

IVG

Nuovo piano sanitario regionale: dall'ospedale al territorio, ecco la Asl 2 che sarà

di **Andrea Chiovelli**

16 Luglio 2022 - 10:54



Savona. Il nuovo piano sanitario regionale sta monopolizzando la discussione politica nel savonese, dando vita a proteste di dimensioni che da tempo non si vedevano nella nostra provincia. Tra chi lo appoggia e chi lo osteggia, i toni negli ultimi mesi si sono alzati a livelli decisamente alti: manifestazioni di piazza molto partecipate, battaglie sui media a colpi di comunicati stampa, lenzuolate e “sgarri”. E così, qualche settimana fa avevamo annunciato la nostra intenzione di lanciare su IVG uno speciale “focus” sulla sanità, **uno spazio dedicato nel quale approfondire** le questioni con una serie di approfondimenti.

In questo tempo di cambiamenti e discussioni, il nostro obiettivo è spiegare nel dettaglio cosa dovrebbe cambiare nel bene o nel male, spiegandovi “quale sanità sarà”. Non vogliamo quindi sposare una linea, bensì **permettere al lettore di andare a fondo nella questione e farsi una propria idea sulla base di informazioni complete**. Siamo convinti che questo sia il modo migliore con cui possiamo dare un contributo utile alla discussione.

Proseguiamo il nostro focus con un dialogo insieme a **Marco Damonte Prioli** e **Filippo Analdi**, direttori generali rispettivamente di Asl 2 e Alisa, per capire cosa cambierà e conoscere le ragioni e gli scopi che hanno portato alla riorganizzazione.

DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO: ECCO COSA CAMBIERA'

“Il cambio epocale, che riguarda non solo Asl 2 ma la sanità di tutta Italia, è quello dettato dal Dm77 che, applicando le nuove regole anche in funzione degli investimenti del Pnrr, ridisegna completamente l'assistenza territoriale. Insieme alla revisione di quella ospedaliera, devono rappresentare i tasselli della rete sociosanitaria di assistenza dei cittadini”. Lo spiega **Marco Damonte Prioli**, direttore generale di Asl2: al centro del cambiamento c'è quindi un cambio di prospettiva, da un modello centralizzato sugli ospedali a uno il più possibile “diffuso”.

IL MODELLO - “L'obiettivo - chiarisce - è **portare le cure sul territorio**, chiaramente rispettando quelli che sono i setting migliori per dare una migliore assistenza: un infarto o un ictus vanno curati in ospedale, un intervento di cataratta o le analisi del sangue possono essere fatte anche in una struttura territoriale”. Si cerca insomma di portare tutti i servizi (compatibilmente con la qualità necessaria per ognuno) il più vicino possibile ai cittadini: “Nelle case di comunità saranno previsti ambulatori ad accesso diretto, tutta la diagnostica strumentale e radiologica. Saranno dei punti di primo accesso per l'85-90% dei bisogni dei cittadini”.

Gli ospedali diventano quindi solo la punta dell'iceberg, il luogo a cui rivolgersi in quel 15% di casi in cui è necessaria un'alta specializzazione. “E' chiaro - aggiunge Prioli - che la qualità dei punti di risposta delle patologie tempodipendenti dev'essere tale da garantire da un lato la professionalità dei medici attraverso la quantità dei casi trattati, e dall'altro una rete di trasporto sul territorio che garantisca una stabilizzazione di queste patologie in tempi adatti”. Per questa ragione sarà **potenziata la rete di trasporto dal territorio all'ospedale**.

LE RAGIONI - Ma perché, si chiede l'utenza, cure che una volta si prestavano in ospedale ora si praticheranno sul territorio? “Perché **la medicina si è evoluta** - spiega Prioli - Oggi un ospedale deve essere il centro dove si trova l'alta tecnologia e si interviene su livelli di assistenza medio-alti. Una volta un intervento di cataratta andava eseguito in ospedale e prevedeva la degenza, oggi può essere fatta in un presidio non ospedaliero. **Per molte cure oggi non c'è motivo di andare in ospedale**”. D'altro canto, aggiunge, “le strutture ospedaliere oggi raggiungono **livelli di specializzazione superiori rispetto al passato** e necessitano di **strumentazioni e professionalità più avanzate**”. Reparti meno numerosi ma più complessi, insomma. “E la nuova configurazione prevederà la possibilità che i professionisti operino nelle strutture territoriali, in modo da far spostare il meno possibile i cittadini”.

L'ASSISTENZA TERRITORIALE MIGLIORA ANCHE GLI OSPEDALI - “Creare una potente rete di prossimità - aggiunge **Filippo Analdi**, direttore generale di Alisa - vuol dire in primis prendersi carico del cittadino più vicino di quanto stiamo facendo adesso”. Un modello, sostiene, che migliora anche la rete ospedaliera e la risposta tempodipendente: “Non c'è scritto da nessuna parte che la rete ospedaliera verrà depotenziata - chiarisce - anzi, a maggior ragione per le patologie di emergenza urgenza **avremo una rete ospedaliera più efficiente**, riducendo la degenza media”. L'obiettivo, insomma, è avere negli ospedali solo ricoveri per acuti, evitando quelli “sociali” e quelli inappropriati: in questo modo si “guadagneranno” posti letto per le patologie più gravi. “Da un lato abbiamo una rete di prossimità che va vicino al cittadino, dall'altro viene garantito un sistema che a parità di posti letto e dimensioni diverrà più efficiente. **Con 1000 posti letto, riducendo solo del 15% il tempo di degenza avrò un 'ospedale**

aggiuntivo' di 150 posti letto, pari a 8 reparti di dimensione ottimale. Quasi la metà del Galliera, che ha 380 posti. Aumentare l'offerta preospedaliera e postospedaliera garantirà una presa in carico appropriata e una fluidità dei percorsi che renderanno più efficiente anche la rete ospedaliera”.

I TEMPI - “Il Pnrr li scandisce in modo molto chiaro: **entro il 2025 dovremo aver terminato la parte diciamo 'hardware'** - annuncia Ansaldo - Qualcuno ha interpretato il Pnrr come un intervento di 'sanità edilizia' o un'occasione di implementazione tecnologica o digitale: in realtà è un vero e proprio **cambiamento prima di tutto organizzativo**, e il cambiamento in questo senso dovrà precedere tutto il resto. Ad esempio il punto di Cairo Montenotte, primo in Italia per quanto riguarda il nuovo modello organizzativo, in alcuni aspetti è già pronto. Sono quasi certo che riusciremo a completare la riorganizzazione prima del 2025, anche perché **non possiamo non garantire il massimo dell'offerta ai nostri cittadini**”.

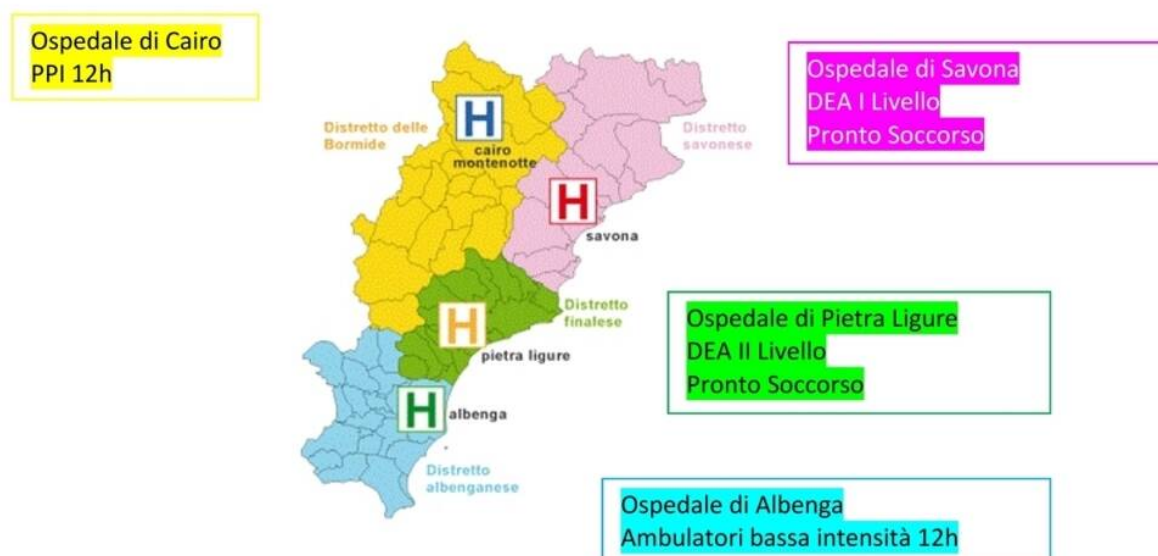
IL RISCHIO - Il nuovo modello presuppone una “consapevolezza” da parte dell'utenza sul fatto che, per la maggior parte dei disturbi, sia sufficiente rivolgersi alla rete territoriale. Un approccio che cozza con l'abitudine italiana di rivolgersi sempre alla struttura più complessa e percepita come di maggior livello. Non c'è il rischio quindi che le persone rifiutino l'assistenza territoriale cercando sempre e comunque il reparto specializzato, nella convinzione di ricevere cure migliori?

La soluzione, secondo Ansaldo, è legata a quello che in termini organizzativi si chiama “governo della domanda”. Come si fa? “Il cittadino spontaneamente si rivolge all'offerta a lui più vicina. Ma se non riceve risposte si abitua a intraprendere sentieri tortuosi, per cui **per un dolore agli occhi vado da un primario**”. Il cambiamento di paradigma è quindi duplice: **“Bisogna portare al cittadino un'offerta semplice, vicina, 'comoda'**. Se la casa di comunità è il punto unico di offerta, diventa la casa del cittadino. Poi potrà succedere che l'offerta avvenga in parte nella casa di comunità e in parte in un'altra struttura, ma all'interno del distretto deve comunque avvenire tutta la fase programmatoria. Serve un cambiamento culturale, che passa appunto da una offerta 'facile': il cittadino spesso si reca dove percepisce di avere la cura di maggiore livello perché non ha chiaro quale percorso intraprendere. Se invece il cittadino ha chiaro ed evidente che le cure primarie sono dentro il distretto, non diventa complicato per lui rivolgersi alla struttura di prossimità”.

“Sarà compito di Asl, ma anche dei mass media, spiegare ai cittadini - è il monito di Prioli - **Spesso le persone non sanno qual è la 'miglior cura' per loro**: chiedono risonanze per dolori al ginocchio, o un ortopedico per un fastidio a un dito, quando non è assolutamente detto che quello sia l'approccio più corretto. E' il medico che, sulla base dei sintomi, deve comprendere qual è il percorso diagnostico e/o terapeutico migliore. **I quattro ospedali non vanno più concepiti come entità a sé ma sono parte di una rete**, dove le competenze di ognuno sono a servizio dell'intero territorio, anche oltre i confini provinciali”.

LA ASL 2 CHE SARA'

Nel corso di queste settimane andremo alla scoperta di vari reparti e servizi, cercando di raccontarvi, per ogni presidio ospedaliero e per ogni ambito territoriale, quali servizi saranno disponibili (e a che livello) e quali no. In questo articolo forniamo una panoramica generale della struttura di Asl2, dei suoi dipartimenti e dei servizi offerti.



I DIPARTIMENTI

L'ambito territoriale di Asl 2 è gestito dal **Direttore Socio Sanitario**, identificato nella dottoressa **Monica Cirone**. All'interno dell'ambito territoriale e della Direzione Socio Sanitaria sono presenti **due dipartimenti**: quello relativo alle **Cure Primarie** e quello di **Salute Mentale**.

Il **Dipartimento Cure Primarie** comprende le seguenti strutture:

- SC Cure Palliative e Terapia del Dolore
- SC Medicina di Base
- SC Assistenza Anziani e Disabili
- SC Recupero e Rieducazione Funzionale
- SC Distretto Sanitario Savonese (*ospedale di Savona: [dettaglio](#)*)
- SC Distretto Sanitario delle Bormide (*ospedale di Cairo Montenotte: [dettaglio](#)*)
- SC Distretto Sanitario Albenganese (*ospedale di Albenga: [dettaglio](#)*)
- SC Distretto Sanitario Finalese (*ospedale di Pietra Ligure: [dettaglio](#)*)
- SSD Demenze
- Gestione liste di attesa

Il **Dipartimento Salute Mentale** comprende invece:

- SC Servizio Dipendenze
- SC Psichiatria SPCR Disturbi Alimentari Ponente
- SC Psichiatria Levante
- SSD Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- SSD Psicologia Clinica

CURE DOMICILIARI

In tutto il territorio di Asl 2 sono presenti, a livello distrettuale, le **Cure Domiciliari**: assicurano la continuità tra la fase di cura ospedaliera e quella territoriale.

Il bisogno clinico, funzionale e sociale viene accertato attraverso strumenti di valutazione multidimensionale che consentono la presa in carico della persona e la definizione del

Progetto di assistenza individuale (PAI).

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale le cure domiciliari si articolano in vari livelli.

E' possibile accedere al servizio di cure domiciliari sia dopo una dimissione ospedaliera sia dal domicilio, su richiesta del medico curante.

INFERMIERI DI FAMIGLIA E COMUNITA'

All'interno del territorio di Asl 2 operano inoltre gli **infermieri di famiglia e di comunità**. L'**IFeC** è un professionista sanitario in possesso di specifico titolo di Master Universitario di primo livello, che progetta, attua e valuta interventi di promozione, prevenzione, cura ed educazione alla salute, a livello individuale e collettivo. Fornisce informazioni circa fattori di rischio per la salute e stili di vita. Assiste le persone con l'utilizzo di interventi proattivi al fine di limitare e prevenire eventuali criticità sanitarie e sociosanitarie. Per poter attivare il servizio occorre rivolgersi al proprio Medico Curante.

Il servizio IFeC di ASL 2, presente nei quattro Distretti Socio Sanitari, è dotato di personale qualificato, specificatamente formato, ed è rivolto agli utenti residenti e/o con domicilio sanitario presenti sul territorio di riferimento, indipendentemente dall'età e che presentino fragilità socio-sanitaria.

MEDICI E PEDIATRI

Sul territorio di Asl 2 operano **180 Medici di Medicina Generale** e **23 Pediatri di Libera Scelta** ed è presente in tutti i distretti l'attività ambulatoriale specialistica.

ACIROT

Fa parte del territorio il reparto a gestione infermieristica presente all'interno dell'Ospedale di Cairo denominato **ACIROT (Area di Cure Infermieristiche e Riabilitative Ospedale Territorio)**.

L'ACIROT si caratterizza per il coordinamento clinico da parte di un medico internista e dalla gestione infermieristica della degenza, destinata a soggetti appartenenti alle fasce più deboli della popolazione assistiti dal medico di medicina generale, sia nella fase post acuta di dimissione dall'ospedale, sia durante le fasi di riacutizzazioni di malattie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi di natura clinica o sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio.

TELEMEDICINA

L'Asl 2, inoltre sviluppa modelli di telemedicina, ed in particolare è attivo su Asl 2, da marzo 2022, il servizio di Radiologia Domiciliare che consente di effettuare esami radiologici presso le strutture territoriali (RSA, RP ecc..) e presso il domicilio del paziente.

E' inoltre in via di attivazione il telemonitoraggio per i pazienti diabetici e la teleriabilitazione.

