



MARCHE/ Approvato dalla Giunta il piano di razionalizzazione della rete ospedaliera

Ospedali: via l'8,8% dei letti

Ma 15 piccoli presidi saranno riconvertiti in altrettante Case della salute

Roba da acrobati stare dentro il quadro economico disegnato dalla spending review preservando i servizi. E per di più evitando il fuoco di sbarramento prodotto dai territori a difesa dell'esistente, al grido di "giù le mani dal nostro ospedale". Invece la Regione Marche ha portato a casa il risultato senza grossi traumi, approvando in Giunta il provvedimento di taglio dei posti letto per acuti e la conseguente riconversione dei piccoli ospedali. Un'operazione che produce numeri importanti: i posti letto che passano da 6.251 a 5.701, con una contrazione pari all'8,8 per cento.

Il saldo è prodotto dalla cancellazione di 790 unità destinate ai pazienti acuti, una sforbiciata che vale il 14,82%, e dall'incremento di 240 posti letto di lungodegenza e riabilitazione, pari al 25,9% in più. Diverso il prezzo pagato dalle diverse aziende per consentire alle Marche di restare ancora tra le ormai poche Regioni virtuose e con i conti in equilibrio: più alto per il privato, a cui è stato decurtato il 36%, a seguire Inrca e Asur, per i quali il taglio si è attestato al 15%, mentre se la sono cavata con un -6% le aziende ospedaliere Marche Nord e Torrette. specularmente la dotazione di posti letto di lungodegenza e riabilitazione è stata distribuita con criterio di proporzionalità, nel senso che a chi ha "dato" di più è stato restituito in maggior misura, e quindi la fetta più alta è andata all'Asur. Quindi, fatte le compensazioni, la riduzione complessiva si ferma al 4-5% per Inrca e aziende ospedaliere e al 10% per il settore privato accreditato e Asur.

I tagli, in realtà, non lasciano alcun buco in termini di assistenza, perché interesse della Regio-

ne, e dell'assessore **Almerino Mezzolani** in particolare, era preservare il carattere di universalità del sistema sanitario, e dare risposte adeguate ai bisogni di salute espressi dai cittadini marchigiani. Così nella riorganizzazione diventa centrale il ruolo delle Case della salute, nuova identità attribuita ai piccoli ospedali da riconvertire: 15 strutture con dotazione di posti letto compresi tra 20 e 68.

Nuovo corso, dunque, per le strutture di Sassocorvaro, Cagli, Fossombrone, Chiaravalle, Cingoli, Sassoferrato, Loreto, Recanati, Tolentino, Treia, Matelica, Montegiorgio, Sant'Elpidio a Mare, mentre restano identificati come ospedali Pergola e Amandola. Le Case della salute garantiranno le cure primarie e quelle intermedie, anche con il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con i quali l'assessore alla Sanità ha già avviato un confronto per concordare una forma di collaborazione. «Abbiamo compiuto un passo avanti significativo nella riorganizzazione del nostro sistema sanitario - sottolinea Mezzolani - coniugando l'efficiamento con l'appropriatezza, senza dimenticare quello che per noi resta un principio assoluto: dare risposte adeguate a tutti i cittadini della nostra Regione, senza lasciare scoperte le aree decentrate. A breve, con il potenziamento del Servizio di emergenza territoriale, saremo ancora più capillari, con il raddoppio dei mezzi di soccorso avanzato per ciascuna Centrale operativa del 118 e una diversa distribuzione degli automezzi». Il provvedimento sarà presto licenziato in commissione per poi approdare in Consiglio.

Licia Caprara

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LAZIO

Al Gemelli obiettivo continuità grazie al «case management»

Il modello organizzativo assistenziale del case management, o gestione del caso, si propone come strumento operativo per l'individualizzazione precoce di un percorso di cura al momento della dimissione, nonché come strumento volto a favorire la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni sanitari.

Il case management risponde alle esigenze di un soggetto "fragile" ovvero con ridotte capacità fisico-relazionali e che necessita sia di un monitoraggio dei bisogni multipli sia di un'individuazione e integrazione dei servizi. È un processo assistenziale basato su una serie di interventi sanitari coordinati e sulla comunicazione con il paziente che possono avere un impatto significativo sulla partecipazione dello stesso alla gestione del proprio stato di salute.

Una delle novità introdotte dalla Direzione del Policlinico universitario "A. Gemelli" in merito alla continuità assistenziale riguarda la recente attivazione della Centrale di continuità assistenziale (Cca), costituita lo scorso dicembre e al cui interno sono impegnate quattro case manager (3 infermiere e una fisioterapista), due assistenti sanitarie e due assistenti sociali.

La Cca del Policlinico "A. Gemelli" si pone come obiettivo la garanzia della continuità assistenziale tra l'ospedale e le diverse realtà territoriali, attraverso la presa in carico precoce dei soggetti fragili, l'individuazione del setting assistenziale post ospedaliero più appropriato, creando un percorso integrato con i servizi territoriali quali centri riabilitativi, lungodegenze, Hospice e assistenza domiciliare.

Il percorso di continuità assistenziale inizia con la valutazione dell'infermiere che accoglie il paziente in Uo. Per questa valutazione viene redatta, all'ingresso del paziente in Uo, la scheda infermieristica per la continuità assistenziale (Rad Sica), una scheda di rilevazione dei dati relativi alla provenienza del paziente (domicilio, post acuzie, Rsa, clinica privata, lungodegenza), ai problemi clinico-assistenziali e ai criteri di dimissione (autonomia funzionale, integrità cognitiva, informazioni necessarie per riconoscere, monitorare e gestire i sintomi, isolamento sociale, eventuale presenza del caregiver).

Insieme al coordinatore infermieristico e al Direttore dell'Unità operativa (Uo), l'infermiere verifica la presenza di pazienti eleggibili. Successivamente il Caposala e/o l'Infermiere trasmette la valutazione del paziente

alla Centrale di Cca.

Il case manager, ricevuta la segnalazione, si reca presso l'Uo, visiona il paziente e verifica la necessità di informare la Uoc di Geriatria. Insieme al Geriatra decide l'eventualità di effettuare la valutazione di 1° livello (contact assessment) o prevedere una riabilitazione precoce contattando la Uo di Fisiatria, definendo, in questo modo, il percorso più appropriato per il paziente nell'ambito residenziale o domiciliare.

La valutazione preliminare trimestrale ha dimostrato che sono stati presi in carico più di 200 pazienti che rappresentano il 23% dei presunti soggetti fragili totali. Il tempo richiesto per l'espletamento della continuità assistenziale è stato di circa 10 giorni nel periodo complessivo, con un trend in riduzione (5 giorni medi) nell'ultimo mese. Il 72% dei pazienti valutati è over 65 e più del 25% è stato dimesso a domicilio con l'attivazione dell'Assistenza domiciliare inter-

grata (Adi), il 16,8% in hospice e quasi il 40% in riabilitazione.

All'interno di tale percorso, grazie alla collaborazione delle Uu.Oo. di Geriatria e Traumatologia, si realizza, già dalla metà di febbraio, la gestione dell'anziano "fragile", seguendo i

criteri internazionali di L. Fried. Da un punto di vista concettuale, il paradigma di Fried definisce la fragilità come «una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali» e si propone di definire operativamente cosa osservare per identificare il soggetto fragile (peso, affaticamento, forza muscolare, attività fisica, cammino). Tali criteri sono già utilizzati presso l'Università di Firenze e l'Ospedale Careggi.

Il gruppo di intervento, che prende in carico tale paziente, ha ottenuto ottimi risultati, con una considerevole riduzione dei tempi di degenza media: nelle prime due settimane di lavoro del team sono stati ricoverati 17 anziani fragili, 12 dei quali sottoposti a intervento chirurgico, stabilizzati e dimessi con una degenza media di 5 giorni.

Come indicato chiaramente nel macro obiettivo del Piano strategico (Gestione del passaggio in carico dall'acuzie alla post-acuzie e continuità assistenziale), la costituzione del Cca rappresenta il cardine del percorso assistenziale in quanto costituisce il punto di raccordo tra le Uu.Oo. ospedaliere, i Servizi territoriali che si coniugano alle rapide evoluzioni clinico-assistenziali del cittadino ricoverato e del suo nucleo familiare.

Beatrice Maria Irene Bernardini, Francesca Lamanna, Sonia Vitali, Paola Narducci, Lucia Scarcella, Rosalba Colavelli, Francesca Bonanni, Francesca Giansante, Sergio Mattioni, Antonello Cocchieri, Andrea Cambieri, e Maurizio Zega.

Uoc Sitra, Direzione sanitaria Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma

LAZIO/ 2

Pronto soccorso, l'inutile ricetta AmbuMed

La chiusura degli ambulatori Med non sposta di un punto i problemi quotidiani del pronto soccorso del Lazio, che riguardano non la gestione dei codici bianchi a cui quegli ambulatori erano prevalentemente dedicati, ma sono legati al sovraffollamento generato dal boarding, che a sua volta trova origine nelle ancora lunghe degenze medie nei reparti e nel mancato deflusso dei pazienti anziani, ricoverati per riacutizzazione di problematiche croniche. Per quanto riguarda poi il volume di attività degli ambulatori, secondo i dati diffusi nei giorni immediatamente successivi alla chiusura della sperimentazione sono stati 33mila in tutto nel giro di un anno i pazienti visitati nelle undici strutture ospedaliere della Regione Lazio in cui la sperimentazione è stata condotta: significa tremila pazienti in media per ogni struttura, e quindi otto pazienti visitati in dodici ore in ciascun ospedale.

Non sono questi i numeri di un'attività che possa seriamente alleviare i problemi del pronto soccorso e ancora una volta abbiamo assistito a un'operazione di maquillage, che non incide sul problema del sovraffollamento.

La sua sospensione non genera affatto il caos che alcuni hanno denunciato: il problema dei servizi di emergenza ospedaliera resta lo stazionamento dei pazienti in attesa di ricovero nei reparti, problema articolato, la cui soluzione implica una riorganizzazione dei percorsi all'interno dell'ospedale e sul territorio. L'attività degli ambulatori Med non incideva af-

Gli ambulatori Ambumed sono nati nel 2012 in una decina di ospedali del Lazio, con l'obiettivo di intercettare i malati in codice bianco e verde e non intasare il pronto soccorso: un percorso preliminare alla creazione di strutture ambulatoriali aperte 12 ore al giorno 7 giorni su 7. La sperimentazione, lanciata dalla Giunta Polverini, aveva l'obiettivo di rappresentare un'alternativa "rapida" al pronto soccorso ospedaliero per patologie non urgenti, realizzato dai Medici di medicina generale nell'ambito del progetto pilota regionale "Percorso Veloce Codici Bianchi e Verdi". Nel periodo di esercizio, le dieci strutture hanno totalizzato circa 35mila accessi.

fatto sui flussi di questi pazienti, che sono i casi più gravi, quelli che risultano avere necessità di ricovero ospedaliero e a cui, in fase di triage, viene attribuito un codice di priorità più alto, dal verde al rosso: i pazienti visti dai medici di medicina generale negli ambulatori della sperimentazione erano prevalentemente codici bianchi, tutti casi cioè che si rivolgono impropriamente al pronto soccorso e che dovrebbero invece trovare risposta alle loro richieste sul territorio. Ed è lì quindi che gli ambulatori di medicina generale dovrebbero essere aperti, nell'ambito dei distretti territoriali, non negli ospedali dove si rischia piuttosto di duplicare un servizio già esistente - quello dei servizi territoriali - con una conseguente duplicazione anche dei costi.

Già lo scorso anno, quando la sperimentazione degli ambulatori Med era stata avviata, Simeu, in un comunicato congiunto con Fimmg, aveva preso posizione contro l'iniziativa: il fatto che si trattasse di una eredità degli Ambulatori Blu, attivati per l'emergenza influenzale verificatasi fra

il 16 gennaio e il 16 marzo 2012 avrebbe dovuto far pensare, dal momento che i dati dei flussi dei pazienti anche in quel caso non erano statisticamente significativi: per il periodo compreso fra il 17 gennaio e il 13 marzo 2012, in sette strutture di pronto soccorso del Lazio - di cui due Dea di primo livello e tre Dea di secondo a Roma e tre Ps/Dea in provincia - risulta che ogni ambulatorio avesse visto transitare in media due-tre pazienti al giorno.

Infine ribadiamo, come già sottolineato all'inizio della sperimentazione, che creare percorsi differenziati in ospedale in base alla priorità assegnata ai casi di pronto soccorso al momento dell'accettazione è inutile in particolare per quanto riguarda i codici verdi, cioè quelli considerati di media entità. La valutazione di questi pazienti può cambiare in fase di diagnosi e lo sdoppiamento dei percorsi può complicare, anche gravemente, la gestione del caso clinico.

Giorgio Carbone
Presidente nazionale Simeu

© RIPRODUZIONE RISERVATA