



N. 99 registro deliberazione

COMUNE DI CUNEO

Verbale di deliberazione del Consiglio Comunale SEDUTA DEL 19 Novembre 2018

OGGETTO: ORDINE DEL GIORNO DI INDIRIZZO PRESENTATO DALL'UFFICIO DI PRESIDENZA DELLA COMMISSIONE TEMPORANEA COMUNALE IN MERITO A: "ANALISI DEI FABBISOGNI E PROSPETTIVE DELLA SANITA' CUNEESE E DEL FUTURO DEI PRESIDI OSPEDALIERI ASO SANTA CROCE E CARLE CUNEO" -

L'anno Duemiladiciotto addì Diciannove del mese di Novembre alle ore 17:00 nella sala delle adunanze consiliari, a seguito di avvisi notificati a norma di legge si è riunito, in sessione straordinaria ed in seduta pubblica di prima convocazione, il Consiglio Comunale composto dai Signori:

BORGNA FEDERICO	MARTELLO MARIA-LUISA
PITTARI ANTONINO ROCCO	MENARDI LAURA
ARNAUDO ENRICO	NOTO CARMELO
BONGIOVANNI VALTER	OGGERO IVANO
CINA SILVIA MARIA	PASCHIERO LUCA
COGGIOLA ALBERTO	PEANO LAURA
DEMICHELIS GIANFRANCO	PELLEGRINO LUCA
ENRICI SILVANO	PELLEGRINO VINCENZO
FANTINO VALTER	PRIOLA SIMONE
FIERRO ANIELLO (assente)	REVELLI TIZIANA
FINO UMBERTO	RISSO MARIA LAURA
GARAVAGNO CARLO	STURLESE UGO
GARNERO MASSIMO	SPEDALE ALESSANDRO
ISOARDI CARLA	TOMATIS SARA
ISOARDI MANUELE (ass. giustificato)	TOSELLI LUCIANA
LAURIA GIUSEPPE	VERNETTI MARCO
MARCHISIO LORIS (assente)	

Sono presenti gli Assessori Signori:

MANASSERO PATRIZIA, CLERICO CRISTINA, DALMASSO DAVIDE, GIORDANO FRANCA, GIRAUDO DOMENICO, LERDA GUIDO, MANTELLI MAURO, OLIVERO PAOLA, SERALE LUCA.

Assiste il Segretario Generale PAROLA CORRADO.

Riconosciuto legale il numero degli intervenuti, il Presidente del Consiglio Dr. PITTARI ANTONINO dispone per la trattazione dell'argomento in oggetto indicato iscritto all'ordine del giorno.

Pensare ai fabbisogni e alle prospettive della sanità cuneese e del futuro dei presidi ospedalieri dell'Aso Santa Croce e Carle di Cuneo, non significa soltanto pensare a prestazioni sanitarie di eccellenza, inserite in un contesto tecnologicamente evoluto, ma significa contestualizzare un percorso virtuoso che parte da lontano e che trova i suoi capisaldi nella nostra Carta Costituzionale.

I nostri Padri Costituenti infatti nel discutere ed elaborare la Costituzione non hanno trascurato questo aspetto, tant'è che l'articolo 32 cita testualmente *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”*.

La carta fondamentale della Repubblica Italiana lo ritiene quindi non soltanto un diritto inalienabile del cittadino ma interesse della collettività.

La grande apertura e il carattere civile del primo comma sta proprio nell'estensione del diritto alle cure a tutti gli individui: esso è valore universale che lo stato deve assicurare e ciò sottende necessariamente all'istituzione di un servizio sanitario nazionale esteso a tutti i cittadini, a prescindere dal loro status giuridico, economico o sociale.

Il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, è pertanto tra i principi fondativi del nostro accordo sociale.

Per questo motivo il ruolo di un ospedale, e a maggior ragione un percorso che vuole portarci ad un ospedale unico, diventa punto di partenza fondamentale per garantire il diritto alla salute così come sancito dalla nostra Costituzione.

Guardando poi alla nostra realtà, ed in particolare alla nostra comunità, non possiamo che evidenziare come, da secoli, questa sia stata lungimirante e abbia avuto la capacità di realizzare un'organizzazione ospedaliera all'avanguardia, sia nella qualità dei servizi offerti che nella capacità di lavorare ad altissimi standard di efficienza.

Oggi come allora, compito di chi ha responsabilità, politiche ed amministrative, è guardare lontano e puntare sul futuro dell'Aso Santa Croce e Carle: patrimonio unico per la nostra comunità territoriale.

Guardare lontano significa preservarne l'anima, cioè l'altissima qualità del servizio, anche in un contesto come quello attuale, di profondo cambiamento sia dal punto di vista dell'evoluzione della medicina sia del cambiamento che la nostra società sta attraversando, avendo anche ben chiare le risorse finanziarie disponibili per i servizi sanitari.

In questo quadro si colloca la riflessione che è stata posta al centro della Commissione Speciale di cui questo documento vuole essere il sunto in chiusura.

Genesi della commissione speciale.

La commissione speciale è partita da un ordine del giorno approvato dal Consiglio comunale di Cuneo il 30 gennaio 2018. Questo ordine del giorno, che portava la firma, e quindi l'adesione, di quasi tutte le forze presenti in consiglio comunale (maggioranza e minoranza), partendo dalle trasformazioni portate dal Sistema Sanitario Nazionale al ruolo degli ospedali, e ribadendo la centralità e il ruolo territoriale dell'ASO Cuneo Santa Croce e Carle, andava a chiedere l'istituzione di una commissione speciale, ai sensi degli artt. 17 e 19 del Regolamento del Consiglio Comunale di Cuneo. Tale Commissione, che doveva coinvolgere le varie rappresentanze politiche consiliari, aveva l'indirizzo di acquisire ogni parere necessario, anche tramite di audizioni mirate e specialistiche, al fine di esplorare le dinamiche della Sanità integrata secondo le indicazioni programmatiche nazionali e regionali, e, consequenzialmente, l'idoneità strutturale, funzionale e localizzativa dei complessi edilizi dell'ASO Santa Croce e Carle.

Con il consiglio comunale del 20 marzo 2018 veniva quindi istituita ufficialmente la commissione temporanea, e la delibera istitutiva evidenziava i seguenti punti:

1. Obiettivo della Commissione è la produzione di un documento che analizzi i fabbisogni e le prospettive della sanità cuneese ed il futuro dei presidi ospedalieri ASO Santa Croce e Carle
2. Il lavoro della Commissione sarà di audizione di tutti i soggetti portatori di conoscenza ed interesse sul tema
3. I lavori della Commissione si dovranno concludere entro ottobre 2018
4. La Commissione dovrà poter lavorare oltre ai tempi previsti dalle consuetudini e nel rispetto dei dipendenti impegnati
5. La Commissione sarà composta da 18 Consiglieri, 11 di maggioranza e 7 di minoranza
6. La Commissione deve avere un dipendente segretario come le Commissioni ordinarie
7. Il Presidente della Cabina di Regia del C.S.A.C. o il suo Vice sono invitati permanenti
8. Si elegge un Ufficio di Presidenza per la migliore organizzazione dei lavori e la sintesi sul documento, costituita dal Presidente della Commissione, da 3 Vicepresidenti (n. 2 di maggioranza ed n. 1 di minoranza) ed il Presidente della Cabina di Regia del C.S.A.C.
9. Le audizioni possono procedere senza il numero legale, perché non necessitanti di votazione, al fine di non rallentare i lavori.

Sempre nella stessa seduta venivano nominati a far parte della commissione stessa i seguenti consiglieri:

per la maggioranza

Noto Carmelo

Demichelis Gianfranco

Garavagno Carlo

Revelli Tiziana

Spedale Alessandro

Coggiola Alberto

Pellegrino Luca

Fino Umberto

Enrici Silvano

Paschiero Luca

Arnaudo Enrico

Per la minoranza

Sturlese Ugo

Martello Maria-Luisa

Cina Silvia Maria

Bongiovanni Valter

Menardi Laura

Garnero Massimo

Lauria Giuseppe

Il giorno xx.xx.2018 venivano convocati dal Presidente del Comunale di Cuneo tutti i membri della commissione per eleggere l'ufficio di Presidenza, che poi ha assunto questa composizione:

Presidente Alessandro Spedale

Vice presidenti Luca Paschiero e Luca Pellegrino per la maggioranza e Maria Luisa Martello per la minoranza.

Quali i compiti per la commissione speciale e il coinvolgimento del territorio.

L'azienda ospedaliera Santa Croce e Carle, rappresenta, non solo per i cittadini di Cuneo, un patrimonio frutto di una storia importante.

La storia ci dice infatti che l'ospedale Santa Croce è nato come ospedale di territorio. Nell'archivio di tanti comuni del nostro territorio c'è l'atto costitutivo dell'ospedale Santa Croce, perché le tante confraternite delle nostre città si tassarono nei secoli passati per costruire questo ospedale. Tant'è vero che c'era tutta una serie di diritti degli abitanti di questi territori di venire, allora non c'erano sicuramente né le ASL né le mutue, ospitati gratuitamente nell'ospedale come fondatori.

Proprio per questo motivo, nelle discussioni della Commissione e soprattutto anche dall'approvazione dell'ordine del giorno di gennaio, si è voluto partire dallo stato di fatto del nostro ospedale per guardare avanti.

È stato importante farlo per capire quali sono le eccellenze che caratterizzano il nostro ospedale, ma anche e soprattutto per guardare al futuro, in un'ottica che continui a prevedere uno sviluppo di questo grande complesso.

Pensare ad uno sviluppo ci fa dire che, per le tempistiche di cui necessita, non siamo mai in anticipo.

In tutto questo occorre poi sottolineare che il Consiglio comunale, non potendo essere l'unico interlocutore, perché il futuro e lo sviluppo dell'ASO Santa Croce e Carle è una questione che interessa un territorio che si allarga ben oltre i confini comunali di Cuneo, ha voluto coinvolgere nelle commissioni i rappresentanti del territorio, in particolare i Sindaci e gli assessori dei Comuni dei cinquantatré Comuni del area cuneese, e diversi tra questi hanno risposto positivamente sin dalle prime convocazione partecipando ai lavori e cercando di dare un contributo costruttivo a questa importante discussione.

Pertanto è emerso sin da subito che le discussioni e le decisioni sul futuro dell'ASO Santa Croce e Carle coinvolgono una comunità allargata, che ha diverse ramificazioni: a livello istituzionale, come i Comuni, ma anche i cittadini rappresentati sotto forma di associazioni, gli operatori, i medici e i fruitori.

Questa comunità allargata, proprio all'interno della Commissione, ha cercato di trovare un punto di snodo, di condivisione, di riflessione e di approfondimento con il compito di rispondere ad alcune semplici domande o, meglio, ad alcune apparentemente semplici domande:

- l'attuale dotazione infrastrutturale dell'Aso Santa Croce e Carle per quanto tempo è in grado di garantire l'eccellenza in termini di qualità ed efficienza alle quali siamo storicamente abituati?
- serve quindi un ospedale unico?
- se serve, quanto serve un ospedale unico?

Infatti ci sono altri organi che sono deputati a dare una risposta definitiva, uno di questi è la Regione Piemonte.

In tutto questo quindi la Commissione speciale, così come si è configurata, ha cercato di essere un interlocutore qualificato e importante, cercando di portare a termine un lavoro di forte valenza politico-amministrativa, cercando di inquadrare il tema ospedaliero nell'ambito della tematica della sanità pubblica, della salute complessiva dei cittadini secondo una programmazione che tenga conto, in un ordine di priorità, delle componenti della salute e determinanti per la struttura.

L'azienda ieri, l'azienda oggi e il suo futuro.

L'Azienda ospedaliera è un ospedale su due sedi, con più di 32.000 ricoveri, 200.000 giornate di degenza, 75.000 passaggi di pronto soccorso (dati riferibile al 2017): numeri importanti a cui si aggiungono più di quattro milioni di prestazioni ambulatoriali e più di 22.000 interventi chirurgici.

Queste rilevazioni ci permettono di sottolineare come, a livello provinciale, sia sicuramente l'ospedale che fa di più. Questo tenendo conto che il bacino d'utenza va oltre la città di Cuneo: in

particolare, per molte specialità quali ad esempio la neurochirurgia, la chirurgia vascolare, cardiocirurgia, accedono cittadini da tutta la provincia, ma anche da fuori provincia.

L'azienda rappresenta quindi un forte polo di attrazione.

L'Azienda all'interno della rete è un DEA di secondo livello, un centro hub per le patologie tempo-dipendenti.

Il termine Hub rappresenta il centro della rete, rappresenta quindi il mozzo della ruota dove arriva la patologia che nei raggi della ruota non può essere trattata in maniera adeguata.

Per questo motivo la struttura è un centro di riferimento per tutta una serie di patologie e di specialità che sono la cardiocirurgia, la chirurgia maxillofacciale, la chirurgia plastica, la toracica, l'ematologia: patologie che sono tutte trattate esclusivamente al "Santa Croce".

È un centro di riferimento regionale per tutta una serie di patologie oncologiche che la Regione ha istituito, nel senso che sono stati individuati centri di riferimento che svolgano una quantità di interventi adeguata per far sì che gli operatori siano in grado di portarla avanti nella misura migliore.

L'azienda ha quindi una complessità importante. È l'unico presidio per acuti dislocato su due presidi.

Questi due presidi, anche se non hanno una distanza considerevole, creano delle problematiche organizzative che, con il passare del tempo e con il fatto che le patologie diventano sempre più complesse, portano a delle dispersioni di risorse.

Ci sono 510 posti letto nel "Santa Croce" e 170 posti letto al "Carle".

Al "Santa Croce" ci sono tutte le discipline e le specialità ad alta intensità di cura e ad alta complessità: c'è il pronto soccorso, c'è il blocco operatorio nuovo che è stato inaugurato nel 2010, ma che si è cominciato a progettare nel 1997 con dodici sale operatorie e la piastra ambulatoriale. Sempre al "Santa Croce" sono presenti tutte strutture che hanno un alto contenuto tecnologico e servono per le diagnosi più complesse e per le patologie a più alta necessità di assistenza.

Il "Carle" è un ospedale da 170 posti letto e, soprattutto negli ultimi anni, i suoi ricoverati hanno evidenziato una sempre maggiore complessità, con patologie plurime; in particolare si evidenzia come gli anziani difficilmente presentino una sola malattia, sono infatti affetti da più patologie e per questo la complessità di tali pazienti è sempre maggiore e quindi anche qui, pur avendo delle discipline che teoricamente sono a minore intensità di assistenza, cominciano ad aumentare le questioni relative all'assistenza che occorre dare.

Una giornata in ospedale.

Si effettuano oltre novanta ricoveri, di cui almeno quaranta/quarantacinque d'urgenza, nascono cinque bambini, ci sono oltre duecento passaggi di pronto soccorso, oltre settecento visite ambulatoriali, ottantacinque interventi chirurgici, 76 mila metri quadri di superficie pulita, 1.500 pasti prodotti e somministrati per i degenti e per gli operatori.

A livello generale si eseguono prestazioni ambulatoriali con circa 500 mila pazienti in un anno e si fanno oltre 22.000 interventi chirurgici: tutti volumi sono importanti.

Come viene percepita la struttura dagli utenti.

Sicuramente i pazienti percepiscono una frammentazione dei percorsi di cura. Purtroppo ci sono servizi che sono, per motivi logistici e organizzativi, spalmati su due presidi e questo sicuramente non facilita i percorsi di cura uniformi. I disagi per i trasferimenti si fanno sentire sia per i pazienti che per gli operatori: è evidente la frammentazione dei percorsi di cura, sia per i medici che per gli infermieri, che devono spostarsi tra le due sedi: in questa situazione l'indicazione della direzione è stata sempre quella di spostare il più possibile gli operatori e il meno che si può il malato. Il fatto di avere due plessi genera delle diseconomie.

Punto di vista aziendale.

L'Azienda è sana: il bilancio 2016 è stato chiuso in avanzo di bilancio di 1,7 milioni di euro, che sono stati investiti in edilizia e acquisto di attrezzature; anche il 2017 è stato chiuso in avanzo, con 500 mila euro investiti in ristrutturazioni e nuove apparecchiature.

Guardando all'azienda sono evidenti una serie di duplicazioni di attività che ovviamente, se fossero concentrate in un'unica struttura, porterebbero risparmi di personale, che potrebbero riversarsi in qualche maniera a favore di altre strutture.

La frammentazione dei percorsi di cura è quindi evidente e si declina in diversi ambiti: si tratta quindi di disservizi che si scaricano poi sul paziente, accanto a tutto il costo dei trasferimenti, dei materiali e del personale.

Questo è ciò che succede nei trasporti: 11000 pazienti trasferiti tra "Santa Croce" e "Carle" e viceversa, di cui il 55 per cento barellati, il 33 per cento semi-autonomi e 11 per cento autonomi. Tutto questo costa circa 200 mila euro all'anno, perché ci devono essere tre autisti e tre operatori sociosanitari. Può sembrare un costo non eccessivo, anche se però occorre tenere presente che in questo computo non è valutato il disagio che può subire il paziente che, se barellato, non sta bene e quindi trasportarlo crea un disagio

L'azienda ha poi una navetta per il trasporto degli operatori e anche del materiale, navetta che costa circa 100 mila euro all'anno; a questo si aggiunge tutto il servizio di accoglienza e il servizio di sorveglianza che va duplicato: uno al "Santa Croce" e uno al "Carle".

La struttura.

L'ospedale è cresciuto nel tempo con delle sovrapposizioni. Abbiamo i blocchi che sono del 1960, dei blocchi che sono del '70, qualcosa è stato costruito nel '90 e qualche cosa, in particolare il blocco con le sale operatorie e la piastra ambulatoriale, risale al 2008/2009.

Il "Carle" ha, dal canto suo, il vincolo della Soprintendenza, in quanto una sua parte non può essere demolita: la parte del «blocco A», risale infatti al 1930.

Abbiamo poi la parte che è stata costruita nel '70 e che può essere demolita, a queste si aggiunge quella del 2000.

Questa situazione crea una difficoltà notevole a reperire spazi e a definire percorsi, perché ovviamente, nell'aggiungere parti, si sono dovuti fare dei compromessi.

Le criticità.

Emerge innanzitutto la scarsa flessibilità, dal momento che ci sono compromessi che si sono dovuti fare con l'espansione negli anni: mancano le piattaforme funzionali per la razionalizzazione di diagnosi e terapia.

Negli ospedali moderni infatti c'è la piastra ambulatoriale, c'è la piastra delle terapie intensive e semi-intensive, mentre al "Santa Croce" le due piastre, le due unità intensive (cardiochirurgica e generale), si trovano al quinto e sesto piano, quindi abbastanza distanti, raggiungibili, ma non facilmente, ad esempio, dal pronto soccorso.

Abbiamo poi vincoli architettonici: il "Carle" ne è un esempio.

Un altro problema che sta venendo fuori è la difficoltà della messa a norma: in particolare l'ufficio tecnico ha lavorato molto bene per l'antincendio, tant'è vero che al "Santa Croce" è stato ottenuto il certificato antincendio definitivo; rimangono invece una serie di criticità, relative ad entrambe le strutture, riguardo la messa a norma antisismica.

L'azienda, nonostante queste criticità, non è stata comunque ferma: negli ultimi cinque anni infatti sono stati investiti 15 milioni di euro e 4 milioni di fondi statali, ex articolo 20 della legge dell'88 sull'edilizia, a cui si aggiungono 4 milioni di fondi propri di avanzi di bilancio, realizzando, tra l'altro, la riorganizzazione del percorso mamma-bambino con l'adeguamento del punto nascite, la terapia intensiva neonatale nella quale sono stati aumentati i posti letto, sono

stati aperti nuovi ambulatori, si è lavorato sull'antincendio e nel 2014 si è sostituito un acceleratore lineare per la cura dei tumori.

I costi di manutenzione sono circa 700 mila euro all'anno per le manutenzioni straordinarie, per quelle che intervengono sulla struttura, costi sicuramente in aumento, e circa 2 milioni di euro all'anno per le manutenzioni ordinarie, anche queste stanno crescendo.

Per i prossimi sei anni, in relazione all'adeguamento delle strutture, si sta lavorando progressivamente per adeguare la struttura ad avere quattro/cinque posti letto per camera e si sta intervenendo sull'adeguamento delle aree di degenza; degli investimenti sono previsti sul "Carle": la ristrutturazione delle cucine e il laboratorio analisi.

Perché la sanità cambia e alcuni esempi.

Le camere di degenza negli anni Sessanta era normale che fossero a quattro/sei posti letto con i bagni in un blocco comune; ad oggi i nuovi ospedali devono avere delle camere di degenza singole o doppie con il bagno in camera.

Le sale operatorie negli anni Sessanta erano di dimensioni più piccole con una tecnologia minimale ed erano distribuite in ciascun reparto operatorio. Sebbene questo fosse molto funzionale per il reparto, progressivamente si è andati verso blocchi di sale operatorie di dieci o più con una complessità tecnologica elevatissima. Nel nostro ospedale le sale operatorie sono state riprogettate, come prevede lo standard dei blocchi, in queste fasi: il blocco cardiovascolare nel 2010 e l'altro blocco generale nel 2012.

Un tempo, negli anni '60, l'assistenza era incentrata sul ricovero per diversi giorni, perché si pensava ad un ricovero più la convalescenza, inteso come un momento di osservazione.

L'assistenza oggi è ad un più alto livello tecnologico, con un alto turnover, ridotto numero di giornate di degenza e un orientamento verso un'assistenza diurna.

Oggi, con una complessità sempre maggiore e dove la tecnologia sta sviluppandosi sempre di più, sono richiesti spazi, luoghi, sempre più ampi per potersi dotare di questa tecnologia.

Negli anni '60 le centrali tecnologiche e le aree di supporto erano minime.

Da tutto questo discende quindi che l'aumento della tecnologia e della complessità determina il fatto che i professionisti dell'Aso devono integrarsi e specializzarsi sempre più, quindi devono lavorare insieme: una volta si parlava di reparti come nel linguaggio militare, in realtà non possiamo più parlare di reparti ma di gruppi di cura

Un tempo c'erano stanzini e lunghi corridoi ora non è più funzionale quel tipo di architettura.

Qual è la dimensione sovraregionale?

Abbiamo un ospedale di alta specializzazione, abbiamo delle discipline che solo il Santa Croce e Carle possiedono, a servizio di tutta la provincia. Questo perché il disegno piemontese degli ospedali è un disegno ad hub e spoke, dove l'hub è quell'ospedale che ha le alte specialità e che fa da centro di riferimento per molte patologie, che lavora in connessione con gli altri ospedali più territoriali della provincia, spoke, nei quali vengono assicurate le funzioni ospedaliere di base e l'integrazione con i servizi distrettuali (quelli che si occupano di pazienti che richiedono cure a minore complessità o richiedono la prosecuzione di cure che non necessitano di un permanenza negli ospedali hub).

L'obiettivo è che in qualsiasi punto della rete un paziente acceda deve avere lo stesso trattamento, gli stessi servizi negli stessi tempi: questa è la logica delle reti.

Tutto questo deve collegarsi al fatto che per fare alta specializzazione bisogna avere le alte tecnologie, le attrezzature poi vanno usate da specialisti che siano capaci a farlo e, per farlo, devono fare tanta attività. Quindi i volumi, non solo nella sanità, ma anche in sanità, sono garanzia di qualità e sicurezza della prestazione che si fa, inoltre il concentrare non ha solo una logica economica, ma ha una logica di qualità della prestazione che andiamo a erogare.

L'ospedale di Cuneo ha tutte le specialità, non ha il centro ustioni perché in Regione Piemonte ne basta uno che è il CTO di Torino.

Questa è la rete ospedaliera del Piemonte sud-ovest.

Per la nostra realtà i pazienti: per il 60 per cento dei casi sono della nostra area territoriale, quindi di Cuneo, ex ASL 15, il 40 per cento non è dell'area territoriale, il 26 per cento è del resto della ASL CN-1, il 6 per cento è della ASL CN-2 e l'8 per cento arriva da altre ASL piemontesi o da altre regioni.

Tra i punti di forza abbiamo: l'alto livello professionale e umano; molti pazienti riferiscono, in particolare quelli con le patologie croniche o comunque con dei percorsi molto lunghi oncologici, ematologici, di trovare una seconda famiglia.

Negli ultimi anni ci riferiscono essere aumentato il livello di umanizzazione e c'è un'affezione e un senso di appartenenza per l'attuale struttura.

La discussione.

La necessità di un unico ospedale non è soltanto una richiesta che arriva dal territorio, ma è prima di tutto un bisogno che nasce dalla situazione della struttura per poi diventare esigenza di territorio. Il compito della Commissione non è stato dunque dover discutere di dove pensare ad un ospedale unico, ma prima di tutto chiarire se andare in quella direzione.

Nelle varie discussioni è emerso che nel pensare a nuove realizzazioni e a plessi unici occorre tenere presente quanto già realizzato nella nostra provincia in questi anni e alle criticità che si sono incontrate.

La commissione ha rilevato che l'ospedale ha cercato di stare il più possibile al passo con i tempi, 20 milioni spesi in quattro anni non sono proprio poco.

Inoltre, quando si parla di investimenti l'indirizzo principale è quello di destinare le risorse alla cura prima che alla struttura, anche se poi, e non bisogna dimenticarlo, la struttura concorre alla cura.

Si è evidenziato poi come le scelte fatte nell'azienda siano state lungimiranti.

Una preoccupazione emersa riguardante la realizzazione di un plesso unico è stata quella di far coesistere vecchia e nuova struttura nel momento della costruzione, specialmente in un caso come quello del Santa Croce e del Carle dove le strutture funzionano bene: noi partiamo infatti da una situazione di alta efficienza che è sempre cresciuta negli anni sia dal punto di vista tecnologico che da un punto di vista organizzativo.

Pensare ad un ospedale unico significa anche valutare le conseguenze che l'ubicazione futura di questo ospedale avrà sull'assetto urbanistico della città e sul sistema della mobilità, perché un intervento di queste dimensioni chiaramente coinvolge, a seconda delle scelte, una porzione di territorio molto importante e può condizionare la vita degli abitanti di Cuneo.

È stato inoltre evidenziato che i costi ipotetici di un nuovo ospedale andrebbero dai 180 ai 200 milioni di euro e che i tempi di realizzazione dall'approvazione del progetto mediamente in Italia sono dieci anni.

Conclusioni.

Da queste audizioni si è così potuto rilevare che il Sistema Sanitario Nazionale sta affrontando in questi ultimi anni una profonda trasformazione che modifica in termini sostanziali il ruolo dell'"ospedale" e che impone un nuovo approccio, mettendo al centro il concetto che la salute dell'individuo è un fatto collettivo. Il raggiungimento di tale obiettivo si sviluppa attraverso strategie intersettoriali e trasversali, nelle quali sono coinvolti le Istituzioni centrali, regionali, locali ed i cittadini.

Sempre dalle varie audizioni è emerso il fatto che un presidio unico possa rappresentare un elemento di efficienza e di miglioramento nella qualità del servizio sanitario per la nostra città e per il nostro territorio, quindi per le nostre comunità.

La realizzazione di un unico presidio ospedaliero deve essere quindi vista non solo come un'operazione logistica, ma come un'operazione che possa proiettare la sanità provinciale nei prossimi venticinque o trent'anni.

Siamo in un momento di trasformazione importante: ragionare di un unico ospedale a Cuneo non vuol solo dire pensare ad una casa unica, a dei nuovi muri all'interno dei quali svolgere, con i livelli di eccellenza che ci sono e ai quali ormai ci siamo abituati, le prestazioni sanitarie, ma vuol dire immaginare una nuova organizzazione che sappia dialogare di più, magari alzando ulteriormente l'asticella, con i presidi sanitari del territorio.

Immaginare un ospedale unico deve anche rappresentare la sfida a pensare nuovi modelli di sanità che vedano integrare maggiormente la sanità ospedaliera con la sanità del territorio, che vedano dialogare in modo più stretto e più forte presidi ospedalieri diversi.

La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria è da intendersi secondo una logica di rete, in modo da consentire la presa in carico globale del paziente.

Se andiamo infatti ad esaminare il contenuto della DGR 19 novembre 2014, n.1-600 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale", osserviamo come questa conferma la classificazione gerarchica dell'ASO Cuneo Santa Croce e Carle quale Presidio di 2° Livello e Ospedale di Riferimento per il Piemonte sud-ovest (Hub). Ciò rappresenta senz'altro un punto di forza; la "Mappatura dell'età convenzionale media dei presidi ospedalieri di competenza delle differenti aziende sanitarie regionali, anno 2015" (a cura della Regione Piemonte), fa emergere invece una debolezza dell'ASO Cuneo Santa Croce e Carle, classificata con "età convenzionale compresa tra 40 e 70'anni" la cui struttura, come emerso in modo inequivocabile dalle varie audizioni, è ormai per molti aspetti obsoleta.

Le varie audizioni fatte hanno permesso quindi un attento, approfondito e realistico esame delle varie dinamiche in campo.

Evidenziata quindi la classificazione di presidio di 2° Livello e Ospedale di Riferimento per il Piemonte sud-ovest, assolutamente da mantenere, ma anche le vetustà delle strutture con le loro limitatezze di spazi, diventa improcrastinabile potersi inserire in quella che sarà la futura programmazione dell'edilizia sanitaria nella Regione Piemonte e i finanziamenti che da essa ne deriveranno, anche attraverso una sincronizzazione con la programmazione sanitaria nazionale.

Per questo motivo il Consiglio Comunale di Cuneo unito ai 53 comuni dell'area cuneese, concordano sulla necessità di un ospedale unico e chiedono:

- di potersi esprimere attraverso una deliberazione, confrontatisi con le commissioni consiliari competenti e con il territorio, per indicare alla Regione Piemonte quali potranno essere l'area o le aree su cui far partire lo studio di fattibilità per un ospedale unico.
- alla Regione Piemonte che avvii, nel più breve tempo possibile, l'iter per un conclusivo e definitivo studio di fattibilità per l'ospedale unico, che risponda modernamente alle esigenze sanitarie, e sappia superare i punti di debolezza che il doppio plesso Santa Croce – Carle presenta oggi.
- che l'ospedale unico sia finanziato preferibilmente con finanziamenti pubblici.
- che nella localizzazione dell'ospedale unico si tenga anche in considerazione il consumo di suolo.

Auspicano infine che:

- l'Aso Santa Croce e Carle, pur tendendo ad una struttura unica, continui a rappresentare, nei suoi due presidi, un polo sanitario di eccellenza e su questo polo proseguano, nell'attesa che si completi l'iter per una struttura unica, investimenti all'altezza di quelli fatti in tutti questi anni e degni della storia dell'Aso stessa.

Preso atto dell'ampia discussione svoltasi sull'argomento quale riportata in calce al presente provvedimento;

Preso atto inoltre che durante detta discussione entrano in aula i Consiglieri Marchisio Loris e Fierro Aniello, sono pertanto presenti n. 32 componenti;

Preso atto infine che durante detta discussione il Consigliere Spedale Alessandro presenta il seguente testo emendamento:

Pensare ai fabbisogni e alle prospettive della sanità cuneese e del futuro dei presidi ospedalieri dell'Aso Santa Croce e Carle di Cuneo, non significa soltanto pensare a prestazioni sanitarie di eccellenza, inserite in un contesto tecnologicamente evoluto, ma significa contestualizzare un percorso virtuoso che parte da lontano e che trova i suoi capisaldi nella nostra Carta Costituzionale.

I nostri Padri Costituenti infatti nel discutere ed elaborare la Costituzione non hanno trascurato questo aspetto, tant'è che l'articolo 32 cita testualmente *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”*.

La carta fondamentale della Repubblica Italiana lo ritiene quindi non soltanto un diritto inalienabile del cittadino ma interesse della collettività.

La grande apertura e il carattere civile del primo comma sta proprio nell'estensione del diritto alle cure a tutti gli individui: esso è valore universale che lo stato deve assicurare e ciò sottende necessariamente all'istituzione di un servizio sanitario nazionale esteso a tutti i cittadini, a prescindere dal loro status giuridico, economico o sociale.

Il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, è pertanto tra i principi fondativi del nostro accordo sociale.

Tale diritto si realizza in primo luogo a partire dalle azioni concrete sui “determinanti di salute” e quindi dalle politiche agite da Governo ed Enti Locali sulle cause ambientali e sociali di malattia (La salute in tutte le politiche) in stretta sinergia con gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale nei servizi di prevenzione e diagnosi precoce, di cura e di riabilitazione ad accesso universale. Ispirandosi a questi principi il nostro sistema sanitario ha raggiunto, a risorse contenute (in ultimo in maniera eccessiva), risultati che lo collocano al quarto posto in una graduatoria mondiale che considera come parametri l'attesa media di vita alla nascita (ormai oltre gli 80 anni) in rapporto ai costi del servizio.

In questo contesto l'Ospedale, ai fini della “riparazione del danno” e non solo (ad es. nel campo dell'educazione alla salute si può fare molto) mantiene un ruolo importante anche alla luce dei progressi tecnologici e scientifici realizzati con imprevedibile rapidità ed efficacia in questi ultimi decenni. Per questo motivo è giusto portare attenzione alle necessità di aggiornamento continuo anche sul terreno strutturale e organizzativo come può essere realizzato nel nostro Ospedale con la scelta di una SEDE UNICA in luogo delle due esistenti, peraltro in grado di fornire già oggi prestazioni di altissima qualità e condizioni di “umanizzazione” mediamente molto soddisfacenti.

Guardando poi alla nostra realtà, ed in particolare alla nostra comunità, non possiamo che evidenziare come, da secoli, questa sia stata lungimirante e abbia avuto la capacità di realizzare un'organizzazione ospedaliera all'avanguardia, sia nella qualità dei servizi offerti che nella capacità di lavorare ad altissimi standard di efficienza.

Oggi come allora, compito di chi ha responsabilità, politiche ed amministrative, è guardare lontano e puntare sul futuro dell'Aso Santa Croce e Carle: patrimonio unico per la nostra comunità territoriale.

Guardare lontano significa preservarne l'anima, cioè l'altissima qualità del servizio, anche in un contesto come quello attuale, di profondo cambiamento sia dal punto di vista dell'evoluzione della medicina sia del cambiamento che la nostra società sta attraversando, avendo anche ben chiare le risorse finanziarie disponibili per i servizi sanitari.

In questo quadro si colloca la riflessione che è stata posta al centro della Commissione Speciale di cui questo documento vuole essere il sunto in chiusura.

Genesi della commissione speciale.

La commissione speciale è partita da un ordine del giorno approvato dal Consiglio comunale di Cuneo il 30 gennaio 2018. Questo ordine del giorno, che portava la firma, e quindi l'adesione, di quasi tutte le forze presenti in consiglio comunale (maggioranza e minoranza), partendo dalle trasformazioni portate dal Sistema Sanitario Nazionale al ruolo degli ospedali, e ribadendo la centralità e il ruolo territoriale dell'ASO Cuneo Santa Croce e Carle, andava a chiedere l'istituzione di una commissione speciale, ai sensi degli artt. 17 e 19 del Regolamento del Consiglio Comunale di Cuneo. Tale Commissione, che doveva coinvolgere le varie rappresentanze politiche consiliari, aveva l'indirizzo di acquisire ogni parere necessario, anche tramite di audizioni mirate e specialistiche, al fine di esplorare le dinamiche della Sanità integrata secondo le indicazioni programmatiche nazionali e regionali, e, consequenzialmente, l'idoneità strutturale, funzionale e localizzativa dei complessi edilizi dell'ASO Santa Croce e Carle.

Con il consiglio comunale del 20 marzo 2018 veniva quindi istituita ufficialmente la commissione temporanea, e la delibera istitutiva evidenziava i seguenti punti:

1. Obiettivo della Commissione è la produzione di un documento che analizzi i fabbisogni e le prospettive della sanità cuneese ed il futuro dei presidi ospedalieri ASO Santa Croce e Carle
2. Il lavoro della Commissione sarà di audizione di tutti i soggetti portatori di conoscenza ed interesse sul tema
3. I lavori della Commissione si dovranno concludere entro ottobre 2018
4. La Commissione dovrà poter lavorare oltre ai tempi previsti dalle consuetudini e nel rispetto dei dipendenti impegnati
5. La Commissione sarà composta da 18 Consiglieri, 11 di maggioranza e 7 di minoranza
6. La Commissione deve avere un dipendente segretario come le Commissioni ordinarie
7. Il Presidente della Cabina di Regia del C.S.A.C. o il suo Vice sono invitati permanenti
8. Si elegge un Ufficio di Presidenza per la migliore organizzazione dei lavori e la sintesi sul documento, costituita dal Presidente della Commissione, da 3 Vicepresidenti (n. 2 di maggioranza ed n. 1 di minoranza) ed il Presidente della Cabina di Regia del C.S.A.C.
9. Le audizioni possono procedere senza il numero legale, perché non necessitanti di votazione, al fine di non rallentare i lavori.

Sempre nella stessa seduta venivano nominati a far parte della commissione stessa i seguenti consiglieri:

per la maggioranza

Noto Carmelo

Demichelis Gianfranco

Garavagno Carlo
Revelli Tiziana
Spedale Alessandro
Coggiola Alberto
Pellegrino Luca
Fino Umberto
Enrici Silvano
Paschiero Luca
Arnaudo Enrico
Per la minoranza
Sturlese Ugo
Martello Maria-Luisa
Cina Silvia Maria
Bongiovanni Valter
Menardi Laura
Garnero Massimo
Lauria Giuseppe

Il giorno 18.04.2018 venivano convocati dal Presidente del Comunale di Cuneo tutti i membri della commissione per eleggere l'ufficio di Presidenza, che poi ha assunto questa composizione:
Presidente Alessandro Spedale
Vice presidenti Luca Paschiero e Luca Pellegrino per la maggioranza e Maria Luisa Martello per la minoranza.

Quali i compiti per la commissione speciale e il coinvolgimento del territorio.

L'azienda ospedaliera Santa Croce e Carle, rappresenta, non solo per i cittadini di Cuneo, un patrimonio frutto di una storia importante.

La storia ci dice infatti che l'ospedale Santa Croce è nato come ospedale di territorio. Nell'archivio di tanti comuni del nostro territorio c'è l'atto costitutivo dell'ospedale Santa Croce, perché le tante confraternite delle nostre città si tassarono nei secoli passati per costruire questo ospedale. Tant'è vero che c'era tutta una serie di diritti degli abitanti di questi territori di venire, allora non c'erano sicuramente né le ASL né le mutue, ospitati gratuitamente nell'ospedale come fondatori.

Proprio per questo motivo, nelle discussioni della Commissione e soprattutto anche dall'approvazione dell'ordine del giorno di gennaio, si è voluto partire dallo stato di fatto del nostro ospedale per guardare avanti.

È stato importante farlo per capire quali sono le eccellenze che caratterizzano il nostro ospedale, ma anche e soprattutto per guardare al futuro, in un'ottica che continui a prevedere uno sviluppo di questo grande complesso.

Pensare ad uno sviluppo ci fa dire che, per le tempistiche di cui necessita, non siamo mai in anticipo.

In tutto questo occorre poi sottolineare che il Consiglio comunale, non potendo essere l'unico interlocutore, perché il futuro e lo sviluppo dell'ASO Santa Croce e Carle è una questione che interessa un territorio, per quanto riguarda il livello e la qualità dei servizi, che si allarga ben oltre i confini comunali di Cuneo, ha voluto coinvolgere nelle commissioni i rappresentanti del territorio, in particolare i Sindaci e gli assessori dei Comuni dei cinquantatré Comuni del area cuneese, e diversi tra questi hanno risposto positivamente sin dalle prime convocazione partecipando ai lavori e cercando di dare un contributo costruttivo a questa importante discussione.

Pertanto è emerso sin da subito che le discussioni e le decisioni sul futuro dell'ASO Santa Croce e Carle coinvolgono una comunità allargata, che ha diverse ramificazioni: a livello istituzionale,

come i Comuni, ma anche i cittadini rappresentati sotto forma di associazioni, gli operatori, i medici e i fruitori.

Questa comunità allargata, proprio all'interno della Commissione, ha cercato di trovare un punto di snodo, di condivisione, di riflessione e di approfondimento con il compito di rispondere ad alcune semplici domande o, meglio, ad alcune apparentemente semplici domande:

- l'attuale dotazione infrastrutturale dell'Aso Santa Croce e Carle per quanto tempo è in grado di garantire l'eccellenza in termini di qualità ed efficienza alle quali siamo storicamente abituati?
- serve quindi un ospedale unico?
- se serve, quanto serve un ospedale unico?

Infatti ci sono altri organi che sono deputati a dare una risposta definitiva, uno di questi è la Regione Piemonte.

In tutto questo quindi la Commissione speciale, così come si è configurata, ha cercato di essere un interlocutore qualificato e importante, cercando di portare a termine un lavoro di forte valenza politico-amministrativa, cercando di inquadrare il tema ospedaliero nell'ambito della tematica della sanità pubblica, della salute complessiva dei cittadini secondo una programmazione che tenga conto, in un ordine di priorità, delle componenti della salute e determinanti per la struttura.

L'azienda ieri, l'azienda oggi e il suo futuro.

L'Azienda ospedaliera è un ospedale su due sedi, con più di 32.000 ricoveri, 200.000 giornate di degenza, 75.000 passaggi di pronto soccorso (dati riferibile al 2017): numeri importanti a cui si aggiungono più di quattro milioni di prestazioni ambulatoriali e più di 22.000 interventi chirurgici.

Queste rilevazioni ci permettono di sottolineare come, a livello provinciale, sia sicuramente l'ospedale che fa di più. Questo tenendo conto che il bacino d'utenza va oltre la città di Cuneo: in particolare, per molte specialità quali ad esempio la neurochirurgia, la chirurgia vascolare, cardiocirurgia, la chirurgia toracica, la chirurgia maxillofacciale, l'ematologia, la chirurgia plastica e la rianimazione neonatale, accedono cittadini da tutta la provincia, ma anche da fuori provincia.

L'azienda rappresenta quindi un forte polo di attrazione.

L'Azienda all'interno della rete è un DEA di secondo livello, un centro hub per le patologie tempo-dipendenti.

Il termine Hub rappresenta il centro della rete, rappresenta quindi il mozzo della ruota dove arriva la patologia che nei raggi della ruota non può essere trattata in maniera adeguata.

Per questo motivo la struttura è un centro di riferimento pressoché esclusivo per tutta quella serie di patologie e di specialità appena richiamate.

È un centro di riferimento regionale anche per tutta una serie di patologie oncologiche che la Regione ha istituito, nel senso che sono stati individuati centri di riferimento che svolgano una quantità di interventi adeguata per far sì che gli operatori siano in grado di portarla avanti nella misura migliore.

L'azienda ha quindi una complessità importante. A tempi medi rimarrà in Piemonte l'unico presidio per acuti dislocato su due presidi.

Questi due presidi, anche se non hanno una distanza considerevole, creano delle problematiche organizzative che, con il passare del tempo e con il fatto che le patologie diventano sempre più complesse, portano a delle dispersioni di risorse.

Ci sono 510 posti letto nel "Santa Croce" e 170 posti letto al "Carle".

Al "Santa Croce" ci sono tutte le discipline e le specialità ad alta intensità di cura e ad alta complessità: c'è il pronto soccorso, c'è il blocco operatorio nuovo che è stato inaugurato nel 2010, ma che si è cominciato a progettare nel 1997 con dodici sale operatorie e la piastra ambulatoriale. Sempre al "Santa Croce" sono presenti tutte strutture che hanno un alto contenuto

tecnologico e servono per le diagnosi più complesse e per le patologie a più alta necessità di assistenza.

Il “Carle” è un ospedale da 170 posti letto e, soprattutto negli ultimi anni, i suoi ricoverati hanno evidenziato una sempre maggiore complessità, con patologie plurime; in particolare si evidenzia come gli anziani difficilmente presentino una sola malattia, sono infatti affetti da più patologie e per questo la complessità di tali pazienti è sempre maggiore e quindi anche qui, pur avendo delle discipline che teoricamente sono a minore intensità di assistenza, è stato necessario istituire anche servizi ad alta intensità di cura, come una seconda rianimazione.

Una giornata in ospedale.

Si effettuano oltre novanta ricoveri, di cui almeno quaranta/quarantacinque d’urgenza, nascono cinque bambini, ci sono oltre duecento passaggi di pronto soccorso, oltre settecento visite ambulatoriali, ottantacinque interventi chirurgici, 76 mila metri quadri di superficie pulita, 1.500 pasti prodotti e somministrati per i degenti e per gli operatori.

A livello generale si eseguono prestazioni ambulatoriali con circa 500 mila pazienti in un anno e si fanno oltre 22.000 interventi chirurgici: tutti volumi sono importanti.

Come viene percepita la struttura dagli utenti.

Sicuramente i pazienti percepiscono una frammentazione dei percorsi di cura. Purtroppo ci sono servizi che sono, per motivi logistici e organizzativi, spalmati su due presidi e questo sicuramente non facilita i percorsi di cura uniformi. I disagi per i trasferimenti si fanno sentire sia per i pazienti che per gli operatori: è evidente la frammentazione dei percorsi di cura, sia per i medici che per gli infermieri, che devono spostarsi tra le due sedi: in questa situazione l’indicazione della direzione è stata sempre quella di spostare il più possibile gli operatori e il meno che si può il malato. Il fatto di avere due plessi genera delle diseconomie.

Punto di vista aziendale.

L’Azienda è sana: il bilancio 2016 è stato chiuso in avanzo di bilancio di 1,7 milioni di euro, che sono stati investiti in edilizia e acquisto di attrezzature; anche il 2017 è stato chiuso in avanzo, con 500 mila euro investiti in ristrutturazioni e nuove apparecchiature.

Guardando all’azienda sono evidenti una serie di duplicazioni di attività che ovviamente, se fossero concentrate in un’unica struttura, porterebbero ad una razionalizzazione delle risorse, che potrebbero riversarsi in qualche maniera a favore di altre strutture.

La frammentazione dei percorsi di cura è quindi evidente e si declina in diversi ambiti: si tratta quindi di disservizi che si scaricano poi sul paziente, accanto a tutto il costo dei trasferimenti, dei materiali e del personale.

Questo è ciò che succede nei trasporti: 11000 pazienti trasferiti tra “Santa Croce” e “Carle” e viceversa, di cui il 55 per cento barellati, il 33 per cento semi-autonomi e 11 per cento autonomi. Tutto questo costa circa 200 mila euro all’anno, perché ci devono essere tre autisti e tre operatori sociosanitari. Può sembrare un costo non eccessivo, anche se però occorre tenere presente che in questo computo non è valutato il disagio che può subire il paziente che, se barellato, non sta bene e quindi trasportarlo crea un disagio

L’azienda ha poi una navetta per il trasporto degli operatori e anche del materiale, navetta che costa circa 100 mila euro all’anno; a questo si aggiunge tutto il servizio di accoglienza e il servizio di sorveglianza che va duplicato: uno al “Santa Croce” e uno al “Carle”.

La struttura.

L’ospedale è cresciuto nel tempo con delle sovrapposizioni. Abbiamo i blocchi che sono del 1960, dei blocchi che sono del ‘70, qualcosa è stato costruito nel ‘90 e qualche cosa, in particolare il blocco con le sale operatorie e la piastra ambulatoriale, risale al 2008/2009.

Il “Carle” ha, dal canto suo, il vincolo della Soprintendenza, in quanto una sua parte non può essere demolita: la parte del «blocco A», risale infatti al 1930.

Abbiamo poi la parte che è stata costruita nel '70 e che può essere demolita, a queste si aggiunge quella del 2000.

Questa situazione crea una difficoltà notevole a reperire spazi e a definire percorsi, perché ovviamente, nell'aggiungere parti, si sono dovuti fare dei compromessi.

Le criticità.

Emerge innanzitutto la scarsa flessibilità, dal momento che ci sono compromessi che si sono dovuti fare con l'espansione negli anni: mancano le piattaforme funzionali per la razionalizzazione di diagnosi e terapia.

Negli ospedali moderni infatti c'è la piastra ambulatoriale, c'è la piastra delle terapie intensive e semi-intensive, mentre al “Santa Croce” le due piastre, le due unità intensive (cardiochirurgica e generale), si trovano al quinto e sesto piano, quindi abbastanza distanti, raggiungibili, ma non facilmente, ad esempio, dal pronto soccorso.

Abbiamo poi vincoli architettonici: il “Carle” ne è un esempio.

Un altro problema che sta venendo fuori è la difficoltà della messa a norma: in particolare l'ufficio tecnico ha lavorato molto bene per l'antincendio, tant'è vero che al “Santa Croce” è stato ottenuto il certificato antincendio definitivo; rimangono invece una serie di criticità, relative ad entrambe le strutture, riguardo la messa a norma antisismica.

L'azienda, nonostante queste criticità, non è stata comunque ferma: negli ultimi cinque anni infatti sono stati investiti 15 milioni di euro e 4 milioni di fondi statali, ex articolo 20 della legge dell'88 sull'edilizia, a cui si aggiungono 4 milioni di fondi propri di avanzi di bilancio, realizzando, tra l'altro, la riorganizzazione del percorso mamma-bambino con l'adeguamento del punto nascite, la terapia intensiva neonatale nella quale sono stati aumentati i posti letto, sono stati aperti nuovi ambulatori, si è lavorato sull'antincendio e nel 2014 si è sostituito un acceleratore lineare per la cura dei tumori.

I costi di manutenzione sono circa 700 mila euro all'anno per le manutenzioni straordinarie, per quelle che intervengono sulla struttura, costi sicuramente in aumento, e circa 2 milioni di euro all'anno per le manutenzioni ordinarie, anche queste stanno crescendo.

Per i prossimi sei anni, in relazione all'adeguamento delle strutture, si sta lavorando progressivamente per adeguare la struttura ad avere due/tre posti letto per camera e si sta intervenendo sull'adeguamento delle aree di degenza; degli investimenti sono previsti sul “Carle”: la ristrutturazione delle cucine e il laboratorio analisi.

Perché la sanità cambia e alcuni esempi.

Le camere di degenza negli anni Sessanta era normale che fossero a quattro/sei posti letto con i bagni in un blocco comune; ad oggi i nuovi ospedali devono avere delle camere di degenza singole o doppie con il bagno in camera.

Le sale operatorie negli anni Sessanta erano di dimensioni più piccole con una tecnologia minimale ed erano distribuite in ciascun reparto operatorio. Sebbene questo fosse molto funzionale per il reparto, progressivamente si è andati verso blocchi di sale operatorie di dieci o più con una complessità tecnologica elevatissima. Nel nostro ospedale le sale operatorie sono state riprogettate, come prevede lo standard dei blocchi, in queste fasi: il blocco cardiovascolare nel 2010 e l'altro blocco generale nel 2012.

Un tempo, negli anni '60, l'assistenza era incentrata sul ricovero per diversi giorni, perché si pensava ad un ricovero più la convalescenza, inteso come un momento di osservazione.

L'assistenza oggi è ad un più alto livello tecnologico, con un alto turnover, ridotto numero di giornate di degenza e un orientamento verso un'assistenza diurna.

Oggi, con una complessità sempre maggiore e dove la tecnologia sta sviluppandosi sempre di più, sono richiesti spazi, luoghi, sempre più ampi per potersi dotare di questa tecnologia.

Negli anni '60 le centrali tecnologiche e le aree di supporto erano minime.

Da tutto questo discende quindi che l'aumento della tecnologia e della complessità determina il fatto che i professionisti dell'Aso devono integrarsi e specializzarsi sempre più, quindi devono lavorare insieme: una volta si parlava di reparti come nel linguaggio militare, in realtà non possiamo più parlare di reparti ma di gruppi di cura

Un tempo c'erano stanzini e lunghi corridoi ora non è più funzionale quel tipo di architettura.

Qual è la dimensione sovregionale?

Abbiamo un ospedale di alta specializzazione, abbiamo delle discipline che solo il Santa Croce e Carle possiedono, a servizio di tutta la provincia. Questo perché il disegno piemontese degli ospedali è un disegno ad hub e spoke, dove l'hub è quell'ospedale che ha le alte specialità e che fa da centro di riferimento per molte patologie, che lavora in connessione con gli altri ospedali più territoriali della provincia, spoke, nei quali vengono assicurate le funzioni ospedaliere di base e l'integrazione con i servizi distrettuali (quelli che si occupano di pazienti che richiedono cure a minore complessità o richiedono la prosecuzione di cure che non necessitano di un permanenza negli ospedali hub).

L'obiettivo è che in qualsiasi punto della rete un paziente acceda deve avere lo stesso trattamento, gli stessi servizi negli stessi tempi: questa è la logica delle reti.

Tutto questo deve collegarsi al fatto che per fare alta specializzazione bisogna avere le alte tecnologie, le attrezzature poi vanno usate da specialisti che siano capaci a farlo e, per farlo, devono fare tanta attività. Quindi i volumi, non solo nella sanità, ma anche in sanità, sono garanzia di qualità e sicurezza della prestazione che si fa, inoltre il concentrare non ha solo una logica economica, ma ha una logica di qualità della prestazione che andiamo a erogare.

L'ospedale di Cuneo ha tutte le specialità, come già scritto, non ha il centro ustioni perché in Regione Piemonte ne basta uno che è il CTO di Torino.

Questa è la rete ospedaliera del Piemonte sud-ovest.

Per la nostra realtà i pazienti: per il 60 per cento dei casi sono della nostra area territoriale, quindi di Cuneo, ex ASL 15, il 40 per cento non è dell'area territoriale, il 26 per cento è del resto della ASL CN-1, il 6 per cento è della ASL CN-2 e l'8 per cento arriva da altre ASL piemontesi o da altre regioni.

Tra i punti di forza abbiamo: l'alto livello professionale e umano; molti pazienti riferiscono, in particolare quelli con le patologie croniche o comunque con dei percorsi molto lunghi oncologici, ematologici, di trovare una seconda famiglia.

Negli ultimi anni ci riferiscono essere aumentato il livello di umanizzazione e c'è un'affezione e un senso di appartenenza per l'attuale struttura.

La discussione

La necessità di un unico ospedale non è soltanto una richiesta che arriva dal territorio, ma è prima di tutto un bisogno che nasce dalla situazione della struttura per poi diventare esigenza di territorio. Il compito della Commissione non è stato dunque dover discutere di dove pensare ad un ospedale unico, ma prima di tutto chiarire se andare in quella direzione.

Nelle varie discussioni è emerso che nel pensare a nuove realizzazioni e a plessi unici occorre tenere presente quanto già realizzato nella nostra provincia in questi anni e alle criticità che si sono incontrate.

La commissione ha rilevato che l'ospedale ha cercato di stare il più possibile al passo con i tempi, 20 milioni spesi in quattro anni non sono proprio poco.

Inoltre, quando si parla di investimenti l'indirizzo principale è quello di destinare le risorse alla cura prima che alla struttura, anche se poi, e non bisogna dimenticarlo, la struttura concorre alla cura.

Si è evidenziato poi come le scelte fatte nell'azienda siano state lungimiranti.

Una preoccupazione emersa riguardante la realizzazione di un plesso unico è stata quella di far coesistere vecchia e nuova struttura nel momento della costruzione, specialmente in un caso come quello del Santa Croce e del Carle dove le strutture funzionano bene: noi partiamo infatti da una situazione di alta efficienza che è sempre cresciuta negli anni sia dal punto di vista tecnologico che da un punto di vista organizzativo.

Pensare ad un ospedale unico significa anche valutare le conseguenze che l'ubicazione futura di questo ospedale avrà sull'assetto urbanistico della città e sul sistema della mobilità, perché un intervento di queste dimensioni chiaramente coinvolge, a seconda delle scelte, una porzione di territorio molto importante e può condizionare la vita degli abitanti di Cuneo.

È stato inoltre evidenziato che i costi ipotetici di un nuovo ospedale andrebbero dai 180 ai 200 milioni di euro e che i tempi di realizzazione dall'approvazione del progetto mediamente in Italia sono dieci anni.

Conclusioni.

Da queste audizioni si è così potuto rilevare che il Sistema Sanitario Nazionale sta affrontando in questi ultimi anni una profonda trasformazione che modifica in termini sostanziali il ruolo dell'"ospedale" e che impone un nuovo approccio, mettendo al centro il concetto che la salute dell'individuo è un fatto collettivo. Il raggiungimento di tale obiettivo si sviluppa attraverso strategie intersettoriali e trasversali, nelle quali sono coinvolti le Istituzioni centrali, regionali, locali ed i cittadini.

Sempre dalle varie audizioni è emerso il fatto che un presidio unico possa rappresentare un elemento di efficienza e di miglioramento nella qualità del servizio sanitario per la nostra città e per il nostro territorio, quindi per le nostre comunità.

La realizzazione di un unico presidio ospedaliero deve essere quindi vista non solo come un'operazione logistica, ma come un'operazione che possa proiettare la sanità provinciale nei prossimi venticinque o trent'anni.

Siamo in un momento di trasformazione importante: ragionare di un unico ospedale a Cuneo non vuol solo dire pensare ad una casa unica, a dei nuovi muri all'interno dei quali svolgere, con i livelli di eccellenza che ci sono e ai quali ormai ci siamo abituati, le prestazioni sanitarie, ma vuol dire immaginare una nuova organizzazione che sappia dialogare di più, magari alzando ulteriormente l'asticella, con i presidi sanitari del territorio.

Immaginare un ospedale unico deve anche rappresentare la sfida a pensare nuovi modelli di sanità che vedano integrare maggiormente la sanità ospedaliera con la sanità del territorio, che vedano dialogare in modo più stretto e più forte presidi ospedalieri diversi.

La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria è da intendersi secondo una logica di rete, in modo da consentire la presa in carico globale del paziente.

Se andiamo infatti ad esaminare il contenuto della DGR 19 novembre 2014, n.1-600 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale", osserviamo come questa conferma la classificazione gerarchica dell'ASO Cuneo Santa Croce e Carle quale Presidio di 2° Livello e Ospedale di Riferimento per il Piemonte sud-ovest (Hub). Ciò rappresenta senz'altro un punto di forza; la "Mappatura dell'età convenzionale media dei presidi ospedalieri di competenza delle differenti aziende sanitarie regionali, anno 2015" (a cura della Regione Piemonte), fa emergere invece una debolezza dell'ASO Cuneo Santa Croce e Carle, classificata con "età

convenzionale compresa tra 40 e 70'anni" la cui struttura, che presenta i problemi che sono stati evidenziati nelle audizioni.

Le varie audizioni fatte hanno permesso quindi un attento, approfondito e realistico esame delle varie dinamiche in campo.

Evidenziata quindi la classificazione di presidio di 2° Livello e Ospedale di Riferimento per il Piemonte sud-ovest, assolutamente da mantenere, ma anche le vetustà delle strutture con le loro limitatezze di spazi, diventa improcrastinabile potersi inserire in quella che sarà la futura programmazione dell'edilizia sanitaria nella Regione Piemonte e i finanziamenti che da essa ne deriveranno, anche attraverso una sincronizzazione con la programmazione sanitaria nazionale.

Per questo motivo il Consiglio Comunale di Cuneo unito ai 53 comuni dell'area cuneese concorda sulla necessità di un ospedale unico e chiede:

- di potersi esprimere attraverso una deliberazione, confrontatisi con le commissioni consiliari competenti, per indicare alla Regione Piemonte quali potranno essere le soluzioni su cui far partire lo studio di fattibilità per un ospedale unico
- alla Regione Piemonte che avvii successivamente, nel più breve tempo possibile, l'iter per un conclusivo studio di fattibilità per l'ospedale unico, acquisita la valutazione dello stato attuale dell'esistente, che risponda alle esigenze sanitarie, nell'intento di migliorare la situazione attuale
- di poter attivare, durante la preparazione dello studio di fattibilità, un confronto con la cittadinanza e il territorio per arrivare definitivamente ad una soluzione che indichi dove realizzare l'ospedale unico
- l'ospedale unico sia finanziato preferibilmente con finanziamenti pubblici
- nella localizzazione dell'ospedale unico si tengano anche in considerazione le ricadute urbanistiche ed ambientali sulla città.

Auspicano infine che:

- l'Aso Santa Croce e Carle, pur tendendo ad una struttura unica, continui a rappresentare, nei suoi due presidi, un polo sanitario di eccellenza e su questo polo proseguano, nell'attesa che si completi l'iter per una struttura unica, investimenti all'altezza di quelli fatti in tutti questi anni e degni della storia dell'Aso stessa.

Presenti in aula	n. 32
Non partecipano alla votazione	n. 0
Presenti all'apertura della votazione (espressa con voto elettronico)	n. 32
Astenuti	n. 0
Votanti	n. 32
Voti favorevoli	n. 32
Voti contrari	n. 0

Si dà atto che esce dall'aula il Consigliere Lauria Giuseppe, sono pertanto presenti n. 31 componenti.

“..... O M I S S I S”

Verbale fatto e sottoscritto

IL PRESIDENTE

F.to Dott. Antonino Pittari

IL SEGRETARIO GENERALE

F.to Dott. Corrado Parola