

NON RINUNCIAMO A UN ALTRO PEZZO DEL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO: RICONVERTIAMO IL MARIA ADELAIDE PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE

Introduzione

La necessità di un rafforzamento dell'assistenza territoriale era già evidente prima dell'ondata pandemica, ma l'emergenza epidemiologica Covid-19 ha reso urgente attuare una reale e radicale riforma dell'assistenza territoriale, delle cure primarie e di quelle intermedie.

La stessa DGR 23-3080 della Regione Piemonte afferma che *“ nel corso dell'anno 2020 l'analisi dei dati di ricovero evidenzia il prolungamento delle degenze in tutti i setting ospedalieri di continuità assistenziale, determinando una più consistente occupazione di posti letto e una complessità nella erogazione dell'assistenza a chi versa in condizioni più gravi”* .

Ma il ruolo di prevenzione, primaria e secondaria, dell'assistenza territoriale e la sua integrazione con il sociale, superano e travalicano la “salvaguardia degli ospedali”, determinando, se ben attuati, una reale tutela della salute pubblica.

I finanziamenti- PNRR

La prima componente della Missione 6 del PNRR prevede di rafforzare le prestazioni erogate, grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali.

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):		
	Ambiti di intervento/Misure	Totale
7,00 Mld Totale	Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima	-
	Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
	Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4,00
	Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1,00

Precisamente prevede l'istituzione della casa di comunità come perno delle prestazioni sul territorio in ambito socio-sanitario, con un finanziamento di 2 miliardi di euro : in Piemonte è prevista l'apertura di ben 93 case di comunità.

Inoltre il PNRR punta a migliorare le prestazioni offerte a domicilio, ai non autosufficienti, con 4 miliardi di euro e stanziando un ulteriore miliardo di euro per il potenziamento di strutture per l'erogazione di cure intermedie.

Entro il 31 Ottobre 2021 uno specifico decreto ministeriale identificherà standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e le strutture ad essa deputate.

L'emergenza pandemica ha reso evidente l'urgenza di creare un'assistenza territoriale adeguata a dare risposte efficaci alle complesse domande di salute presenti nei nostri territori, che non si limiti più a forme di aggregazione dei medici di famiglia e pediatri di libera scelta, ma che coinvolga anche i medici specialisti, gli infermieri e che sia integrata con le diverse realtà territoriali, con il sociale ed il terzo settore.

Questa è un'occasione imperdibile per aprire finalmente, in Torino e nel quartiere di Aurora, povero di servizi e con una certa concentrazione di disagio sociale, quello che il PNRR prevede: una casa di comunità e un ospedale di comunità .

Per questo abbiamo aderito alla proposta di riaprire l'ospedale Maria Adelaide e riconvertirlo in Casa di Comunità. La richiesta nasce dalla popolazione residente nel quartiere ed è sostenuta da un'assemblea popolare "Riapriamo il Maria Adelaide ": la sua attuazione sarebbe la sintesi ottimale dei bisogni di salute espressi dai residenti e degli obiettivi (e rispettivi finanziamenti) europei e nazionali.

Perché il Maria Adelaide

L'ospedale Maria Adelaide, sito nel quartiere Aurora di Torino, è stato chiuso nel 2016 e da allora è inutilizzato. La sua riapertura e riconversione in casa della salute permetterebbe:

- ✓ Di usufruire dei finanziamenti del PNRR
- ✓ Di attuare una riforma efficiente e necessaria dell' assistenza territoriale
- ✓ Di portare assistenza in un quartiere con particolare disagio sociale
- ✓ Di incrementare l'assistenza in un quartiere povero di servizi

La posizione strategica, la metratura, lo sviluppo in larghezza e non in altezza dell'edificio, la presenza di un passo carraio con accesso all'interno della struttura, rendono la struttura ottimale per la progettazione di una casa della salute.

Inoltre il Maria Adelaide ha una destinazione sanitaria che deve essere mantenuta, perché è estremamente complicato convertire ad uso sanitario strutture destinate ad altro .

E' ben noto il progetto di rifunzionalizzazione del Maria Adelaide a Villaggio Olimpico, in occasione delle Universiadi, e successiva trasformazione in residenza universitaria.

Ma a tal scopo segnaliamo che sarebbe possibile utilizzare almeno altri 2 siti dismessi :

1. L'ex Fonderie Ballada (circa 3000 mq di sup.lorda di pav.)
2. Astanteria Martini (4.000 mq sup. lorda di pavimento)

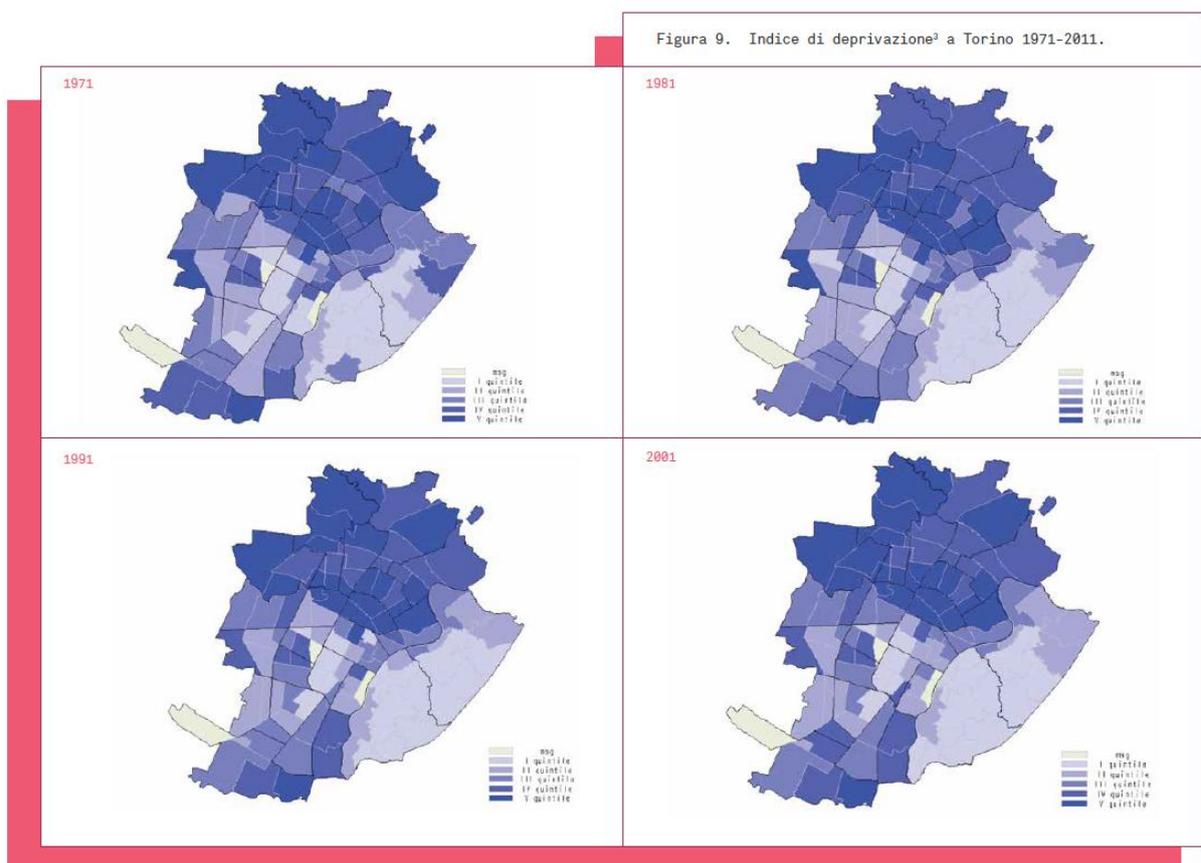
La popolazione di Torino nord

Sempre il PNRR si pone l'obiettivo di garantire l'equità di accesso alle cure e all'erogazione dei servizi, dunque di potenziare l'attività territoriale proprio dove ve n'è più necessità, e dove le diseguaglianze di salute sono maggiori.

Come riportato da Giuseppe Costa in un rapporto del 2017, la mortalità nella popolazione generale si distribuisce secondo una geografia abbastanza regolare: negli ultimi 40 anni sono i quartieri a Nord della Dora, insieme ad alcuni quartieri centrali, a presentare sistematici eccessi di mortalità.

Viene confermato, soprattutto tra gli uomini, un eccesso (con un divario molto evidente) di rischio di morte nei giovani e adulti che vivono nei quartieri Nord e centrali, rispetto a chi abita nell'asse che va dalla collina alla periferia Sud-Ovest, con l'eccezione di Mirafiori Sud che negli ultimi vent'anni risulta più a rischio.

Un'analisi particolare è stata dedicata alla mortalità dei bambini sotto i 5 anni di vita. L'indicatore è molto sensibile alla qualità delle condizioni di vita della madre e del feto. Anche in questo caso emerge una chiara disuguaglianza geografica a sfavore di chi risiede nelle zone a Nord della città e in alcune zone del centro.



Anche le mappe che fotografano la deprivazione sociale (analizzata con indicatori quali livello di istruzione, tasso di disoccupazione, prevalenza di lavori manuali, dimora in case disagiate, dimora in case sovraffollate) evidenziano il divario tra i quartieri più svantaggiati, presenti a Nord dell'asse di corso Regina, a cui si aggiunge Mirafiori Sud, e quelli presenti

sull'asse Est-Ovest più avvantaggiati; questa distribuzione geografica è rimasta praticamente la stessa dagli anni Settanta a dopo il Duemila.

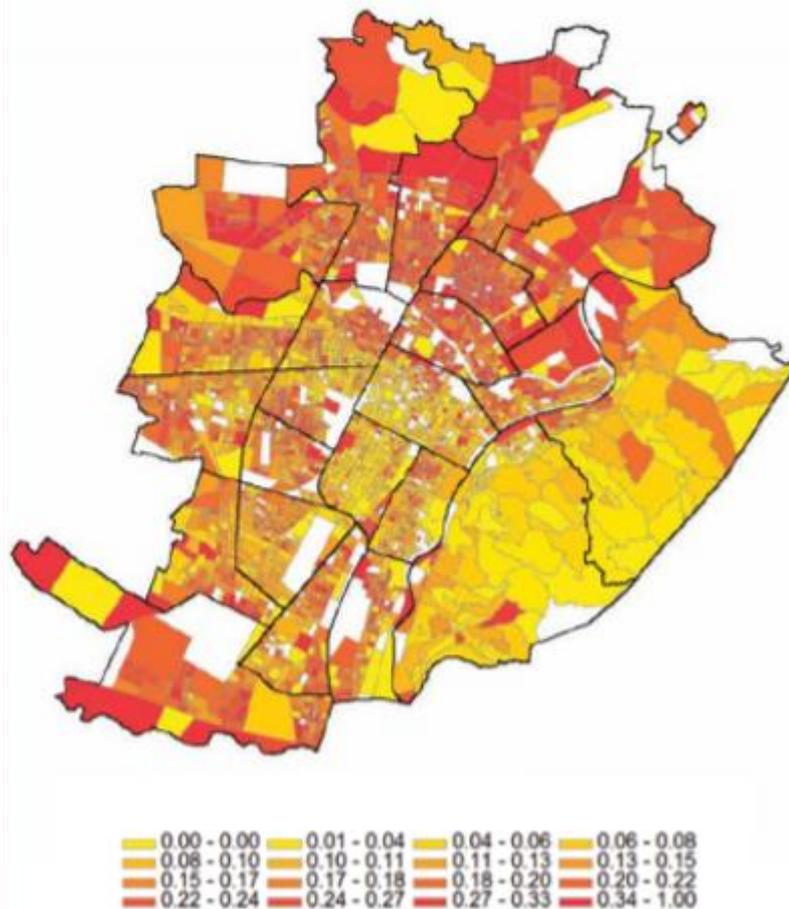
Confrontando la geografia della mortalità e la geografia degli indicatori di svantaggio individuale, è evidente che il tasso di mortalità delle zone di Torino segue il profilo di deprivazione di chi ci vive.

In particolare in quartiere Aurora, che presenta nelle mappe un contrasto evidente con i quartieri collinari, è il quartiere in cui lo svantaggio individuale è massimo per entrambe le componenti di deprivazione e migrazione.

Lo svantaggio individuale è il fattore che maggiormente influenza lo stato di salute e dunque la speranza di vita.

Da ultimo, segnaliamo nello specifico l'importanza del titolo di studio: la mortalità cresce fino al 94% in più tra gli uomini sotto i 65 anni meno istruiti. Anche riguardo a questo determinante, il quartiere Aurora appare svantaggiato.

A. proporzione di soggetti di bassa istruzione per sezione di censimento



Dunque il progetto di aprire il Maria Adelaide, di conservarne la destinazione sanitaria e riconvertirlo in casa della salute e ospedale di comunità è un progetto che aderisce perfettamente agli obiettivi del PNRR.

Servizi sanitari territoriali nel quartiere Aurora

La proposta di riapertura del Maria Adelaide quale casa della comunità del distretto nord est assume particolare significato se rapportata alla carenza di strutture sanitarie pubbliche deputate a garantire una risposta alla domanda di salute di quel distretto/territorio.

Andando a vedere, ad esempio, dove l'ASL Città di Torino ha collocato i propri servizi a valenza aziendale, si nota infatti che la loro distribuzione sul territorio privilegia la parte sud della città, con l'unica eccezione rappresentata dal centro giovani, comunque collocato nella circoscrizione 5.

E partendo dall'assunto che la direzione aziendale nella propria mission e vision ha fatto propria l'analisi epidemiologica precedentemente trattata, e che queste realtà, quali la casa della salute dei bambini e dei ragazzi, le sedi vaccinali, il centro delle malattie sessualmente trasmesse, la medicina dello sport e il centro per la dipendenza da gioco d'azzardo, avendo anche una valenza preventiva e/o di contrasto al disagio sociale, hanno un forte legame con il territorio circostante, diventa difficile credere che la loro collocazione nella parte sud della città sia determinata da altro motivo se non quello della carente disponibilità di sedi/strutture.

Inoltre la loro collocazione nella parte sud della città potrebbe determinare una discriminazione nell'accesso a questi servizi rispetto ad altri distretti, dove magari la domanda di salute è meno prevalente ma più esplicita, poiché agita da chi ha maggiori strumenti per poter esigere il proprio diritto alla salute.

Casa della comunità - Progetto

La casa della salute che noi pensiamo è un presidio territoriale in cui si realizza la reale presa in carico socio sanitaria del paziente e una forte integrazione tra ospedale e territorio .

Riteniamo che il progetto del Maria Adelaide possa rappresentare una sperimentazione, tra le prime in Piemonte, di reale collaborazione tra medicina ospedaliera e medicina territoriale.

Proponiamo che gli specialisti che operano nella casa della comunità siano anche dirigenti medici delle strutture ospedaliere, che arricchiscono la loro esperienza clinica della realtà e dei bisogni del territorio. Alternare l'attività clinica del reparto a quella della casa della

comunità riteniamo possa essere stimolante e motivante per il personale che, soprattutto dopo il Covid, è a rischio di burn out e con necessità di nuove sfide e nuovi stimoli.

Ovviamente dovranno essere previste delle assunzioni pari al personale che lavorerà sul territorio.

Il coinvolgimento dei MMG è in questo progetto indispensabile.

La medicina di famiglia è un cardine fondamentale del SSN , perché soddisfa contemporaneamente la gratuità alla fonte, l'assenza di particolari filtri selettivi di accesso e la diffusione capillare su tutto il territorio nazionale.

In Piemonte sono oramai molto numerose le esperienze di medicine di gruppo che vedono i MMG collaborare tra loro con successo e soddisfazione, propria e dei pazienti. Nella casa della Comunità il MMG riuscirà a prendere in carico meglio e più efficacemente i bisogni della popolazione assistita, perché funzionalmente inserito all'interno di una rete interprofessionale e intersettoriale della quale sia integralmente parte.

La casa della comunità, così pensata, favorisce la de medicalizzazione della gestione delle cronicità, proiettata sulla prevenzione dell'aggravamento e sulla promozione di stili di vita adeguati

Per poter fare ciò è necessario che la struttura sia dotata di infrastrutture informatiche che consentano non solo l'accesso ai dati sanitari da parte di chi lavora nel presidio, ma anche con gli ospedali ed i MMG/PLS e le altre realtà territoriali .

Tale presidio dovrebbe prevedere la presenza di :

- un Punto Unico di Accesso che è il luogo in cui il cittadino esprime la sua domanda di salute o in cui viene decodificata se non è in grado di esprimerla, e che ha il compito di progettare il percorso necessario a soddisfarla, sia esso solo sanitario, solo sociale, solo

assistenziale o un mix di questi. qualora il percorso e/o il paziente necessitino maggiore supporto, si attiva il Punto di Accoglienza Qualificato

- ambulatori per attività specialistica (anche finalizzata alla gestione dei PDTA)
- ambulatorio di neuropsichiatria infantile, logopedia
- tutte le commissioni socio-sanitarie (UVG, UVHD -unità valutativa handicap disabilità, o UVHM unità valutativa handicap minori, medico legale per la legge 104 e la invalidità civile, CDCD – centro disturbi cognitivi e demenze,)
- sede di continuità assistenziale e gestione 116-117
- sede USCA
- polo odontoiatrico
- palestra e locali attrezzati per riabilitazione
- consultorio familiare e pediatrico (con eventualmente attività collegate a consulenze psicologiche per disagio giovanile, con spazi di ascolto)
- ambulatorio infermieristico H12
- ambulatorio medicina e pediatria di gruppo
- sede dei servizi sociali
- punto vaccinale
- servizi amministrativi: scelta/revoca medico, ufficio protesica, distribuzione farmaci
- locali dedicati alle associazioni di volontariato
- eventualmente la sede della direzione di distretto
- locali dedicati a progetti di promozione della salute
- locali dedicati alla mediazione culturale

Nella casa di comunità alcuni servizi saranno diretti al quartiere, altri avranno un più ampio respiro, come la gestione delle cure domiciliari che dovrebbe coprire tutto il distretto di Torino nord est. In questo senso infatti prevediamo all'interno della casa della salute una **sede distrettuale delle cure domiciliari**.

Molto importante è anche la copresenza di attività circoscrizionali in sinergia con quella che è la mission della casa della salute, quindi potrebbe essere interessante ubicare in questo presidio oltre alla casa della salute anche la casa del quartiere. Il ruolo di quest'ultima sarebbe la cooperazione in iniziative di promozione della salute rivolte a diverse fasce di età e rispondenti ad obiettivi che possono essere costruiti attraverso il coinvolgimento degli abitanti del quartiere e la realtà associative che operano in questo territorio.

Strutture per l'erogazione di cure intermedie – Ospedale di comunità- Progetto

Poiché gli ampi spazi disponibili al Maria Adelaide potrebbero consentirlo, sempre per applicare le indicazioni del PNRR e usufruire dei finanziamenti previsti, il progetto sarebbe implementabile prevedendo strutture per l'erogazione di cure

Una delle proposte realizzabili è quella dell'ospedale di comunità.

Le persone assistite sono pazienti, prevalentemente con patologia cronica, provenienti da una struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, che clinicamente possono essere dimessi da ospedali per acuti, ma non in condizione di poter essere adeguatamente assistiti a casa; pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio.

L'assistenza è erogata in moduli assistenziali, di norma, di 15-20 posti-letto, la responsabilità organizzativa è di un coordinatore Infermieristico, la responsabilità clinica è affidata a medici di famiglia o ad altro medico, mentre l'assistenza è garantita da infermieri presenti continuativamente nelle 24 ore, coadiuvati da altro personale (operatori socio-sanitari) e altri professionisti quando necessario.

La durata media della degenza attesa ha una durata limitata, di norma non superiore alle 6 settimane, in relazione alle valutazioni e agli obiettivi definiti.

Inserire l'ospedale di comunità negli stessi locali della casa della salute ha il grande vantaggio di permettere la multidisciplinarietà della cura e la collaborazione tra sanitario e sociale. Nonché di avere nella stessa struttura le figure che devono poi eventualmente occuparsi della gestione a domicilio del paziente.

Anche se non previsto nel PNRR sarebbe molto utile e funzionale per le sinergie che può produrre, prevedere nell'ospedale di comunità anche dei letti di Riabilitazione. L'attività riabilitativa in ambito territoriale è prevista dall'accordo Governo-Regione del 2020 (Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete della riabilitazione).

Tale attività dovrebbe avere come obiettivo principale quello di favorire tutti quegli interventi riabilitativi volti ad una maggiore autonomia della vita quotidiana in modo da favorire il reinserimento della persona con disabilità medio-grave nel suo ambiente familiare.

La valutazione dei bisogni riabilitativi in questo presidio si può avvalere della Unità di valutazione multidimensionale della disabilità (UMVD) utilizzando tutte le informazioni già disponibili in questa struttura: cartella clinica digitale, lettera di dimissione, relazione del MMG, progetto riabilitativo di un medico specialista in riabilitazione, relazioni di altri specialisti, relazione dei servizi sociali.

La presenza dell'attività riabilitativa all'interno di tale struttura avrà ovviamente una enorme ricaduta in termini di migliori indicazioni e appropriatezza dei percorsi socio-assistenziali e sanitari successivi. In particolare sarebbe molto stimolante e innovativo che alcune professionalità in ambito riabilitativo possano operare sia in ambito di degenza sia in ambito domiciliare. Anche qui, secondo noi, la vera innovazione si compie se si riesce a mettere in comunicazione settori e professionalità che al momento lavorano in ambiti esclusivi. Quindi

maggior integrazione non solo tra ospedale e territorio ma anche tra territorio e domicilio.

Conclusioni

Crediamo che questo sia il momento :

per utilizzare in modo virtuoso i finanziamenti europei ,

per portare servizi sanitari dove ce n'è più necessità,

per garantire la salute di chi ha meno tutele,

per investire in un progetto che potrebbe essere il primo di molti ,
facendo della sanità territoriale Piemontese un modello nazionale.

E' necessario pertanto che sia tempestivamente istituito un tavolo di confronto tra l'assemblea popolare "Riapriamo il Maria Adelaide" e gli enti locali, in particolare la Regione Piemonte e la Città di Torino.