



IL MARIA ADELAIDE CHE VOGLIAMO



L'assemblea permanente "Riapriamo il Maria Adelaide", propone alla discussione pubblica una bozza di proposta per dar nuova vita alla struttura dell'ex ospedale ormai abbandonato da anni. Sottolineiamo una strutturazione di proposta non definitiva e ancora in divenire, allo scopo di includere la cittadinanza di Torino su un percorso progettuale partecipato, inclusivo e orizzontale.

Relazione introduttiva

L'emergenza pandemica COVID-19 ha drammaticamente messo in luce come l'attuale modello di assistenza sanitaria, centrato prevalentemente sulla rete ospedaliera di secondo e terzo livello e fortemente carente nella sua rete assistenziale primaria e territoriale, oltreché insufficiente nell'integrazione tra livelli di cura e tra servizi, sia profondamente inadeguato e inefficiente nella presa in carico degli attuali bisogni di salute della popolazione.

Tale inadeguatezza si manifesta nel massiccio ricorso, spesso inappropriato, da parte della popolazione generale al servizio di emergenza-urgenza (DEA, 118) in quanto ritenuto l'unico servizio facilmente accessibile e in grado di dare una risposta rapida.

A questo segue, anche in condizioni non emergenziali, una pressoché persistente saturazione dei *setting* ospedalieri per acuti che, peraltro, si rivelano in numerosi casi non risolutivi di fronte a bisogni che sempre più frequentemente sono, oltre che sanitari, assistenziali e sociali e richiederebbero, pertanto, una presa in carico integrata, continuativa e longitudinale sul territorio, ovvero nei luoghi più prossimi al contesto di vita delle persone.

L'attuale modello di assistenza sanitaria infatti non si è adeguato al mutamento delle caratteristiche e dei bisogni di salute della popolazione, principalmente determinati dalla transizione demografica, epidemiologica e sociale in atto nel nostro paese da diversi decenni: l'Italia è il secondo paese al mondo per vecchiaia della sua popolazione; il 60% degli ultra-sessantacinquenni è affetto da almeno una malattia cronica; l'8% di questi da più di tre; l'incidenza di malattie croniche non trasmissibili è in costante aumento, determinando il 90% di tutti i decessi; a questo si aggiunge un progressivo impoverimento delle reti familiari e informali su cui ogni persona può contare, che diminuiscono all'aumentare dell'età.

In questo contesto si è inserita l'emergenza COVID 19 con le drammatiche conseguenze in termini di salute fisica, psichica, sociale ed esistenziale, determinando peraltro un incremento di mortalità maggiore per le fasce più vulnerabili, e confermando, ancora una volta, come la salute si distribuisca in modo disuguale nella popolazione se mancano efficaci strategie di azione sui determinanti sociali e ambientali.

La proposta

Visto e considerato quanto già contenuto in numerosi documenti di pianificazione regionali e nazionali e Delibere Regionali:

- Legge 27 dicembre 2006 n. 296 (Legge finanziaria 2007) che istituisce le Case della Salute
- Deliberazione della Giunta Regionale 29 giugno 2015, n. 26-1653 Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.
- Deliberazione della Giunta Regionale 29 novembre 2016, n. 3-4287 D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015. Interventi regionali e linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute
- Piano Nazionale della Cronicità 2016
- Piano Regionale di Prevenzione 2020 della Regione Piemonte
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

considerata la disponibilità dell'Ospedale Maria Adelaide come struttura a destinazione d'uso sanitario pubblico, proponiamo che sia utilizzata come sede fisica e funzionale di un Servizio dotato delle seguenti caratteristiche:

- Accessibile, accogliente, inclusivo e capace di produrre una presa in carico globale, continua, longitudinale e prossima al contesto di vita delle persone;
- Centrato sulla salute eco-bio-psico-sociale di persone e famiglie e basato sulla partecipazione dell'intera comunità;
- Capace di promuovere integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri, tra settore sanitario e settore sociale, tra professionisti della salute e attori comunitari;
- Fortemente orientato alla prevenzione e promozione della salute piuttosto che all'erogazione di singole prestazioni;
- Capace di produrre interventi di salute fortemente territorializzati e basati sulla rilevazione proattiva dei bisogni specifici della popolazione di riferimento;
- Capace di promuovere un coinvolgimento e un dialogo costante con la comunità servita.

Dalla letteratura sappiamo che queste caratteristiche sono ben riassunte nella definizione di *Primary Health Care (PHC)* e di come questa sia la chiave per costruire sistemi sanitari più equi, efficaci, reattivi ed efficienti, capaci di migliorare gli *outcomes* di salute della popolazione e di contribuire, di conseguenza, allo sviluppo sociale ed economico.¹

Sebbene la costruzione di un servizio di salute con le caratteristiche sopra descritte necessiti di una lunga e complessa fase di analisi dei bisogni e di progettazione, che richiede competenze e partecipazione trans-professionale e trans-settoriale, è possibile definire fin da subito alcuni dei servizi la cui presenza viene ritenuta essenziale:

A) Casa della salute per la medicina di gruppo e la sede di lavoro congiunta dei medici di medicina generale

¹ World Health Organization. "From Alma-Ata to Astana: primary health care—reflecting on the past, transforming for the future interim report from the WHO European region." *Copenhagen: World Health Organization* (2018).

In attuazione delle: “Linee d’indirizzo per l’avvio e lo sviluppo del modello sperimentale di Assistenza Primaria. Le Case della Salute”, approvate con DGR n. 3-4287 del 2016 comprendenti i servizi territoriali di base, dalla presa in carico della domanda di salute dei cittadini da parte dei medici di base, all’accompagnamento verso il domicilio al termine del percorso di cura, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere.

In quest’ottica la Casa della Salute presso il Maria Adelaide potrebbe avere a disposizione posti letto anche per l’assistenza, l’osservazione e il monitoraggio di pazienti che non necessitano di ospedalizzazione (Ospedale di Comunità).

Condividiamo le finalità stabilite dalla delibera suddetta:

“...garantire la continuità assistenziale nella presa in carico e nei percorsi di cura fra territorio ed ospedale e viceversa, definendo alcuni interventi strategici finalizzati al rafforzamento della governance del sistema territoriale e alla valorizzazione del ruolo svolto dall’Assistenza Primaria, nelle sue forme organizzative multidisciplinari e multiprofessionali, nella risposta ai bisogni di salute della popolazione”;

“... sviluppare progressivamente, partendo da esperienze sperimentali nate e maturate in relazione alle specificità locali, un modello di organizzazione sanitaria territoriale in cui:

- L’ospedale non è più il riferimento di centralità del sistema né l’unico luogo deputato a erogare prestazioni assistenziali di elevata qualità;
- La risposta di base del sistema sanitario è spostata a un livello più vicino al cittadino e alla comunità locale, con possibilità di accedervi nell’intero arco della giornata;
- Si allarga, dal punto di vista quantitativo e qualitativo, l’offerta di risposte sanitarie di primo livello, nell’ambito di percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti, fondati sull’interrelazione fra medicina di territorio e medicina specialistica;
- Si garantisce in ogni distretto un punto di riferimento per la presa in carico globale del paziente, attraverso la stretta integrazione fra le funzioni sanitarie e le funzioni socio-sanitarie e sociali;
- Deve essere garantita un’apertura minima di 12 ore per l’erogazione di attività di *front office*, di assistenza medica, specialistica, sociosanitaria, infermieristica, nonché le prestazioni diagnostiche di base, valorizzando e coordinando gli apporti delle diverse professionalità sulla base del bisogno assistenziale del paziente.

Considerato che la Circostrizione 7 conta oltre 80.000 abitanti e che la Delibera regionale citata configura un modello di Casa della Salute per una popolazione non superiore a 30.000 assistiti, il Maria Adelaide si presta egregiamente – anche per la sua localizzazione sul territorio – a integrare gli esistenti e insufficienti presidi sanitari di Lungo Dora Savona e via Cavezzale, accogliendo una Unità elementare di Casa della Salute rappresentata da aggregazioni funzionali di Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta con un *team* multiprofessionale costituito da MMG/PDLS, infermieri e Operatori Socio Sanitari, altri operatori ASL opportunamente formati ed assegnati funzionalmente alla Casa della Salute stessa.

Di particolare urgenza è la **riapertura del Servizio Prelievi**, fortemente richiesto dalla popolazione di Aurora/Rossini.

B) Potenziamento dei servizi Socio-sanitari per la presa in carico globale del paziente con malattie croniche

In continuità con la proposta di cui sopra, si ritiene necessario utilizzare in modo razionale i locali dell'ex Maria Adelaide potenziando i servizi socio-sanitari per le persone disabili e gli anziani non autosufficienti.

A tal fine si propone l'apertura del:

- **PUA (Punto unico di Accoglienza)** previsto dai piani sanitari regionali, che svolge l'importante funzione di porta di accesso per i cittadini ai servizi socio-sanitari.

IL PUA garantisce i passaggi tra aree assistenziali diverse, dove la mancata continuità fa precipitare le condizioni di cura e i momenti di valutazione sulle condizioni di maggiore complessità.

Si tratta di una funzione fondamentale per accogliere le persone e indirizzarle verso i servizi di cui necessitano.

Lo Sportello Unico Socio-Sanitario ha il compito di favorire, attraverso una corretta informazione sui diritti:

- L'attivazione di percorsi di maggiore equità sociale nell'accesso e nella fruizione dei servizi;
- La crescita di consapevolezza dei propri diritti per permettere alle persone di autodeterminarsi;
- Promuovere negli operatori e nella comunità locale una cultura dei servizi positiva, maggiormente orientata ai diritti dei cittadini e non esclusivamente orientata ad una logica riparativa;
- Negli operatori, il superamento della logica burocratico-amministrativa nella sua accezione di sistema autoreferenziale e chiuso, favorendo lo sviluppo di una cultura di utilizzo precoce dei servizi per sfruttarne la capacità preventiva.

Si evidenzia che la realtà attuale vede ancora il cittadino in difficoltà a orientarsi per la presentazione di una domanda di aiuto ai servizi, con dispendio di energie da parte sua ma anche da parte dei servizi che continuamente devono dirimere domande che risultano non appropriate, come conseguenza della mancanza di un punto di prima accoglienza e di consulenza utile ai cittadini e agli operatori per comprendere meglio, e in modo più appropriato, i bisogni e valutare insieme le risposte che occorre attivare.

- Apertura della **Commissione UMVD** e della **Commissione UVG** del Distretto ASL Torino nord-est.

Come conseguenza dell'apertura del Punto unico di Accoglienza si ritiene necessario prevedere l'insediamento nel Maria Adelaide delle Commissioni Socio-sanitarie per la valutazione e l'attivazione dei Progetti Assistenziali integrati a favore delle persone disabili e non autosufficienti.

Si sottolinea al riguardo l'importanza della vicinanza fisica dei servizi ai cittadini interessati, per un loro proficuo e sostanziale coinvolgimento partecipativo negli interventi e nei progetti di cui sono protagonisti.

L'unità di valutazione geriatrica (U.V.G.) è un'equipe multidisciplinare, strumento per la valutazione globale e la definizione del relativo programma preventivo, curativo e

riabilitativo diretto a garantire la continuità sociosanitaria; deve quindi inserirsi precocemente nel percorso degli anziani all'interno dei Servizi al fine di raggiungere coloro che hanno un bisogno sanitario e sociale ancora relativamente basso.

Gli anziani che traggono maggiore beneficio dagli interventi dell'U.V.G sono quelli a rischio di istituzionalizzazione, con condizioni socio-economiche sfavorevoli e con problematiche sanitarie più o meno complesse. La valutazione deve essere seguita dalla predisposizione del progetto d'intervento e dal suo monitoraggio.

L'Unità multidisciplinare di valutazione della disabilità (U.M.V.D.), composta da operatori sanitari e sociali, ha come finalità la valutazione integrata (sanitaria e assistenziale), dei progetti individuali relativi a persone disabili che comportano l'attivazione di interventi sociosanitari col coinvolgimento sia del Comune sia dell'Azienda Sanitaria Locale.

Nel caso di situazioni che riguardino minori vanno istituite altrettante Unità Valutative Minori (U.M.V.D.M.), con il compito di esprimere pareri su progetti individualizzati relativi a minorenni con disabilità o con problematiche relazionali.

Il percorso di valutazione prevede un insieme di passaggi finalizzati alla definizione del progetto individualizzato nel quale il referente educativo ed il referente sanitario, in accordo con l'interessato o un suo familiare, propongono l'intervento o gli interventi da attivare.

Oltre alla sede per le due Commissioni, occorre dedicare uffici alle loro segreterie e valutare, insieme ai servizi socio-assistenziali del Comune, la necessità di aprire spazi di lavoro congiunti e integrati con i servizi sanitari, mediante la messa a disposizione di locali per un nucleo intervento disabili (NID) e un nucleo intervento anziani (NIA) quali sedi di lavoro unitari tra operatori sociali e operatori sanitari.

C) Centro di riabilitazione funzionale

Nel territorio torinese, esistono pochissime strutture riabilitative in grado di offrire interventi riabilitativi di codice 56² mirati a un reintegro della persona affetta da disabilità medio-grave nel proprio ambiente sociale e familiare in modo tale da valorizzarne le capacità residue.

In generale, si può affermare che la difficoltà principale consiste nella presa in carico globale del soggetto malato, in un'ottica prognostica che sappia indirizzare il percorso di cure e di interventi in modo coordinato e flessibile, in funzione degli obiettivi che realisticamente si possono prevedere.

La normativa più recente prevede il potenziamento della continuità assistenziale e una maggiore integrazione tra ospedale e territorio, e ciò richiede attribuzione di precise responsabilità, competenze e risorse, oltre a formazione professionale e culturale più generale.

La DGR 27-3628 del 28 marzo 2012 è molto chiara nelle sue direttive: *“Il conseguimento della migliore integrazione dei servizi sanitari con i sociali, nonché la migliore gestione delle informazioni, rappresentano strategie adeguate per poter razionalizzare l'uso di risorse, ridurre gli sprechi, eliminare le inefficienze, continuando a garantire il livello essenziale di assistenza. È basilare, quindi, il miglioramento e la concreta realizzazione dell'integrazione ospedale/territorio, nonché delle pratiche e degli strumenti per la valutazione “precoce” del paziente, in una prospettiva multidimensionale che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale.*

² Il codice 56 si caratterizza per interventi di recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono una sorveglianza medico-infermieristica h24. Gli interventi devono essere di norma di tre ore giornaliere, 6 giorni su 7, e comunque di almeno 18 ore settimanali, salvo casi particolari.

L'altro elemento significativo per assicurare continuità assistenziale è rappresentato dalle reti di servizi sanitari e socio-assistenziali integrate, la cui presenza assicura maggiore equità e minore dispendio di risorse, limitando i fenomeni competitivi fra i singoli erogatori ed esaltandone l'integrazione e la cooperazione, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito."

La Riabilitazione, storicamente, nasce e si sviluppa nel territorio di mezzo tra il contesto sanitario e quello ambientale e tra Ospedale e Territorio. Uno dei principi cardini della cultura riabilitativa è considerare l'*handicap* come la somma di "disabilità più barriere". Il problema per il Riabilitatore, dunque, non è solo concentrarsi sulla funzione da recuperare ma è anche, e molte volte soprattutto, agire nell'eliminare le barriere... e non solo quelle architettoniche!

La nostra proposta parte dal presupposto che ci sia un'effettiva coerenza tra la normativa esistente e gli obiettivi che si prefigge.

In questa direzione la nostra richiesta, oltre alla Casa della salute e all'ospedale di Comunità come dettagliato precedentemente, si articola anche nella richiesta di un adeguato numero di posti letto in regime residenziale, semiresidenziale (*Week Hospital, Day Hospital*) più un servizio di Medicina Fisica e Riabilitazione di tipo ambulatoriale.

L'obiettivo è quello di offrire una risposta flessibile e mirata ai bisogni di autonomia della persona assistita, alle potenzialità di recupero e all'individuazione di un progetto riabilitativo individuale.

Fondamentale a questo scopo è la partecipazione del soggetto assistito e quello del/dei *care giver* nell'individuazione di obiettivi realisticamente raggiungibili dopo una valutazione multidimensionale dove le competenze sanitarie, sociali, assistenziali, motivazionali si integrano e si fondono.

Al centro è posto il soggetto e la sua famiglia e/o il suo tessuto relazionale e sociale attraverso una condivisione del progetto riabilitativo. La riuscita di un intervento di questo tipo necessita di operatori formati e aperti a un cambiamento radicale del proprio modo di operare, che oggi si realizza in un ambito formalmente chiuso; per questo potrebbe rendersi necessario il supporto di competenze professionali in grado di facilitare il processo, nonché interventi formativi dedicati.

Così come sta avvenendo per diverse discipline, accanto al modello residenziale su sette giorni, il modello *Week Hospital* e *Day Hospital* ha risposto e sta rispondendo in modo efficiente ed efficace ad alcune patologie che hanno bisogno di determinati percorsi di diagnosi, terapie e assistenza e, per questo, proponiamo che questo modello si allarghi anche all'ambito riabilitativo.

In questo caso, oltre a un abbattimento dei costi del personale coinvolto su 5 giorni anziché su 7, si offre un tipo di ricovero più congruo a soggetti che hanno la possibilità e la potenzialità di essere reinseriti al proprio domicilio in tempi brevi e che non ha nessun senso che rimangano in ospedale il sabato e la domenica, quando le attività sanitarie si riducono notevolmente.

Il rientro a casa, durante il fine settimana, oltre a costituire un risparmio, deve essere inteso come parte integrante del progetto riabilitativo e deve essere l'occasione per gli operatori, per la famiglia e per i *care giver* di adottare e coordinare tutte le strategie e le facilitazioni a tale scopo.

La sperimentazione di un *Week Hospital* e *Day Hospital* riabilitativo potrebbe diventare un nuovo punto di partenza per affrontare il delicato passaggio tra ospedale e domicilio “obbligando” i diversi attori e protagonisti a lavorare insieme.

Vogliamo sottolineare altresì l’importanza di una struttura riabilitativa, all’interno di un progetto di medicina di territorio di cure primarie e di continuità assistenziale, per le sinergie positive che essa è in grado di creare per rispondere in modo globale ai bisogni di salute della persona affetta da disabilità motoria e/o cognitiva, malattia cronica, multimorbilità ecc.

D) Costruire un’efficace integrazione e sinergia con altri servizi di base quali:

- Servizio di Medicina Specialistica ambulatoriale e domiciliare
- Servizio di cure domiciliari Integrate
- Servizio per la salute mentale
- Servizio per la salute materno-infantile
- Consulenti familiari
- Consulenti pediatrici
- Consultorio giovani
- Centro adolescenti per la prevenzione del disagio giovanile
- Centri per la famiglia

E) Assunzione di medici, infermieri, tecnici e operatori socio sanitari in numero adeguato, con rapporto di lavoro stabile e formazione permanente.

La drammatica carenza di personale sanitario stabile e qualificato – evidenziata anche in questa fase di avvio della vaccinazione – va colmata con programmi di assunzione e corsi di qualificazione da far partire subito, non solo per sopperire all’emergenza ma soprattutto per garantire che non si torni come prima e che la nuova struttura sanitaria territoriale abbia la dotazione di organico adeguata.

E) Prevedere spazio e tempo dedicato alla partecipazione comunitaria, ad esempio:

- Una sala dedicata alla riunione assembleare dei cittadini e dei principali attori comunitari per favorire l’incontro tra questi e i professionisti della salute al fine di elaborare strategie condivise di intervento;
- Attività per la prevenzione e la promozione della salute rivolte alla comunità, che possono avvenire sia all’interno sia all’esterno del servizio stesso;
- Sede di associazioni di quartiere e del terzo settore.

~ ~

Assemblea permanente “Riapriamo il Maria Adelaide”

Torino, febbraio 2021

Vuoi sottoscrivere la proposta? Puoi firmare qui <https://forms.gle/apbJ5krW7SKeDsBf6>
Hai delle osservazioni o dei suggerimenti? Scrivili a riapriamoilmariaadelaide@gmail.com

