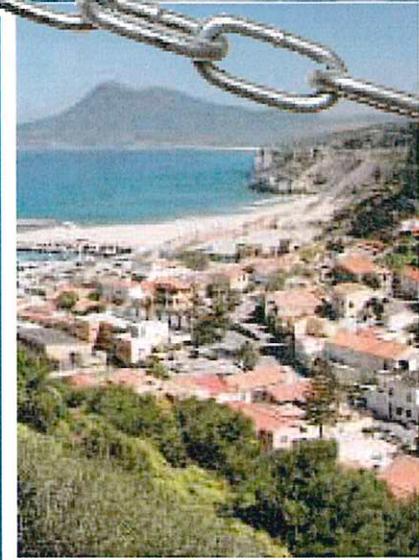
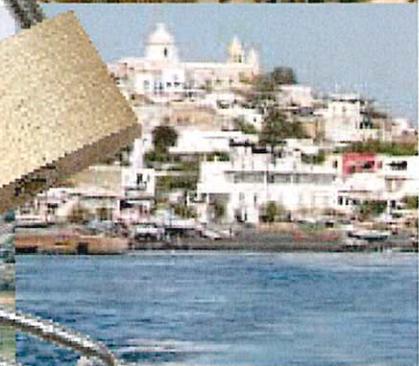


PICCOLI OSPEDALI ADDIO



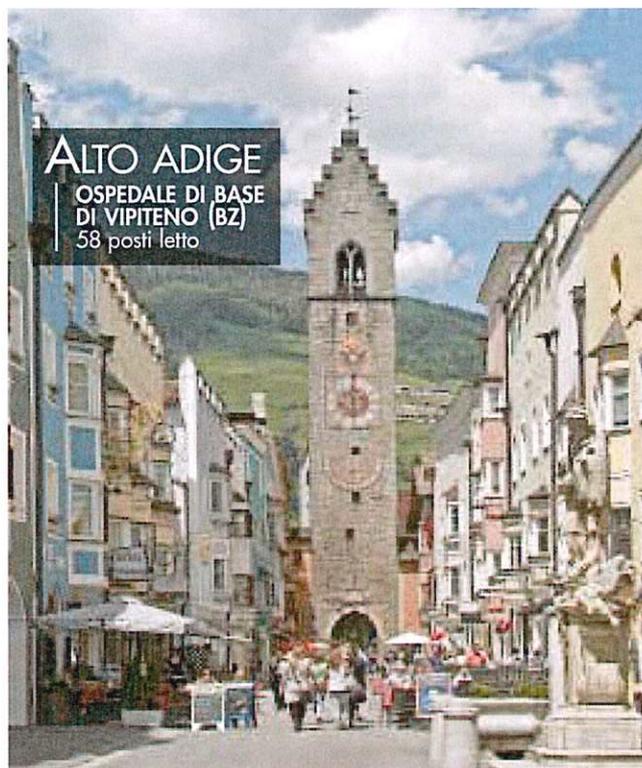
GLI SPECIALISTI

Tonino Aceti è il Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato e responsabile del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei malati cronici. È stato inoltre membro del Comitato etico del Policlinico Umberto I di Roma e componente della Commissione ministeriale per la semplificazione amministrativa in materia di invalidità civile e handicap.

Il dottor **Marco Bosio** è direttore sanitario aziendale dell'Azienda ospedaliera di Desio e Vimercate. Già direttore sanitario aziendale della Fondazione Irccs San Matteo di Pavia, è stato responsabile scientifico di progetti di ricerca nazionali e regionali nel campo dell'organizzazione sanitaria. È stato nominato componente in Commissioni ministeriali e ha partecipato in qualità di componente e di conduttore a molti gruppi di lavoro a livello regionale.

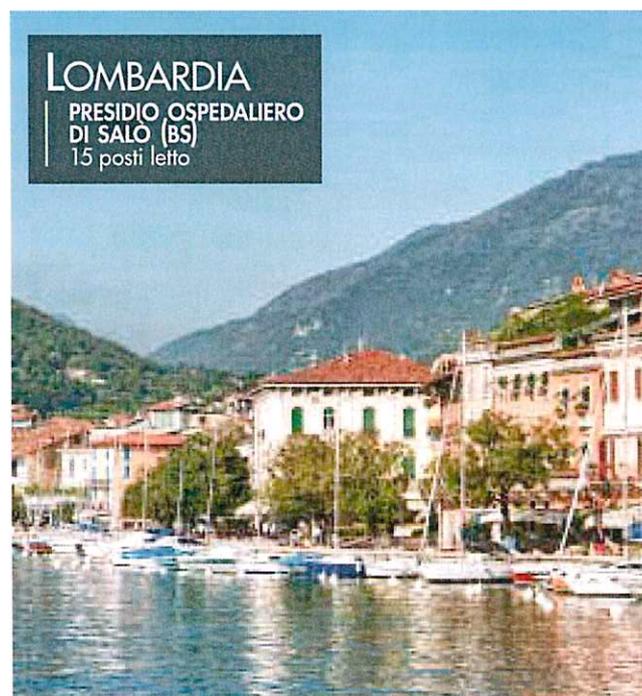
Il dottor **Riccardo Cassi**, già dirigente medico di chirurgia generale presso l'Azienda sanitaria 10 di Firenze, è presidente nazionale di Cimo-Asmd, sindacato dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale. È consigliere dell'Ordine dei medici della Provincia di Firenze.

Il professor **Walter Ricciardi** è ordinario di igiene presso la facoltà di medicina e chirurgia, direttore dell'Istituto di igiene e della Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Fondatore e direttore dell'Osservatorio nazionale per la salute nelle Regioni italiane e direttore del Rapporto Osservasalute, è anche coordinatore del Comitato scientifico della Società italiana medici manager e presidente della III Sezione del Consiglio superiore di sanità.



ALTO ADIGE
OSPEDALE DI BASE
DI VIPITENO (BZ)
58 posti letto

L'ULTIMA BOZZA DEL PATTO PER LA SALUTE 2014 PREVEDE LA CHIUSURA DEI **NOSOCOMI CON MENO DI 60 POSTI LETTO**, PER UN TOTALE DI 72 STRUTTURE. MA È DAVVERO QUESTA LA STRADA DA PERCORRERE PER RIORGANIZZARE LA RETE OSPEDALIERA?



LOMBARDIA
PRESIDIO OSPEDALIERO
DI SALÒ (BS)
15 posti letto

Se n'è parlato molto e ancora se ne discute. Sì, perché il nuovo Patto per la salute (l'accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale) in via di definizione proprio nei giorni in cui stiamo andando in stampa, **potrebbe cambiare notevolmente la realtà ospedaliera italiana.** Sembra infatti che, fra le altre cose, il documento preveda la chiusura degli ospedali con meno di 60 posti letto e contenga già una lista di 72 presidi a rischio. Un'ipotesi, questa, che **non ha raccolto molti consensi** e che quindi potrebbe anche subire aggiustamenti fino all'ultimo istante. Secondo la maggior parte degli esperti la direzione verso cui puntare è un'altra: la riorganizzazione della rete ospedaliera.

SCARSEGGIANO IN ESPERIENZA

Indubbiamente gli ospedali di dimensioni ridotte hanno delle pecche. «A partire dalla **manca di tecnologia**: la medicina, soprattutto quella per l'acuto, si è evoluta moltissimo negli anni e oggi richiede metodologie e macchinari sempre più complessi che, per questioni economiche e organizzative, sono **disponibili solo nei presidi medi e grandi**» esordisce il professor Walter Ricciardi. In secondo luogo, occorre considerare che spesso **il personale dei centri piccoli non è particolarmente aggiornato su nuove procedure e tecnologie.** Infine, sovente, non ha sufficiente esperienza: tratta talmente pochi casi, e frequentemente molto diversi fra loro, da non potersi specializ-

zare realmente in un settore. **Facendo poco di tanto**, infatti, **non si possono certo acquisire le competenze e la pratica necessarie** per perfezionarsi in un determinato campo.

UN ESEMPIO: I PARTI CESAREI

La questione dei punti nascita è molto esemplificativa in questo senso: le strutture più piccole fanno un grande ricorso al parto cesareo "preventivo" perché, frequentemente, **non possiedono gli strumenti e la preparazione essenziali per affrontare le eventuali complicazioni di un parto naturale**. Occorre sapere, infatti, che se durante la nascita per via vaginale subentrano dei problemi, medici e ostetriche possono essere costretti a praticare manovre d'emergenza e, talvolta, a ricorrere alla sala operatoria. Per una struttura dotata di scarsa strumentazione, e magari con carenza di personale, gestire queste situazioni può essere molto difficile. Ecco perché nei presidi ospedalieri con poche nascite l'anno, **la percentuale di cesarei raggiunge picchi molto elevati**. Questo discorso, comunque, non riguarda solo i punti nascita e potrebbe essere esteso a molte altre unità operative.

NON È UNA QUESTIONE SOLO DI POSTI LETTO

Va detto anche che i piccoli ospedali, così come sono organizzati ora, spesso **non sono particolarmente utili**. La maggior parte, infatti, non si è evoluta nel tempo e non ha apportato grandi cambiamenti rispetto allo schema con cui era stata concepita in origine.

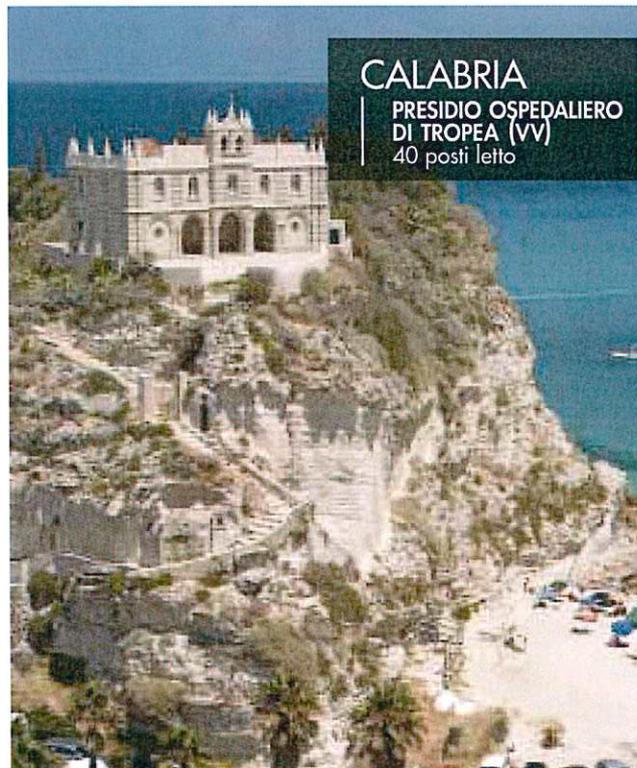


I punti deboli

Sebbene il nostro sia uno dei sistemi sanitari migliori al mondo, la rete ospedaliera così com'è oggi non è più sostenibile. Costa troppo e prevede strutture quasi fotocopia a breve distanza, se non reparti del tutto simili all'interno dello stesso ospedale.

Inoltre, non garantisce ovunque gli stessi standard di qualità e sicurezza. Infine, presenta alcune criticità, come accessi difficili ai Pronto soccorso, scarsa collaborazione fra medici e nosocomi, autoreferenzialità e poca trasparenza.

La regione che risente di più dei tagli è la Sicilia, dove saranno chiuse 23 strutture ospedaliere



«Ma che senso ha che oggi in queste strutture siano presenti tantissime unità operative quando le persone preferiscono rivolgersi altrove?» si chiede il professor Ricciardi. Tutto questo, però, **non significa che le strutture sotto i 60 posti letto siano del tutto superflue** e vadano eliminate tout court. «Il criterio dei posti letto non è l'unico parametro da tenere in considerazione quando si valuta l'efficienza, la qualità, l'utilità e la sicurezza di un ospedale. Se l'obiettivo è organizzare e offrire servizi migliori ai cittadini, allora bisogna vagliare anche tante altre questioni, come i dati inerenti agli esiti delle prestazioni effettuate, il volume delle singole procedure e i **bisogni di salute di quel territorio che devono essere soddisfatti**» spiega Tonino Aceti. Non è detto, insomma, che i grandi ospedali siano sicuramente migliori di quelli di dimensioni inferiori. Anzi. Alcuni, per esempio, hanno moltiplicato le unità operative, distribuendo gli interventi su varie strutture organizzative. Di conseguenza, vantano più équipe mediche e primari che però si occupano ciascuno di pochi casi all'anno, con un **enorme innalzamento dei costi e un corrispettivo in termini di esperienza e competenza non sempre proporzionato**. Di contro, ci sono ottimi presidi piccoli, come l'Ospedale di Asola, in provincia di Mantova, e di Ozieri, in provincia di Sassari, appena ristrutturati e potenziati.

LA PAROLA D'ORDINE È RICONVERSIONE

Come si dovrebbe procedere dunque? «È ovvio che la situa-



zione attuale non è più sostenibile. La chiusura dei piccoli ospedali, però, può avere un senso solo a due condizioni: **non deve essere effettuata sulla base di ragioni meramente economiche** e, al tempo stesso, deve rientrare in un'opera più generale di riorganizzazione della rete assistenziale» afferma il dottor Riccardo Cassi. Secondo la maggior parte degli esperti, più che di chiusura si dovrebbe parlare di **riconversione delle strutture più piccole**. Per una serie di motivi. A partire da quello più ovvio, ossia che il territorio va presidiato il più possibile: **non si può pensare di eliminare strutture**, anche se con meno di 60 posti letto, **in aree dove non ci sono alternative in grado di soddisfare i bisogni sanitari delle persone**. Per esempio, in zone dove l'ospedale più vicino dista 30-50 o ancor più chilometri di distanza. Oppure in luoghi dove è difficile muoversi, come sulle isole o in montagna. Per questo, il primo passo da compiere consiste nel **realizzare una mappatura dettagliata di ogni territorio**, sia rilevando i servizi disponibili sia evidenziando le eventuali carenze.

CENTRI PER I MALATI CRONICI

La riconversione è la soluzione migliore anche per un'altra motivazione, forse meno ovvia, ma sicuramente più profonda. «Oggi la società in generale e la sanità in particolare si trovano ad affrontare una sfida del tutto nuova: gestire il malato cronico. Grazie ai progressi della medicina e all'allungamento della vita media, infatti, **sono sempre più numerosi i**

I NUMERI IDEALI? NON ESISTONO

Il Patto per la salute prevede di chiudere gli ospedali sotto i 60 posti letto. Secondo gli esperti, però, stabilire le dimensioni ottimali di un nosocomio moderno non è semplice. Quel che è certo è che negli ultimi anni la tendenza è di costruire strutture di medie dimensioni, con 500-600 posti letto, ipertecnologiche e gestite con la massima efficienza, in modo da garantire degenze brevi ed efficaci. In Italia, da questo punto di vista, siamo molto indietro. «La nostra rete ospedaliera, infatti, è tarata sulla situazione degli anni 60, quando si dovevano curare molti giovani e affrontare soprattutto malattie acute. Ancora oggi, dunque, ci sono ospedali enormi, con oltre 1.500 posti letto, ormai del tutto ingestibili, affiancati a una pleora di presidi piccoli o piccolissimi, soprattutto nel sud Italia» spiega il professor Ricciardi.

pazienti che sopravvivono agli eventi acuti, come infarti, ictus, incidenti, e **quelli che convivono per lunghi anni con patologie trattabili ma non curabili**, tipo diabete e ipertensione. E in futuro i numeri continueranno ad aumentare» chiarisce il dottor Marco Bosio. Si tratta di persone che possono soffrire di disabilità e sintomi più o meno accentuati, ma che in tutti i casi, al di là delle possibili emergenze, ri-

chiedono un'assistenza continuativa nel tempo. Per questo, **è importante che abbiano dei precisi punti di riferimento** nella rete ospedaliera.

LA SITUAZIONE ATTUALE

Al momento, i malati cronici sono lasciati un po' allo sbando. Le Regioni che si sono mosse in tal senso sono ancora poche e, a eccezione dei quasi 600 Centri di diabetologia

sparsi in modo abbastanza capillare sul territorio, non esistono moltissime realtà dedicate a questa fetta di popolazione. Ecco perché quasi tutti gli esperti pensano che **trasformare i piccoli ospedali in luoghi di presa in carico dei portatori di malattie croniche** sia un'operazione ormai irrinunciabile e non più rimandabile. In quest'ottica, i presidi di dimensioni ridotte dovrebbero diventare i centri in cui questi pazienti possano esprimere i propri dubbi, svolgere i controlli di routine, sottoporsi a esami non specialistici, come analisi del sangue ed ecografie, affrontare i problemi non urgenti.

MEDICI, PEDIATRI E GUARDIE MEDICHE

Per quanto riguarda la gestione pratica di questi spazi sono state avanzate varie ipotesi. «Probabilmente, la soluzione migliore è rappresentata da una **presenza contemporanea o alternata di varie figure**» dice il dottor Bosio. L'ideale è che dalle 8 alle 20 operino medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e altri professionisti sanitari e personale sociale (come ostetriche, assistenti sociali, psicologi). In questo modo, la persona può sempre trovare **una figura di riferimento per prescrizioni, consulti, visite, controlli, necessità emergenti non gravi**. Di notte, i medici di medicina generale e i pediatri potrebbero essere sostituiti dalle guardie mediche, così che i cittadini possano trovare una risposta per le problematiche minori per le quali non è necessario recarsi al Pronto soccorso.

LAZIO
OSPEDALE
DI ACQUAPENDENTE (VT)
8 posti letto

