

Niguarda

La nuova era



Il lifting dello storico centro di cura milanese. Parla il direttore generale

CANTIÈRE A CIELO APERTO e centro sperimentale per le nuove sfide della sanità. L'azienda ospedaliera Niguarda pensa al futuro, racconta il direttore generale, Pasquale Cannatelli.

Dieci anni fa la Legge 31 stabiliva in Lombardia pari diritti tra enti sanitari pubblici e privati. Qual è il suo bilancio?

I punti principali di beneficio secondo me sono tre. Il primo è la libertà di scelta del cittadino. La gente ha maggiore consapevolezza della qualità dei servizi che si aspetta: grazie a questa legge può decidere più liberamente dove farsi curare. Servizio pubblico, poi, non dimentichiamo che non è solo quello garantito dallo Stato, e questo è il secondo aspetto interessante della 31: pubblico e privato hanno un obiettivo comune, rispondere nel modo più qualificato alla domanda di salute e cura della persona, ognuno secondo le proprie potenzialità, e queste specificità vanno valorizzate. La sinergia e il coinvolgimento del privato accreditato sono uno stimolo sia per l'efficacia che per l'efficienza del siste-

ma, si possono delegare alcune funzioni e recuperare risorse. D'altra parte il privato è costretto a misurarsi: nel sistema le strutture vengono accreditate, purché rispondano a precisi requisiti, che vengono controllati continuamente. Una competizione regolata ha sollecitato il pubblico a un miglioramento nella qualità delle prestazioni (perché non c'è più il monopolio) e nell'efficienza organizzativa. Il terzo vantaggio della legge è proprio la verifica degli standard di accreditamento.

Chi si occupa dei controlli al Niguarda?

Le strutture complesse (i reparti di cura ed i servizi) nel nostro ospedale sono 56. Abbiamo un organo interno all'ospedale, l'Mcq, che monitorizza il miglioramento continuo della qualità e fa una valutazione sull'appropriatezza delle prestazioni. Inoltre effettua controlli continui su settori particolarmente a rischio (le infezioni ospedaliere, le banche del sangue, ecc.). Non solo: il Niguarda è stato tra i primi ospedali ad adeguarsi alla Legge Turco sull'intramoenia allargata, cioè sull'attività



effettuata in libera professione dentro e fuori l'ospedale dai nostri professionisti: dei nostri 735 medici, 314 fanno tale attività; garantiamo un sistema che permette di vigilare sulla trasparenza delle prenotazioni, delle tariffe e dei pagamenti.

I detrattori della Legge 31 però accusano: la delega ai privati indebolisce il sistema pubblico. Lei cosa risponde?

Ribadisco: il problema è che il privato venga controllato nella qualità delle presta-



Nell'altra pagina e sopra, vita nei reparti. In alto i cantieri della nuova piastra sud. A sinistra, il direttore Pasquale Cannatelli

L'ospedale non può essere più considerato l'unico punto di erogazione di servizi. Per questo oggi è indispensabile aprirci alla collaborazione con i soggetti presenti sul territorio

zioni, cosa che la Legge 31 prevede già. Il privato può anzi rafforzarsi, perché grazie anche ad alcune strutture private in Lombardia sono diminuiti i tempi di attesa e di intervento in settori delicati: penso alla cardiocirurgia, ma anche alla chirurgia oncologica, o alla riabilitazione.

I problemi più scottanti della sanità italiana: risposte lente ai bisogni dei cittadini e sovraffollamento. Voi cosa fate al riguardo?

Si avverte l'esigenza di una revisione della rete di offerta. A mio parere è anzitutto una sfida culturale, prima che tecnologica o finanziaria: le soluzioni vanno ricercate in un nuovo approccio. L'ospedale non può essere più considerato come il punto privilegiato di erogazione dei servizi sanitari: prende naturalmente in carico l'urgenza, l'emergenza, la fase acuta delle patologie. Ma è indispensabile aprire la collaborazione con gli altri soggetti che operano sul territorio. Sia nel livello pre-ospedaliero - di cure primarie, accertamenti diagnostici, prevenzione - che nella fase post acuta, post ricovero. Nel primo caso, oggi sono già attivi programmi di collaborazione nel campo dell'educazione sanitaria, della prevenzione primaria e secondaria

(screening). Ma è soprattutto nella fase post ricovero che il rapporto con il territorio ha una valenza strategica, perché ciò che mette in crisi l'ospedale non è solo la pressione della domanda all'ingresso, ma l'impossibilità di trovare spazi al-

ternativi per proseguire i percorsi di cura per le patologie cronico-degenerative. Collaboriamo in diversi progetti per la deospedalizzazione domiciliare, per esempio nel caso dei pazienti anziani con patologie croniche in fase di riacutizzazione partecipiamo alla realizzazione di un servizio sperimentale per il ricovero temporaneo in strutture intermedie, fra ospedale e territorio, di quei soggetti che, completata la fase acuta della malattia, non possono ancora tornare a domicilio in condizioni di sicurezza: tre ospedali milanesi, tra cui il Niguarda, hanno acquisito in convenzione con erogatori esterni la disponibilità di 25 posti letto per il trasferimento di pazienti, che continuano a essere seguiti dalla équipe specialistica dei reparti di provenienza in collaborazione con il personale delle strutture interme-

die. In due anni, oltre 100 pazienti sono stati assistiti così prima del rientro definitivo al domicilio; con ottimi risultati, soddisfazione dei familiari e col risparmio di oltre 16 mila giornate di degenza

Al momento siete un cantiere a cielo aperto, per un progetto di riqualificazione dell'ospedale. Ci anticipa quali saranno le più importanti novità nel Niguarda del futuro?

Sono state diverse le motivazioni che hanno spinto alla riqualificazione della struttura ospedaliera: l'obsolescenza dell'ospedale, l'esigenza di un minor disagio per i pazienti e gli operatori garantendo percorsi qualificati per intensità di cura, una miglior accoglienza funzionale e alberghiera, un miglioramento anche delle tecnologie a disposizione dei professionisti. Ci siamo orientati verso tre poli ospedalieri di moderna concezione che permetteranno la gestione dei percorsi di cura integrata come richiede la buona pratica clinica, autosufficienti dal punto di vista diagnostico e assistenziale con sale operatorie, terapie intensive, ambulatori specialistici. I tre poli, quello per l'emergenza urgenza, quello per l'alta intensità di cura, quello per la media intensità di cura, saranno collegati tra loro con sistemi di trasporto automatizzato che faciliteranno gli attuali problemi logistici. Il nuovo ospedale offrirà, complessivamente, 1.285 posti letto. La piastra sud in costruzione ospiterà i reparti high care dell'ospedale, fornirà 450 posti letto, di cui 27 per le terapie intensive e 60 per il day hospital. Ci saranno 23 camere operatore e 77 punti visita ambulatoriali. Infine è prevista anche la costruzione del polo tecnologico, la centrale operativa che darà energia a tutto l'ospedale, e il polo logistico. Dallo scorso marzo è partita la prima fase dei lavori. Mentre avviamo il nuovo ospedale non trascuriamo di migliorare alcuni settori strategici attuali: lo scorso 17 ottobre abbiamo inaugurato il nuovo reparto di pediatria, all'interno del padiglione Antonini-Rossini, che coinvolge il dipartimento Materno Infantile, interamente alla mamma e al bambino, in grado di far fronte a tutte le patologie della sfera pediatrica e ginecologica. Il dipartimento comprende, infatti, oltre alla pediatria e all'area ostetrico-ginecologica, la chirurgia pediatrica, la neonatologia e terapia intensiva neonatale, la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, l'oculistica pediatrica e il centro allergologico pediatrico. Il 30 novembre, poi, verrà inaugurato il nuovo centro clinico Nemo, per i malati di distrofie e altre malattie neuromuscolari.

Chiara Rizzo