

Basta dogmi organizzati, verso nuovi modelli

L PRIMO MODO di riformare il sistema sanitario esistente è – secondo la Comunità di ricerca sulla sanità – quello di rimettere in discussione i dogmi organizzativi che hanno caratterizzato i modelli fino ad oggi adottati, non per semplice desiderio di novità ma sulla base di una valutazione critica dei punti di forza e dei punti deboli.

Da diversi anni in Friuli-Venezia Giulia si è gradualmente affermato un modello di rete ospedaliera integrata, che è un dato di fatto prima ancora che l'effetto di una organizzazione progettata e voluta. Il modello di rete che si è configurato, seppur non in modo perfettamente compiuto, prevede l'esistenza di pochi centri principali di alta specializzazione (hub, cioè perno) e di alcuni presidi periferici (spoke, cioè raggio) che inviano agli hub i malati per i quali si supera la soglia di complessità degli interventi effettuabili a livello periferico. La concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi, è un modello organizzativo ragionevole. Tuttavia, il modello – ammesso che sia possibile attuarlo

pienamente – presenta alcuni aspetti problematici. Il primo: il centro di alta specializzazione continua ad essere anche un ospedale di riferimento per il territorio che naturalmente gravita su di esso. Il secondo problema: non è facile mantenere la dimensione del centro di alta specializzazione a livello ottimale, per la tendenziale ipertrofia che il modello stesso induce. Terza problematicità: non è facile evitare l'avvilimento degli ospedali di rete, che perdono progressivamente le professionalità migliori o che le mortificano, venendo a mancare le condizioni per operare in maniera efficace valorizzando le risorse umane disponibili. Per migliorare gli aspetti meno riusciti dell'attuale modello di rete, è necessario insistere sull'integrazione: ogni ospedale della rete mantenga il naturale legame con il proprio territorio di riferimento e al tempo stesso sviluppi alcune pratiche di eccellenza, a partire dalle professionalità attive in quell'ospedale ed esercitando così una capacità di attrazione al di là dei confini del proprio stesso territorio. Mentre alcune pratiche superspecialistiche rimangono

ovviamente riservate all'ospedale ad altissima specialità, altre funzioni comunque specialistiche possono essere fortemente sviluppate a livelli di eccellenza anche negli ospedali di rete, purché abbiano la specifica dotazione tecnologica. Si pensi ad esempio alla chirurgia generale, all'ortopedia, alla ginecologia, alla medicina interna. La Comunità di ricerca sollecita un serio investimento di energie, pensiero e risorse per favorire l'integrazione sul territorio di professionisti e servizi, in particolare tra medici e infermieri di comunità. Necessarie, però, anche altre figure professionali, tra le quali l'ostetrica di comunità. Va decisamente favorito il consociarsi dei medici di base e degli infermieri (anche di libera professione) per garantire un servizio dalle 8 alle 20. E, quanto alla formazione, va completata l'integrazione fra Università e Servizio socio-sanitario per una formazione di base, a livello di master, di perfezionamenti, specialistica, continua, che risponda alle esigenze formative per alcune macroaree assistenziali: le malattie acute, la prevenzione, la cronicità e la terminalità.