

Le organizzazioni sindacali dell'ASL TO5 ritengono ormai ineludibile la creazione di un unico ospedale nell'ASLTO5 in sostituzione dei presidi di Chieri, Moncalieri e Carmagnola.

I tre presidi ospedalieri hanno una storia di decenni che li lega al territorio cittadino in cui operano ma sono stati costruiti quando i tempi di cura, le tecnologie, la stessa accessibilità alle strutture, tutte nei centri storici delle città, erano molto differenti.

Nel 2012 (fonti ARESS) l'Ospedale di Moncalieri era dotato di 172 letti di degenza ordinaria (DO) e di 22 letti di Day Hospital (DH), con una superficie di 18.371 mq, raggiungibile dopo lavori di adeguamento.

Gli abitanti che afferiscono a questa struttura (con elevata mobilità passiva, superiore al 30%) sono 150.000.

L'Ospedale di Chieri è dotato di 135 letti di DO e di 21 letti di DH, con una superficie dopo adeguamento di 32.700 mq. La popolazione che afferisce all'Ospedale Maggiore è di circa 105.000 abitanti

L'Ospedale di Carmagnola è dotato di 129 letti di DO, di cui 32 di post acuzie, e di 22 letti di DH, con una superficie 18.842 mq dopo adeguamento. I cittadini residenti nel territorio sono circa 55.000.

Le distanze: Moncalieri-Chieri, 10.5 km; Moncalieri-Carmagnola 16.8 km; Chieri-Carmagnola 20.3 km.

Attualmente nessuno dei tre presidi garantisce un'assistenza omogenea in quanto alcune specialità sono presenti in un ospedale ma assenti nell'altro. Questa porta a inevitabili rallentamenti del percorso diagnostico, anche in pazienti critici e pluripatologici, non trasportabili, data la necessità di richiedere consulenze specialistiche da altri presidi. Nel caso di soggetti trasferibili la distanza e la viabilità non adeguata creano situazioni di disagio e di rischio, oltre che un incremento dei costi.

L'assenza di una guardia cardiologica H24 in due di questi tre presidi comporta rischi maggiori per i pazienti con patologie cardiovascolari che rappresentano il 15% degli accessi in Pronto Soccorso. Stessa situazione vale per i pazienti neurologici dove la assenza di una stroke unit non consente una assistenza ottimale.

Nelle situazioni più urgenti, come nei casi di infarto miocardico acuto o ictus cerebrali, inevitabilmente si perde con il trasposto tempo prezioso. E' dimostrato che quanto prima queste patologie vengono sottoposte alle cure idonee nei centri adeguati, tanto minore è il rischio clinico per il paziente: in media nell'ictus cerebrale muoiono due milioni di cellule cerebrali in un minuto, quindi il paziente deve essere trattato al più presto nel centro in cui gli vengano praticate le migliori terapie a disposizione. Anche nel caso in cui le specialità siano presenti in tutti e tre gli ospedali, gli esiti di singole procedute sono molto differenti tra di loro; questo appare legato alla differente casistica e ai servizi e tecnologie disponibili in ciascun presidio .

Le analisi statistiche condotte all'interno dell'ASLTO5 dimostrerebbero differenze di mortalità per specifiche patologie tra i diversi presidi attribuibili questi fattori. Oramai la letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato che quanti più interventi vengono effettuati in una struttura, migliori sono i risultati.

Concentrando tutti i professionisti in un unico ospedale, sarà possibile aumentare la casistica e affinare le specializzazioni, ottenendo migliori risultati in termini di morbidità e mortalità.

Attualmente il personale sanitario cerca di mantenere i migliori livelli di professionalità, lavorando con grande dedizione, spesso in condizioni di stress da superlavoro, con orari ben lontani da quelli previsti dalla normativa europea, che è stata creata per permettere la maggior sicurezza possibile per lavoratori e pazienti; questa situazione rischia di aumentare gli errori diagnostici e terapeutici con conseguenze per la salute dei cittadini e con contenziosi sempre più frequenti. Ribadiamo che ci appare prioritario garantire equità, continuità ed omogeneità di accesso alle prestazioni sanitarie e servizi di qualità per tutti i cittadini e chiediamo ai decisori politici che ci venga concesso di raggiungere l'obiettivo in strutture adeguate.

Vi sarebbero inoltre dei risvolti sull'umanizzazione dell'assistenza:

creare un nuovo ospedale permetterebbe infatti di predisporre alcune camere singole per i malati con patologie infettive, riducendo il rischio di contagio, o per i pazienti terminali, che avrebbero così un luogo dignitoso per il fine vita. Gli ospedali nuovi prevedono stanze da 2 posti letto con un bagno, dotate di un sistema di condizionamento, indispensabile nei mesi estivi. I pazienti potrebbero finalmente trovare parcheggio per avvicinarsi all'ospedale. In sintesi si potrebbero sostituire strutture vetuste e in parte fatiscenti con una nuova efficiente e funzionale.

Si calcola che solo per effetto dell'accorpamento si potrebbero risparmiare dai 30 ai 50 milioni di euro ogni anno. La somma dei costi di adeguamento strutturale dei tre ospedali ammonta circa al 43% del costo di costruzione di un nuovo presidio.

Una importante quota del risparmio deriverà dalla riorganizzazione e ottimizzazione del personale. Sarà quindi da analizzare il numero di dipendenti che potranno usufruire del trattamento di quiescenza a breve-medio termine e di coloro che, con le procedure stabilite dai recenti accordi regionali sulla mobilità, potranno trovare la miglior collocazione possibile in altre ASL/ASO più vicine, o sul territorio.

In un contesto di risorse finite, constatiamo servizi duplicati o triplicati che hanno costi rilevanti di gestione e che in ogni caso richiedono lo svolgimento di adeguati volumi prestazionali per garantire qualità e ottimali *outcomes* clinici.

L'ospedale Unico permetterebbe di ridurre i costi di gestione di numerosi servizi: manutenzione, farmacia, mensa, pulizia.

Viceversa si potrebbe pensare a dei servizi aggiuntivi per i dipendenti, come l'asilo nido aziendale. Sarebbero poi più contenuti i costi delle reperibilità del personale, sia per i ridotti trasporti, sia per la possibilità, dato l'aumento dei dipendenti sotto un unico reparto, di avere 24h/24 la disponibilità di molti servizi (radiologia, UTIC ecc).

La struttura va collocata in un luogo idoneo, più centrale rispetto al territorio dell'ASL e decisamente più distante dalla Città della Salute, con un buon collegamento con le principali vie di comunicazione stradali e ferroviarie, con una ampia possibilità di parcheggio e di strutture alberghiere evitando di cedere ad inevitabili campanilismi. Fondamentale risulta, a nostro parere, un'estrema attenzione all'evoluzione di altre strutture che possono indirettamente contribuire alla cancellazione dei presidi dell'ASL TO5; in particolare il progetto della Città della Salute, situata attualmente a pochi chilometri dall'Ospedale di Moncalieri. Quest'ultimo, a causa dei deficit strutturali immodificabili, sarebbe il primo a risentirne creando di conseguenza dequalificazione o

la chiusura degli altri presidi. Difendere l'attuale rete ospedaliera dell'ASL TO 5 significa contribuire al suo disfacimento.

L'Ospedale Unico dell'ASL TO5 dovrebbe essere così configurato:

Dea di I° livello con un numero di accessi per anno superiore a 90000. Le funzioni operative da garantire come standard minimo, con un Ospedale di circa 400-450 letti di DO, sono le seguenti:

- Medicina interna;
- Chirurgia generale;
- Anestesia e Rianimazione;
- Terapia Antalgica
- Terapia subintensiva multidisciplinare;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Ostetricia e Ginecologia;
- Pediatria/Neonatologia;
- Cardiologia con UTIC ed Emodinamica;
- Pneumologia con servizio di broncoscopia;
- Malattie Infettive;
- Neurologia;
- Stroke Unit;
- Psichiatria;
- Oncologia;
- Oculistica;
- Otorinolaringoiatria;
- Urologia;
- Radiologia;
- Radiologia interventistica;
- Laboratorio;
- Immuno-trasfusionale;
- Nefrologia ed Emodialisi;
- Gastroenterologia con Endoscopia h24;
- Riabilitazione con letti codice 56.

Alcune di queste specialità non sono attualmente presenti nella nostra ASL, ma appaiono fondamentali per una gestione appropriata della salute dei cittadini.

Parallelamente sarà indispensabile potenziale la rete con il territorio: l'ospedale è un "tassello" del percorso assistenziale con una concentrazione crescente di tecnologie, di complessità e intensità di cure e, conseguentemente, di costi, ove il paziente starà sempre meno. I Centri di cure primarie dovranno essere il cardine dell'assistenza dei pazienti cronici e le attività di prevenzione, diagnosi, follow-up e le terapie che non necessitano di ricovero devono essere effettuate sul territorio ed in diretta vicinanza con le aree residenziali.

L'invecchiamento della popolazione determina inoltre un aumento dei problemi socio-assistenziali e della gestione dei pazienti fragili, con necessità di potenziare strutture sul territorio, ove dall'ospedale il malato dimesso possa ancora essere accolto ottimizzando l'integrazione con l'assistenza domiciliare.

Riteniamo che all'ospedale moderno si debba chiedere di mettere al centro la persona e le sue necessità, di garantire assistenza continua e personalizzata con percorsi multi professionali e multidisciplinari, riferimenti sanitari certi, appropriatezza nell'uso delle risorse ed un corretto rapporto tra costi e benefici. Per questo sosteniamo fortemente la proposta dell'Ospedale unico. Se si agirà in modo diverso è possibile che nel giro di qualche anno si assisterà alla completa dequalificazione dei tre presidi ospedalieri con la loro parziale o totale chiusura e con necessità per i cittadini di rivolgersi ad altre strutture al di fuori della nostra ASL con disagi di gran lunga maggiori di quelli attuali.

Distinti saluti

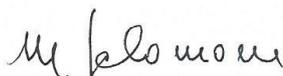
Dott. Emanuele Stramignoni Segretario Aziendale ASL TO5 ANAAO ASSOMED



Dott. Enrico Emina Segretario Aziendale ASL TO5 AAROI - EMAC



Dott. Pasquale Stellato Segretario Aziendale ASL TO5 CIMO - ASMD



Dott. Mario Salomone Segretario Aziendale ANPO-ASCOTI-FIALS