

Per l'Anao regionale è incompiuto il percorso verso l'accorpamento di molti ospedali

Lombardia, riforma in salita

Aziende multi-presidio ancora senza «mission» e con risorse incerte

Il dibattito che continua intorno alla Riforma sanitaria lombarda a iniziare dalla situazione in cui versano le strutture ospedaliere e un territorio dalle difficoltà tuttora irrisolte testimoniano di un malessere crescente che non risparmia nessun ambito.

Una delle problematiche più delicate riguarda l'accorpamento di molti ospedali in aziende uniche multipresidio, alcune delle quali già esistenti, altre di nuova istituzione. Accorpamenti effettuati senza tener conto di quanto prescritto dal Dm 70/2015 riguardo alla classificazione degli Ospedali e soprattutto senza tener conto della stessa legge di Riforma che all'articolo 2, comma 18, lettera a), Disposizioni finali e disciplina transitoria, prevede entro 1 anno (scaduto ai primi di agosto) la definizione della «rete dei poli ospedalieri e socio sanitari afferenti a ogni Ats e Asst».

È senza questo atto fondamentale, previsto da una Legge nazionale e una regionale, che le Direzioni generali stanno inviando in Regione i Piani organizzativi strategici (Poas) che dovranno decidere dove

allocare le risorse, come organizzare e gestire le nuove aziende, senza il supporto di un quadro generale degli ospedali e dovendo pensare ad un territorio fin qui praticamente inesistente.

Le risorse per l'erogazione dei Lea devono rispondere infatti a un preciso criterio di ripartizione tra territorio, ospedali e ambienti di lavoro in rapporto ai bacini di utenza, alle competenze professionali, tecnologiche, organizzative, volumi prestazionali e soprattutto ai bisogni di un'utenza che si va accorgendo sempre di più delle difficoltà del Ssr. Basti guardare alla spesa "out of pocket".

Il riferimento è ovviamente in particolare alle aziende multi-presidio, ossia a quelle che accorpano più strutture ospedaliere (in qualche caso fino a 8 ospedali) che costituiscono peraltro la risposta più immediata e appropriata rispetto all'utenza territoriale, ma che necessitano di una classificazione delle loro strutture che non può essere soltanto una scelta locale bensì un disegno decisionale più vasto capace di delineare le diversità dei presi-

di ospedalieri in esercizio e quelli da avviare a chiusura/ri-conversione perché non più utili alla cittadinanza.

L'importanza della "rete ospedaliera" non è soltanto una problema di classificazione formale, pure prescritto. Rappresenta la condizione indispensabile per assegnare a ogni presidio ospedaliero la propria mission in base alla collocazione geografica, al bacino di utenza, alla struttura edilizia, alle Unità operative specialistiche attive, alle competenze professionali ed esperienze acquisite, alle apparecchiature e alla tecnologia. Con l'obiettivo di arrivare a definire standard e tipologie di personale da porre in relazione al "che cosa" un presidio deve fare e con quali "strumenti".

È evidente, infatti, che ad un diverso livello di ospedale, secondo la classificazione introdotta dal Dm 70/2015, corrisponderà un diverso livello di funzioni, di prestazioni, di personale, sia in senso qualitativo che quantitativo.

A differenza della precedente situazione regionale le Aziende devono ora gestire anche il territorio, ciò che

comporta di per sé delicate problematiche, e senza avere delineato la nuova rete ospedaliera ma soltanto degli accorpamenti, peraltro spesso forzati da esigenze di equilibri politici, il rischio è di un disorientamento generale dell'utenza che si trova dinanzi a realtà sanitarie differenti, del personale totalmente in balia di decisioni estemporanee, delle Direzioni di nuova nomina poste di fronte a scelte non supportate.

La formulazione dei Piani Strategici, infatti, necessita di allocare risorse in un presidio piuttosto che in un altro disegnando un'organizzazione interna in assenza di una approfondita conoscenza del fattore epidemiologico e delle richieste territoriali. Per non parlare delle difficoltà di allocazione delle risorse da ripartire secondo il Dl 68/2011 tra territorio, ospedale e ambienti di lavoro. Il risultato rischia di sotto-finanziare gli ospedali e gli ambienti di lavoro, peraltro già avvenuto in questi anni, in favore di un territorio, già sovra-finanziato, dove permane l'incertezza di un progetto generale di continuità assistenziale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LEGGE REGIONALE I 1 AGOSTO 2015 N. 23

Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo

Articolo 2

▼ Disposizioni finali e disciplina transitoria

18. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Presidente della Giunta regionale propone al Consiglio regionale il Psl quinquennale di cui all'articolo

4 della Lr 33/2009 come sostituito dall'articolo 1 comma 1. In particolare il Psl dovrà contenere:

a. la rete dei poli ospedalieri e la rete socio sanitaria territoriale afferenti a ogni Ats e a ogni Asst, fondate sull'integrazione socio-sanitaria tra assistenza ospedaliera, territoriale e domiciliare, con particolare attenzione alla protezione delle fragilità e della famiglia;

b. le reti di cui alla lettera a), che potranno essere realizzate

con tempistiche differenziate, anche prevedendo sperimentazioni specifiche finalizzate alla corretta valutazione del rapporto costo/beneficio, dovranno salvaguardare il duplice principio di centralizzazione dei servizi d'eccellenza e di devoluzione periferica territoriale e domiciliare e di devoluzione periferica territoriale e domiciliare delle prestazioni generalistiche e a media e bassa intensità assistenziale.



Suddivisione prestazioni in Lea



Secondo il Dlgs 68/2011 - articolo 27

- a) 5 per cento per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- b) 51 per cento per l'assistenza distrettuale
- c) 44 per cento per l'assistenza ospedaliera

Bacini, gli ospedali nel Dm 70/2015

La programmazione regionale provvede alla definizione delle reti dei posti letto ospedalieri per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni... declinata secondo l'organizzazione per complessità e intensità di cura. L'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere... tramite un modello in rete organizzato in base alle specificità di contesto... Le strutture ospedaliere prevedono tre livelli a complessità crescente.

I presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti sono strutture dotate di sede di Pronto soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione breve intensiva".

I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza accettazione (Dea) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Oste-



trica e ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia intensiva cardiologica (Utic), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (Tac) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferi-

mento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione breve intensiva" e di letti per la Terapia subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di Dea di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliere universitarie, a taluni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs) e a Presidi di grandi dimensioni della Azienda sanitaria locale (Asl). Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Neurochirurgia, Cardiocirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva a elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità; devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con almeno Tac ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio immunotrasfusionale.

Ospedale di comunità. È una

struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn; la responsabilità igienicoorganizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Prende in carico pazienti che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)
- di sorveglianza infermieristica continuativa. La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale. La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Suddivisione prestazioni in Lea della Regione Lombardia

Livelli di assistenza/anno	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	4,3	4,1	4,5	4,6	4,5	4,2	4,6	4,6	4,6	4,6
2. Assistenza distrettuale	48,1	48,8	48,6	48,4	49,4	48,5	48,6	52,6	52,9	54,7
3. Assistenza ospedaliera	47,4	47,1	46,9	46,9	46,1	47,2	46,8	42,8	42,5	40,7

Fonte: Dg Sanità