

la riforma

6

Cosenza, uno studio sul traffico urbano

Il Comune di Cosenza ha avviato lo studio complessivo del traffico urbano con il dipartimento di Pianificazione territoriale dell'Università della Calabria. È stata infatti firmata la convenzione che porterà alla redazione del Piano generale del traffico urbano. Lo studio avrà grande importanza per l'ottimizzazione degli interventi sulla viabilità: dai parcheggi alle scale mobili nel centro storico, alla metropolitana.



Abruzzo, fondi per la casa ai disabili

Contributi non superiori ai 30 milioni saranno concessi dalla Regione Abruzzo agli invalidi che intendono costruirsi una casa dando vita ad una cooperativa costituita da almeno il 60% di invalidi o da nuclei familiari aventi a carico uno o più disabili. Sono questi i punti cardini di un disegno di legge con il quale la Regione Abruzzo «vuole contribuire al miglioramento delle condizioni di vita anche degli invalidi».

Sanità

Chirurgia in 24 ore

E i posti letto si moltiplicano

FERDINANDO TERRANOVA - Docente di Tecnologie per l'igiene edilizia e ambientale all'Università La Sapienza di Roma

SI TRATTA DI MICROSPEDALI DOVE QUASI TUTTE LE PRATICHE MEDICO-CHIRURGICHE SONO ESEGUIBILI IN 24 ORE. LA NORMATIVA REGIONALE ESISTE GIÀ, MA I PRESIDI NON HANNO ANCORA PRESO PIEDE IN ITALIA

Tra gli addetti ai lavori e, oggi, anche a livello di un'opinione pubblica più attenta ai problemi della protezione sociale, è ricorrente la considerazione che la sanità è un pozzo di San Patrizio che macina risorse finanziarie ingenti per una contropartita, in termini di offerta di servizi, insoddisfacenti.

Il messaggio che viene veicolato è vero e falso nel contempo. Vero se non s'interviene a modificare lo status quo, falso se si attiva una seria politica riformatrice.

Quest'ultima oggi, sotto un profilo normativo, è percorribile. La volontà degli attori è variegata. Le Regioni alle quali compete l'azione di promozione, indirizzo e coordinamento finora non si sono rivelate decise nell'attuare l'indirizzo riformatore, voluto, va dato atto, con caparbia testardaggine della Rosy nazionale.

Oggi i prolemi della sanità possono, semplificando, essere riconducibili a due emergenze.

La prima è quella demografica; vale a dire l'esigenza di disporre di una rete territoriale di presidi a modesta componente sanitaria e a forte connotazione sociale, capace di fronteggiare patologie croniche e invalidanti che rendono infelici chi ne soffre e un inferno la vita dei loro familiari. Presidi, pertanto, ad alta composizione di personale e a diffusione capillare.

La seconda emergenza è quella strettamente medico-chirurgica legata ad una situazione di «crisi» dell'individuo che può o potrebbe avere uno sbocco letale. Per tale emergenza avrebbe dovuto essere approntata una rete di sistema a due livelli del Dipartimento emergenza-accettazione (DEA). Allo stato attuale la rete è assai diversificata tra le varie realtà regionali.

Una cosa è certa. Gran parte della popolazione italiana si sente e vive quotidianamente in uno stato d'insicurezza sanitaria.

La ragione addotta è la mancanza di risorse finanziarie (o professionali) in quanto il 60% della spesa sanitaria è immobilizzata nella spesa ospedaliera (grosso modo attorno ai

LAZIO

577 miliardi per le Asl

Arrivano dalla Regione Lazio 577 miliardi destinati alle Asl e alle aziende ospedaliere regionali per azzerare la residua parte dei debiti contratti fino all'anno scorso.

Il provvedimento, che anticipa i fondi previsti dal governo, è stato approvato dalla giunta regionale su proposta dell'assessore regionale alla sanità Lionello Cosentino e segue quello analogo dello scorso luglio, quando la Regione aveva anticipato alle Aziende sanitarie locali 1.300 miliardi.

La decisione -ha spiegato Cosentino- si inserisce nel progetto regionale di portare ai minimi termini l'esposizione delle aziende sanitarie e nello stesso tempo di ridurre, se non annullare del tutto, i crediti verso i fornitori del sistema sanitario regionale, con particolare riferimento alle esigenze poste dalla piccole e medie imprese. Nel giro di pochi mesi abbiamo in pratica ridotto di oltre duecento miliardi l'esposizione complessiva, riducendola oltre il 50 per cento».

70 mila miliardi di lire). Spostare risorse dagli ospedali al territorio appare opera titanica perché la cultura dominante è quella di vedere nell'ospedale la struttura garantista dell'emergenza, nel vederne un'occasione di lavoro e di potere da parte degli amministratori, nel vederne una struttura autoreferenziale per il corpo professionale, per non parlare dei fornitori e costi via.

Ogni tentativo di riduzione dei posti letto passa attraverso lacerazioni sofferte a livello della Comunità locale.

Questo panorama ripetuto in innumerevoli situazioni appare immobile o stagnante come se vi fosse una



immutabilità del pensiero ed una inamovibilità delle cose. Niente di più falso in quanto la ricerca scientifica e quella tecnologica hanno compiuto e compiono quotidianamente passi impensabili solamente alcuni anni fa.

È evidente che l'innovazione scientifica e tecnologica passa attraverso anche una politica d'investimenti in R&S che nel rendere operativa l'innovazione.

Ad una posizione conservatrice, di difesa *tout court* dell'ospedale locale, occorrerà rispondere orientando gli investimenti attualmente garantiti e disponibili nel Piano sul rinnovamento e sullo sviluppo dei presidi

ospedalieri e extraospedalieri (art. 20 legge 67/1988) in direzione dell'innovazione scientifica e dell'innovazione organizzativa. La prima è l'applicazione di tecnologie, sia per la fase diagnostica che per quella terapeutica, intrusive nel corpo umano e a basso livello di «cruezza» che va dall'applicazione degli ultrasuoni, dei magneti e di altre tecnologie che rendono possibile visione endoscopica, miniaturizzazione dei danni e livelli di dolore sopportabili. È evidente che l'innovazione tecnologica permetterà *turn over* sostanziali di pazienti, economie non indifferenti, tempi di attesa ridotti, ecc... Ma è soprattutto sull'innovazione organizza-

tiva che si otterranno risultati che renderanno possibile la riduzione consistente di posti letto e la conseguente eliminazione delle spese fisse legate al personale, ai consumi energetici, ai consumi sanitari e così via.

L'innovazione organizzativa richiede innanzitutto spazi contenuti. È finita l'epoca di quei mastodontici edifici ospedalieri che connotano e deturpano il paesaggio italiano.

Spazi contenuti ricavabili anche in edifici (o loro parti) già utilizzati per la funzione ospedaliera in quanto sistemi e tecnologie edilizie per componenti permettono la possibilità di disporre parti attrezzate, di posizionare tutta l'impiantistica sopra

le controsoffittature, nel realizzare ambienti tecnologici (dalle sale operatorie alle aree diagnostiche) in tempi brevissimi.

In altri termini si tratta di realizzare dei microspedali da 15-30 posti letto ove la quasi totalità delle pratiche medico-chirurgiche sono eseguibili nell'arco delle 12-24 ore. Tali microspedali, non solo da oggi, sono descritti in letteratura sotto la dizione di *day hospital* e *day surgery*. Esiste in Italia una normativa ad hoc (atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l'attuazione dei posti di assistenza a ciclo diurno degli ospedali - Dpr 20 ottobre 1992) ma nel complesso, salvo con la nuova leva di operatori sanitari, tali presidi non hanno pienamente preso piede nel nostro Paese.

Occorre dire che la creazione di *day surgery* a carattere policlinico, ovvero per utenza selezionata (ad esempio per trattamenti riabilitativi e/o per controlli pre e post trattamenti terapeutici, per diagnosi strumentali o per visite specialistiche, ecc.) si sviluppa lungo l'arco della giornata, di solito composta di 12 ore; lo stesso dicasi per la *day surgery* per i trattamenti chirurgici. Allo stato attuale la casistica trattabile in *day surgery*, secondo i protocolli sistematicamente soggetti a controllo di qualità, si aggira attorno al 65-70% di quella normalmente trattata nelle divisioni chirurgiche.

La *day surgery*, a differenza del *day hospital* (centrato più nelle discipline mediche), nella sua progettazione operativa non può non prevedere collegamenti funzionali con il domicilio del paziente e con un presidio di emergenza (DEA I livello). Il paziente deve essere fortemente rassicurato che attorno a lui esiste una rete di garanzie tali che non faccia vivere ansiosamente l'esperienza.

La sinergia innovazione tecnologica - innovazione organizzativa è la strada attraverso la quale - purché si diano le necessarie e opportune disposizioni da parte delle autorità regionali circa la destinazione degli interventi - è possibile nel giro di pochissimi anni passare dalla pleora (costosissima) di posti letto ospedalieri ad un numero contenuto per i soli trattamenti d'elezione non affrontabili a livello della speditività di giorno, e operare nel contempo uno spostamento sul territorio delle risorse, soprattutto quelle umane, per garantire una risposta ai bisogni socio-sanitari affinché essa sia la più rispondente e la più vicina al contesto culturale, storico e di vita del cittadino.

l'Unità

Un quotidiano utile di Politica, Economia e Cultura

ABBONARSI ...È COMODO

Perché ogni giorno ti sarà consegnato il giornale a domicilio e se vorrai anche in vacanza.

...È FACILE

Perché basta telefonare al numero verde 800.254188 o spedire la scheda di adesione pubblicata tutti i giorni sul giornale.

...È CONVIENE

ABBONAMENTO ANNUALE

7 numeri	510.000	(Euro 263,4)
6 numeri	460.000	(Euro 237,6)
5 numeri	410.000	(Euro 211,7)
1 numero	85.000	(Euro 43,9)

ABBONAMENTO SEMESTRALE

7 numeri	280.000	(Euro 144,6)
6 numeri	260.000	(Euro 134,3)
5 numeri	215.000	(Euro 111,1)
1 numero	45.000	(Euro 23,2)

