

Ospedali di Comunità: una risorsa "frenata"

Gli Ospedali di Comunità rappresentano un'esperienza innovativa venuta dal basso che ha anticipato i provvedimenti legislativi finalizzati alla gestione della cronicità residenziale sul territorio. M.D. ha intervistato Giancarlo Aulizio, Presidente dell'Ordine dei Medici di Forlì-Cesena quale testimone della nascita dei primi Ospedali di Comunità sul territorio nazionale, quelli di Premilcuore e Modigliana.

Anna Sgritto

Tenacia e passione, forse sono queste le due prerogative indispensabili per esercitare la professione di medico di medicina generale in un Paese che verbalmente ne riconosce la determinante peculiarità per la sostenibilità del Ssn, ma poi latita sulla messa in campo di fatti concreti e risolutivi. Sicuramente tenacia e passione sono caratteristiche non avulse al dottor **Giancarlo Aulizio**, medico di medicina generale, Presidente dell'Ordine dei Medici di Forlì-Cesena, referente nazionale Fimmg per gli Ospedali di Comunità (OdC) che **M.D.** ha intervistato quale testimone sul campo di una profonda trasformazione che lo ha visto protagonista, insieme ad altri quattro colleghi, di quella che è stata la prima esperienza nazionale di équipe territoriale e associazionismo medico complesso: la nascita dell'Ospedale di Comunità di Modigliana.

Lei è considerato l'artefice della realizzazione made in Italy degli OdC ...

"Gli Ospedali di Comunità sono sorti a Forlì dalla metà degli anni '90 (Premilcuore 1995, Modigliana 1996). Sono nati come esperienza dal basso e inizialmente come risposta capace di mitigare le tensioni sociali scaturite dalla decisione di sopprimere e/o riconvertire gli ospedali con meno di 120 posti letto (Finanziaria 1992: legge n. 412 del 30.12 1991). Decisione che provocò in numerosi territori intense proteste da parte delle popolazioni, spaventate per la comprensibile sensazione di una mancata protezione dei servizi

essenziali sanitari. La Provincia di Forlì fu fortemente coinvolta da questo provvedimento e l'Amministrazione Comunale di Modigliana, facendosi portavoce dell'istanza della cittadinanza, si mise a capo di nove Comuni e, in ambito regionale, incalzò le istituzioni per scongiurare lo smantellamento dei piccoli ospedali periferici. I Mmg furono interpellati da subito dall'allora direttore generale della Asl di Forlì (**Lino Nardozi**) per trovare una soluzione condivisa che li coinvolgesse direttamente. E così con la delibera n. 82/96 nacque il *Country Hospital* di Modigliana (successivamente Ospedale di Comunità), quale progetto sperimentale di assistenza sanitaria residenziale con l'attivazione di otto posti letto inizialmente accanto a venti di Residenza sanitaria assistita Rsa (ovvero i primi avamposti di strutture intermedie). Quello che si è realizzato a Modigliana è certamente la prima esperienza nazionale di équipe territoriale e associazionismo medico complesso: all'epoca non esistevano riferimenti legislativi e organizzativi, coperture assicurative, modalità di pagamento. Nonostante ciò il modello ebbe la benedizione dell'Università Bocconi, che indicò quell'esperienza come "modello da imitare"; indicazione seguita poi dai maggiori sindacati e dalle società scientifiche della medicina generale, sponsorizzata dalle riviste mediche del settore e dai mass-media e fatta propria da undici Regioni che la inserirono nei loro Piani sanitari. Bisognerà però aspettare il Piano sanitario nazionale 2006-2008 (art. 3.5 *la riorganizzazione delle cure primarie*) per avere il primo riconoscimento statale. Piano

che finanzia le Case della Salute e all'interno di queste identifica gli Ospedali di Comunità come risposta sanitaria residenziale.

Alcune Regioni, pur recependo quel Piano, non hanno mai accreditato l'OdC, per cui in realtà le Case della Salute sono diventate dei presidi nei quali troviamo molti servizi (prenotazioni di esami, punto prelievi, qualche diagnostica, medici in gruppo, specialistica e ambulanze) ma non risultano attrezzate per le sfide della cronicità.

L'OdC infatti favorisce risposte assistenziali in regime di ricovero a pazienti affetti da riacutizzazioni di malattie croniche, esiti di interventi chirurgici o patologie terminali per cui non sono necessarie terapie intensive o diagnostica a elevata tecnologia, tutto ciò avviene in un ambiente con assistenza infermieristica e addetti alla cura della persona h. 24 e presenza o reperibilità del Mmg dalle 8 alle 20 e da parte della continuità assistenziale nell'orario di sua competenza. Proprio per queste caratteristiche gli OdC si sono rivelati necessari al territorio perché rispondono più tempestivamente alle necessità cliniche della persona a differenza degli altri servizi (Rsa, case protette o di riposo, ecc.) in cui prevalgono aspetti sociali o socio-sanitari con accessi determinati da liste d'attesa o da commissioni di valutazione che spesso rallentano la risposta a bisogni in quei momenti indifferibili. Quando a un Ospedale di Comunità si affianca una Utap o una Casa della Salute magari nello stesso immobile che ospita anche la maggior parte dei servizi territoriali, si ottiene un vero e proprio presidio socio sanitario che

contribuisce nel modo migliore per il cittadino e meno oneroso per lo Stato a ridurre i ricoveri impropri. Malgrado ciò oggi sono attivi in Italia circa 70 OdC, la maggior parte dei quali sorti in piccoli comuni disagiati.”

Vista l'emergenza assistenziale rappresentata dalla gestione della cronicità residenziale, come mai gli OdC non sono decollati 

“Va premesso che la mancanza di finanziamenti *ad hoc* ne ha frenato l'espansione per molti tempo e poi non in tutte le realtà è possibile realizzarli, l'esperienza in questi anni ha mostrato che concretizzare gli Ospedali di Comunità nelle grandi metropoli è difficile, ma non perché non vi sia la necessità.

Quando in una città ci sono centinaia di medici di famiglia, come si fa a garantire la continuità dell'assistito con il proprio medico? Ma nelle piccole realtà, nei Comuni di 10 mila abitanti o in piccoli Comuni accorpatisi, se ci sono medici che si rendono disponibili, una struttura idonea per attuarli e il consenso delle amministrazioni, allora sì l'Ospedale di Comunità si può e si dovrebbe realizzare anche per ridurre, e di molto, i disagi ai cittadini.

A testimoniare è il fatto che le Regioni commissariate, costrette a fare un controllo di tipo economico “ossessivo”, stanno proponendo questo modello, perché, rispetto a tutti gli altri servizi residenziali sul territorio, rappresenta la più alta risposta sanitaria del servizio pubblico e laddove gli Ospedali di Comunità sono stati realizzati, di solito, non vengono messi in discussione.

Certamente ci sono delle realtà regionali che vivono queste strutture con preoccupazione, come un servizio “ingombrante”, che potrebbe portare a uno scardinamento di un assetto che si vuole di altro tipo.

In altre parole, una risposta forte del servizio sanitario pubblico potrebbe creare qualche problema a quelle Regioni che hanno fatto delle scelte spinte verso il privato e la privatizzazione. Ciò non toglie che la sinergia tra pub-

blico e privato sia assolutamente necessaria, laddove il pubblico accredita quei servizi che per diverse ragioni non è in grado di erogare in proprio. Però non bisogna dimenticare che una qualunque prestazione fatta dal pubblico è vagliata molto attentamente perché se inappropriata è considerata una spesa, mentre una prestazione non fatta per un privato convenzionato è un mancato guadagno.

Ebbene su questo punto deve essere fatta chiarezza soprattutto verso i cittadini perché le prestazioni indotte sono quelle che hanno inciso in maniera determinante sulla spesa delle Regioni attualmente commissariate che avevano privilegiato l'esternalizzazione dei servizi, rinunciando ad una offerta pubblica all'altezza. Regioni che, anche su consiglio della Agenas, stanno ritornando a valutare l'offerta pubblica per ridurre la duplicazione dei servizi”.

Ma come è possibile realizzare un'offerta pubblica livellata verso l'alto, di cui mi sembra di capire Lei si fa promotore, in un momento di grave crisi economica a cui lo Stato sta rispondendo con dismissioni di beni e funzioni in cui il Ssn è fortemente coinvolto 

“Questo è un aspetto nevralgico, affrontando la questione senza ambiguità, il futuro del nostro servizio sanitario nazionale si gioca proprio sulla capacità di far fronte alla domanda crescente di gestione della cronicità residenziale sul territorio e di farsi carico della convalescenza dei pazienti, un concetto che in ambito medico è andato completamente perduto.

La razionalizzazione delle strategie di offerta sanitaria punta fortemente a qualificare l'ospedale come luogo di cura ad elevata tecnologia e turn over, destinato al trattamento delle patologie più complesse e a maggiore intensità d'assistenza. Per centrare questo obiettivo si devono ridurre i tassi di ospedalizzazione e di inappropriatazza dei ricoveri, ciò rende indispensabile riconvertire una serie di presidi ospedalieri in strutture intermedie (OdC, Rsa, ecc.) nell'ambito delle cure

primarie. Sicuramente è difficile attuarlo se ci si limita solo a contabilizzare le prestazioni e non a programmare i servizi in base alle reali esigenze di una popolazione. È necessario quindi che la politica scelga, decida e si assuma le responsabilità verso i cittadini delle proprie decisioni. Risponda cioè a una domanda: Il domani della sanità italiana è ancora quello di un servizio pubblico universalistico che va incontro al cittadino, che ha il *core business* nel Ssn, che volta per volta valuta di accreditare al privato i servizi che ritiene opportuni? Oppure è già stata fatta una scelta che non si vuole rendere di dominio pubblico e che va verso un sistema assicurativo in cui sembra quasi che sia il privato ad accreditare il pubblico? Non è più possibile tagliare milioni di euro di prestazioni pubbliche e affermare che si sta ridisegnando il sistema senza che ci siano problemi.

I problemi ci sono, eccome, e si ripercuotono sui cittadini e su tutti i professionisti che operano nel Ssn. La spesa sanitaria è per sua natura destinata ad aumentare perché la domanda di salute sarà sempre più pressante, bisogna quindi inventarsi dei sistemi nuovi per ridisegnare l'offerta, tenendo sotto controllo l'aspetto economico e mettendo finalmente a regime le buone pratiche di medicina già certificate come tali. Nel ridisegnare la sanità del futuro ad esempio non bisogna prendere scorciatoie pericolose per la salute dei cittadini, come quella di abbassare il livello della prestazione, affidando competenze mediche ad altri professionisti, anche perché sempre più spesso è la magistratura che interviene a chiarire chi fa cosa e perché”.

Un video di approfondimento è disponibile sul portale www.mdwebtv.it, visualizzabile anche con smartphone/iphone attraverso il presente **QR-Code**

