



QUALE FUTURO PER L'ASSISTENZA SOCIOSANITARIA DELLA PIANA?



di Ernesto Mancini

Si può ipotizzare un futuro di sviluppo per l'assistenza sociosanitaria della Piana? Invero di questi tempi non si può essere molto ottimisti al riguardo perché le condizioni di malagestione sanitaria sia a livello regionale che a livello di Azienda Sanitaria Provinciale non lasciano spazio a progettazione del futuro in una materia di per sé complessa che, invece, impone chiarezza ed efficacia dei programmi, attuazione tempestiva degli stessi, realizzazione di risultati concreti di miglioramento.

In ogni caso si può tentare di dare un contributo alla discussione.

1) CHIAREZZA SULL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

A) Gli ospedali dismessi

Una prima esigenza per poter programmare il futuro è quella di sgombrare il campo da tesi infondate ma pur diffuse che puntano alla **riapertura delle strutture ospedaliere esistenti i cui servizi sono stati già dismessi**.

Va chiarito al riguardo che riaprire strutture ospedaliere dismesse non è oggettivamente possibile. Infatti, per garantire sicurezza ed efficienza a tali strutture occorrerebbe attuare investimenti consistenti e relative procedure di gara per nuova attrezzatura biomedica, lavori di ristrutturazione degli ambienti di degenza e di logistica, nuove sale operatorie ed impianti tecnologici, nuovi servizi diagnostici di laboratorio e di radiologia, dotazioni

organiche funzionali di personale e così oltre. Riaprire senza garantire tutto ciò significherebbe attivare **strutture pericolose**, poiché l'assistenza ospedaliera riguarda l'acuzie delle malattie sulle quali non vi possono essere approssimazioni né superficialità. Una diversa impostazione non passerebbe il vaglio dei requisiti di sicurezza ed efficienza previsti dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi ospedalieri.

Peraltro le strutture interessate, già vetuste per costruzione e in gran parte ammalorate (**Palma 1960, Taurianova 1930, Gioia Tauro 1971, Oppido 1935, Rosarno 1965, Cittanova (?) queste ultime due mai attivate**) non potrebbero riavere ciascuna tutti i reparti e i servizi base di un tempo (medicina, chirurgia, ortopedia, ostetricia, ecc.) per evidente incongruità rispetto all'indice di fabbisogno di p.l. della Piana 2,78 x 1000 abitanti. Né i vari reparti e i servizi possono essere distribuiti o frazionati tra più strutture perché ciò sarebbe in contrasto con l'esigenza di concentrazione in unico stabilimento ai fini della necessaria integrazione fra le varie specialità medico-chirurgiche e gli standard imposti dal citato Decreto Ministeriale 70/2015

È evidente, dunque, che nessuna Amministrazione centrale o regionale potrebbe autorizzare, se non per eccesso di potere da irragionevolezza e violazione degli standard ministeriali, spese di investimenti né, tanto meno, spese correnti per personale e forniture di beni e servizi.

B) Il N.O.P. – Nuovo Ospedale della Piana

Sgombrato dunque il campo da ipotesi sulla riapertura dei vecchi ospedali va detto che



la realizzazione del N.O.P costituisce l'unica seria prospettiva di miglioramento e di modernizzazione dell'assistenza ospedaliera della Piana essendo stato progettato e finanziato per 339 p.l. con dotazione specialistiche adeguate secondo i parametri di legge per un territorio, di circa 160.000 abitanti.

Anche qui bisogna non seguire tesi infondate circa la non realizzabilità di tale struttura o la sua errata collocazione nel territorio del Comune di Palmi.

Quanto al primo aspetto deve dirsi che la realizzazione del N.O.P., nonostante i ritardi e l'incapacità tecnico-amministrativa degli uffici regionali (sul punto vedi mio precedente articolo su Madreterra n. 37/2021 pag.7), è un **processo irreversibile** per una serie di semplici ragioni: esso è in esecuzione di un accordo di programma Stato/Regione, è debitamente finanziato, ha un progetto definitivo già approvato dalla Conferenza dei Servizi, c'è un Raggruppamento di Imprese che ha sottoscritto il contratto di realizzazione a seguito di procedura ad evidenza pubblica, risponde a tutti gli standard qualitativi e quantitativi ministeriali. Non conta di meno, ai fini della realizzazione, una vigilanza costante ed informata sull'iter procedimentale da parte del Comune e dei cittadini associati (Prosalus Palmi).

Quanto al secondo aspetto (errata collocazione) le critiche, che invero hanno più natura di lamentazione campanilistica, sono palesemente infondate. La collocazione del NOP, già di per sé baricentrica rispetto al territorio, è contigua al raccordo autostradale e ciò la rende ancora più baricentrica anche per tempistica rispetto ad altre scelte a suo tempo ventilate. Inoltre nessun onere ha dovuto sostenere la finanza pubblica perché il trasferimento del terreno è avvenuto fra enti pubblici (Provincia – Regione).

2) QUALE FUTURO PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA DELLA PIANA?

La dotazione del Nuovo Ospedale di Palmi, pari a 339 posti letto, soddisferà in gran parte il fabbisogno delle funzioni ospedaliere principali per il territorio. Tale dotazione infatti comprende:

□ **Area Medica per un totale di 84 posti letto**, Medicina Generale, Cardiologia, Neurologia, Nefrologia, Psichiatria.

□ **Area chirurgica per un totale di 73 posti letto** Chirurgia generale, Urologia, Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia ginecologica.

□ **Area materno infantile per un totale di 42 posti letto**. Ostetricia, Pediatria, Patologia Neonatale.

□ **Area post acuzie per un totale di 44 posti letto**. Recupero e Riabilitazione funzionale, Riabilitazione cardiologica.

□ **Area emergenza per un totale di 22 posti letto** Terapia intensiva, Medicina d'Urgenza, Unità di terapia intensiva cardiologica UTIC.

□ **Degenza diurna per un totale di 32 posti letto**. Day Surgery, Day Hospital Medico Oncologico.

□ **Posti tecnici** Emodialisi, Nido, Pronto Soccorso OBI (Osservazione intensiva breve), Pronto Soccorso OBI Pediatrico (in reparto) per un totale di 42 posti letto.

È di tutta evidenza pertanto che sulla base degli standard ministeriali che vincolano la consistenza di ogni struttura ospedaliera **non vi sarebbe la possibilità di altro ospedale nel territorio con funzioni e dotazioni analoghe al NOP in quanto una dotazione di soli 100 p.l. non ne giustificerebbe l'esistenza.**

3) NUOVE FUNZIONI PER LE STRUTTURE OSPEDALIERE DISMESSE

Si possono tuttavia ipotizzare soluzioni che soddisfino ugualmente il fabbisogno sanitario della Piana **valorizzando al massimo le strutture esistenti** (Gioia – Polistena) **beninteso con nuovi servizi** (rispetto al N.O.P.) di cui il territorio ha assoluta necessità.

ISTITUTI A VALENZA MULTIZONALE ED ALTRE FUNZIONI RESIDENZIALI

Il territorio della Piana è in posizione ottimale rispetto al Reggio, alla Locride ed al Vibonese secondo i tempi di percorrenza stradale ed autostradale. Sia dalla Locride che dal Vibonese o dalla stessa area reggina si arriva nella Piana di Gioia Tauro al massimo in 50 minuti. Dalla Locride, addirittura, si arriva prima nella Piana che non a Reggio Calabria. Ciò può giustificare la presenza di **strutture monospecialistiche di alto livello** (es.: istituto oncologico) così come presenti in altre



realtà regionali del servizio sanitario nazionale. Questo tipo di istituto, senza confliggere con la funzione del N.O.P. o delle altre realtà distrettuali con inutili duplicazioni, potrà dare alla Piana un servizio sanitario aggiuntivo di notevole valore sanitario e sociale.

Si possono inoltre ipotizzare Strutture Ospedaliere di Geriatria, Lungodegenze, Hospice non previste per il N.O.P. ma di sicuro fabbisogno sia locale che multizonale. Trattasi di strutture ospedaliere di ricovero con personale specializzato per le singole attività, nonché medici palliativisti, sostegno psicologico, assistenza sociale e così oltre. Tali strutture sono risultate indispensabili in tutti i territori dato il prolungarsi della vita spesso non in condizioni di salute. Alcune volte, peraltro, risultano necessarie per evitare il fenomeno delle "dimissioni ospedaliere ritardate" che causano mantenimento di ricoveri del tutto inappropriati.

Centro Multizonale di Recupero e Riabilitazione. Potrà ospitare tutte le specialità

riabilitative (riabilitazione ortopedica, cardiologica, neurologica, polmonare) secondo standard che consentono di ridare alla persona affetta da disabilità il miglior livello di autonomia dopo la fase acuta della malattia. Anche questa funzione può essere ospedaliera ed in day hospital con bacino di utenza multizonale in relazione alla sicura domanda di assistenza. Ciò in collegamento con la corrispondente funzione del Nuovo ospedale.

Istituto Pubblico Assistenza Anziani ed R.S.A. (Residenze sanitarie assistenziali).

Trattasi di attività per le quali si registra una forte domanda di assistenza (sia per autosufficienti che per non autosufficienti) cui non corrisponde adeguata offerta pubblica né sanitaria né sociale in gran parte del territorio provinciale. È noto che questo tipo di domanda è in progressiva crescita senza che vi sia uguale crescita dell'offerta. Anche tale tipo di istituti contribuisce ad evitare "dimissioni ospedaliere ritardate" e cioè ospedalità inappropriate.



4) SERVIZI PER IL TERRITORIO: CASE DELLA SALUTE E CASE DELLA COMUNITA'

Al centro dell'assistenza territoriale avrebbero già dovute essere operative le Case della Salute e le Unità Complesse di Cure Primarie (U.C.C.P.) previste dalla normativa nazionale e dai provvedimenti regionali. Le prime sono strutture organizzative che concentrano in unica sede i vari servizi sanitari e sociali di modo che il cittadino trovi in esse tutte le prestazioni necessarie per garantire il suo diritto alla salute (poliambulatori, servizi diagnostici, medicina di base, consultori, servizi sociali ed altri servizi alla persona, servizi amministrativi). Le seconde (U.C.C.P.) sono una nuova modalità di organizzazione ed erogazione della medicina di base collocate nelle Case della salute od altre strutture distrettuali e costituite da medici convenzionati, medici di continuità assistenziale, specialisti convenzionati ed altri operatori sanitari che si rapportano coi Distretti, con l'Ospedale e con le Case della Salute.

A suo tempo peraltro, la scelta regionale di collocare le case della salute soltanto in alcuni ospedali dismessi (es.: Scilla, Siderno) **fu a mio avviso errata ed in assoluta contraddizione con l'esigenza di una più diffusa distribuzione nel territorio.** Si trattava per tutto il territorio della Regione Calabria di **solo sette case della salute** e cioè Trebisacce, San Marco Argentano e Cariati per l'**area nord**; Chiaravalle e Mesoraca per l'**area centro**, Scilla e Siderno per l'**area sud**.

Niente di tutto ciò è stato realizzato nonostante un finanziamento di circa 50 milioni e gli oltre dieci anni trascorsi. Peraltro la scelta regionale lasciava scoperti interi territori come, per esempio, il Distretto sanitario Tirrenica di Palmi coincidente con la Piana di Gioia Tauro. Di recente è stata prevista la Casa della Salute di Palmi ma, allo stato, senza progetto o finanziamento.

La scelta regionale per le strutture di che trattasi non teneva conto dell'esigenza di una loro massima distribuzione del territorio proprio per la loro intrinseca missione di essere vicine al cittadino. In Emilia Romagna, per esempio, sono state previste e realizzate già negli anni 2010/2015 ben **120 Case della Salute** secondo una classificazione di bassa

media ed alta concentrazione di servizi socio-sanitari con una collocazione media di 15 case della salute per distretto. Ne discende che il rapporto popolazione/case della salute fra le due realtà regionali è il seguente: Emilia Romagna **una C.S. ogni 37.165 abitanti** (pop. 4.459.866 : c.s. 120 = 37.165) – Calabria **una C.S. ogni 268.246 abitanti** (pop. 1.877.728 : c.s. 7 = 268.246). Va chiarito che queste differenze non sono dipese da minori finanziamenti della Regione ma esclusivamente da scelte strategiche gravemente errate dei governi regionali calabresi (nessuno escluso) e della dirigenza tecnica.

Ora il recente P.N.R.R. prevede il finanziamento per la Regione Calabria di 41 Case della Comunità (ulteriori rispetto alle Case della Salute). Tale numero, rapportato alla popolazione regionale, significa una ogni 45.798 abitanti. il che comporta per la Piana di Gioia Tauro **circa quattro unità.**

Per le Unità Complesse di Cure Primarie è un fatto oltre che di logistica, di organizzazione a contrattualizzazione dei medici di base interessati. Si ritiene che per i benefici economici e professionali che i medici ed altri operatori conseguiranno per effetto delle U.C.C.P. (es.: risparmio dei costi di studio, di segreteria, di strumentazione e di logistica in genere) potrà essere loro richiesto, in sede di accordi regionali od aziendali, di svolgere attività che implementino gli obblighi cui sono già tenuti per effetto della contrattazione collettiva. A titolo solo indicativo tali attività possono riguardare la prevenzione, la statistica e i dati epidemiologici di loro pertinenza, l'assistenza H24, la programmazione e l'attuazione di programmi concordati col Distretto e/o le Asp per il controllo ed il miglioramento dell'assistenza sanitaria nella popolazione di riferimento, la telemedicina ed altre attività collegate alla c.d. "medicina di iniziativa".

Si deve dunque concludere che per il futuro devono evitarsi duplicazioni inutili di servizi ospedalieri perché negli anni 20 del 2000 non può tornarsi ad un modello ospedaliero degli anni 60 del '900. Le strutture esistenti, debitamente ristrutturate e messe a nuovo o addirittura ricostruite ove ciò sia più conveniente, possono ospitare nuovi e ben più necessari servizi ospedalieri e residenziali nonché nuovi servizi territoriali di cui si ha effet-



tivo bisogno anche tenendo conto delle possibili funzioni multizonali.

Se ciò avverrà si avrà un valore della produzione di tali strutture assai maggiore di quello precedente e soprattutto una migliore assistenza sociosanitaria della popolazione con tutto ciò che ne consegue in termini di valorizzazione del patrimonio, nuovi posti di lavoro, servizi integrati e facilmente raggiungibili e così oltre.

5) NECESSITA' DI UNO STUDIO PRELIMINARE

Non sfugge al sottoscritto che il layout sociosanitario sopra ipotizzato può tranquillamente iscriversi al mondo dei sogni in una situazione attuale dove imperano la mancanza di progettualità e l'assoluta incapacità politica ed amministrativa regionale e provinciale di realizzare alcunché che non sia manutenzione ordinaria dell'esistente laddove esistente significa peraltro strutture ed organizzazioni vecchie e superate.

Probabilmente non resta altro che affidarsi alla responsabilità dei Sindaci della Piana in quanto ad essi è demandata in primo luogo la tutela politica dei diritti civili dei cittadini anche contro ritardi, inerzie od in-

capacità del Servizio Sanitario Regionale.

È opportuno, a mio avviso, che i Sindaci si riuniscano in **Conferenza Permanente** ed elaborino attraverso una apposita struttura consulenziale uno studio preliminare di fattibilità che si ponga come obiettivo la realizzazione di un moderno servizio pubblico socio sanitario del territorio.

Tale struttura consulenziale potrà essere formata da esperti di alto profilo professionale e curriculare che prestino la propria attività esclusivamente per impegno civico e perciò gratuitamente. A titolo meramente esemplificativo si indicano le seguenti professionalità: medici di organizzazione e direzione sanitaria, medici clinici delle principali specialità, altri professionisti sanitari e sociali (es. infermieri ed assistenti sociali direttivi), esperti di management sanitario amministrativi e tecnici.

Lo Studio dovrà essere predisposto entro tempi certi e presentato alla Regione. La Conferenza dei Sindaci, dovrà essere determinata a sostenerlo e perseguire la sua realizzazione al fine di evitare che nel prossimo decennio si continui a riprodurre lo stato di malasania, inerzia ed incapacità che ha caratterizzato il decennio passato.

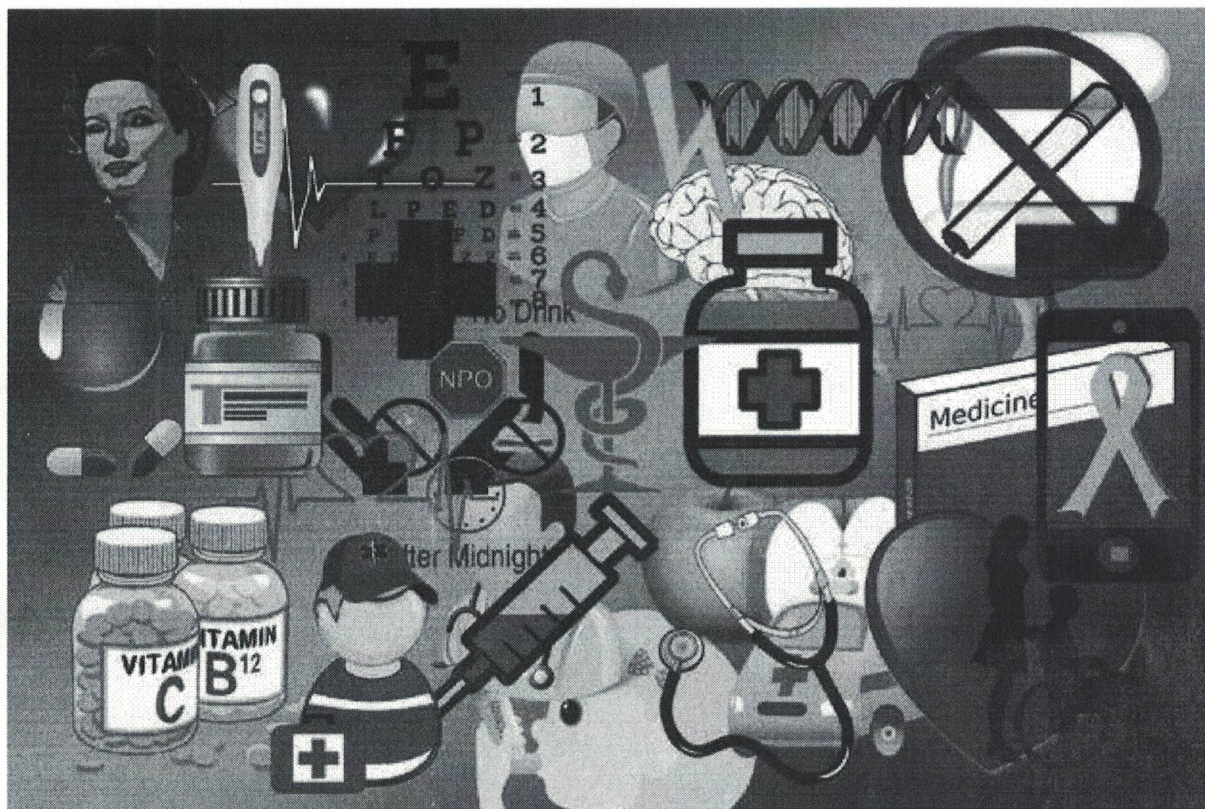


Foto da freepik.com