



L'intento è quello di risparmiare razionalizzando i servizi, ma a farne le spese potrebbero essere i cittadini residenti nelle zone più isolate

Che l'Italia sia un Paese nel quale fare economie di scala ed evitare gli sprechi sia operazione complessa è, purtroppo, un dato di fatto. E così dalla nostra sanità potrebbero presto sparire decine di ospedali. Centri di ricovero piccoli, con meno di 120 posti letto. L'obiettivo, naturalmente, è quello della riduzione della spesa sanitaria, inserita in un'ottica di razionalizzazione dei servizi quale si starebbe configurando nel "Patto per la salute" in cantiere in questi mesi a Palazzo Chigi. Un'ipotesi che, se realizzata, coinvolgerebbe tutto il territorio nazionale, con ripercussioni maggiori per chi abita in zone particolarmente isolate. Ma qual è la situazione attuale in Italia e con quali criteri si possono definire "piccoli" gli ospedali? E, soprattutto, quali sono i vantaggi e gli svantaggi di una loro eventuale chiusura?

In 12 anni strutture pubbliche dimezzate

Secondo dati del ministero della Salute, in poco più di dieci anni, tra il 1997 e il 2009, in Italia il numero di nosocomi a gestione diretta, ossia quelli che effettivamente le Regioni e lo Stato hanno il potere di sopprimere, si sono quasi dimezzati, passando da 707 a 423. Tra le Regioni che in questo lasso di tempo ne hanno persi di più ci sono il Veneto, che ne ha chiusi 44, e la Puglia, che ha deciso di eliminarne 33.

■ Anche alla luce di questi dati è importante capire che cosa si intenda per "piccoli ospedali". La loro dimensione è stata tradizionalmente misurata in termini di numero di posti letto: è in base a questa cifra che le strutture sono classificate come piccole, medie o grandi. Normalmente, dunque, si definisce "piccolo" un ospedale con meno di 120 letti, un ordine di grandezza adottato anche dal Governo Monti nel "Piano per la salute". Tuttavia, negli ultimi anni, alcune indagini statistiche e qualitative sul Sistema sanitario nazionale hanno messo in evidenza come le realtà con meno di 200 posti letto faticino a fare economie di scala, tanto che la Finanziaria del 2006 aveva previsto di destinare investimenti di ammodernamento solo ai nosocomi dotati di almeno 250 letti. La Corte costituzionale ha però ribadito che sono

le Regioni, in base alle esigenze del territorio, a stabilire come utilizzare le proprie strutture sanitarie, che devono quindi avere dimensioni e distribuzione strettamente correlate alle specifiche caratteristiche demografiche e geografiche delle singole aree.

■ Non meraviglia, allora, osservando la mappa degli ospedali che finora sono stati soppressi, che tra essi si trovino situazioni con dotazioni di posti letto anche molto diverse tra loro.

È UNA VECCHIA SOLUZIONE CHE RITORNA

In realtà chiusure, accorpamenti e riconversioni di nosocomi sono state realizzate anche in passato, segno che da sempre questa è considerata una delle strade maestre da percorrere per risparmiare denaro e rendere più efficiente ed efficace il sistema di assistenza medica. Una strada, bisogna dirlo, accompagnata costantemente da una lunga coda di polemiche sia tra i cittadini, spaventati dall'ipotesi di vedere soppressi importanti punti di riferimento, sia tra i partiti, che del tema sanità fanno spesso un cavallo di battaglia politico.

per convenzione si considera
"piccola" una struttura
che abbia meno
di 120 posti letto

San Giacomo di Roma

FINE DI UNA STORIA PLURISECOLARE

A finire sotto la scure dei tagli alla sanità è stato anche l'ospedale San Giacomo, struttura nel pieno centro di Roma.

■ La chiusura dello storico nosocomio capitolino ha suscitato una marea di polemiche, soprattutto per la gestione di tutta la procedura, dallo sgombero da parte della polizia del personale che lo aveva occupato in segno di protesta, al mancato riutilizzo di tutto il complesso. Il polo assistenziale, soppresso alla fine del 2008, negli ultimi anni della sua attività aveva ricevuto dalla Regione otto milioni di euro per finanziamenti in tecnologie e rinnovo degli ambienti, nonostante il numero dei malati fosse ormai ridotto ai minimi termini.

■ «Il San Giacomo andava assolutamente riconvertito. Nonostante l'utenza potenziale fosse almeno di 20mila persone, quanti sono gli abitanti del centro storico, ormai non ci andava più nessuno, perché era in piena zona a traffico limitato. Il problema è che è stato semplicemente chiuso, senza utilizzare quell'immensa area (26mila metri quadrati), che è un vero museo a cielo aperto. Così com'era, si trattava di una realtà che non serviva più, ma tutta l'operazione è stata carente di programmazione» spiega il dottor Domenico Ascaro, che faceva parte dello staff medico del San Giacomo.

■ Sempre nel centro di Roma è stato chiuso il Nuovo Regina Margherita, la cui riconversione in poliambulatorio e centro per anziani si è completata nel 2009. In questo caso, però, l'operazione è stata fatta seguendo un progetto preciso e garantendo ai residenti il mantenimento di un riferimento sanitario efficiente.

In Liguria

LE PRIME CHIUSURE 20 ANNI FA

Uno dei primi ospedali liguri a essere stati chiusi è stato il Pastorino di Bolzaneto, a Genova. Soppresso nei primi Anni 90, è stato sottoposto a riconversione e oggi ospita una Rsa (Residenza sanitaria assistenziale) e un hospice. Solo nelle ultime settimane sono stati ripristinati sei posti letto, che non sono però destinati ai malati acuti, ma esclusivamente agli anziani che finiscono al Pronto soccorso dell'ospedale Villa Scassi e che lì non riescono a trovare ricovero nelle corsie.

■ A marzo di quest'anno hanno cessato l'attività altri due poli ospedalieri della Provincia di Genova, il Sant'Antonio di Recco e il Luigi Frugone di Busalla. In particolare, la chiusura di quest'ultimo ha suscitato molte polemiche sul territorio, perché rappresentava fino a qualche anno fa il presidio di riferimento per l'intera Valle Scrivia, con un bacino d'utenza di 23mila persone e perché il suo smantellamento è avvenuto progressivamente. Dal 2006, prima un solo reparto cancellato, poi una sala operatoria chiusa, fino ad arrivare alla trasformazione di un Pronto soccorso in "punto di primo intervento". A marzo, la serrata definitiva, con il trasferimento del personale all'ospedale Villa Scassi e al Gallino di Pontedecimo.

IN VENETO PREVISTI TAGLI PER DUEMILA POSTI LETTO

È ancora da definire il destino dell'ospedale di Dolo, in provincia di Venezia, a rischio chiusura insieme a quelli di altri sei Comuni: Piove di Sacco (Padova), Adria o Porto Viro (Rovigo), Noventa Vicentina e Valdagno (Vicenza), Bussolengo (Verona) e Verona. Certo è che in Veneto la riduzione dei posti letto programmata è drastica e si aggira intorno alle duemila unità. Una cifra che contribuirà a far raggiungere l'obiettivo regionale di abbassare la percentuale dal 3,5 attuale al 3 per mille abitanti.

La scure si abbatte anche sul Sud

Il meridione d'Italia non è stato certo risparmiato dalla politica di riduzione delle strutture ospedaliere. Tanto più che, in molte di queste Regioni, la spesa sanitaria rappresenta spesso l'onere principale e di più difficile gestione delle casse pubbliche.

■ In Puglia, tra la fine del 2010 e i primi mesi del 2011, nella sola Provincia di Lecce sono stati chiusi quattro ospedali: quelli di Campi Salentina, Maglie, Poggiardo e Gagliano, con una diminuzione complessiva dei posti letto di 270 unità.

■ In Calabria, particolarmente colpita è la Provincia di Cosenza che, tra marzo e aprile, ha visto la serrata dei nosocomi di Trebisacce, Cariati, Praia e Lungo. In questi casi, gli ospedali sono stati sostituiti da Rsa.

■ La Regione Campania, nel 2011, ha deciso la chiusura del polo ospedaliero di Scafati, in provincia di Salerno, e la sua riconversione in struttura per la riabilitazione e l'assistenza ad anziani cronici e disabili entro il 2012. →

la riduzione dei centri
complica gli spostamenti
e rende più difficile
l'accesso alle cure

I vantaggi

PIÙ PROFESSIONALITÀ E MENO SPRECHI

Chiudere i piccoli ospedali è una questione molto delicata, perché strettamente correlata al diritto all'accesso alle cure che ogni cittadino deve avere. E perché, come ogni realtà complessa, presenta pro e contro.

■ I vantaggi di ridurre la capillarizzazione delle strutture di ricovero e cura sono legati soprattutto all'efficienza e al risparmio economico. «Un nosocomio, in quanto realtà preposta alla cura dei casi acuti, deve garantire fundamentalmente due cose: professionalità e capacità di fare economie di scala, che significa risparmiare per poter investire di più in strumentazione e personale» spiega il dottor Costantino Troise, segretario nazionale di Anaa-Assomed (l'Associazione nazionale dei medici dirigenti). «Un ospedale grande garantisce meglio queste esigenze. Tanto più che è stato dimostrato che l'efficacia delle cure ospedaliere, in special modo per alcune malattie, è direttamente proporzionale al volume di attività svolta dai medici: ossia, più casi i dottori seguono, più sono bravi. Inoltre, in un ospedale grande è più facile avere attrezzature adeguate e tecnologie aggiornate. Insomma, una struttura che lavora sui grandi numeri garantisce meglio professionalità e sicurezza per i cittadini e risparmio per il Sistema sanitario nazionale».

■ Ridefinire la distribuzione e la funzionalità dei nosocomi sembra, quindi, una scelta non più procrastinabile, anche dal punto di vista di chi ci lavora. «Bisogna riorganizzare il sistema ospedaliero in modo razionale, così da riuscire a fare economie di scala e, allo stesso tempo, garantire a tutti il diritto all'accesso alle cure» dice ancora il dottor Troise.

TRE TESTIMONIANZE

Meno protetta se aspetti un bambino

Chiara, 32 anni, è al quinto mese di gravidanza e da qualche tempo non può più contare sul piccolo ospedale vicino a casa, che è stato chiuso. «Per ora è andato tutto bene, ma durante la gravidanza precedente ho avuto diversi problemi e temo che la cosa possa ripetersi. Sono preoccupata perché, mentre la volta scorsa avevo la possibilità di raggiungere l'ospedale in venti minuti, ora mi occorrerebbe almeno un'ora».

Difficoltà se sei in dialisi

Saverio ha una ridotta funzionalità renale e deve sottoporsi a dialisi a giorni alterni. Finora i suoi disagi sono stati resi più sopportabili dal fatto di abitare a meno di sette chilometri dall'ospedale più vicino. Entro la fine dell'anno, però, quel nosocomio dovrebbe essere chiuso e allora Saverio di chilometri dovrà farsene 80, un giorno sì e uno no. «La complicazione è grande. Ho sentito dire che in alcuni posti hanno organizzato un servizio di emodialisi mobile, che viaggia su camper e raggiunge i malati vicino al domicilio. Spero che pensino a qualcosa del genere anche qui».

Gli anziani temono l'abbandono

Camilla ha 74 anni, vive sola e soffre di una forma di artrite invalidante. «La mia malattia mi rende difficile e penoso muovermi e al Pronto soccorso, purtroppo, ci finisco spesso, perché le mie ossa sono fragili. Ora vogliono chiudere l'ospedale del paese accanto, che è tanto comodo. E poi ormai lì i dottori mi conoscono e sanno già di che cosa ho bisogno. Come farò quando non ci sarà più?».

Gli svantaggi

SOVRAFFOLLAMENTO E DISAGI PER CHI ABITA LONTANO

Gli svantaggi legati alla chiusura delle piccole strutture sono legate soprattutto all'accessibilità dei servizi. Porre termine all'attività di un ospedale di zona significa aumentare i costi e i disagi legati agli spostamenti per raggiungere realtà più lontane. E, soprattutto, allungare i tempi per arrivarci.

■ Inoltre, se la riorganizzazione dell'offerta ospedaliera non viene fatta con criterio, si rischia di ridurre l'accessibilità alle cure delle comunità più isolate e dei malati che hanno difficoltà a spostarsi.

■ Infine, fare convergere la richiesta di assistenza sui grandi nosocomi può portare al loro sovraffollamento.

■ Secondo il parere delle associazioni dei consumatori, l'idea di chiudere i piccoli ospedali è assurda e lesiva del diritto alla salute dei cittadini. «Chiudere i piccoli centri ospedalieri è estremamente pericoloso, perché l'ospedale più vicino potrebbe essere non facilmente raggiungibile da parte di chi necessita di cure» dice il presidente di Codacons, l'avvocato Marco Ravadori. «Si pensi per esempio alle piccole comunità montane, nelle quali gli abitanti hanno notevoli difficoltà di spostamento: per questi l'accesso al servizio sanitario sarebbe sostanzialmente impossibile. Non solo nei piccoli centri, ma anche nelle grandi città, la chiusura dei piccoli ospedali e la mancanza di strutture di riferimento sul territorio, insieme alla riduzione dei letti in corsia, sta portando all'intasamento del Pronto soccorso, con il moltiplicarsi di situazioni limite».

*Servizio di Barbara Benini.
Con la consulenza del dottor Costantino Troise, segretario nazionale di Anaa-Assomed.*