

DOCUMENTO CONDIVISO DI POLITICA SANITARIA

Il futuro dello Stabilimento Ospedaliero di Gagliano del Capo

L'avvento della pandemia ha messo a nudo tutte le carenze strutturali del Sistema Sanitario che non ha potuto reggere all'impatto provocato dalla esplosione della domanda di assistenza sanitaria, maggiormente nell'ultimo biennio, sia per carenza di posti letto ma anche per la carenza di uomini e mezzi adeguati ad affrontarla.

I dati confermano il quadro descritto. Il Rapporto 2021 sul Coordinamento della Finanza Pubblica della Corte dei Conti evidenzia che solo nel 2020 ci sono stati oltre 1,3 milioni di ricoveri in meno rispetto al 2019 con un -80% per le attività chirurgiche oncologiche ed un -20% nell'ambito cardiovascolare, mentre l'attività della specialistica ambulatoriale ha registrato una contrazione di 144,5 milioni di prestazioni, ed i mancati ricoveri di pazienti cronici hanno superato quota 600.000.

Un contesto gravissimo per il quale corre l'obbligo di affrontare senza indugio la "questione sanità" nel nostro Paese.

La pandemia ha solo fatto esplodere il sistema, ma le premesse di tale esplosione risiedono nella storia delle politiche sanitarie del nostro paese.

Già a partire dal secolo scorso la domanda di servizi pubblici, e tra questi quella di assistenza sanitaria, e di welfare in generale, cresceva vertiginosamente, ma, di contro, non esistevano le necessarie, concrete risorse disponibili dello Stato per sostenere quella domanda. Da qui la tendenza all'indebitamento crescente anche con emissioni sempre più corpose di titoli di debito pubblico e ricorso al mercato finanziario.

La scelta di immettere enormi risorse finanziarie finalizzate all'accrescimento dell'assistenza sanitaria poteva, al tempo, anche essere il sintomo di una considerazione della spesa per la tutela della salute, non quale spesa corrente, ma quasi una forma di investimento su una funzione essenziale per un sano processo di crescita civile ed economica di un Paese, e quindi conservare una connotazione positiva nell'approccio sociale.

Vennero così creati, ampliati, ristrutturati e potenziati Ospedali, Poliambulatori, Istituti di Ricerca e Strutture Sanitarie, con assunzioni di medici, infermieri, tecnici ed operatori vari, e con l'acquisizione di tantissime nuove attrezzature e tecnologie, contribuendo il tutto – come ovvio effetto collaterale – al parallelo, contestuale e temporaneo sviluppo dell'economia. Ma su queste premesse il sistema di gestione era in continuo disavanzo gravante sul debito pubblico.

L'avvento delle prime misure europee – dal Patto di Stabilità e Crescita al c.d. Fiscal Compact – ha indotto l'inizio di una tendenza sempre più marcata al contenimento della spesa pubblica che in Italia ha determinato nel 2012 l'inserimento nella Carta Costituzionale il principio del pareggio di bilancio. Austerità e *spending review* iniziano così a diventare concetti troppo familiari.

Coerentemente con il nuovo corso anche in Puglia iniziò la riconfigurazione degli Ospedali, con disattivazioni ed accorpamenti di unità operative e servizi ospedalieri, e, in qualche caso, con istituzione di nuovi reparti, in un disegno di razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse. Si bloccarono assunzioni ed investimenti e si misero a punto severi Piani di Rientro. Vennero dismessi 21 Ospedali di medio-piccola dimensione per destinarne più fruttuosamente le risorse verso i grandi Ospedali, nei cd. Centri di Eccellenza, e non disperse in piccoli presidi incapaci di fornire risposta adeguata ad una complessa domanda di assistenza. Fu sostanzialmente una specie di scelta di principio,

svincolata da specifici e studiati processi selettivi basati sull'analisi di dati e su ponderate valutazioni di contesti territoriali.

Non sempre sono cresciute le eccellenze ma di certo si sono sguarniti i territori di importanti presidi di base, che tanto servizi avevano reso alla collettività.

Si pervenne così anche alla dismissione dell'Ospedale Civile "Daniele-Romasi" di Gagliano del Capo: un Ospedale con tutte le discipline mediche e chirurgiche di base e con tutti i servizi speciali di diagnosi e cura propri di quella tipologia ospedaliera; un Ospedale con volumi di attività, indici di produttività e performances qualitative di grande rilevanza, efficiente e con liste di attesa più che accettabili ad esclusivo beneficio di una popolazione che comprendeva tutto il Capo di Leuca, e non solo, considerando il fatto che quello di Gagliano, dopo Casarano, era l'unico Ospedale di base a sud dell'asse Maglie-Scorrano, e che la sua continuità di funzionamento sarebbe stata indiscutibilmente utile anche alla ulteriore qualificazione dell'Ospedale "Cardinale Panico" (oggi eccellente Ospedale di 1° livello), potendosi quest'ultimo maggiormente dedicare e concentrare sui grandi interventi e trattamenti di elezione e nell'Alta Specialità.

La rivisitazione del modello "ospedalocentrico", in parte comprensibile, doveva mirare al potenziamento ed efficientamento della medicina di territorio, tuttavia questo processo si doveva perseguire, ma mai impoverendo la rete ospedaliera.

La medicina di territorio è tutta da costruire e va costruita a cominciare dall'assistenza primaria rivisitando il ruolo e le dinamiche della Medicina Generale in rapporto alle esigenze degli assistiti, sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo dell'assistenza, privilegiando al massimo, per quanto possibile, gli interventi a domicilio, nell'ambiente di vita dell'assistito; ma questo senza scardinare il sistema ospedaliero, che è stato e resterà il fulcro dell'assistenza sanitaria. Anzi, sarà proprio il sistema ospedaliero, soprattutto per

l'Alta Specialità, a poter efficacemente integrare l'offerta territoriale di specialistica ambulatoriale di cui c'è urgentissimo bisogno. Ospedale e territorio devono procedere di pari passo, in parallelo, collaborando ed integrandosi per fornire risposte tempestive ed efficaci. Garantendo sempre e comunque un trattamento ospedaliero in regime di ricovero o comunque la tempestività delle prestazioni specialistiche.

Gli eventi degli ultimi anni hanno dimostrato come sia sbagliato smantellare la rete ospedaliera ed ora più che mai il futuro ci darà ragione di questo principio. Ecco perché non è più tempo di piccoli adattamenti se si vuole dare una prospettiva seria alla sanità del futuro. Occorre una nuova visione sorretta da forte volontà politica. Accanto al giusto rafforzamento dell'assistenza territoriale e del potenziamento delle strutture sanitarie e delle tecnologie come previsto dalle componenti della Missione Salute del PNRR, è indispensabile un rapido e profondo cambiamento del sistema ospedaliero. Devono essere abbandonate le politiche di deospedalizzazione, riconsiderare l'Ospedale nei suoi profili di missione, di struttura, di organizzazione e di funzionalità. Si devono cioè affrontare le tematiche legate allo sviluppo della clinica e delle discipline mediche, alla complessità delle cure, alla gestione delle patologie tempo-dipendenti ed anche all'adeguamento dei vecchi parametri organizzativi in termini di bacini di utenza e posti letto, di volumi di attività e tempi di assistenza. E neanche parrebbe fuori di luogo una riflessione sul management generale e sulla validità, nel tempo attuale, di una governance complessiva sostanzialmente monocratica senza alcuna mediazione partecipativa o rappresentativa.

Se spostiamo l'attenzione dal quadro generale del Paese al nostro territorio del Capo di Leuca e del Sud Salento, la visione e le argomentazioni non mutano. I contesti territoriali non sono tutti uguali. Esistono differenze in termini di popolazione servita, di concentrazione di strutture, di offerta disponibile, di viabilità e dinamiche di vita

consolidate. Occorre analizzare le singole realtà e non generalizzare in forma indistinta ed acritica. Se così si fosse operato in passato probabilmente il nostro nosocomio avrebbe avuto diversa sorte attese le performances del tempo, la costante appropriatezza dei ricoveri, ed il generale buon andamento della struttura incardinata in un contesto territoriale le cui esigenze erano pienamente soddisfatte. La storia del territorio dimostra un innegabile impoverimento dell'offerta sanitaria, che oggi risulta drasticamente inadeguata alla domanda.

Il convincimento di fondo è, pertanto, che per una efficace risposta globale alla domanda di salute del territorio – accanto alla ineludibile e corposo potenziamento della medicina territoriale – sarebbe quella dell'effettivo ripristino dello stabilimento ospedaliero di Gagliano del Capo quale Ospedale di Base, con le discipline e i servizi previsti dai vigenti regolamenti, sussistendone tutti i presupposti.

Questa è l'onesta rappresentazione di una visione della realtà, e si è perfettamente consapevoli che l'organizzazione attuale del sistema sanitario regionale è tale da rendere verosimilmente improbabile la possibilità di pratica realizzazione di quanto appena detto.

Tuttavia se si intendesse caratterizzare in senso territoriale tutta l'offerta sanitaria presente nel nostro Territorio, bisognerà dare puntuale esecuzione alle statuizioni contenute negli specifici regolamenti regionali di organizzazione dei distretti socio-sanitari e dei Dipartimenti sanitari territoriali di Prevenzione, di Tutela della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche.

Che si tratti di assistenza sanitaria di base, o di continuità assistenziale, ovvero di cure domiciliari, di assistenza intermedia o di assistenza specialistica non si può prescindere da punti fermi e da comuni linee di tendenza:

- 1) Utilizzo ottimale di tutti gli spazi e volumi esistenti. Vanno cioè ricercate e messe in atto soluzioni organizzative di allocazione dei servizi, studiando anche l'opportunità di eventuale accorpamento degli stessi, in ragione di comuni percorsi e tratti distintivi, tali da ottimizzare in ogni caso l'uso di spazi ed ambienti disponibili per evitare sprechi di volumi ed utilizzi impropri;
- 2) La gamma dei servizi e prestazioni offerti deve coprire e garantire l'intera potenzialità della domanda esprimibile dall'utenza, con esclusione dell'assistenza in regime di ricovero ospedaliero e dell'Altissima Specialità, senza minimamente trascurare quella specifica domanda che, data la configurazione del nostro territorio, si presenta puntualmente nel periodo estivo con l'affluenza turistica, che aumenta considerevolmente, ancorché temporaneamente, la popolazione residente, e che richiede l'allestimento di adeguate postazioni di pronto intervento opportunamente dislocate .

A titolo meramente esemplificativo si potrebbe sul punto suggerire:

- a) Un forte potenziamento del Day Service a supporto, da un lato, di una larga attività di Chirurgia Ambulatoriale Polispecialistica e, dall'altro, finalizzato ad agevolare la fruizione di Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati a valenza medica, ad esempio per le più ricorrenti procedure di follow-up in conformità ai protocolli e percorsi messi a punto dalla Dirigenza della Struttura in armonia con gli indirizzi diramati dalla Regione;
- b) La trasformazione radicale del vecchio Servizio di Radiologia dell'ex Ospedale in un moderno ed attrezzato centro di Diagnostica per Immagini dotato, oltreché delle apparecchiature per l'esecuzione di esami di radiologia convenzionale, anche di TAC – RMN – Ecografi – Mammografo – Ortopantomografo e, per quanto possibile nella forma ambulatoriale, anche di prestazioni di radiologia interventistica;

- c) Un supplemento di riflessione per quanto attiene la Patologia Clinica onde valutare bene quanto sia opportuno mantenere ancora la struttura esistente come Centro Prelievi e non, invece, ripristinare il vecchio Laboratorio Analisi dell'ex Ospedale, ammodernarlo, attrezzarlo adeguatamente con tecnologie nuove e metterlo a disposizione per l'esecuzione di tutti gli esami richiesti dai Responsabili delle Strutture sanitarie e dei Servizi di Assistenza del Distretto e dei dipartimenti e di tutti quelli a favore della popolazione assistita prescritti dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta e dagli Specialisti Ambulatoriali;
- d) Un consistente allargamento della gamma delle discipline presenti a livello di specialistica ambulatoriale con previsione di orari di accesso calibrati sull'indice effettivo di domanda per disciplina allo scopo di evitare il formarsi di quelle liste e tempi di attesa scandalosi di cui si è detto in precedenza;
- 3) La risposta delle Strutture alla domanda di prestazioni da parte dell'utenza deve essere efficace e, per esserlo, indipendentemente da ogni altra pur pertinente variabile, deve ovviamente intervenire con tempestività, e comunque in tempi ragionevoli ed utili per la diagnosi e terapie conseguenti. Ci si rende conto che rafforzamenti e potenziamenti delineati ai punti che precedono richiedono naturalmente operatori ed impegni orari significativamente più elevati, e quindi cospicue risorse aggiuntive da investire. Ci auguriamo tutti di poter intercettare a tale scopo, ma anche per gli obiettivi di cui al punto successivo, le non poche risorse previste per la Missione Salute dal PNRR, nella certezza che i nostri governanti regionali e territoriali profonderanno sinergicamente ogni sforzo necessario.
- 4) Soprattutto in assenza di Ospedale, ma anche ove ci fosse, e fosse altamente operativo, è necessario presidiare il territorio con Strutture Sanitarie Intermedie, vale a dire quelle strutture che stanno tra il domicilio dell'assistito ed il ricovero ospedaliero

(ovvero tra l’Ospedale ed i Centri di Cura Primaria), e che hanno la funzione di “prendere in carico la persona” e seguirla lungo tutto il percorso dei suoi bisogni.

Il PNRR è stato puntuale, e si potrebbe dire generoso su questo versante, avendo stanziato per la componente 1 della Missione Salute “Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” ben sette miliardi di cui due per la realizzazione di almeno 1.250 “Case della Comunità” ed un miliardo per la creazione di almeno 380 “Ospedali di Comunità”. Tali fondi saranno disponibili a breve termine, e saranno prevalentemente le Regioni ed i loro governi ad essere i veri protagonisti dei processi e delle dinamiche gestionali delle risorse.

— **CASE DI COMUNITÀ.**

Il concetto non è nuovo. Altrimenti denominate (ad esempio “Case della Salute”) negli atti di programmazione nazionale e regionale, svolgono un ruolo cruciale nel processo di integrazione tra i servizi sanitari ed i servizi sociali, laddove l’assistito, bisognoso contemporaneamente di entrambi, viene “preso in carico dalla Struttura”, indagato nei suoi reali e contingenti bisogni, e introdotto in specifici “Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali” integrati, vale a dire una “Presenza in carico globale” dell’assistito stesso. È quindi il tipico luogo fisico di prossimità, facilmente raggiungibile, dove il cittadino può accedere per entrare in contatto con l’organizzazione sanitaria. È in questo luogo che verrà messo a punto un modello organizzativo di approccio ai bisogni della persona, integrato e multidisciplinare, per la progettazione e la erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. Come in ogni struttura intermedia, nelle Case di Comunità dovrebbero essere presenti ed operare le aggregazioni della Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e la rappresentanza delle Strutture Complesse delle Cure Primarie.

Ma più appropriato per il territorio del Capo di Leuca:

— OSPEDALE DI COMUNITÀ

Anche questo non è un concetto nuovo. È da oltre un ventennio che l'istituto ha trovato realizzazione sull'intero territorio nazionale ancorché in forme variegata e differenziate nelle varie realtà regionali.

Il PNRR, nel delineare l'investimento per la rete degli Ospedali di Comunità, ne dà una definizione concisa e sintetica qualificandolo come "struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata". Poche parole per delineare bene natura e funzione della Struttura.

Tale Ospedale è in effetti riservato a pazienti che, pur non presentando patologie acute ad elevata necessità di assistenza medica, non possono tuttavia essere assistiti adeguatamente a domicilio per motivi socio-sanitari. Si pensi, ad esempio, ai malati cronici che hanno bisogno di continui controlli e terapie particolari, oppure alle persone già affette da malattie acute o evolutive che hanno bisogno di terapie difficilmente erogabili a domicilio, oppure ancora a malati difficilmente gestibili a domicilio.

La domanda di questo tipo di assistenza è già elevata, e verosimilmente lo sarà ancora di più negli anni a venire dato anche l'andamento demografico della popolazione.

Considerata la disponibilità nell'ex Ospedale "Daniele-Romasi" di ampi spazi destinabili alla degenza sarebbe auspicabile la strutturazione dell'Ospedale di Comunità con 40 posti letto, anche se di norma vengono realizzati con una dotazione di 20 p.l.. Nel PNRR si afferma che tale tipo di struttura è "a gestione prevalentemente infermieristica". Ci permettiamo di dissentire da questa impostazione a meno che con questa espressione non si voglia significare altro che la prevalenza della funzione assistenziale infermieristica, e cioè terapeutica,

durante la degenza del paziente nell'Ospedale di Comunità. Il che è vero, considerando che, trattandosi principalmente di cronicità o di post-acuzie intrecciate con problemi sociali già conosciuti, il momento della diagnosi, e quindi prettamente medico, è già intervenuto ad opera del Medico di Medicina Generale (o, se si preferisce, di famiglia) che ha in carico il paziente.

Riteniamo per questo che la gestione clinica in un Ospedale di Comunità non può che essere affidata al Medico di Medicina Generale di ogni singolo paziente, e che, in assenza di questi, ad esempio nelle ore notturne, festive o prefestive, debba essere il Servizio di Continuità Assistenziale ad intervenire per garantire l'assistenza nei casi di necessità. Ferma quindi la totale autonomia professionale del Corpo Infermieristico e della sua dirigenza nell'assolvimento della funzione assistenziale di competenza, non può che essere la dirigenza medica, in conformità alle statuizioni contenute negli atti di organizzazione aziendale, ad assolvere ai compiti di direzione e di gestione dell'Ospedale di Comunità.

- 5) Correlato alla realizzazione e buon funzionamento delle Strutture Intermedie è un altro obiettivo fondamentale del PNRR, e cioè il potenziamento dei servizi domiciliari che forma oggetto dello specifico investimento 1.2: "Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina" sempre della componente 1 della Missione Salute. Esso mira, oltre all'accrescimento dei volumi di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative al domicilio del paziente con patologie croniche e/o non autosufficiente, alla creazione e messa a punto di un innovativo modello organizzativo per l'erogazione di cure domiciliari che sfrutti adeguatamente le potenzialità offerte dalle moderne tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione), attraverso la rilevazione in tempo reale di dati clinici e l'interazione con un'apposita Centrale Operativa Territoriale (COT) attivata in ogni Distretto, con la funzione di coordinare i

servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli Ospedali e la rete di emergenza urgenza.

Sarebbe un passo decisivo verso il raggiungimento di una reale piena autonomia ed indipendenza della persona anziana e/o disabile presso la propria abitazione, e che comporterebbe, per altro verso, una sensibile riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati.

Detto questo, e consci del fatto che ogni riorganizzazione radicale del territorio (auspicabilmente sugli orientamenti sopra delineati) non possa avvenire realisticamente in tempi brevi, sarebbe opportuno, *medio tempore*, considerare la possibilità di dare completa attuazione a tutti gli interventi formalmente previsti dagli atti promanati, nel tempo, dalla Regione Puglia (che saranno ben noti) e finalizzati al ripristino, potenziamento e/o istituzione di tutte le funzioni e attività istituzionalmente previste ed attribuite al presidio ex Ospedale "Daniele – Romasi".

Gagliano del Capo, il 19/02/2022

Il Consiglio Comunale:

Gianfranco Melcarne (Sindaco)

Riccardo Monteduro (Consigliere)

Federica Sergi (Consigliera)

Daniele Vitali (Consigliere)

Francesco Nutricati (Consigliere)

Tiziana Orlando (Consigliera)

Annarita Sergi (Consigliera)

Mario Profico (Consigliere)

Antonio Bisanti (Consigliere)

Annalisa Savarelli (Consigliera)

Antonio Ercolani (Consigliere)

Giovanna Sergi (Consigliera)

Vito Giuseppe Sergi (Consigliere)