

PARCO DELLA SALUTE DI TORINO: «MENO POSTI LETTO, IGNORATI I PAZIENTI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI E LA FORMAZIONE DEI MEDICI». E SUL FINANZIAMENTO PRIVATO «FALLISCONO 9 PROGETTI SU 10»

a cura di ULCES

L'ordine dei Medici della Provincia di Torino e il sindacato medico Anaa hanno pubblicato le loro osservazioni – in gran parte molto critiche – sul progetto del Parco della Salute di Torino. Nel presentare qui i passaggi salienti di questi contributi, va precisato che la Città della Salute e della Scienza di Torino (l'attuale azienda ospedaliero-universitaria che incorpora gli ospedali torinesi San Giovanni Battista - Molinette, San Lazzaro, San Giovanni Antica Sede, Cto, Maria Adelaide, Infantile Regina Margherita e ginecologico Sant'Anna) costituisce il «più grande polo sanitario a livello nazionale ed europeo» (1). Il modello proposto in alternativa dalla Regione Piemonte, il Parco della Salute, ha come caratteristica fondamentale una drastica diminuzione dei posti letto (poco meno del 50%) senza alcuna credibile e concretamente attrezzata soluzione di presa in carico extraospedaliera pubblica per i pazienti (prioritariamente con cure domiciliari, poi in strutture post-ospedaliere, anche private, ma convenzionate con il Servizio sanitario nazionale). Il disegno impostato dalla Regione Piemonte ha senso – il senso tremendo di un abbandono dei pazienti più bisognosi e cronici e di un generale abbassamento delle già sottodimensionate prestazioni territoriali extraospedaliere, in particolare quelle sanitarie a domicilio – nel quadro dei nuovi Livelli essenziali di assistenza - Lea (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017): la sanità si arrocca nella gestione dell'acuzie, attrezzando per la stragrande maggioranza dei pazienti, anziani non autosufficienti in primis, una serie di sistemi burocratici (le «Commissioni di valutazione») che hanno come scopo la selezione dei malati e, di fatto, la negazione delle prestazioni. Si tratterebbe, come spieghiamo nell'editoriale di questo numero di Prospettive assistenziali, di una violazione della Costituzione (2) e della legge fondante il Servizio sanitario nazionale (3). Un regalo ai privati (non a caso continuano gli investimenti di grandi gruppi industriali in case di cura e strutture socio-sanitarie) che non produrrà benessere sul territorio. Immense le responsabilità delle Amministrazioni regionali.

Sullo studio di fattibilità del Parco della Salute e della Scienza di Torino l'Ordine dei Medici di Torino ha evidenziato in un documento reso pubblico (4) alcune severe criticità: «Come, ad esempio, la consistente riduzione dei posti letto dell'attuale Città della Salute, 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 tre ragioni: 1) le strutture ospedaliere esistenti sono nelle stesse condizioni di criticità strutturale ed impiantistica degli ospedali della Città della Salute; 2) esse sono già sovraccaricate; 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».

L'ordine dei Medici incalza la Regione:

(1) Cfr. www.cittadellasalute.to.it - sezione: Presentazione: Città della Salute e della Scienza.

(2) Articolo 32 «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

(3) Legge 833/1978.

(4) "Osservazioni sullo studio di fattibilità del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino" pubblicato su www.omceo-to.it

«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?».

Risorse finanziarie: il flop del Partenariato pubblico privato.

L'Ordine dei Medici è critico anche sulla formula finanziaria prevista per la realizzazione del nuovo polo ospedaliero, il cosiddetto «Partenariato pubblico privato» che prevede, a fronte dell'impegno finanziario per la costruzione del complesso (nel caso del Parco della Salute, l'intervento del privato è messo a bando per 305 milioni di euro sul totale, del primo lotto, di 455 milioni), che il soggetto gestore dell'ospedale riscuota un canone annuale di "riscatto" dell'opera e gestisca – con remunerazione della Regione – i servizi non sanitari dell'ospedale. Osserva l'Ordine: «I limiti più frequentemente sottolineati nelle esperienze di Partenariato pubblico-privato sono così sintetizzabili:

- eccessiva fiducia nelle capacità risolutive del Partenariato pubblico privato, come alternativa alla carenza di risorse pubbliche disponibili;

- assenza di preliminari verifiche sulla reale convenienza del ricorso al Partenariato pubblico privato 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 competenze 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 Partenariato pubblico privato 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. Il rapporto della Commissione Europea si conclude con alcune raccomandazioni per i futuri progetti di Partenariato pubblico privato 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 Partenariato pubblico privato 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 neces-

sità di meccanismi di rinegoziazione. Secondo l'Epec (European public private partnership Expertise Centre) il tasso di mortalità del sistema Partenariato pubblico privato in Italia è del 95%», cioè falliscono più di nove progetti su dieci partiti con questa modalità di finanziamento. «In Italia – riporta ancora l'Ordine dei Medici – manca una legge sul Partenariato pubblico privato 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. È 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 Partenariato pubblico privato 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 Partenariato pubblico privato».

Formazione dei medici e rete territoriale. Altro elemento evidenziato dall'Ordine dei Medici è quello della formazione dei clinici: «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». I medici torinesi sottolineano che le attività di alta specializzazione previste nel Parco della Salute «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» e, aggiun-

giamo noi, anche in strutture di lungodegenza oppure in Rsa - Residenze sanitarie assistenziali.

A proposito delle cure ai malati cronici non autosufficienti, l'Ordine dei Medici osserva: «La maggiore criticità per l'assistenza sanitaria e, in particolare, anche per il sovraffollamento dei Dipartimenti di emergenza e urgenza di Torino, è la carenza di Long term care (cure di lungo periodo, ndr) residenziale e domiciliare per malati con più di 65 anni, in un quadro di posti letto per acuzie estremamente contenuto. Pertanto (...) 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».

I rilievi dell'Anaa: dimezzamento dei posti letto. Le criticità sul Parco della Salute sono state rilanciate il 14 gennaio 2019 nel corso dell'audizione dei rappresentanti del sindacato medico Anaa da parte della IV Commissione del Consiglio regionale del Piemonte. Il documento del sindacato (5) pemette che il progetto del Parco della Salute è fondato su «un modello organizzativo che si basa sull'intensità di cura. Modello di assistenza che ha evidenziato, dove applicato, non poche criticità. Nel futuro Parco si identificano dei 'moduli' cui sono assegnati dei posti letto. Questo modello, supera la logica dipartimentale e della Struttura complessa e porta ad una perdita di identità dell'Unità operativa a favore di aree di attività che spesso mal si delimitano tra di loro. Storiche strutture specialistiche come la Cardiologia, la Gastroenterologia, l'Endocrinologia, la Pneumologia, la Reumatologia e la Neurologia vedrebbero trasformata la loro attività da continuità assistenziale a 'prestazione on demand'».

Sulla riduzione dei posti letto: «Dagli attuali 2441 posti letto della Città della Salute si pas-

(5) La relazione è firmata da: dott. Gianni Del Monaco, Pediatra Ospedale infantile Regina Margherita, Consiglio regionale Anaa; dott. Bruno Gianoglio, Pediatra Ospedale infantile Regina Margherita, Segreteria regionale Anaa; dott. Gianluca Ruiu, Medicina Molinette, Segretario aziendale Anaa Città della Salute; dott.ssa Chiara Rivetti Medicina AslTo5, Segretaria Regionale Anaa.

serebbe a 1070 posti letto, più 450 letti nell'attuale presidio del Cto, che sarebbe riconvertito. Dunque 921 posti letto in meno».

«Se la popolazione torinese diminuisce dal 2013 e se negli ultimi anni gli accessi dei pazienti in PS non sono incrementati (Molinette 69.546 nel 2017, pressoché stabili dal 2015), è invece vero che dal 2013 al 2015 i ricoveri nei reparti di medicina intera sono aumentati del 11%, con un aumento delle giornate di degenza pari al 13%. Dunque più malati anziani, spesso ricoverati per riacutizzazione di patologie croniche».

A fronte di tali cifre, Anaa chiede: «Dove saranno ricoverati? Sarà potenziato il territorio? Il territorio è già ora da potenziare, perché secondo i dati Ocse l'Italia è penultima, prima

della Polonia per posti letto di lungodegenza, con 18 posti ogni 1000 abitanti over 65 anni contro i 72 posti letto del Belgio. In ogni caso potenziare la lungodegenza non compenserà il taglio dei posti letto per acuti». Inoltre, nessun credibile progetto di sviluppo e diffusione delle cure domiciliari è stato attivato dalla Regione Piemonte, che, anzi, nell'ultima Amministrazione ha negato la quota sanitaria domiciliare ai malati cronici non autosufficienti, azzerando di fatto la positiva esperienza degli assegni di cura in tutto il Piemonte, salvo che a Torino e in alcuni distretti sanitari dell'Asl To3, dove reggono ancora qualche migliaio di prese in carico sanitarie di malati non autosufficienti o persone con disabilità con quota domiciliare pagata dall'Azienda sanitaria.

UTILI NORME SULL'ACCESSO AI DATI SANITARI

Segnaliamo due importanti articoli della "legge sulla responsabilità professionale" (legge 24/2017) significativi per gli operatori sanitari, per i pazienti e, di riflesso, anche per le organizzazioni che operano per promuovere e difendere il diritto alle prestazioni sanitarie per i pazienti, in particolare per quelli non autosufficienti, non più capaci di rappresentarsi e difendersi da sé. Si tratta dell'articolo 2 della legge, che istituisce la possibilità di attribuire al Difensore civico regionale o provinciale la «funzione di garante per il diritto alla salute», e dell'articolo 4, sulla «trasparenza dei dati». Su quest'ultimo punto, la legge 24/2017 dà particolare rilevanza all'accesso ai documenti sanitari. Le disposizioni contenute nel provvedimento si innestano su norme preesistenti, con significative precisazioni. L'articolo 4 riconferma il «rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196», ma aggiunge che «la direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto (...) fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta». Le strutture sanitarie pubbliche e private avevano l'obbligo di adeguarsi entro tre mesi alla nuova normativa, che quindi è del tutto vigente.

Tra i documenti sanitari, per espresso parere proprio del Difensore civico regionale del Piemonte (sua relazione dell'attività svolta nell'anno 2017), figurano tutti quegli atti che si rivelano molto spesso utili, e di non così agevole reperibilità senza precisa richiesta, per inquadrare al meglio le esigenze terapeutiche del paziente, la sua condizione e le sue necessità, per esempio in vista della richiesta di prestazioni riabilitative, o di aggiornamento del progetto individualizzato, o di contestazione di una pratica – anche amministrativa – nell'ambito della continuità terapeutica. In particolare si tratta della «cosiddetta cartella clinica del paziente, che costituisce l'insieme dei documenti che registrano il complesso delle informazioni cliniche e anagrafiche relative ad un paziente. La cartella clinica include, solitamente, verbali chirurgici, referti sanitari, schede infermieristiche, relazione e scheda di dimissione dalla struttura».