

PIEMONTE/ Pronto per il varo del Consiglio il progetto che riduce Asl e Aso a quota 17

Aziende a dieta con il riordino

Riassetto entro l'anno - Nasce la mega Azienda ospedaliera di Torino



Piemonte al primo passo verso il piano di riordino sanitario con un'ipotesi di riduzione delle Asl e delle Aso (Azienda sanitaria ospedaliera) da 22 a 17. Un iter che parte dalla nomina dei commissari straordinari, al posto dei direttori generali nelle aziende sanitarie, in attesa della definizione del nuovo assetto regionale. La data di scadenza "non oltre il 31 dicembre 2011" è indicata con chiarezza nella delibera approvata dalla Giunta lo scorso 29 dicembre, e dunque, c'è un anno di tempo per arrivare alla conclusione del percorso di cambiamento, che dovrebbe portare una vera e propria rivoluzione a livello economico con il passaggio dal-

la spesa storica alla spesa standard, per ridurre i costi della Sanità.

Secondo le dichiarazioni che da mesi rilascia il presidente della Regione **Roberto Cota**, non si tratterà di un modello calato dall'alto, ma di un percorso di riordino concertato e condiviso per migliorare l'efficienza dei servizi e ridurre i costi. Un concetto ribadito ancora una volta l'11 gennaio, dopo aver incontrato il capigruppo di maggioranza, che in una lettera avevano espresso al governatore l'esigenza di migliorare la comunicazione tra Giunta e Consiglio per lavorare insieme.

Ora, il documento licenziato il 29 dicembre dovrà essere esaminato e modificato in Com-

missione e, infine, approvato dal Consiglio. I dettagli restano blindati, anche perché la Regione assicura che nulla è ancora deciso, se non l'impalcatura su cui poggerà il riordino. Quel che è certo, per ora, è che il progetto prevede la riduzione da 13 a 11 delle aziende sanitarie locali (con la fusione delle attuali due Asl di Torino città, mentre restano le tre della provincia, così come le sette delle altre città, fatta eccezione per le due di Cuneo che sono accorpate). Le aziende ospedaliere universitarie dovrebbero essere ridotte da otto a sei, con la riunione di Novara-Vercelli e di Asti-Alessandria.

Ma questo non è solo un elenco, quanto piuttosto la nuo-

va prospettiva con cui si misurerà la Sanità piemontese. Il cuore della riforma è la gerarchia (o concorrenza) che si impone tra Aso e Asl.

Alle Aso spetterà il coordinamento degli ospedali, alle Asl faranno riferimento le strutture sanitarie del territorio. Gli ospedali a loro volta saranno strutturati e classificati lungo tre assi operativi: ci saranno i presidi "di riferimento" (come Le Molinette e il Cto), "di cardine" (come Chieri e Moncalieri) e "di contiguità" (Valdese e Carmagnola). Come detto, tutti confluiscono nelle rispettive Aso e vi dovranno fare riferimento. A partire dalla mega Aso di Torino che avrà il nome "Città della salute" - e che por-

ta in dote più di 20mila dipendenti - e in cui confluiranno successivamente gli ospedali di Moncalieri, Carmagnola e Chieri.

Altro nodo, l'azienda ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino che per la particolarità del suo status giuridico (ricordiamo che si compone del presidio Umberto I di Torino e dall'oncologico di Candino) per ora non è toccato dal riordino, ma in un secondo momento dovrebbe confluire nell'Aso di Orbassano.

Già a settembre, erano state presentate le linee guida che avrebbero indirizzato l'iter di cambiamento e in quell'occasione, l'assessore alla Salute **Caterina Ferrero** aveva evi-

denziato la scissione «tra lo scorporo della funzione di produzione ospedaliera e specialistica (Aso) da quella territoriale (Asl) mediante da un lato la creazione di cluster ospedalieri che tengano conto dei flussi di mobilità osservati».

A oggi di certo ci sono i nomi dei commissari, indicati in un'altra delibera ad hoc, che avranno pieni poteri di indirizzo e di nomina all'interno delle aziende. Ma l'appuntamento con il valzer delle nomine è rimandato a fine anno quando gli stessi dovranno abbandonare l'incarico per lasciare il posto ai direttori generali.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA RISPOSTA A CRONICITÀ E DEOSPEDALIZZAZIONE

Se il country hospital salva il territorio

La soluzione più moderna dell'assistenza ai malati cronici passa dal territorio, dove si attua da almeno 15 anni. Il 56% degli ultra 75enni in Italia è affetto da patologie croniche che sono nell'ordine osteoarticolari, cardiovascolari, respiratorie, dismetaboliche; mentre l'Istat ci informa che il 20% degli ultra 65enni presenta la perdita di almeno una delle attività di base della vita quotidiana (disabilità). L'Oms stima per i prossimi anni in una percentuale elevatissima la spesa sanitaria destinata alla cura della cronicità, almeno il doppio di quanto sarà riservato all'acuzie. Per queste ragioni la gestione della cronicità deve passare in gran parte dall'ospedale al territorio, realizzando una rete diffusa di strutture sanitarie di ricovero in grado di accogliere i pazienti dagli ospedali, con un'intensità di cure calibrata secondo la complessità del quadro clinico ma che sarebbe improprio, forse pericoloso e inutilmente costoso seguire nei reparti ospedalieri.

Gli ospedali di comunità (o country hospital) sono sorti in Italia, a Forlì, dalla metà degli anni '90. Qui i medici di medicina generale (Mmg) seguono i loro assistiti facendosi carico della responsabilità clinica del ricovero. L'Odc favorisce risposte assistenziali in regime di ricovero a pazienti affetti da riaccutizzazioni di malattie croniche, esiti di interventi chirurgici o patologie terminali per cui non sono necessarie terapie intensive o diagnostiche a elevata tecnologia, in ambiente con assistenza infermieristica e addetti alla cura della persona H24 e presenza e/o reperibilità del Mmg dalle 8 alle 20 e da parte della continuità assistenziale nell'orario di sua competenza. Gli obiettivi sono: la stabilizzazione dello stato clinico generale e dei risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, la prevenzione delle complicanze e il recupero dell'autonomia per il rientro a domicilio, ritardare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali. In sostanza, ridurre i ricoveri impropri e attenuare l'effetto delle dimissioni precoci dall'ospedale.

Attualmente sono attivi in Italia 65 Odc, la maggior parte dei quali sorti in piccoli comuni disagiati per-

Differenze tra i modelli gestionali	
Ospedale tradizionale	Ospedale di comunità
Degenza - improntato sulla malattia	Residenzialità - improntato sulla persona
Alto costo (media 500 euro posto letto/die)	Basso costo (media 150 euro posto letto/die)
Patologia acuta ad alta intensità diagnostica	Medicina olistica, più attenzione all'assistenza
Criterio dell'intensività delle cure e procedure diagnostiche	Fase riaccutizzata della patologia cronica e postacuzie (assistenza-prevenzione-riabilitazione) in dimensioni protette
Introduzione Drg per massima efficienza e dimissioni rapide	Estensività delle cure e percorsi clinico assistenziali
Accesso libero per tutti	Accesso riservato agli assistiti dei Mmg

Fonte: G. Aulizio

I motivi di soddisfazione dei cittadini
a) con l'Odc, l'ospedale è aperto o non si è mai chiuso: in quanto i cittadini considerano il servizio ospedaliero come un luogo cui si ricorre al bisogno, con un ricovero residenziale sufficiente a risolvere il problema
b) la fiducia del curante: i pazienti conoscono bene i medici che li ricoverano, precedendoli con una cartella anamnestica informatizzata, li seguono durante la degenza e li dimettono
c) la presenza di familiari e amici: essi possono assistere molto più facilmente i ricoverati di quanto non sia possibile nelle strutture ospedaliere tradizionali, per le distanze e gli orari
d) struttura confortevole: l'ambiente presenta in genere condizioni alberghiere medio-alte e prevede spazi per socializzare e per servizi alla persona
e) evita processi di "spersonalizzazione": i ricoverati sono assistiti nella loro comunità e dai loro medici di fiducia

Fonte: Linee guida Fimmg sull'Ospedale di Comunità, 2003

Requisiti e criteri generali per l'accesso dei pazienti nell'ospedale di comunità	
1. Temporaneamente senza adeguato supporto familiare o ambientale	3. Malati con comprom. generale per patologia di tipo evolutivo
2. Malati con patologie croniche dimessi precocemente dagli ospedali dopo il primo trattamento	4. Pazienti affetti da patologie in fase terminale
	5. Pazienti in regime di day hospital

Fonte: Linee guida Fimmg sull'Ospedale di Comunità, 2003

ché lontani da un ospedale tradizionale per consentire ai residenti la "sicurezza percepita", ossia favorire l'idea che il loro territorio è protetto.

Gli Odc si dividono in quattro modalità organizzative e pur essendo stati lasciati liberi di volare secondo risorse, logistica e disponibilità (delle aziende sanitarie e dei Mmg) hanno avuto finora paletti invalicabili per impedire che si realizzassero chimere di assistenza sanitaria territoriale rispondenti a logiche di interessi anche economici, rischiando così di mettere in difficoltà le stesse aziende più propense ad attivarli e i Mmg disposti ad assumerne la responsabilità clinica.

Oggi la necessità di Odc è davvero esplosa: non solo per i tagli avvenuti in questi anni dei posti letto ospedalieri in generale (120mila posti letto pubblici in meno dal 1995 in Italia) e per la necessità di trovare altre soluzioni di ricovero sul territorio a costi più contenuti ed elevata

assistenza sanitaria, ma anche perché alcune Regioni per le quali gli ospedali erano l'unica risposta sanitaria disponibile si trovano nelle necessità di rientrare da importanti deficit economici e contemporaneamente di disegnare una rete di servizi distrettuali in molti casi assai carente o assente.

Non solo quindi gli Odc proseguono nella loro lenta e costante crescita, pur in assenza di finanziamenti ad hoc, ma sono sempre più proposti ai Mmg da parte delle aziende sanitarie. Alcuni appartengono a Regioni commissariate, come l'Abruzzo; mentre la Toscana, la migliore regione quanto a efficienza dei servizi sanitari (studio dell'Istituto Sant'Anna di Pisa per il Ministero della Salute, 2010) e prima ad averli inseriti nel Psr, continua a progettarne e a migliorarli alla luce delle esperienze acquisite. Da tempo si rileva anche un notevole interesse da parte delle cooperative di medici, in un

ambito gestionale relativo a un più ampio progetto di presidio socio-sanitario, che prevede anche ambulatori per la medicina di gruppo, uffici amministrativi, ambulatori per la specialistica ecc. Ancora, questo servizio consente ai Mmg di riappropriarsi di quella leadership clinica nel territorio che avevano in parte smarrito non solo per loro responsabilità.

Oggi tredici regioni hanno inserito i "country hospital" nei loro piani sanitari, altre li hanno attivati senza normarli, e ci sono riferimenti sia nei Psn che nell'Acn (v. il volume "L'Assistenza Primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra", da cui sono tratte anche le tabelle in pagina). Le undici Regioni che li hanno attivati sono: Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Puglia, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Lazio, Liguria, Veneto, Lombardia. Vi sono coinvolti oltre 200 comuni, con un bacino d'utenza

di due milioni di persone; 700 sono i posti letto, circa 500 i Mmg impegnati con almeno un migliaio di operatori fra infermieri e addetti alla persona.

La promozione dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni rappresenta soprattutto oggi, in carenza di risorse economiche e con la prospettiva di perdere circa 115mila medici per pensionamento nei prossimi dieci-quindici anni, compresi nella fascia d'età tra i 51 e i 59 anni, ovvero il 38% di tutta la popolazione medica attiva (dati Fnomceo 2010), uno dei punti chiave del processo di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera e quindi, contemporaneamente e necessariamente, della rete dei servizi territoriali.

La razionalizzazione delle strategie di offerta sanitaria punta fortemente a qualificare l'ospedale come luogo di cura a elevata tecnologia e tum over, destinato al trattamento delle patologie più complesse e a maggiore intensità d'assistenza. Ciò comporta che per la migliore assistenza al paziente si debbano ridurre i tassi di ospedalizzazione e di inappropriatezza dei ricoveri, stimati attualmente in un milione degli undici per anno in Italia (Atlante 2009 sulla ospedalizzazione evitabile del ministero della Salute su dati 2005-2008) e rende necessario riconvertire, nell'ambito del primo livello dell'intervento (cure primarie), una serie di presidi ospedalieri.

In un'Italia a volte troppo esterofila che spesso fa riferimento a modelli organizzativi difficilmente attuabili da noi (vedi modello anglosassone del "see and treat", se avessimo attivato 470 "community hospitals" come in Gran Bretagna, con una dotazione di posti letto che rappresenta il 3% dei totali (18.579), sarebbero stati ridotti molti disagi per i nostri cittadini, i costi del Ssn ne avrebbero beneficiato e l'assistenza per la maggior parte delle patologie croniche dell'anziano sarebbe stata più appropriata.

Giancarlo Aulizio

Presidente
Omceo Forlì-Cesena
Referente nazionale Fimmg
per gli ospedali di comunità

© RIPRODUZIONE RISERVATA