



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO**

C.so Francia 8 - 10143 Torino -Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23

Web: www.omceo-to.it

email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

**Osservazioni sullo studio
di fattibilità del Parco della Salute, della
Ricerca e dell'Innovazione di Torino**

Indice

PREMESSA	p.2
IL SITO	p.3
PARTENARIATO PUBBLICO PRIVATO (PPP)	p.7
OSSERVAZIONI SU "DIDATTICA" NEL PARCO DELLA SALUTE	p.9
PROBLEMI CLINICO ASSISTENZIALI EMERSI	p.11
LA RETE DOMICILIARE E RESIDENZIALE DI MEDICINA DI COMUNITÀ DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI TORINO	p.15
ALLEGATI	p.18

PREMESSA

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri Di Torino, in riferimento alla Deliberazione della Giunta Regionale 24 luglio 2017, n. 5-5391 Approvazione dello "Studio di Fattibilità del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino - aggiornamento Luglio 2017" e del "Documento Programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del Servizio Sanitario della Regione Piemonte - aggiornamento Luglio 2017", di cui alle DGR 28-4150 02.11.2016 e DGR 20-479 20.03 specifica che la necessità della propria partecipazione alla cabina di regia nasce dal fatto che saranno i professionisti medici, nel loro ruolo di tutela della salute delle persone, a dover gestire, insieme ad altre figure sanitarie le ricadute del progetto sia nell'ambito ospedaliero sia nel territorio. Si tratta, indubbiamente, di una straordinaria operazione in grado di incidere profondamente sulla vita futura delle persone, trasformando la città di Torino dal punto di vista urbanistico e architettonico, di viabilità, di ambiente di nuovo uso di aree e ospedali dismessi ma anche di una riorganizzazione epocale della sanità piemontese.

Certamente la creazione di un polo della salute che tratti l'alta complessità potrà mettere il Piemonte in concorrenza con i poli di eccellenza di regioni vicine, diminuendo la mobilità passiva, ma, soprattutto, come ipotizzato nel documento, testualmente: " la sanità può diventare motore di sviluppo e, nella Torino trasformata di questi anni, un polo della salute e della scienza può rappresentare un forte momento di riqualificazione e volano di ripresa che, attraverso la sanità e con una maggiore integrazione fra manifattura e servizi alla persona, riattivi investimenti, anche internazionali, occupazione, ricerca avanzata. Per raggiungere questo obiettivo è necessario abbandonare la visione di strutture che dovevano far fronte ai bisogni medici del territorio per orientarsi verso una visione delle strutture finalizzate alla realizzazione di una vera e propria filiera che integri tutte le sue fasi e i suoi attori: dalla ricerca al servizio, dalla ricerca alla produzione".

Tale nuovo Polo della Salute potrà superare le attuali condizioni di criticità strutturale e impiantistica degli Ospedali della AOU Città della Salute e della Scienza di Torino (CSS).

La visione del futuro contenuta nel progetto è affascinante ma, a parere dell'Ordine scrivente, occorre considerare alcune criticità, come, ad es. la

consistente riduzione dei posti letto dell'attuale CSS, con previsione, nel documento, di soluzioni (spostamento dei pazienti necessitanti di cure di media e bassa intensità verso altre strutture ospedaliere della città e sul territorio) di difficile realizzazione per almeno 3 ragioni: **1)** le strutture ospedaliere esistenti sono nelle stesse condizioni di criticità strutturale ed impiantistica degli Ospedali CSS, **2)** esse sono già sovraccariche, **3)** nella gestione territoriale della medicina non si vede una strategia che permetta la gestione della cronicità a 360 gradi, che potrebbe limitare l'accesso all'ospedale per le acuzie e le riacutizzazioni: unico esempio positivo l'attuale Gestione Integrata del Diabete.

A questo proposito l'Ordine scrivente fin dal 2015 inviò un documento (**all.1**) all'Assessorato alla Sanità contenente una proposta di riorganizzazione organica del territorio.

Analizzeremo di seguito le criticità riscontrate, commentando per singoli capitoli i temi strutturali e funzionali coinvolti nel progetto.

IL SITO

Il Parco della Salute rappresenta per Torino e la sua area metropolitana l'investimento di maggiori dimensioni degli ultimi anni. Un progetto che, modificando le centralità della città attuale, muterà equilibri economici e sociali ed avrà impatto su struttura urbana di Torino e area sud, organizzazione urbanistica delle funzioni e dei servizi, collegamenti e trasporti.

Attraverso la costruzione del nuovo polo sanitario, di produzione innovativa e di ricerca, nelle immediate vicinanze della sede unica della Regione, la visione di Torino subirà un radicale cambiamento.

Occorrerà che la Città e la Regione, coordinandosi con tutti gli altri attori della scena torinese, inizino a programmare e progettare con il dovuto rilievo queste trasformazioni, integrandosi con gli indirizzi del documento di revisione del PRG (Piano Regolatore Generale), pianificando e progettando parallelamente le aree e gli edifici degli ospedali in dismissione o che resteranno nell'attuale complesso delle Molinette/CTO, con funzioni diverse rispetto alle attuali.

La Consulta delle professioni, insieme con associazioni e ordini e collegi professionali, sta ricercando da tempo un fattivo confronto nel merito delle trasformazioni, rispetto al Parco della Salute e al futuro delle attuali aree

interessate dal complesso degli ospedali e sulle vicine aree ex MOI e Palazzo del lavoro, evidenziando le occasioni innovative imprenditoriali, professionali e di investimento diretto ed attratto, che i progetti potranno innescare sul territorio; ciò anche alla luce di un'armonizzazione dell'iter progettuale con le prescrizioni del nuovo Codice degli Appalti sinora disattese (débat public, tavoli di lavoro, concorso di progettazione).

Ai primi di gennaio 2018 è stato inoltrato alla Regione un documento predisposto a cura della Rete delle professioni tecniche del Piemonte e della Consulta delle professioni della Città metropolitana di Torino, Organismo che oltre a quelle tecniche, raccoglie attorno a sé anche le professioni del settore amministrativo-giuridico e sanitario (**all.2**).

A questo documento è seguita una lettera di sollecito indirizzata al Presidente e all'Assessore alla Salute della Regione Piemonte (**all.3**), ma ad entrambe non è seguita risposta.

L'operazione è la più importante dell'ultimo decennio e dei prossimi anni, interessando quasi un quinto della città, includendo gli ambiti fin qui richiamati.

Regione e CSS, in qualità di Committente, hanno preferito intraprendere la strada del dialogo competitivo demandando interamente all'operatore privato che contribuirà con la propria parte di fondi, la redazione di tutto il processo, compresa la redazione del Masterplan che rappresenta il documento iniziale ove gettare le basi per l'individuazione degli indirizzi della progettazione.

Per progettazione si deve intendere non solo quella strettamente connessa alla realizzazione dell'edificio "Ospedale di eccellenza", ma anche quella dell'intero processo, del territorio circostante e di quello lasciato libero dopo il decollo della struttura, il piano dei trasporti, la pianificazione dello sviluppo o mancato sviluppo sociale ed economico, l'impatto sulla qualità dell'aria, del rumore, e molto altro.

Una puntuale progettazione deve quindi prendere in esame le differenti tematiche sollevate, i risvolti che tale intervento avrà sulla viabilità, sull'economia, sulla generazione di indotto, sulla centralità generata, sulla residenzialità esistente ed insediabile, sull'ambiente urbano. L'area interessata dall'intervento dovrà necessariamente confrontarsi con le vaste superfici lasciate vuote nelle vicinanze (arcate MOI, Palazzo del lavoro), con le aree densamente abitate circostanti, con le funzioni fieristiche e commerciali del Lingotto e dell'Oval, con il terziario del grattacielo della Regione e con un altrettanto vasto contesto lasciato vuoto nell'ex Città della Salute con il complesso ospedaliero e relativo indotto.

Come sono stati considerati i risvolti sull'indotto sanitario, esistente e ben strutturato attorno all'area di decollo ed assolutamente inesistente attorno all'area di atterraggio dell'intervento?

Il sistema di viabilità e parcheggi, collegamento con trasporti pubblici, treno e metropolitana non risulta ancora adeguatamente studiato e definito. L'accessibilità tramite metropolitana infatti avviene a molte centinaia di metri dall'area insediativa e la stazione ferroviaria, periferica, non è attualmente collegata con l'area. La stazione ferroviaria ponte (sostitutiva dell'attuale di Lingotto) di cui si parla, esula dagli investimenti in gioco ed è demandata ad altro operatore.

La compresenza del grattacielo della Regione nell'area interessata dall'intervento è connotato da vari problemi all'attenzione pubblica (**all.4**).

La Valutazione di Impatto sulla Salute dei rischi ambientali

Per quanto riguarda lo Studio di fattibilità attualmente disponibile, si nota in generale che la Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) appare poco considerata, in particolare riguardo a:

- 1) contaminazione dei terreni su cui sorgeranno i futuri edifici ospedalieri;
- 2) assenza di valutazioni riguardanti l'impatto del traffico aggiuntivo generato dal posizionamento delle strutture ospedaliere;
- 3) impatto del rumore e rispetto dei limiti di soglia per le aree deputate ad ospedali;
- 4) aspetti di benessere sociale complessivo da cui, spesso, dipende il benessere mentale e fisico dei singoli individui o di comunità più o meno ampie.

1. La contaminazione dei terreni su cui sorgeranno gli edifici e il potenziale impatto sulla salute

L'area pare pesantemente contaminata da metalli, solventi e altri composti chimici organici utilizzati nel ciclo produttivo preesistente sul sito.

Secondo gli esperti consultati, la contaminazione attuale supera i livelli di soglia per le aree industriali e di conseguenza supera i livelli di soglia per le aree residenziali e ancor più per le aree destinate a scuole ed ospedali, in cui i valori da rispettare sono ancora più stringenti di quelli per le aree residenziali (vedi D.Lgs 152/2006 e s.m.i.).

Il piano di fattibilità manca della chiara definizione degli obiettivi di qualità dei terreni da raggiungere e dei tempi necessari.

Ad es., i solventi clorurati, data la loro elevata volatilità, evaporano dalle falde superficiali contaminate negli interstizi del terreno e possono raggiungere la superficie del piano di campagna, concentrandosi se trovano ambienti chiusi completamente o parzialmente interrati e non ben isolati dal terreno sottostante; gli effetti conosciuti dei solventi pongono un rischio per la salute degli operatori e dei pazienti che deve essere valutato adeguatamente e con maggiore attenzione.

Ancora ad es., la presenza di metalli nello strato superficiale del terreno necessita di una loro asportazione per evitare rischi da contatto o da inalazione sia in fase di costruzione sia in fase di esercizio.

2. Impatto del traffico aggiuntivo generato dal posizionamento delle strutture ospedaliere

Nello studio di fattibilità vi sono vari aspetti positivi legati alla mobilità (vicinanza con la metropolitana, vicinanza con la stazione ferroviaria Lingotto); la quota di mobilità con veicoli privati deve essere adeguatamente considerata in relazione ai parcheggi sotterranei, dei quali va chiarita la ventilazione e la ricaduta esterna dei fumi di combustione generati dai veicoli. Le strutture previste necessitano di un collegamento con la rete stradale attuale per accogliere i veicoli degli operatori e dei pazienti. La quantità di traffico prevista va adeguatamente dimensionata sia in relazione agli assi viari esistenti, sia in relazione agli spazi per i parcheggi previsti.

In particolare, occorre una più precisa valutazione dell'impatto del traffico aggiuntivo sulle concentrazioni di inquinanti e di conseguenza sulla salute degli operatori e dei pazienti.

3. Impatto del rumore e rispetto dei limiti di soglia per le aree deputate ad ospedali

Ci sono probabilità che i livelli di rumore ad opera compiuta rimangano elevati e superiori alle soglie normative attuali. In tal caso, come si intende porre rimedio?

4. Aspetti di benessere sociale complessivo

Il futuro Parco della Salute appare un intervento urbanistico complesso le cui ricadute, altrettanto complesse sul benessere sociale della popolazione circostante residente e degli operatori che vi lavoreranno, non sono state oggetto di indagine e di valutazione approfondita.

In particolare si suggerisce di porre attenzione a informazioni e analisi circa alcuni aspetti a maggiore utilità:

- dinamica della popolazione residente (es.: residenti, densità, quota di stranieri residenti, ecc.);
- andamento della struttura demografica (es.: numero delle famiglie e composizione, indice di vecchiaia, ecc.);
- condizioni sociali, economiche e sanitarie dedotte in modo indiretto;
- analisi relative alla futura popolazione non residente (es. posti letto nelle strutture turistico ricettive, parchi ad uso ricreativo e sportivo, ecc.);
- vantaggi che la popolazione potrebbe trarre dall'opera, anche in termini di miglioramento delle condizioni sociali, personali e di salute;
- svantaggi, peggioramento dello stato ambientale (anche in relazione all'inquinamento luminoso), disagi, difficoltà e impedimenti vari che le scelte urbanistiche potrebbero determinare.

Ci poniamo inoltre i seguenti quesiti:

- quale sarà il reale costo in termini economici e di tempo dell'opera di bonifica? (scavo previsto di almeno di 6 metri di profondità con asporto di circa 750.000 m³ di terra inquinata attraverso le strade del quartiere);
- dove sono individuati e diretti gli sfiati che veicoleranno in alto l'inquinamento prodotto dalle vetture che circoleranno nella rete viabile sotterranea prevista?;
- potranno esserci problemi di salute per ricoverati, lavoratori e visitatori del PSRI?;
- sarà realmente realizzata la stazione ponte del Lingotto oppure ci sarà un lato invalicabile verso il PSRI per i cittadini che abitano sull'altro versante della ferrovia?;
- quali controlli sono previsti per bonifiche, costruzione edifici, acquisto apparecchiature e arredi e quale previsione di spesa è contemplata per il controllo del progetto da parte di Enti terzi?

PARTENARIATO PUBBLICO PRIVATO (PPP). I LIMITI PIÙ SOTTOLINEATI

Per prevenire i rischi è necessario prima di tutto conoscerli. I limiti più frequentemente sottolineati nelle esperienze di PPP sono così sintetizzabili:

- eccessiva fiducia nelle capacità risolutive del PPP, come alternativa alla carenza di risorse pubbliche disponibili;
- assenza di preliminari verifiche sulla reale convenienza del ricorso al PPP in termini di ottimizzazione dei costi per la pubblica amministrazione; scarsa

dimestichezza con gli strumenti che consentono una comparazione fra le diverse alternative;

- inadeguata capacità delle amministrazioni pubbliche a confrontarsi con la parte privata, sia nell'identificazione dei rispettivi obblighi contrattuali, sia nel monitoraggio dell'esecuzione del contratto;

- possibile inadeguatezza dei livelli di servizi previsti dai contratti, a causa della scarsa attenzione dedicata alla predisposizione dei capitolati, all'evoluzione dei mercati (le previsioni iniziali sono spesso superate già all'avvio dell'attività e a maggior ragione dopo tanti anni di validità del contratto), all'abisso di know how tra i funzionari pubblici e i manager privati (il privato inserisce clausole che di fatto riducono al minimo i rischi a loro carico, concordano penali insignificanti, fornendo garanzie teoriche);

- sottovalutazione degli impatti organizzativi delle scelte effettuate, con conseguente inefficienza complessiva del sistema e peggioramento delle condizioni di lavoro degli operatori;

- inadeguata valutazione delle ricadute dell'operazione sugli operatori locali, in particolare i fornitori di servizi e i loro addetti, che rischiano di soccombere in presenza di un progetto complesso che prevede varie forme di sub appalti, ecc.

Si tratta di limiti in parte arginabili con opportune azioni preventive, purché ci sia consapevolezza e determinazione.

Si rileva che le esperienze italiane di PPP presentano molti casi di difficoltà simili a quelle sopra evidenziate e che mettono a dura prova l'organizzazione dell'assistenza e i conti delle aziende sanitarie.

L'European Commission nell' *"Health and Economics Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnerships in Health Care Delivery across EU, 2013"* fornisce chiare indicazioni per il futuro.

Il rapporto della Commissione Europea si conclude con alcune raccomandazioni per i futuri progetti di PPP nel settore sanitario. Si riportano alcune considerazioni:

- è necessario un dibattito più misurato e documentato;
- i contratti futuri devono considerare se è possibile trasferire più rischi agli investitori senza aumentare significativamente i costi o scoraggiare gli investimenti. Ad esempio, il rischio di dover sostenere cambiamenti nell'opera (in termini di funzione o riprogettazione) per consentire alle organizzazioni di rispondere ai cambiamenti della domanda per i loro servizi;

- i contratti di PPP devono tenere conto del fatto che molti paesi europei saranno costretti a contenere la spesa sanitaria in considerazione del loro debito pubblico e delle dinamiche economiche;
- l'impatto che i contratti determineranno sui bilanci futuri delle Aziende Ospedaliere necessita della massima attenzione e consapevolezza da parte dei vertici delle Aziende;
- è necessario tener conto che i servizi non sanitari sono soggetti a rapidi mutamenti e quindi richiedono la revisione dei contratti e del piano economico finanziario, da cui la necessità di meccanismi di rinegoziazione.

Secondo l'EPEC (European PPP Expertise Centre) il tasso di mortalità del sistema PPP in Italia è del 95%. In Italia manca una legge sul PPP e ci si basa sul Codice dei Contratti Pubblici senza avere delle linee guida specifiche. Le Amministrazioni Pubbliche non sono sufficientemente esperte sulla fase preparatoria, la ricerca, l'affidamento all'Advisor per gli appalti, la stesura dei contratti di finanziamento e di gestione in cui devono essere definite le modalità della gestione e del trasferimento della proprietà.

La proprietà dell'opera per tutta la durata del contratto rimane in capo all'operatore privato e solo al termine del contratto può essere trasferita al soggetto pubblico - devono essere definite nel contratto le modalità della gestione e del trasferimento della proprietà.

E' opportuno inserire nelle clausole del contratto la possibilità di cambiamenti dovuti a nuove tecnologie e a necessità varie.

Probabilmente è necessaria una legge specifica e linee guida chiare su PPP ed è necessario anche che il Ministero della Salute o quello del Tesoro assumano un ruolo più importante di rappresentante della parte pubblica nel contratto PPP.

Sui temi di cui sopra si ritiene utile proporre una serie di approfondimenti tecnici e di dibattiti pubblici.

OSSERVAZIONI SU "DIDATTICA" NEL PARCO DELLA SALUTE

Il Parco della Salute è un progetto di ospedale di insegnamento che prevede la presenza, nella stessa sede, di strutture didattiche, di ricerca e clinico-assistenziali.

Le strutture clinico-assistenziali di un ospedale di insegnamento in cui insistono il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e i corsi delle Lauree Sanitarie devono soddisfare contemporaneamente le esigenze sia di un polo

clinico di eccellenza sia della formazione clinica pre-laurea e post-laurea del medico e della formazione prevista nelle lauree sanitarie.

La moderna concezione di un ospedale di eccellenza esclude che in esso si svolga assistenza di lunga durata (post-acuzie, gestione malato cronico, riabilitazione) che costituirebbero un appesantimento improprio alla funzione prevalente di struttura avanzata per malati acuti.

Riguardo all'attività didattica, nell'attuale studio di fattibilità il Parco della Salute prevede di ospitare tutte le aule per l'attività didattica del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e dei corsi delle Lauree Sanitarie, mentre pare risultino escluse tutte le strutture didattiche relative al corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria (aule, sale di diagnosi e cura) ad eccezione della S.C. Di Chirurgia Maxillo-facciale.

Il Parco della Salute conterrà soprattutto **“strutture di eccellenza e alta specializzazione”**.

L'eccellenza dell'attività clinica è rivolta a malati acuti e va intesa in senso allargato comprendendo a) attività di alta specializzazione (ad es. trapianti, trauma center, unità spinale, ecc.); b) attività rivolta a pazienti complessi che richiedono una elevata competenza, ma il cui ricorso all'alta specializzazione è confinato solo ad alcune fasi del decorso della fase acuta (ad es. chirurgia cardiaca e vascolare, radiologia interventistica); c) attività di media complessità in cui l'elevata competenza serve a garantire che il percorso diagnostico-terapeutico si realizzi secondo modalità appropriate (ad es. ictus, polmoniti, scompenso cardiaco, sepsi), e d) attività di alta complessità e specializzazione come l'oncologia.

Queste attività offrono un contributo parziale alla formazione post-laurea del medico (Scuole di Specializzazione, Master) che deve essere soprattutto svolta presso strutture per acuti di altri ospedali cittadini e regionali (ampia casistica di pazienti con infarto miocardico, polmonite, appendicite acuta, ernia inguinale, colelitiasi...).

La formazione clinica durante il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia richiede la disponibilità di pazienti con patologie non selezionate e può essere solo parzialmente soddisfatta nel Parco della Salute (ambulatori, Day Hospital e DEA); perciò, è necessario prevedere una rete di collegamento con altri Ospedali cittadini e Ambulatori dei Medici di Medicina Generale; le strutture dovranno essere numerose per rendere possibili a tutti gli studenti le attività residenziali (1 medico tutore con 2 studenti) con durata variabile in tutte le discipline cliniche.

Le stesse considerazioni possono essere riferite alle necessità didattiche “residenziali” (reparti, ambulatori, sale operatorie, servizi) della Lauree

Sanitarie. Si può tuttavia osservare che le stesse strutture per la didattica residenziale utilizzate per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia possono ospitare anche gli studenti delle Lauree Sanitarie.

Sulla base di queste considerazioni, è opportuno predisporre che l'attività didattica del Parco della Salute possa trovare integrazione nella rete sanitaria delle strutture assistenziali con diversi livelli di disponibilità tecnologiche:

- strutture assistenziali avanzate con elevato impegno tecnologico, focalizzate prevalentemente su pazienti di alta complessità;
- strutture assistenziali periferiche con moderato o basso impegno tecnologico idonee per pazienti di media complessità o eterogenei per polipatologia;
- strutture assistenziali di lungodegenza con basso impegno tecnologico;
- strutture territoriali, di carattere prevalentemente ambulatoriale e preventivo;
- domicilio del paziente, con personale in grado di gestire sistemi di monitoraggio informatico e trattamento terapeutico;
- strutture socio-assistenziali a bassa intensità di cure.

Tale integrazione di rete è oggi irrinunciabile per soddisfare alle esigenze didattiche dei percorsi formativi in accordo con gli standard europei.

Poniamo infine due domande:

- In quali ospedali, ambulatori, studi MMG e PLS sarà svolta la didattica, se PSRI si occuperà quasi esclusivamente di alta complessità?
- Dove e con quale previsione di spesa per la costruzione è previsto il Campus per studenti?

PROBLEMI CLINICO ASSISTENZIALI EMERSI

L'analisi del piano di fattibilità induce a porre una serie di quesiti sul tema clinico assistenziale. In particolare ci si sofferma a titolo esemplificativo su alcuni ambiti (pediatria, ostetricia/ginecologia, ortopedia/traumatologia) emblematici di come ogni disciplina necessiti di un approfondimento specifico.

Quali ipotesi di flusso e di continuità assistenziale pre e post-ricovero per i malati critici e ad alta complessità verso PSRI e viceversa e per i malati a meno elevata complessità da PSRI verso altri ospedali e verso il territorio?

Quale previsione di spesa per la ristrutturazione del CTO (posti letto da adibire a patologie a media e bassa intensità di Torino Sud)?

Quale ipotesi di ricollocazione dei Posti letto in diminuzione (Totali: da 2.557 Molinette, CTO, Sant'Anna, OIRM, Amedeo Savoia, Birago, Oftalmico a 1420 PSRI= -1.137)

Quale strategia e quali investimenti per la messa a norma delle strutture ospedaliere torinesi esistenti?

Quale strategia e quali investimenti per il potenziamento dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali per la cura dei malati cronici?

Ci preme sottolineare alcuni dati noti con riferimento alla DGR 5-5391 del 24 luglio 2017:

Area Materno-Infantile:

OIRM: Posti letto ricovero ordinario: 219 + ricovero diurno 67, totale 286

PSRI: Posti letto ricovero ordinario 36 + DH/DS 4, totale 40

Differenza totale: – 246 pl.

Sono realistici trasferimenti di posti-letto negli Ospedali Maria Vittoria, Martini, Mauriziano?

I pazienti pediatrici di interesse più specialistico troveranno localizzazione nelle degenze degli adulti rispettando i requisiti internazionali per le degenze dei minori?

Sant'Anna: Posti letto ricovero ordinario: ostetricia 145 + ginecologia 87; neonatologia: terapia intensiva neonatale 18 + patologia neonatale 65; nido fisiologico 110 posti; ricovero diurno 52.

PSRI: Posti letto ricovero ordinario ostetricia: 50 + ginecologia 25; neonatologia: terapia intensiva neonatale: 10 + patologia neonatale: 20; nido fisiologico: 40 posti; ricovero diurno: 4.

Attualmente con 140 pl di ostetricia ci sono 7500 nati/anno in CSS; in PSRI, con 100 pl di ostetricia previsti 5000 nati/anno?

Per quanto riguarda la degenza ostetrica dovrebbero essere previsti 2 locali per la cardiocografia; 2 locali per l'ecografia; il numero di sale operatorie dovrebbe essere maggiore (3 anziché 2). Questa osservazione si basa sull'attuale esperienza del Sant'Anna, ove due sale sono assolutamente insufficienti. E' vero che i casi saranno di meno ma aumenteranno quelli complicati ed alcune procedure fetali (esempio, trasfusioni fetali) che devono essere fatte in sala operatoria probabilmente saranno più numerose. Infine non pare prevista un area dedicata alla diagnosi prenatale (oggi il Sant'Anna

ha addirittura una struttura semplice dipartimentale) e manca una collocazione per il laboratorio di ricerca di base specifica.

Per quanto attiene alla neonatologia a fronte della necessità di 28 pl TIN sull'area provinciale torinese e regionale, per rispondere al fabbisogno provinciale e regionale, per l'accentramento delle patologie sia materne che fetali al Sant'Anna, sono previsti 2 pl TIN a Moncalieri, 4 pl TIN al Maria vittoria, 10 pl TIN al Parco salute.

Mancano evidentemente 10/12 pl TIN che quindi richiederebbero la costruzione, non prevista nel piano, di una nuova TIN da 30 /32 Posti (10-12 pl TIN + 20 pl patologia neonatale).

La funzionalità delle terapie intensive neonatali è strettamente legata alla disponibilità h24 di tutte le specialità pediatriche: la soluzione prospettata ridurrebbe non solo il numero ma anche la qualità della risposta al bisogno di salute.

Il piano prevede di inserire nel presidio CTO: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con UTIC, Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia.

Non è prevista Neonatologia né TIN.

Come si pensa di inserire nel CTO tutte queste specialità? Solo la parte di ostetricia richiederebbe la costruzione di adeguate sale da parto spontaneo e cesareo sempre disponibili.

Per la neonatologia sarebbe indispensabile la costruzione di un nuovo reparto di Terapia Intensiva Neonatale da 30/32 posti.

I tempi di realizzazione dovrebbero comunque precedere quelli di realizzazione del PSRI.

Dove saranno riallocati e con quali costi, come da DGR, 4000 parti/anno, 2500 interventi di ginecologia/anno, 4000 IVG/anno?

Negli ultimi trent'anni si è cercato di costruire, nel mondo, un modello di ospedale a misura di bambino e/o di mamma/bambino, secondo quanto dettato da ONU e OMS. Infatti gli Ospedali Pediatrici e Materno /Infantili sono considerati un'eccellenza che viene difesa e sviluppata. Sessant'anni di gestione e sviluppo dell'OIRM-Sant'Anna si sono sviluppati in questa direzione sia da un punto di vista clinico che da un punto di vista organizzativo e strutturale, creando un centro di riferimento materno infantile, cittadino, regionale e nazionale di elevata eccellenza e fama. In Italia sono tredici gli ospedali pediatrici riuniti in una comune organizzazione, tra i quali: Meyer di Firenze, Bambino Gesù di Roma, Gaslini di Genova, ecc.

Il progetto come concepito in PSRI azzerava questa esperienza, riporta all'idea che il bambino sia semplicemente un piccolo adulto (concetto ormai obsoleto) e non un paziente con specificità tipiche e caratteristiche che devono essere salvaguardate da un punto di vista medico, strutturale e sociale.

OIRM è sede di molte specialità mediche e chirurgiche ed è di fatto un policlinico pediatrico: il modello assistenziale internazionale indica chiaramente per il bambino la necessità di dimensioni, spazi, e personale pediatrico dedicato. Non può essere condiviso un progetto che veda alcuni posti letto in un setting assistenziale ideato e costruito sull'adulto.

Di fronte a tali evidenze riteniamo che le possibilità possano essere sostanzialmente due:

- 1) prevedere nel Parco della Salute la costruzione di una palazzina dedicata al materno/infantile inserita in PSRI, tenendo conto che eccellenza non è solo la grande patologia ma anche la capacità di riportare alla fisiologia alcuni aspetti della vita come la gravidanza ed il parto;
- 2) mantenere l'attuale situazione con un adeguamento strutturale del OIRM/Sant'Anna dal costo previsto (dalla DGR) di circa 50.000.000 euro.

Analogamente a quanto sta emergendo per l'assistenza ospedaliera a medio-bassa intensità degli adulti, l'analisi seria e condivisa del numero di posti letto necessari è una fase che logicamente deve precedere o almeno essere parallela alla formulazione di un progetto esecutivo anche e soprattutto per popolazione pediatrica, in particolare per quanto attiene alla Neuropsichiatria Infantile.

Per quanto riguarda il CTO, lo studio di fattibilità appare superficiale nell'analisi del processo di trasformazione da ospedale di eccellenza ortopedica traumatologica, delle grandi ustioni, e trauma center con DEA di 2° livello, verso un ospedale generalista con DEA di 1° livello.

I punti critici di maggiore evidenza sono essenzialmente 4.

- Non si comprende su quale base scientifica e gestionale venga ritenuta anacronistica l'esistenza di una struttura a connotati mono specialistici ortopedici traumatologici, quando tale impostazione risulta assolutamente in linea con i modelli organizzativi più avanzati, dettati anche, e non solo, dall'evidente possibilità di un aumento del rischio infettivo post chirurgico nel caso di una commistione strutturale e gestionale con le altre specialità cliniche e chirurgiche. Il CTO ha sviluppato in tale senso negli ultimi venti anni un preciso percorso virtuoso dal punto di vista organizzativo, clinico e

strutturale, che gli ha consentito, per lo meno fino alla realizzazione della Città della Salute e della Scienza ed alla chiusura del Presidio Maria Adelaide, di risultare tra i primi ospedali europei in quanto ad ICP, con bilanci annuali utilizzati spesso quale esempio positivo di gestione nelle più prestigiose Scuole Universitarie di Economia e Management Italiane.

- La caratterizzazione del CTO è stata per altro chiaramente indicata dalla delibera del 2011 "Costituzione della rete regionale del trauma" (prima in Italia) che definisce il CTO come unico Trauma Center Regionale, capofila di sei hub e sede dei centri di riferimento regionali per microchirurgia, chirurgia vertebrale, chirurgia del bacino.

La progressiva centralizzazione della traumatologia regionale complessa ha comportato uno spostamento dell'attività, negli anni recenti, da ortopedica generalista a prevalente traumatologica e super specialistica. I flussi traumatologici (incremento del 10% negli ultimi 12 mesi) pertanto non sono comprimibili ma destinati a crescere ulteriormente, rendendo assolutamente poco verosimile una integrazione all'interno del PDS, progettato secondo quanto indicato dal piano di fattibilità.

- Non è infine indicato nel piano come, in quanto tempo e con quali costi economici si realizzerà l'ipotizzata implementazione dei posti letto dagli attuali 277 ai 450/500 previsti.

- Il destino dell'UNITA SPINALE UNIPOLARE, giustamente voluta e realizzata adiacente al CTO con le attuali peculiarità e pertanto dallo stesso imprescindibile.

LA RETE DOMICILIARE E RESIDENZIALE DI MEDICINA DI COMUNITÀ DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI TORINO

Secondo i più recenti dati OECD (del 10 novembre 2017, riferiti all'Anno 2015):

- i posti letto ospedalieri pro-capite sono scesi in tutti i Paesi OECD, in connessione con più bassi tassi di ospedalizzazione e con l'aumento della Day Surgery;
- la media OECD è di 4,7 posti letto per mille ab., mentre in Italia è di 3,2 posti letto per mille ab.;
- la prevalenza della demenza vede l'Italia al secondo posto per posti letto di Long Term Care;
- l'Italia (1,9 posti-letto per 100 persone con più di 65 anni) è al penultimo

posto OECD (media OECD 5,0 posti-letto per 100 persone con più di 65 anni);

- l'Italia non è rappresentata nel grafico riguardante la quota di persone che ricevono assistenza domiciliare rispetto al totale delle persone in Long Term Care;
- la spesa per Long Term Care è aumentata più che per ogni altro tipo di assistenza nei Paesi OECD, con quota del PIL pari a 1,7%; in Italia, la quota del PIL per Long Term Care è pari a 0,7%;
- in Italia il rapido invecchiamento della popolazione va di pari passo con l'aumentata prevalenza di malattie croniche e di condizioni di Long Term Care, ma l'offerta di Long Term Care per gli anziani rimane povera.

Secondo il più recente Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN, del 2 novembre 2016 (riferito all'Anno 2013), confrontando i dati della Regione Piemonte con le altre Regioni italiane risulta che:

- il numero di posti letto per acuti è leggermente sotto la media nazionale;
- il numero di posti letto per non acuti è più elevato rispetto alla media nazionale;
- il numero di casi trattati in ADI è più basso rispetto alla media nazionale;
- il numero di utenti in strutture semiresidenziali e residenziali per anziani è più elevato rispetto alla media nazionale, seppur più basso rispetto alle altre Regioni del Nord e del Centro Italia e con obiettivo da raggiungere in Piemonte in diminuzione a 1,7 posti per 100 persone con più di 65 anni;
- il numero di utenti in strutture semiresidenziali e residenziali per disabili fisici è più basso rispetto alla media nazionale.

Secondo uno studio pubblicato su Monitor AGENAS n.40 del 2016, con riferimento al Censimento 2011 delle abitazioni e della popolazione, dal punto di vista socio-demografico, l'area metropolitana di Torino si caratterizza per:

- indice di vecchiaia, indice di ricambio e indice di dipendenza maggiori nella Città di Torino rispetto al resto della Città Metropolitana, ma vicini alla mediana regionale;
- indice di deprivazione (es. famiglie monocomponente, disoccupazione, sovraffollamento abitativo) maggiori nella Città di Torino rispetto al resto della Città Metropolitana e della Regione;
- livelli di istruzione migliori nella Città di Torino rispetto al resto della

Città Metropolitana e della Regione.

Dal punto di vista dell'attività sanitaria,

- in un quadro regionale di ricoveri in acuzie inferiori alla media nazionale, Torino Città è lievemente sopra la media regionale, mentre il resto della Città Metropolitana è al di sotto;
- quanto ai ricoveri in post – acuzie, in Piemonte più elevati rispetto alla media nazionale, Torino Città e TO4 presentano attività superiore alla media regionale, mentre TO3 e TO5 attività inferiore;
- per l'Assistenza Domiciliare Integrata, le ASL Torinesi sono inferiori alla media regionale; per l'Assistenza Territoriale Residenziale, il dato è intorno alla media regionale, con ASL Torino Città e ASL TO3 al di sotto e ASL TO4 e ASL TO5 al di sopra;
- in sintesi, soprattutto in Torino Città, si verifica eccesso di ricoveri in post – acuzie e carenza di cure domiciliari e residenziali rispetto alla Regione.

Quanto al sovraffollamento del Pronto Soccorso (o overcrowding), il determinante principale è rappresentato dalla difficoltà ad avviare verso le degenze continuative i pazienti che hanno necessità di ricovero urgente.

La principale criticità è rappresentata dalla permanenza in loco dei pazienti da ricoverare, che in alcune realtà e in alcuni periodi dell'anno si estende anche per più giorni.

Sulla base delle principali pubblicazioni internazionali sul tema, si può definire la soglia critica di 6 ore tra il momento di ingresso e il momento di trasferimento del paziente dal pronto soccorso in degenza continuativa, nel 90% dei casi.

I reali determinanti degli elevati tempi di permanenza dei pazienti in pronto soccorso e del contestuale affollamento sono:

- i percorsi intra-ospedalieri da pronto soccorso verso le degenze continuative;
- i percorsi di uscita dall'Ospedale verso le strutture di post acuzie e verso le cure domiciliari e residenziali, soprattutto per i malati anziani cronici non autosufficienti.

Risulta quindi che la maggiore criticità per l'assistenza sanitaria e, in particolare, anche per il sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza e Urgenza di Torino, sia la carenza di Long Term Care residenziale e domiciliare per malati con più di 65 anni, in un quadro di posti-letto per acuzie

estremamente contenuto.

Pertanto, anche al fine dell'adeguato funzionamento del PSRI, risulta necessario potenziare la rete sanitaria e socio-sanitaria territoriale domiciliare e residenziale per i malati anziani cronici non autosufficienti e non diminuire ulteriormente i posti-letto per acuti, che risultano particolarmente contenuti rispetto agli standard internazionali e nazionali.

In particolare risulta necessario :

- incentivare le cure domiciliari ogni volta che vi sia la disponibilità di familiari idonei ad assumere il ruolo di accuditori direttamente o con l'aiuto di terze persone e non vi siano controindicazioni per il malato cronico/persona con disabilità non autosufficiente
- inserire tempestivamente i malati anziani non autosufficienti in Rsa al posto dell'invio in strutture di riabilitazione o in lungodegenza qualora non abbiano l'esigenza di queste prestazioni
- garantire il diritto alla continuità terapeutica.