



On line uno studio condotto per il ministero della Salute dall'Istituto Sant'Anna di Pisa

La proposta Agenas per riorganizzare i servizi sanitari

di Eva Antoniotti

Non è un modello, ma una proposta. Non prescrive tagli, ma una riorganizzazione dell'offerta. Non è vincolante, ma indicativo. Fatte tutte queste premesse, resta il fatto che le indicazioni contenute nel documento pubblicato sull'ultimo numero della rivista Monitor, il trimestrale dell'Agenas sanitaria per i servizi sanitari regionali (Agenas), faranno discutere. Si tratta, in sintesi, delle linee di indirizzo da utilizzare per organizzare "al meglio" la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza-urgenza e la rete territoriale, elaborata per orientare le scelte da compiere nelle Regioni sottoposte a Piani di rientro. Proprio l'affiancamento di queste Regioni, infatti, è tra i compiti assegnati all'Agenas dal Patto per la salute 2010-2012. Questo vuol dire che l'Agenas invia esperti e tecnici a lavorare in collaborazione con gli assessorati regionali per definire gli interventi necessari per far sì che la sanità di quella Regione rimetta in ordine il proprio bilancio,



I reparti ospedalieri potrebbero essere ridotti del 10-20% e il personale di circa il 10%. La proposta è stata formulata dall'Agenas per la riorganizzazione della sanità nelle Regioni vincolate ai Piani di rientro, ma, come spiega Fulvio Moirano, potrebbe essere "valida per tutti"

continuando a garantire i servizi sanitari ai cittadini. Almeno così si spera.

Le proposte per la rete ospedaliera

Al centro della proposta c'è l'adozione di un modello "hub e spoke". La formula, che utilizza l'immagine di una ruota con al centro il mozzo (hub) da cui partono i raggi (spoke), prevede l'individuazione di strutture di eccellenza che facciano da fulcro (hub) in collegamento con altre (spoke), più numerose e più diffuse. Corollario naturale, ma difficile da realizzare, è la chiusura dei piccoli ospedali e, in alcuni casi, la loro trasformazione in strutture per post-acute

o in servizi della rete territoriale.

Ma di quanti reparti di chirurgia ha bisogno un territorio? E di quante cardiologie? Per definire quale sia il fabbisogno ottimale a cui "tendere" il documento indica quale dovrebbe essere il bacino di utenza e il numero di posti letto di ciascuna "struttura complessa". Facciamo qualche esempio: un reparto di osteria e ginecologia dovrebbe avere un bacino di utenza di 150/300mila persone, con 24/32 p.l. a disposizione. Un reparto di oncologia invece dovrebbe servire 800/400mila abitanti, avendo a disposizione 16 p.l., anche perché "si ritiene possibile trasferire l'80% delle prestazioni di che-

mioterapia (DRG 410) in regime ambulatoriale, mantenendo la parte restante in ricovero ospedaliero per i soggetti particolarmente fragili".

Utilizzando questi parametri, e confrontandoli con la realtà attuale, il documento indica che "in tutte le Regioni studiate" si evidenzia "una possibilità di riduzione di strutture complesse anche nell'ordine di 10-20%", tanto che nelle Regioni con piano di rientro ci sarebbe un "surplus complessivo di personale che supera il 10%", se confrontato con quanto accade con le realtà più efficienti delle stesse Regioni.

Né va meglio con le strutture: "L'utilizzo delle sale operatorie nei presidi pubblici è, spesso, troppo basso con la conseguenza di un uso non efficiente del personale relativo. È opportuno, quindi, superare il 70% dell'utilizzo concentrando gli interventi per un uso migliore delle risorse".

E qualche criticità si mostra anche nel rapporto tra pubblico e privato. "Si evidenzia - si legge nel documento - la possibilità di razionalizzare fortemente la presenza degli erogatori privati in modo di indirizzare il loro contributo al sistema sanitario in modo più coerente rispetto

alle strutture pubbliche, eliminando le duplicazioni e gli eccessi di offerta". Tutto questo dovrebbe portare a quella razionalizzazione della rete ospedaliera,

prevista dal Patto per la Salute 2010-2012, ottenuta attraverso il passaggio "dal ricovero ordinario al ricovero diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal ricovero all'assistenza territoriale e domiciliare". Per ottenere questo risultato occorre innanzi tutto sorvegliare i Drg "ad alto rischio di inappropriatazza" e vigilare sui ricoveri impropri di lungodegenza.

Parametri indicativi anche per la riorganizzazione delle degenze post-acute, in parte da condividere con l'assistenza territoriale e dunque con i Distretti, e comunque da contenere in 0,7 p.l. per mille abitanti, di cui 0,5 per riabilitazio-

ne e 0,2 per lungodegenza post-acute.

Le proposte per la rete territoriale

"Attraverso la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e ospedaliera si possono liberare importanti risorse umane e materiali da impiegare per un potenziamento della rete territoriale". È questa la premessa alla parte del documento dedicata al territorio, il settore che certamente deve essere più sviluppato. Fulcro di questo sviluppo deve essere il Distretto, che "deve realizzare una reale e concreta presa in carico del paziente cronico, superando lo storico atteggiamento autorizzativo". Muovendo dalla riconversione dei piccoli ospedali locali, il documento indica tre linee di intervento: potenziamento della residenzialità territoriale; implementazione dei Centri di Assistenza Primaria (Cap); potenziamento delle cure domiciliari.

Per i Cap si ipotizzano due parametri: nelle aree metropolitane dovrebbe essercene uno ogni 20/50mila residenti, mentre nelle aree extra-metropolitane uno ogni 15/20mila residenti, con possibili deroghe nelle aree montane.

Le proposte per la rete dell'emergenza-urgenza

La rete dell'emergenza-urgenza è uno dei punti più sensibili del sistema sanitario, quello che fa scattare spesso le denunce per "malasanità", quello che orienta le richieste di intervento e quello che, di frequente, supplisce ad altre carenze.

Il documento Agenas propone la creazione di una gamma differenziata di punti di pronto soccorso: si va dal Dea (Dipartimento di emergenza e accettazione) di II livello inserito in un centro Hub - dovrebbe essercene uno ogni 500mila/1 milione di residenti -, al Dea di primo livello inserito in un ospedale Spoke - uno ogni 150/300mila residenti -, al Pronto Soccorso semplice - con almeno 20mila accessi all'anno -, al Punto di Primo Intervento, al Pronto Soccorso in area disagiata. Le disponibilità, professionali e strumentali, di queste strutture sono ovviamente diverse e diventa quindi strategico il ruolo del 118 e dei suoi mezzi di soccorso, che hanno il compito di far arrivare ogni caso verso il centro più adatto alla specifica situazione. **Y**

Moirano: "Riorganizzare la rete dell'offerta"

Fulvio Moirano è il direttore dell'Agenas, che attraverso ricerche, studi e analisi fa da supporto alle scelte regionali in materia di organizzazione sanitaria. Abbiamo chiesto a lui, quindi, di spiegarci le motivazioni di questa proposta

■ **Dottor Moirano, come nasce questa ricerca?**

Diciamo subito che non è una ri-

cerca, ma piuttosto il frutto di un lavoro comune di osservazione dell'esistente compiuto dagli

esperti Agenas in collaborazione con i tecnici di diverse Regioni, che ci ha consentito di definire l'articolazione e i parametri ottimali della rete dell'offerta dei servizi e delle prestazioni, articolata per rete ospedaliera, rete dell'emergenza urgenza, rete territoriale. Poi ci sono anche molti altri aspetti, la spesa farmaceutica o protesica, il sistema della formazione. Ma noi prevalentemente ci siamo occupati di questo.

Questo lavoro è stato realizzato per le Regioni in deficit di bilancio e vale solo per loro?

È un lavoro che può essere valido per tutti, perché risponde a esigenze generali di ammodernamento del nostro sistema sanitario, ma che è particolarmente urgente realizzare nelle Regioni che hanno i bilanci in rosso e dunque sono sottoposte a Piani di rientro.

► **Segue a pagina 10**

