale dei Comuni e del Volontariato;**
 - **Coordinamento dei servizi rivolti alle persone disabili e/o con necessità assistenziali complesse:** Sportello Unico di Accesso per la valutazione e l'avvio di tutte le tipologie di servizi: SAD, assistenza protesica, ADI, CDI, RSA, CDD, RSD, valutazioni legali delle condizioni di invalidità;
 - **Sede di coordinamento della UCCP** - Unità Complessa di Cure Primarie di riferimento per il territorio dell'Ambito Distrettuale;
 - **Riferimento** (eventualmente sede) **per una AFT** - Aggregazione Funzionale Territoriale di MMG e, se possibile, di **PDF**;
 - **Postazione di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)** coordinata all'attività dell'AFT, in modo da garantire una accoglienza 24/24 ore, anche con per i "codici bianchi/verdi" reinviati dal Pronto Soccorso;
 - **Supporti multiprofessionali,** coordinati con le AFT: ambulatori infermieristici per attività proattive (controlli periodici dei malati cronici, educazione terapeutica, ...); attività psicologiche, riabilitative, logopediche, podologiche, ...;
 - **Punto prelievi;**
 - **Ambulatori specialistici a proiezione territoriale** (diabetologia, cardiologia, dermatologia, oculistica, fisiatria,...?);
 - **Diagnostica per immagini;**
 - **Consultorio Familiare,** coordinato con le AFT (in particolare dei PDF);
 - **Servizi per la salute mentale (CPS e NPIA) e il contrasto alle dipendenze (SerT);**
 - **Sceita/revoca del MMG/PDF** e attività amministrative;
 - **Ambulatori vaccinazioni/certificazioni;**
 - **Ospedale di Comunità** inteso come attività di ricovero a conduzione clinica del MMG e strettamente coordinato ai servizi domiciliari, a gestione infermieristica per gli aspetti assistenziali-alberghieri, con possibilità di accesso a consulenze e prestazioni specialistiche (di tipo ambulatoriale), con accesso/dimissione governata dal territorio/distretto (non dall'ospedale), per il ricovero temporaneo di anziani con problemi clinico-assistenziali-sociali che non richiedono alta intensità di tipo ospedaliera ma che comunque non possono essere gestiti a domicilio e che di fatto vengono attualmente ricoverati inadeguatamente in reparti ospedalieri.

Allegato 2: esemplificazione grafica

