

Quali prospettive ci sono per gli Ospedali di Comunità?

Dalle luci della ribalta quasi all'oblio, per poi ritornare agli onori della cronaca sanitaria. Questo sembra essere il destino degli Ospedali di Comunità (OdC) nel nostro Paese.

A riaccendere i riflettori la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* del regolamento sugli standard ospedalieri. A far discutere è la definizione degli OdC come strutture a 'gestione infermieristica'. Ne abbiamo parlato con **Giancarlo Aulizio**, Responsabile Nazionale per gli Ospedali di Comunità del Simet (Sindacato Italiano Medici del Territorio) che sul futuro degli OdC non sembra affatto ottimista

Simone Matrisciano

Sugli Ospedali di Comunità (OdC) continua a regnare confusione. La nuova polemica vede protagonisti i medici di medicina generale e gli infermieri. Al centro del dibattito, la decisione del Governo e delle Regioni di ripensare gli standard ospedalieri e nel farlo di specificare che gli OdC sono 'a gestione infermieristica'.

Ne abbiamo parlato con **Giancarlo Aulizio**, Responsabile Nazionale per gli Ospedali di Comunità del Simet - Sindacato Italiano Medici del Territorio - protagonista nell'ormai lontano 1996 della nascita, insieme a 4 colleghi, della prima esperienza nazionale di équipe territoriale a associazionismo dal basso: l'Ospedale di Comunità di Modigliana. "Parlare di ospedali e strutture gestite dagli infermieri è un falso ideologico oltre che un modo di esprimersi ambiguo - sostiene Aulizio - sappiamo tutti che la presenza h24 degli infermieri è strategica e che la responsabilità sanitaria sarà sempre in carico al medico, non si capisce quindi cosa

significhi questa 'gestione' da parte del personale infermieristico". Ma Aulizio è convinto che in quella dicitura si nasconda ben altro: "Nel regolamento sugli OdC - chiarisce Aulizio - c'è un retro-pensiero che è quello di marginalizzare i medici pur facendo mantenere loro la piena responsabilità della struttura. Si sa, gli infermieri costano meno".

► Un falso problema

Il ruolo del personale infermieristico all'interno degli OdC è di per sé molto rilevante. "Negli OdC - tiene a sottolineare Aulizio - il Mmg non è presente per tutte le 24 ore e, quindi, l'autonomia e responsabilità del personale infermieristico viene messa in risalto. La figura dell'infermiere viene valorizzata perché le persone ricoverate in tali strutture hanno un elevato bisogno assistenziale e una notevole riduzione dell'autosufficienza". Motivi per cui, secondo Aulizio, la discussione in atto e la contrapposizione tra medico-infermiere rappresenta un falso

problema e devia dalle reali criticità che hanno messo in crisi il nostro Ssn e il cui perno fa leva su tre elementi: modello aziendale della sanità, marginalizzazione del Mmg e scarsa (o nulla) innovazione. Ma andiamo con ordine.

"Il modello dell'azienda applicato in sanità è folle - continua Aulizio - perché è un sistema mutuato dal privato, e quindi, oltre a erogare servizi, l'azienda deve stare attenta ai bilanci". Fin qui, nulla di male, se non fosse che: "il mondo della sanità preserva alcune categorie - tiene a sottolineare il responsabile Simet per gli OdC - in particolare gli amministrativi".

La burocrazia, quindi, non è frutto del caso. Le decisioni legate ai tagli di posti letto sono politiche e derivano da un'impostazione legata a doppio filo con il mantenimento di determinati privilegi. E Aulizio, sulla questione non è affatto reticente: "Chiediamoci il perché dei tagli ai posti letto. Se si sceglie di bloccare il turnover dei medici e degli infermieri (ricordiamo che ogni 4 medici

in pensione solo 1 può essere sostituito) il risultato non può che essere quello di una mancanza di personale che, di conseguenza, si traduce in posti letto tagliati”.

Sono i tagli continui di risorse che, per Aulizio, hanno portato la sanità italiana dal secondo posto per efficienza nel mondo al ventiduesimo in Europa: tutto in una logica massochistica, secondo la quale per abbattere i costi bisognerebbe necessariamente abbassare il livello dell'assistenza, rinunciando agli standard di qualità.

Logica alla quale non si sottraggono neanche gli Ospedali di Comunità che, nella loro idea originaria, avevano una valenza socio-sanitaria con posti letti *ad hoc*, ma oggi si ritrovano a essere gestiti con un criterio sempre più ospedaliero. “L'ospedale tradizionale ha subito nel tempo una riduzione di posti letto - precisa Aulizio - e la conseguenza visibile di ciò è stato che il territorio, non ancora pronto ad affrontare il cambiamento di paradigma assistenziale, ha subito il trasferimento di modelli operativi appartenenti al mondo ospedaliero, inglobandone sul territorio anche il personale. Una realtà che alcune

Regioni hanno millantato come investimenti sul territorio. Ma non è affatto così, al massimo, abbiamo assistito a una trasmissione sul territorio di personale, modalità organizzative e operative di secondo livello”.

► Un'opportunità mancata

Sono passati 20 anni e il paradosso è che, ancora oggi, gli Ospedali di Comunità continuano a rappresentare una speranza. Una speranza destinata a restare tale, risucchiata dalle sabbie mobili della palude burocratica che caratterizza sempre più il nostro Ssn. Una palude che ha fatto sprofondare ai margini la Medi-

cina Generale, che ha perso identità e ruolo, così da poter essere propeudeutica a un sistema sanitario in veloce declino e povero di reali innovazioni. Al riguardo Aulizio rammenta: “Gli OdC verso la metà degli anni '90 rappresentavano un sogno: équipe territoriali e associazionismo dal basso come fonti di cambiamento per un sistema che, soprattutto in alcune Regioni, viaggiava verso innovazione e sostenibilità. Oggi lo scenario è diverso e proprio quelle Regioni che hanno fatto da traino tra sprechi, corruzione e mancanza di risorse, sono oramai da tempo ferme al palo. Il risultato? Ventuno sistemi sanitari regionali con Lea differenti, basta soffermarsi sulla disomogeneità dell'assistenza domiciliare per rendersene conto”.

“La verità - conclude Aulizio - è che il nostro servizio sanitario è come il Titanic: in coperta si balla mentre la stiva imbarca acqua. E andiamo verso la tragedia.”

Tabella 2

Differenza tra Residenza Sanitaria Assistenziale e Ospedale di Comunità

Residenza Sanitaria Assistenziale	Ospedale di Comunità
Costo minore (circa 150 euro a posto letto/die)	Costo poco superiore (media circa 200 euro posto letto/die)
Accesso con valutazione UVG, più lento	Accesso programmato da Mmg, più rapido
Più assistenza socio-sanitaria protratta	Più assistenza sanitaria per periodi ridotti
Prevalentemente non autosufficienti in fase di riabilitazione	Fase riacutizzata della patologia cronica e post acuzie, in dimissioni protette
Ricovero anche per mesi	Ricovero periodi brevi, max 30gg

Fonte: G. Aulizio

Tabella 1

Differenze tra Ospedale tradizionale e Ospedale di Comunità

Ospedale tradizionale	Ospedale di Comunità
Degenza-improntato sulla malattia	Residenzialità-improntato sulla persona
Alto costo (media circa 500 euro posto letto/die)	Basso costo (media circa 200 euro posto letto/die)
Patologia acuta ad alta intensità diagnostica	Medicina olistica, più attenzione all'assistenza
Criterio dell'intensità delle cure e procedure diagnostiche post acuzie	Fase riacutizzata della patologia cronica (assistenza-prevenzione-riabilitazione) in dimissioni protette
Introduzione DRG per massima efficienza e dimissioni rapide	Estensibilità delle cure e percorsi clinico assistenziali
Accesso libero per tutti	Accesso riservato agli assistiti Mmg

Fonte: G. Aulizio



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Giancarlo Aulizio