

Cosa è meglio avere per garantire il diritto alla salute dei cittadini del VCO?

A) Mantenere in vita sia il Castelli e sia il S.Biagio? (magari potenziandoli?)

B) Mantenere il DEA con rianimazione e reparti /servizi collegati, solo in uno dei due Ospedali e depotenziare l'altro togliendogli DEA /rianimazione e le urgenze?

C) Fare un nuovo ed unico Ospedale?

A) Mantenere in vita sia il Castelli e sia il S.Biagio? (magari potenziandoli?)

Specifiche leggi nazionali e regionali (emanate a partire dal 2012 e reiterate negli anni successivi) vietano la presenza di 2 DEA in un bacino di utenza inferiore ai 300mila ab (noi ne abbiamo 170mila).

Anche qualora intervenissero (assai improbabili in verità) modifiche legislative, ovvero atti autorizzativi regionali (vedi: specificità montana; etc...) che consentissero tale mantenimento, occorre sapere che entrambi i 2 presidi hanno degli indici di qualità strutturale e di età costruttiva che li fanno posizionare a livelli inferiori rispetto alla media di tutti gli Ospedali Piemontesi.

In particolare alla voce **qualità** (cioè esser conformi ai requisiti minimi per esser accreditati) di contro ad una media regionale di 76,9% il S Biagio arriva al 57,4% e il Castelli al 71,6%) e alla voce **età convenzionale** (cioè indice di vecchiaia) di contro ad una media regionale di 69,1% (dove 0 sta per nuovo e 100 collasso) il S Biagio è all'82,8% e il Castelli al 75,6%.

È stato calcolato che il costo necessario per **adeguare entrambi gli ospedali** (sia strutture ed impianti per arrivare a quasi il 100% della qualità) è di 74,5 milioni (40,5 per Domo e 34 x VB); oltre al costo elevato le strutture sono non flessibili e non si avrebbero certo dei nuovi ospedali modello.

La **sostituzione TOTALE** (sia strutture che impianti e inclusi gli oneri) costerebbe 214 milioni (S Biagio 95, Castelli 119 !!) e probabilmente non vi sono neanche gli spazi di terreno adeguati. E non ultimo: che casistiche cliniche potranno mai avere, in termini numerici, due Ospedali simili che tratteranno le patologie di 170mila abitanti diviso 2 cioè di circa 80 mila abitanti cadauno?

È notorio che per avere l'**accreditamento** e la "bollinatura" di qualità occorre che i singoli professionisti trattino un certo numero (variabile per patologia) di casi/anno; se si va al di sotto ciò andrà a scapito della corretta diagnosi e soprattutto a scapito dei risultati della cura. Inoltre, in tutti i reparti si utilizzano ormai delle attrezzature sofisticate e a rapida innovazione tecnologica, che necessitano di frequenti interventi manutentivi: come possono esser ammortizzati tali costi nei pochi anni di loro vita prima di diventare obsolete, se vengono poco usate? I professionisti non verranno certo gratificati dal "lavorare" su solo pochi casi, i più validi di loro o non verranno mai ovvero arrivati qui si demotiveranno in fretta e appena troveranno alternative si sposteranno in altri Ospedali.

B) Mantenere il DEA con rianimazione e reparti /servizi collegati solo in uno dei due Ospedali e depotenziare l'altro togliendogli DEA / rianimazione e le urgenze?

È ciò che la Regione voleva imporre nell'autunno 2014 e che poi grazie alla mobilitazione dell'intero VCO e in particolare dei Sindaci e di Aldo Reschigna venne evitato: la Regione ebbe la deroga TEMPORANEA da Roma: tutto sarebbe rimasto inalterato fino all'apertura del NUOVO OSPEDALE UNICO (era prevista l'inizio lavori nel 2019)

Ovviamente se si decidesse di non fare più l'Ospedale Unico la deroga decadrebbe e si scatenerà quindi nuovamente il "cannibalismo".

Tutti sanno che l'Ospedale che perde il DEA non perde solo questo Dipartimento ma anche tutto ciò che ad esso è collegato inscindibilmente: rianimazione, unità coronarica, reperibilità dei vari specialisti, insomma l'aver un pronto soccorso di 24 h o addirittura di sole 12 h (tipo l'attuale di Omegna) serve a poco: sarebbe un salto indietro di oltre 40 anni! Le autoambulanze verrebbero indirizzate altrove, dalla loro centrale, e i malcapitati che arrivassero con altri mezzi perderebbero (nel caso avessero patologie davvero acute) del tempo che può essere prezioso per la loro vita.

Né VB né Domo vogliono, ovviamente, precipitare in tale baratro.

Ma non solo non si potrà accogliere e trattare le urgenze che in atto vengono gestite dal DEA, ma anche tutta l'attività programmata di tipo chirurgico non potrebbe essere svolta nei casi in cui il rischio anestesiológico del paziente fosse anche solo di tipo medio (poiché non è deontologicamente corretto operare un paziente con un medio rischio in un ospedale privo di una rianimazione a volte necessaria nel postoperatorio; si potrebbe fare solamente una piccola chirurgia).

Non esiste la possibilità che si crei un "quasi DEA", una sorta di surrogato di esso: il DEA è tale solo se ha a sua disposizione una serie di reparti / servizi / professionisti presenti nel suo ospedale.

Chi afferma che a Verbania vi sono tante strutture private e quindi loro potrebbero svolgere tale attività (e in verità vi sono 2 private: OS. S. Giuseppe ubicato a Piancavallo ed Eremo ubicato in parte a Miazzina e in parte a Gravellona e 1 semi privata, il Coq di Omegna), finge di non sapere che il privato persegue un fine lecito che è il guadagno; un DEA rappresenta invece una colossale perdita in termini di profitto. Infatti, loro (i nostri "privati") si occupano principalmente di riabilitazione, di metabolismo, di ortopedia (e non di traumatologia). Quindi Verbania e il Cusio non possono perdere il loro DEA di riferimento con la giustificazione: tanto vi è "molto privato" che subentrerebbe.

Anche l'Ossola, ovviamente, ha tutto il diritto di poter accedere in tempi ragionevoli alle prestazioni urgenti che eroga un DEA; dire a loro di percorrere 45 km (tale la distanza da Domo a Vb) di cui circa un terzo su una strada assai trafficata e intasata non mi sembra una cosa proponibile.

C) Fare un nuovo ed unico Ospedale?

Di fatto già in atto **i due ospedali sono "unificati"**, si parla infatti di "Ospedale unico plurisede". La maggior parte dei servizi / reparti ha un Primario "unificato" con attività duplicate sia a Domo che a Vb e il Primario ruota e salta da una sede all'altra a seconda delle necessità (ciò accade per: DEA; Chirurgia; Rianimazione; Cardiologia/Utic; Pediatria, Ostetricia; Nefrologia/Dialisi; Oncologia; Anestesia; Lab.analisi; Radiologia; Serv.Trasfusionale (e fino a poco tempo addietro anche per Medicina e Ortopedia); altri reparti / servizi sono invece ubicati solo in una sola sede (Mal. Infettive, Neurologia, Oculistica, Urologia, ORL, Psichiatria, Anatomia Patologica, Radioterapia).

Causa la distanza (45Km) delle 2 sedi una buona parte del tempo lavoro si "perde" negli spostamenti; tanti pz che giungono in uno dei 2 DEA se hanno bisogno della consulenza urgente

di uno specialista ubicato presso l'altra sede viene spostato in ambulanza (torna dopo circa 2/3 ore per magari poi esser inviato in un altro Ospedale!).

Se a Domo il Chirurgo (vale anche per urologo e otorino) prevede di dover aver bisogno di un esame istologico estemporaneo (cioè eseguito nel corso di un intervento chirurgico) al fine di una corretta operazione) deve preavvisare l'Anatomia di Vb che per quel giorno dovrà inviare un proprio medico e un tecnico a Domo, costoro dovranno stare in attesa e stazionare fino a che il chirurgo ritiene di doverne avere bisogno (a volte non è sufficiente un solo prelievo), insomma a volte più di mezza giornata di lavoro di medico e tecnico per un solo caso.

Anche il personale tecnico/infermieristico dei reparti/servizi esistenti sia a Domo che a Vb a volte deve ruotare e un giorno esser a Vb e il giorno dopo a Domo o viceversa.

Inoltre, ovviamente, vanno rispettati i n. minimi per coprire i turni e garantire l'assistenza e in tanti reparti il n. di medici e infermieri strutturati non è sufficiente (in particolare DEA, Rianimazione, Ostetricia, Pediatria) e bisogna quindi ricorrere ai "gettonisti", professionisti cioè che vengono per 12 ore e poi se ne vanno: immaginatevi come si possa gestire correttamente un paziente in tale maniera.

Se tutti i reparti e i servizi fossero unificati in una unica sede occorrerebbe meno personale: per il DEA, per esempio, sarebbero sufficienti gli strutturati: niente più gettonisti! Alcuni servizi potrebbero accrescere le loro ore di operatività riducendo quindi i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

Se tutto fosse concentrato non ci sarebbero più le peregrinazioni di malati da Vb a Domo e viceversa per fare una consulenza, ovvero un esame diagnostico particolare: **meno disagi e disservizi, tempi diagnostici più rapidi, meno costi di trasporto.**

Con l' Ospedale unico si avrà un **risparmio nei costi di gestione** (manutenzione ordinaria, gas, luce, pulizie) che è stata calcolata in circa 2,5milioni/anno (dagli attuali 6,5 si scenderebbe a 3,95 mm/anno); anche il personale medico/tecnico/infermieristico potrà esser ridimensionato e il risparmio teorico è di 5,4 milioni (dico teorico poiché già adesso tanti posti sono vacanti con concorsi che vanno deserti; per lo meno vi sarà un carico di lavoro più aderente alle norme contrattuali).

L'ospedale nuovo resterà comunque un Presidio deputato ad assistere le patologie più frequenti nell'ambito del VCO, avrà pertanto la stessa tipologia di reparti e servizi (non vi potranno cioè essere strutture che necessitano di un ampio bacino di utenza: per esempio non ci sarà mai cardiocirurgia, chir. toracica, chir. vascolare); il n. di posti letto sarà aumentato dagli attuali 265 (vb 135 + domo130) a 303 (+50 di riabilitazione e lungodegenza, riassorbendo quelli analoghi del COQ) + 53 letti così detti tecnici (20 culle, 25 dialisi, osservazione dea 8).

Una piaga che ha la nostra ASL (in verità un po' comune alle asl piemontesi confinanti con la Lombardia, ma non con le nostre %) è la **migrazione sanitaria** verso altre ASL regionali, ma soprattutto lombarde.

Gli ultimi dati ufficiali forniti dalla ASL riguardano il 2017 (2016 per quella extraregionale); ebbene facendo riferimento alle sole specialità presenti nei nostri ospedali (quindi non prendendo in esame i ricoveri avvenuti in specialità da noi assenti) su un totale di ricoveri sia ordinari che in day Hospital di 18.639 casi, il 37 % (6931) è andato fuori ASL e in termini economici su 60,3 milioni di fatturato totale ben il 41% (pari a 24,5 milioni) è andato ad altre ASL.

La speranza è che migliorando e razionalizzando l'offerta sanitaria ospedaliera del VCO si possa recuperare almeno una parte di questa copiosa emorragia, attraendo professionalità e ambienti di degenza più dignitosi. Certo che la scelta della sede del nuovo ospedale unico avrà i suoi riflessi in merito alla mobilità passiva ospedaliera.

Ma spostando l'Ospedale nuovo al di fuori dal centro delle città più popolose del VCO non si accresceranno i problemi per l'utenza?

No, poiché tutta una serie di attività per le quali oggi occorre recarsi in Ospedale verranno gestite perifericamente presso i Distretti Sanitari, ovvero presso le Case della Salute.

In Ospedale si andrà solo in caso di una urgenza ovvero per un evento che richiede il ricovero in regime ordinario o di D.H., ovvero per determinate prestazioni eseguibili con apparecchiature tecnologiche di alto costo (tac; risonanza, etc.).

Tutte le altre prestazioni come esempio (prelievo ematico per esami, controllo della terapia anticoagulante, medicazioni - anche quelle post ricovero -, terapie con fleboclisi et., in genere tutti gli ambulatori ecc.) saranno in periferia e dovranno esser fruibili in siti (in parte già esistenti) ubicati nei comuni più popolosi e decentrati della ASL; anche esami strumentali diagnostici semplici quali le ecografie potranno esser fatte nei distretti (con l'utilizzo di Radiologi strutturati o convenzionati).

In **conclusione**, ritengo che la rete ospedaliera della ASL richieda ormai una non più procrastinabile operazione di riorganizzazione e razionalizzazione; i nostri 2 Ospedali non saranno più in grado, in virtù della loro articolazione, di rispondere compiutamente alle necessità e ai bisogni della popolazione. La realizzazione del nuovo ospedale unico consentirà, a fronte della riorganizzazione e razionalizzazione di tutti i servizi che l'ospedale potrà offrire, importanti economie sia in ordine ai costi di funzionamento e manutenzione delle strutture sia al costo di erogazione dei servizi.

Il mio augurio è che le diverse forze politiche mettano da parte la contrapposizione in atto e che si sforzino, per il bene comune, nel prendere delle decisioni ponderate e di necessario equilibrio cercando l'intesa, mediando fra le diverse posizioni.

Atteso che non vi è necessità che il nuovo Ospedale debba esser localizzato all'interno di una cittadina, sia Verbania che Domodossola dovrebbero fare un passo indietro rispetto alla richiesta di avere assegnata a loro la sede.

Essa non potrà che esser ubicata al centro di in una **area baricentrica** che venne già individuata alcuni anni addietro. Tale area baricentrica che comprende l'85% della popolazione totale del VCO (il restante 15% si trova nelle valli o alle estreme propaggini) e che comprende l'80/90 % della popolazione turistica e degli insediamenti produttivi.

Nel centro di quest' area sarà probabilmente individuabile anche una area pianeggiante (rispetto a quella scelta nel passato) che semplifichi sia la costruzione (con notevole risparmio economico) sia l'accessibilità alla struttura 365gg/anno e 24h su 24 (come è obbligo per un Ospedale)

Grazie per l'attenzione.

Bozza intervento

Finocchiaro De Lorenzi Giovanni Battista

Dirigente medico. ASL DI OMEGNA