

L'ospedale va in casa: succede a Torino

Gianni Valentini

Dal 1985 è attivo a Torino, presso l'azienda ospedaliero-universitaria S. Giovanni Battista, un servizio di ospedalizzazione a domicilio che ha ricevuto numerosi consensi, ma che secondo alcuni presenta delle criticità

Un team di medici e infermieri del reparto di geriatria dell'ospedale S. Giovanni Battista di Torino dal 1985 segue in media 25 pazienti al giorno con visite domiciliari programmate, accertamenti diagnostici complessi e risposte tempestive alle chiamate di emergenza. Tale servizio di ospedalizzazione a domicilio (Oad) è realizzato in modo particolare per i casi di scompenso cardiaco, cerebrovasculopatie, gravi insufficienze respiratorie, infezioni per le quali è necessario somministrare antibiotici in endovena, malattie neurologiche in fase avanzata, gravi scompensi metabolici, malattie oncologiche ed ematologiche con elevato fabbisogno trasfusionale. L'assistenza è garantita tutti i giorni, festivi compresi, dalle 8 alle 20, mentre per eventuali emergenze notturne è stato stipulato un accordo con il 118. In casi di particolare necessità c'è anche un medico reperibile nelle ore notturne. Sono in corso di sperimentazione, inoltre, radiologie domiciliari e telemonitoraggi. Dall'inizio del servizio ad oggi l'ospedale ha seguito a casa oltre 10mila pazienti. Nel 2008 i trattati in Oad sono stati 486, con un'età media di circa 80 anni. Il nosocomio lavora in stretta relazione con i medici di famiglia e con l'assistenza domiciliare territoriale. Secondo i sondaggi effettuati dalla struttura torinese, il livello di soddisfazione dei familiari è pari al 98%. Inoltre sembra che vi siano ricadute molto positive sul mantenimento dell'autonomia nei pazienti ancora autosufficienti e sulla qualità della loro vita. Il dato più interessante, che, allo stesso tempo, si presta a interpretazioni diverse, è quello relativo ai costi: la spesa media giornaliera per paziente, secondo i dati del

nosocomio, è di circa 160 euro, molto meno rispetto ai 550-600 euro calcolati per un giorno di degenza in ospedale. A conti fatti, però, non è così semplice calcolare il risparmio dichiarato. "Bisogna rapportare il costo di una giornata di degenza in Oad al valore complessivo della prestazione - tiene a sottolineare **Salvo Cali**, segretario nazionale Smi - un giorno solo costa meno a casa rispetto all'ospedale, ma se la degenza si prolunga, il risparmio non è più un elemento di valutazione".

■ Un impegno sociale e territoriale

L'esperienza piemontese richiede un grande sforzo sul territorio, in particolare dalle famiglie dei malati e dai servizi sociali: "Non c'è dubbio che questi servizi debbano trovare una maggiore estensione nel territorio, soprattutto per i pazienti geriatrici e malati oncologico-terminali - precisa Cali - visto che sono in aumento sia la longevità sia l'epidemiologia delle patologie croniche. Tuttavia tale assistenza può essere gestibile se, oltre al coinvolgimento del medico, esiste un supporto familiare e sociale forte, in grado di sostituire l'assistenza ospedaliera, 24 ore su 24. L'integrazione socio-sanitaria deve andare, perciò, di pari passo con i servizi domiciliari a carattere sanitario e in particolare con quelli di ospedalizzazione domiciliare". Anche **Mauro Martini**, presidente Snam, pone dei dubbi su quella che definisce "l'asperazione della domiciliarità": "l'assistenza in casa - afferma - sicuramente è un beneficio dal punto di vista del malato. Bisogna però verificare prima la disponibilità dei familiari e della società in toto a mantenere un anziano a domicilio. Può trattarsi, magari, di tentativi oc-

casionali e transitori, ma non si può gravare troppo sulle famiglie".

■ Ospedalizzazione del territorio?

"Si tratta di un'iniziativa cui bisogna plaudire - dichiara **Fiorenzo Corti**, responsabile nazionale comunicazione Fimmg - anche se è un percorso di esclusiva competenza della struttura ospedaliera, in cui la MG non interverrebbe se non come punto di riferimento per la famiglia interessata". C'è il rischio dunque di un'ospedalizzazione del territorio? No, secondo Corti, anche perché, afferma, "si tratta di esperienze che si possono realizzare solo in alcune realtà metropolitane molto importanti, mentre nelle aree di provincia, dove è più difficile raggiungere l'ospedale in tempi brevi, qualora ci sia necessità di un ricovero immediato, sono scarsamente praticabili". Martini sembra più preoccupato di una "probabile volontà di trasformare il territorio in un grande ospedale", anche se, aggiunge, "in alcune situazioni queste soluzioni assistenziali possono trovarci favorevoli". Cali invece non vede rischi per il territorio poiché si tratta, al momento, di esperimenti effettuati su pazienti ben selezionati. In queste sperimentazioni, al contrario, Corti intravede uno sprone allo sviluppo dell'assistenza territoriale poiché mostrano la necessità di un rinnovamento delle cure primarie per dotare la medicina generale di strutture che, oltre alle competenze scientifiche e professionali del Mmg, dispongano - anche minimamente - di fattori produttivi che permettano di venire incontro ai bisogni di continuità assistenziale da parte della popolazione ammalata.