



# Comune di Padova

Settore Servizi Istituzionali e AA.GG.

## VI COMMISSIONE CONSILIARE

### Politiche Per La Promozione Dei Servizi Alla Persona

Politiche della programmazione sanitaria, Servizi sociali, Politiche della sussidiarietà, Politiche familiari, Politiche abitative, Politiche a sostegno degli anziani, Progetto città sane, Prevenzione abuso alcol e sostanze, Politiche dell'accoglienza e dell'immigrazione, Servizi demografici e cimiteriali

Verbale n. 1 della VI Commissione del 12 Febbraio 2014

L'anno 2014, il giorno 12 del mese di febbraio alle ore 18.15, regolarmente convocata con lettera d'invito della Presidente Barzon, si è riunita presso la sede di Palazzo Moroni nella sala Gruppi, la VI Commissione consiliare.

Ai sensi del vigente Regolamento del Consiglio Comunale la seduta è dichiarata **pubblica**.

Sono presenti (P) i seguenti Consiglieri Comunali:					
BARZON Anna	Presidente VI	P	CAVATTON Matteo	Capogruppo	
TREVISAN Renata	V. Presidente VI	P	VENULEO Mario	Capogruppo	A
TERRANOVA Oreste	V. Presidente VI	A	ALIPRANDI Vittorio	Capogruppo	A
BERNO Gianni	Capogruppo	AG	GIOTTO Paolo	Componente VI	A
ERCOLIN Leo	Capogruppo	A	CAVAZZANA Paolo	Componente VI	P
TONIATO Michele	Capogruppo	A	DALLA BARBA Beatrice	Componente VI	A
BUSATO Andrea	Capogruppo	AG	TISO Nereo	Componente VI	A
			MARIN Marco	Componente VI	A
OSTANEL Elena	Capogruppo	A	PASQUALETTO Carlo	Componente VI	A
RUFFINI Daniela	Capogruppo	A	Cons. Lincetto	delegato da Berno	P
FORESTA Antonio	Capogruppo	A	Cons. Di Maria	Delegata da Busato	P

E' presente, in rappresentanza degli uffici dell'Amministrazione Comunale, l'Assessore ai Servizi Sociali ed alle Politiche dell'immigrazione Dr. Fabio Verlato.

Sono inoltre presenti: il dott. Eugenio Castegnaro, direttore responsabile del reparto Lungodegenza 1 dell'Ospedale Sant'Antonio di Padova; il prof. Stefano Masiero, direttore UOC Riabilitazione Ortopedica dell'ULSS 16; il dott. Gianmaria Gioga, Coordinatore Distretti e Direttore del Distretto n. 1; Vittoria Cristoferi rappresentante dell'Associazione OIKIA.

Alle ore 18,30 la Presidente Anna Barzon, constatata la presenza del numero legale, dichiara aperta la seduta.

OGGETTO: Trattazione dei seguenti argomenti:

- *La filiera della post acuzie - situazione lungo degenza, strutture intermedie e riabilitazione sia ospedaliera che territoriale nell'ULSS 16;*
- *Varie ed eventuali.*

Presidente Barzon	Introduce l'argomento all'ordine del giorno precisando che questa commissione nasce a seguito di un incontro, organizzato con l'Assessore Verlato, dal quale è emerso che dopo la chiusura di Lungodegenza non si è saputo più nulla. Dà quindi la parola all'Assessore Verlato e successivamente al dott. Castegnaro.
Assessore Verlato	Ho portato questo argomento alla Conferenza dei Sindaci e all'Esecutivo dei Sindaci dove abbiamo condiviso un documento nel quale si chiedevano due cose: a) avevamo ricevuto le schede ospedaliere dove era prevista la chiusura dell'apicalità della lungodegenza del S. Antonio e anche della riabilitazione, due reparti importanti non solo per il territorio l'ULSS 16, ma anche per fuori: l'alta specializzazione che abbiamo in Azienda Ospedaliera (casi di traumi molto importanti, trapianti ecc.) fa sì che a noi non sia sufficiente una lungodegenza normale cosiddetta intermedia, ma di una lungodegenza cosiddetta post-acuzie che garantisca, attaccata ai reparti per acuti, una riabilitazione b) l'altra eccellenza è quella della riabilitazione che abbiamo in Azienda, ma che è importante rimanga attiva anche al S. Antonio.

	In Regione hanno parzialmente accolto quanto richiesto dall'ULSS ma non c'è più l'apicalità della lungodegenza.
Dott. Castegnaro	<p>Ringrazia dell'invito, quindi specifica che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ "lungodegenza" è un termine vecchio, preso dai reparti sorti all'inizio del XX secolo, legati alla tubercolosi quando non c'erano medicine, ma solo la climatoterapia, in località montane o marine, i pazienti rimanevano in lungodegenza, un anno o due, in questi posti che furono poi chiamati sanatori – ce n'era uno a Galliera, ma più facilmente erano a Misurina o all'Altopiano di Asiago;</li> <li>◆ quando egli è arrivato all'Ospedale Geriatrico negli anni '70, c'erano dei reparti cosiddetti per acuti e due per la lungodegenza, ereditata dalla vicina casa di riposo dove addirittura arrivavano anziani con le loro valigie che rimanevano lì fino alla fine dei loro giorni;</li> <li>◆ ovviamente con la comparsa della geriatria come specialità, questo non è più avvenuto però è rimasto il termine "lungodegenza" prendendo però sempre di più il significato di "post-acuzie" cioè il paziente che esce da un reparto di acuti, il paziente non ancora stabilizzato, veniva dirottato nel reparto di lungodegenza;</li> <li>◆ egli è diventato primario nel reparto di lungodegenza nel 1997 e a quell'epoca aveva un reparto con 100 posti letto al vecchio ospedale geriatrico dove c'erano due divisioni per acuti ed un servizio di riabilitazione. In accordo con la Direzione generale, nel suo reparto è stato creato un reparto di riabilitazione al quale ha ceduto volentieri 30 posti letto;</li> <li>◆ nei primi anni del 2000 l'Ospedale Geriatrico è stato chiuso; il reparto di geriatria è migrato all'8° piano del S. Antonio, la clinica geriatrica è andata all'Ospedale Giustiniano, la riabilitazione all'8° piano del S. Antonio e per ultimo è andato via lui, il 30 settembre 2003. Sono stati creati due reparti di lungodegenza di 30 e 34 posti letto ciascuno e sono stati collocati, la sua unità operativa al 1° piano del monoblocco mentre l'altra lungodegenza è stata collocata al 3° piano del monoblocco;</li> <li>◆ da quel momento, il suo reparto collocato nell'Azienda Ospedaliera, ha un po' rivoltato le carte dell'assistenza geriatrica, sempre in accordo con la Direzione: intanto è stata data una "mission" alla lungodegenza: non è un custodire gli anziani, è accogliere ammalati dal reparto di acuti quando non sono ancora stabilizzati; contemporaneamente viene recuperata la funzionalità, quella deambulatoria ma anche mentale, respiratoria o deglutitoria, in collaborazione con il servizio di riabilitazione, adatta al soggetto anziano: si tratta infatti di un anziano "complicato" nel senso che ad es. se si è fratturato un femore, possono sorgere altre patologie, l'anziano può quindi rientrare a domicilio, se c'è una famiglia;</li> <li>◆ la seconda cosa fatta è stato istituire l'attività di consulenza: nei reparti medici arrivano anziani che magari non hanno famiglia, sono in condizioni precarie e non si riesce a dimmetterli per cui stazionavano impropriamente in un reparto per acuti per lunghi periodi ed il reparto non riusciva più a fare accoglimento. Perciò è stata istituita un'attività di consulenza: è stato detto ai reparti per acuti: "entro tre giorni dall'accoglimento segnalateci il caso noi vediamo a vederlo" non viene però fatta per loro una prestazione bensì un vero e proprio progetto assistenziale cioè gli viene chiesto dove abita, con chi abita, quali sono le possibilità, dal punto di vista sociale e ambientale, che lui ha per poter rientrare. E' stato istituito un servizio di infermieri che ci aiuta in questa attività di consulenza, vengono fatte in media 50 consulenze alla settimana e fin da subito si sono ottenuti risultati clamorosi ad esempio un paziente con frattura di femore rimaneva in media in reparto 23 giorni, ora ne rimane in media 11;</li> <li>◆ fa sapere inoltre che egli ha creato all'interno del reparto due microunità dove vengono ricoverati pazienti che escono dall'area critica cioè pazienti affetti da gravi patologie, non sempre recuperabili o affatto recuperabili dal punto di vista riabilitativo, che sul territorio non avrebbero possibilità di scampo: nel 2013 ha accolto 74 pazienti, quasi tutti dall'alta specialità e dalle terapie intensive. Se si va a Belluno, di questi pazienti non se ne trovano perché non hanno le neurochirurgie o le cardiocirurgie quindi la peculiarità dell'assistenza post-acuzie a Padova è legata all'alta specialità.</li> </ul> <p>Ribadisce che non è solo prestazione, ma progetto assistenziale, un percorso quindi che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dimissione protetta;</li> <li>- ricovero in lungodegenza se il paziente necessita di stabilizzazione;</li> <li>- ricovero in hospice per malati di tipo terminale anche se ora ci sono patologie terminali, ma che non sono neoplastiche come la demenza di Alzheimer o il Parkinson molto avanzati;</li> <li>- oppure inserimento in casa di riposo.</li> </ul>

	<p>Informa quindi che alla chiusura dell'Ospedale Geriatrico è stata creata della struttura intermedia, di cui egli è responsabile clinico. Qual è la differenza fra lungodegenza ospedaliera o struttura intermedia? La lungodegenza è una struttura ospedaliera, quella intermedia è una struttura territoriale per malati che non hanno bisogno di controlli serrati dal punto di vista clinico, di tornare in ospedale, ma che hanno bisogno di 4-5 settimane di degenza per dare alla famiglia il tempo di riorganizzarsi ad esempio a seguito di fratture, ictus per cui la famiglia si trova di fronte ad un parente da assistere, poi ci sono i casi che non possono essere reinseriti in famiglia, o perché la famiglia non c'è o perché il partner è fragile, i quali attendono di essere inseriti o in hospice o in casa di riposo.</p> <p>Prosegue dicendo che nel frattempo non sono stati fermi: come geriatri hanno creato, con gli oncologi dello IOV (Istituto Oncologico veneto), un ambulatorio di oncogeriatría, cioè per pazienti ultrasessantacinquenni affetti da neoplasia, valutati con la valutazione multidimensionale, tipica dei geriatri (valutazione cognitiva, affettiva, della comorbidità cioè presenza di varie patologie, valutazione socio-ambientale) in modo da utilizzare al meglio tutte le risorse disponibili.</p> <p>Così hanno suddiviso i pazienti in tre categorie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pazienti cosiddetti FIT cioè che possono essere sottoposti a protocolli chemioterapici come qualsiasi adulto;</li> <li>2. Pazienti cosiddetti vulnerabili ossia per i quali i protocolli chemioterapici vengono adattati;</li> <li>3. Quelli fragili per i quali non è possibile attuare il protocollo chemioterapico, ma vengono curate con cure palliative.</li> </ol>
<p>Presidente Barzon</p>	<p>Dà ora la parola al prof. Masiero.</p>
<p>Dott. Masiero</p>	<p>Fa sapere che nel febbraio del 2011 è stato approvato il piano di indirizzo della riabilitazione che per loro rappresenta il punto di partenza per come oggi viene vista la riabilitazione.</p> <p>I punti salienti sono 7, ne vorrebbe sottolineare uno in particolare ed è quello del continuum assistenziale, recepito anche dalla Regione con l'atto di approvazione del piano socio-sanitario, ma soprattutto con la deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2634 del 30 dicembre scorso con cui è stato approvato il dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale-territorio.</p> <p>L'ambito di applicazione di questo quadro normativo è:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- presa in carico globale della persona;</li> <li>- la valutazione del bisogno riabilitativo assistenziale;</li> <li>- l'elaborazione e l'implementazione del progetto riabilitativo individuale.</li> </ul> <p>Questo vuol dire che fin dai primissimi giorni di accoglienza del paziente, che ha avuto ad esempio un ictus, viene preso in carico e, sulla base di fattori prognostici, viene definito un suo percorso. Su che base viene definito? Come dice la delibera: il dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale –territorio comprende l'unità spinale, l'unità di neuroriabilitazione per età adulta, le unità operative di medicina fisica e riabilitative ospedaliere, le unità operative di lungodegenza ospedaliere, tutte le unità operative specialistiche riabilitative territoriali e ospedaliere, compresa la riabilitazione pneumologica e cardiologica, ecc. poi i presidi e i centri o le unità operative che erogano prestazioni riabilitative a carattere estensivo cioè ambulatoriale.</p> <p>Quindi, se vogliamo fare una riabilitazione con un'adeguata governance cioè un risparmio e soprattutto un percorso adeguato ad ogni paziente, si devono avere fin dall'inizio disponibili tutte queste strutture dove poter inviare fin dall'inizio il paziente. Questo è stato realizzato a Treviso molto bene, cioè all'interno di una stessa struttura ci sono tutte queste possibilità, senza far stazionare il paziente in reparti non appropriati, con conseguente abbattimento delle degenze in fase acuta.</p> <p>Dice ancora la delibera: "gli aspetti caratteristici di questo dipartimento funzionale sono l'integrazione delle funzioni attività sanitaria e sociale di riabilitazione", quindi si parla ancora di ospedale-territorio, come se fossero un'unica struttura.</p> <p>Invece a Padova, ad esempio un mieloleso viene ricoverato in neurochirurgia; superata la fase post-acuta Padova non ha posti letto allora inizia la ricerca, va in altre sedi.</p> <p>2^ esempio: un giovane che è ricoverato in neurochirurgia a seguito di incidente stradale, supera la fase acuta e dove va? In azienda ospedaliera non c'è posto, al S. Antonio non c'è posto, va a Vicenza, Motta di Livenza o al Lido di Venezia;</p> <p>3^ caso: un paziente che ha un banale ictus si fa per dire, in azienda ospedaliera non ci sono posti letto per pazienti neurologici, va al S. Antonio o a Conselve o a Camposampiero;</p> <p>4^ caso: un paziente operato di protesi d'anca, questo ha tutti i posti letto a disposizione, attenzione però: ormai in tutte le strutture per tutte le protesi d'anca in elezione sebbene ci sia la possibilità di fare la degenza di 15 giorni, si fa tutto in day</p>

	<p>hospital o in day service quindi ambulatorialmente, a Padova invece si continua a ricoverare comunque perché non c'è attivo un territorio che ambulatorialmente possa assorbire questo tipo di paziente.</p> <p>Dal punto di vista invece della riabilitazione estensiva cioè un'ora di trattamento al giorno in ambulatorio (mentre quella ospedaliera è detta estensiva), Padova è ben servita. Con il dott. Donato si era cercato di fare un percorso per certi pazienti, in base a dove loro vivevano però la cosa non è andata in porto.</p> <p>In sostanza a Padova c'è una forte criticità riabilitativa. Le attuali schede ospedaliere hanno posto presso l'Azienda Ospedaliera di Padova 30 posti letto di cod. 56 (quindi medicina fisica e riabilitativa) di cui otto fanno riferimento al cosiddetto centro riabilitativo delle demenze, poi hanno messo un'unità spinale da attivare presso l'Azienda Ospedaliera: attivare un'unità spinale non è come attivare un'unità normale, richiede una complessità di servizi (neurologo, neurochirurgo, ecc.). Egli aveva richiesto la possibilità di, invece che 10 posti letto di questo tipo, 10 posti per soggetti con trauma cranico -encefalico o lesione cerebrale, pazienti più "facili" da seguire.</p> <p>La criticità è quella di dire che siccome l'Ospedale di Padova dovrebbe fornire un servizio per queste persone almeno nell'immediato quindi la sua proposta è che ci fossero posti-letto dove il paziente viene operato, libera la neurochirurgia o la rianimazione, lui lo prenderebbe in carico per 10-15 giorni finché si stabilizza poi verrebbe mandato in un ospedale tipo S. Camillo, ma per trasferirlo dovrebbe essere stabilizzato e per stabilizzarlo dovrebbe restare ricoverato in neurochirurgia occupando un posto letto per 20 giorni, se invece ci può rimanere 5 giorni e ci fosse un reparto in Azienda dove c'è il neurochirurgo che nel caso in cui insorga un problema interviene, così si crea un percorso, che a Padova manca. Succede che talvolta anche dei giovani vanno in lungodegenza, magari vicino ad un anziano di 80-90 anni.</p>
Alle h. 19.15 esce il consigliere Cavatton.	
Dott. Gioga	<p>In quanto Direttore di Distretto, afferma di conoscere più la parte territoriale che quella ospedaliera, fa comunque due considerazioni</p> <p>1) il numero di posti letto va considerato nella sua globalità e non solo le apicalità: le schede regionali prevedono per l'ULSS 16:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 25 posti letto di riabilitazione a Piove di Sacco, 7 di neuroriabilitazione, 8 di riabilitazione funzionale;</li> <li>- 40 posti letto da assegnare dal Direttore Generale di Padova;</li> <li>- una serie di posti letto nelle strutture accreditate, sulle quali ovviamente bisogna fare sistema, nel senso che attualmente non sono a sistema però va ricordato che ci sono 73 posti letto di riabilitazione a Villa Maria, 40 posti letto ad Abano Terme nell'area riabilitativa.</li> </ul> <p>Oltre a questi, che sono posti letto ospedalieri, c'è un incremento di posti letto territoriali, in particolare è prevista l'attivazione di strutture URT (Unità Riabilitative Temporanee) ovvero strutture di residenzialità extraterritoriale (max 8 settimane) per l'erogazione di prestazione prevalentemente di riabilitazione neurologica e motoria dopo eventi acuti o riacutizzazione di patologie croniche</p> <p>Complessivamente, tolti i posti di residenzialità nelle R.S.A. (Case di Riposo), la Regione dice che noi abbiamo 309 posti letto attivati e 115 da attivare fra cui questi URT.</p> <p>Quello che voglio dire è che è verissimo che c'è la chiusura dell'apicalità (almeno 3) e della lungodegenza però i posti letto non è detto che chiudano, visto che ci sono 40 posti letto da assegnare e che c'è un dipartimento funzionale ospedale-territoriale che auspicabilmente aiuterà nel definire i percorsi dei pazienti.</p>
Dott. Castegnaro	Nell'atto aziendale 20 posti di questi sono già stati assegnati al primario di Riabilitazione del S. Antonio.
Dott. Gioga	<p>Certamente, ma sono 20 posti di riabilitazione. Credo sia importante ragionare su cosa fare di questo centinaio di posti letto da attivare e che tipo di strutture e collegamenti si andranno a creare tra queste strutture e le strutture di degenza.</p> <p>C'è da ragionare se su 200.000 abitanti, servono nel 2014 quattro presidi ospedalieri</p> <p>Ma è difficile chiudere come è difficile chiudere aziende sanitarie (come Chioggia, che ha circa 60.000 abitanti o come Feltre, Adria) mentre è più facile fare distretti da 250.000 abitanti. Chioggia proporzionalmente ha cinque volte più apicalità di Padova perché ovviamente per reggere una "baracca" piccola servono più generali che una "baracca" grande.</p> <p>Detto questo, bisogna concentrarsi come e dove dislocare, che percorsi fare in queste strutture e come coinvolgere gli accreditati, come allocare questi posti ex-ospedalieri perché siano davvero riabilitativi. Va tenuto conto che la struttura intermedia fa già attualmente 700 ingressi l'anno, questa è una realtà fortunata perché se si va all'ULSS 15 non c'è nessun ospedale di comunità, idem alla 17 per cui si passa dal ricovero a casa oppure lunghissimi tempi di degenza in attesa dell'inserimento in casa di riposo.</p>
Consigliere	Fa sapere che quando hanno elaborato le schede la prospettiva era istituire in ogni

Sinigaglia	provincia un centro di riabilitazione, come diceva il dott. Masiero, completo di tutto; a Padova non si è riusciti a fare un passaggio di questo tipo per cui sono rimaste tutte le incertezze ora evidenziate comunque la questione rimane aperta per tutta la provincia di Padova.
Assessore Verlatto	Specifica, visto che è stato tirato in ballo il discorso della lungodegenza, che non è tanto l'apicalità in se', è che quella garantisce che non vengano disperse le professionalità presenti in strutture di lungodegenza.
Dott. Castegnaro	L'atto aziendale è molto sibillino da questo punto di vista, è solo scritto che il mio incarico scadrà nel 2017.
Consigliera Di Maria	Si chiede se il percorso di cui si parla viene attuato anche all'Ospedale Civile, inoltre chiede perché non sia consentito ai familiari dei pazienti di prestare assistenza in Rianimazione; inoltre sulla questione del discorso degli ospedali piccoli, in genere quando si dice alla popolazione che si chiude un ospedale, la gente pensa "adesso mi tolgono l'ospedale, poi mi tolgono il pronto soccorso o servizi come quello degli infermieri che vanno a casa per fare un'iniezione".
Assessore Verlatto	Più che di chiusura, si dovrebbe parlare di riconversione, con l'ospedale di comunità
Consigliere Ercolin	Specifica che è entrato in politica nel 2009 perché come Presidente dell'Associazione "Insieme per la qualità della vita" i suoi soci gli hanno detto che per portare avanti il tema del pronto soccorso geriatrico, doveva entrare: chiedevano ci fosse una corsia preferenziale per queste problematiche perché magari l'anziano deve stare in pronto soccorso ore e non sempre i familiari sono a disposizione. Non ha però mai risolto questo problema. Detto questo, chiede se il nuovo ospedale, al di là dell'ubicazione, potrà risolvere questi problemi.
Consigliera Lincetto	Mi pare di capire che voi pensate ad un percorso per questi pazienti, in prospettiva futura che cosa ci si aspetta per gli anziani perché l'impressione è che gli anziani soli siano in aumento o che le famiglie spesso faticino a gestirli, forse c'è bisogno di molti più posti, case di riposo o come vogliamo chiamarle.
Consigliere Cavazzana	Chiede com'è avvenuto lo spostamento di posti letto, è stata fatta una compensazione?
Dott. Castegnaro	Attualmente sono ancora funzionanti, in futuro alla cessazione del mio incarico, è previsto che sparirà la lungodegenza e i posti letti verranno, dicono, spostati sul territorio, assorbiti dalle strutture intermedie.
Consigliera Trevisan	Sollevo due argomenti, un po' marginali, ma che mi incuriosiscono: - gli anziani disabili: li mettete in una categoria a parte o non sono ancora un grosso problema medico? - i familiari e l'accompagnamento alla morte: esiste un supporto che sollevi, perché c'è la famiglia che lo vuole a casa, invece la famiglia che vuole che muoia in ospedale.
Dott. Castegnaro	Risponde a Di Maria che la lungodegenza (34 posti in Azienda Ospedaliera e 30 al S. Antonio) e la struttura intermedia insieme assistono 1.500 pazienti l'anno, in tutto il territorio dell'ULSS 16. Questi posti attualmente sono insufficienti perché la popolazione anziana ultrasessantacinquenne dell'ULSS 16 è di 120.000 persone di cui il 20% ha bisogno di cure ospedaliere adeguate più o meno prolungate. Va tenuto in considerazione che una fetta segue la Villa Maria, un'altra Abano dove guarda caso lì ci sono le riabilitazioni e le lungodegenze, in Azienda e nell'ULSS vengono cancellate. Una delle criticità è che il numero degli anziani soli aumenta, specialmente donne, il 50% delle persone con frattura di femore sono donne. Un'altra criticità è che il territorio non è organizzato per curare l'anziano a domicilio quindi va al Pronto Soccorso dove può rimanere anche 10 ore su una barella. Viceversa, nel momento in cui dall'ospedale e soprattutto dalla lungodegenza un anziano va in dimissione protetta, allora in questo caso c'è un buon servizio perché il medico di famiglia viene coinvolto, c'è il servizio domiciliare dei distretti ma la cosiddetta medicina di tipo primario non è ancora organizzata bene anzi c'è il rischio di peggiorare la situazione con i tre maxi distretti che si vogliono fare.
Assessore Verlatto	C'è una nota positiva ed è la Medicina di gruppo integrata, ossia nuclei di medici di famiglia con specialisti che si alternano all'interno, che seguono a domicilio gli anziani con pluripatologie.
Dott. Castegnaro	Risponde ad Ercolin che l'ospedale nuovo è previsto non sicuramente per gli anziani: degenza brevissima, due-tre giorni, superspecialità poi dimissione sul territorio. In Friuli non c'è la geriatria, ha 1/5 della popolazione del Veneto, l'anziano va ricoverato nelle Medicine, che hanno il DRG (è la prestazione che prevede un prontuario), ad es. il DRG per lo scompenso cardiaco prevede 8 giorni però per un adulto normale possono bastare 5 giorni quindi l'anziano dopo 5 giorni viene letteralmente "ri-sputato" sul territorio, magari in condizioni peggiori di quelli iniziali. Addirittura sono arrivati a lotte furibonde fra medici del territorio e medici ospedalieri, arrivando a fotografare l'anziano prima e dopo, non si vorrà mica arrivare a questa

	<p>Sanità?</p> <p>Risponde a Lincetto che per il nuovo ospedale non è previsto nulla per l'anziano, le prospettive sono grigie per il futuro se non si prende la situazione per mano e non si comincia a creare dei percorsi per la persona anziana, sia negli accoglimenti che nelle dimissioni. Invece di fare tagli trasversali alla cieca, vanno chiamati degli esperti che sanno cosa fare, in questo modo si risparmia.</p> <p>L'ospedale geriatrico era un'isola felice, ma si trovava in centro città e soprattutto c'erano cose da mettere a norma come l'impianto elettrico, c'erano spazi da riadattare, in sostanza era un ospedale che richiedeva un profondo rinnovamento.</p> <p>Risponde a Trevisan che per quanto riguarda gli anziani disabili, fa sapere che lui ha curato tantissimi down che purtroppo diventano anziani in media a 50 anni.</p>
Dott. Gioga	All'OPSA, abbiamo avuto anche qualche ottantenne.
Dott. Castegnero	<p>Negli ultimi 30 anni abbiamo guadagnato 15 anni di vita media, ma ci si porta dietro disabilità, aumento della cronicità, la riacutizzazione delle malattie croniche, ecc.</p> <p>Per quanto riguarda l'accompagnamento alla morte, informa che nel Vento il 90% degli anziani muore in ospedale, il 10 su 100 muore a casa e in questi casi o c'è la famiglia oppure è decesso accidentale; dei suoi ricoverati il 32% muore, quasi 1 su 3.</p> <p>Uno degli obiettivi dei suoi reparti è non sentire assolutamente una protesta sul dolore e le cure palliative stanno diventando un obiettivo molto, davvero molto, importante.</p>
Dott. Masiero	Vorrei aggiungere, a proposito dei disabili, che i bambini che hanno ad esempio una paralisi cerebrale infantile, fino ai 18 anni sono seguiti dalla Pediatria, dopo i 18 anni non c'è nessuno che li segue.
Presidente Barzon	Risponde che su questo problema, per quanto riguarda la neuropsichiatria infantile è stato fatto in commissione un percorso, hanno portato anche una mozione in Consiglio Comunale. Di fatto sono bambini ma anagraficamente sono adulti, e su questo c'è un buco, nessuno se ne occupa.
Dott. Masiero	Accenna che c'è un punto, nel piano di indirizzo della riabilitazione, su cui si potrebbe investire "qualcosina", la Regione dovrebbe aver stanziato su questo dei fondi ed è l'AFA (attività fisica adattata) cioè far fare a quegli anziani che sono affetti da malattie croniche, osteoarticolari, polmonari, ecc. attività fisica non specifica, fatta da palestre con operatori non fisioterapisti. E' dimostrato che diminuisce il numero di complicanze broncopolmonari, il numero dei ricoveri, il consumo di farmaci con un ritorno enorme. Bisogna per questo investire culturalmente perché non si è abituati a fare attività fisica.
Consigliere Sinigaglia	E' stato presentato un progetto di legge per realizzare le palestre della salute che avrebbero proprio questo scopo.
Dott. Gioga	Afferma che è quello che voleva dire anche lui, la seconda cosa sono le cure palliative: nel 2013 è stato deliberato un progetto di riorganizzazione, se si considerano i soli pazienti oncologici, il decesso a domicilio è solo il 25% dei casi, un 30% in hospice per cui fortunatamente ci sono settori in cui, anche grazie al coinvolgimento dei medici di medicina generale, si sta lavorando molto.
Consigliere Sinigaglia	<p>Aggiunge che adesso l'organizzazione dei distretti prevede l'Unità Operativa Cure Palliative quindi non è più una cosa sperimentale, casuale.</p> <p>Osserva quindi che, siccome si tratta adesso di andare a decidere dove collocare i posti letto territoriale, e questo spetta alla Conferenza dei Sindaci e al Direttore Generale, è l'occasione per ridiscutere anche della riabilitazione e della lungodegenza proprio per la presa in carico, per la continuità che ci deve essere e nell'ULSS 16 sarebbe opportuno riprendere in mano la questione sia in base alle indicazioni che sono state date sia all'atto aziendale sia alla decisione delle schede ospedaliere, riaprire la discussione perché effettivamente non sono state fatte delle scelte felici. Qualche correzione è stata fatta per la riabilitazione con i 20 posti dell'atto aziendale però capisce che anche per la neuroriabilitazione servirebbero scelte diverse quindi sarebbe importante proseguire la discussione con i direttori generali Dario e Brazzale per vedere se c'è una discussione generale a partire dai posti letto territoriali. Anche all'interno della stessa struttura ospedaliera o delle case di riposo è possibile collocare dei posti letto territoriali, proprio per dare prefigurazione alla continuità. E' impensabile creare strutture nuove con le risorse che ci sono.</p>
Assessore Verlatto	<p>In Esecutivo e in Conferenza dei Sindaci porteremo avanti anche questo discorso, che l'ospedale deve essere sempre più snello e la casa sempre più grande, controlleremo cioè che la lungodegenza post-acuzie ci sia, rimanga, controlleremo che aumentino gli ospedali di comunità come anche i posti di struttura media – con il dott. Cestroni si era calcolato che ne servirebbero almeno 200, ora sono 60 - per cui la filiera deve continuare anche fuori, con la riorganizzazione territoriale.</p> <p>Non abbiamo toccato altri temi, ma che porteremo avanti come i posti per l'anziano fragile, i centri diurni sottodimensionati, i centri servizi e, quando l'anziano può starsene a casa, aumentare l'assistenza con la medicina territoriale e quello che fa il Comune con l'assistenza pasti, l'assistenza domiciliare: ci sono 5.600 anziani a Padova che vivono da soli senza parenti in città.</p>

	Per quanto riguarda la prevenzione, c'è un dato interessante: per quanto riguarda gli anziani che vengono a fare attività motoria con il Comune – sono più di 4.000 – il centro per l'obesità ha fatto alcune analisi con un gruppo di controllo che dimostra un aumento della longevità
Presidente Barzon	Chiede ai Consiglieri se ritengono opportuno e utile elaborare un documento da portare in Consiglio Comunale su questa tematica, ringrazia quindi i presenti e, non essendovi altri interventi, chiude la riunione alle h. 20.20.

La Presidente della VI Commissione  
*Anna Barzon*

Il segretario verbalizzante  
*Lucia Paganin*