



Dibattito Pubblico
Nuovo Ospedale
di Livorno
area ex Pirelli



Nuovo Ospedale di Livorno

Webinar

*I bisogni sanitari su
scala regionale*

*Il report
online*

27 marzo 2024

Introduzione

L'incontro si è svolto **online** dalle **18:00 alle 19:30**, sulla piattaforma Zoom.

L'incontro ha voluto riprendere e approfondire alcuni temi emersi durante l'incontro pubblico tenutosi a metà febbraio in presenza, presso il Cisternino di Città. In quell'occasione alcuni cittadini avevano posto domande e sollecitato tematiche che la responsabile del Dibattito Pubblico ha ritenuto necessario approfondire, ampliando gli orizzonti del confronto sui bisogni sanitari a livello regionale e approfondendo il confronto sui modelli "per padiglioni" e "per processi di cura" (monoblocco), anche analizzando le esperienze e le strutture già realizzate in Toscana.

Hanno partecipato all'incontro esperti quali dott. Fabrizio Gemmi, dell'Agenda Regionale di sanità della Toscana, Marco Geddes da Filicaia, epidemiologo ed esperto di sanità pubblica, e il direttore sanitario della Azienda UsI Toscana Nord Ovest.

Hanno partecipato **25 persone**.

L'incontro è stato aperto da **Agnese Bertello**, coordinatrice del dibattito pubblico, che ha presentato in apertura le finalità, le modalità del dibattito e i prossimi appuntamenti. L'agenda del webinar ha previsto tre interventi iniziali: **Fabrizio Gemmi**, ARS Toscana, **Marco Geddes da Filicaia**, **dott. Giacomo Corsini**, Direttore Sanitario Azienda USL Toscana Nord-Ovest. A questi è seguita una sessione di domande e risposte coordinata dai facilitatori di Ascolto Attivo.

Intervento del dott. Gemmi

Il dott. Gemmi ha trattato quattro grandi temi:

- Il network ospedaliero della Toscana;
- L'ospedale di Livorno rispetto a criteri di valutazione esterni e posizionamento strategico rispetto alle reti;
- Il sistema delle reti tempo dipendenti;
- La rete oncologica.

Il dott. Gemmi ha illustrato come la Toscana sia una regione con caratteristiche demografiche spiccate, con elevata speranza di vita alla nascita più alta e mortalità generale più bassa della media nazionale.

Il network ospedaliero è ritenuto piuttosto efficiente e caratterizzato da un tasso di ospedalizzazione stabilmente basso (108 ricoveri / 1.000 ab nel 2022), omogeneo in tutta la Regione. L'efficienza del network è data da una ridotta degenza media, un dato fuori

dalla media nazionale. La tenuta del sistema si deve alle aree vaste: ciascuna Area Vasta effettua il 95% dei ricoveri per i propri residenti.

Per quanto riguarda l'utilizzo dell'ospedale, il dott. Gemmi ha mostrato dati che indicano un indice di ospedalizzazione (108/1.000) sovrapponibile alla media regionale, allo stesso modo dei codici di triage; mentre gli accessi al pronto soccorso che esitano in ricovero sono in percentuale leggermente inferiori alla media regionale (13 vs 13,9%).

Intervento del dott. Marco Geddes da Filicaia

Il dottor Geddes inizia l'intervento con un confronto tra l'ospedale a padiglioni e quello monoblocco. L'ospedale a padiglioni nasce nella fine del 700, questa scelta fu fatta per motivi di ventilazione e per motivi infettivi. La terapia all'epoca era una terapia di aria buona. Il pregio evidente dell'ospedale per padiglioni è la distribuzione delle funzioni. Gli ospedali per padiglioni quindi si sviluppano nel secolo successivo, fino poi all'inizio del Novecento, quando cominciano, per esempio negli Stati Uniti, a sorgere i primi monoblocco.

Il Niguarda di Milano è nato come ospedale a padiglioni, ma oggi potrebbe essere più correttamente definito come un ospedale a due monoblocchi laterali connessi tra di loro da una serie di edifici.

L'alternativa non è più tra monoblocco e ospedale a padiglioni. L'alternativa, sottolinea Geddes, è unire gli aspetti positivi dell'ospedale per padiglioni – verde vicino e nelle corti, dimensioni di affaccio, luce naturale, elementi articolati – senza avere gli elementi critici, cioè tutte le problematiche di collegamento, di percorsi, dentro edifici vincolati che sotto vari aspetti – dall'antiincendio alla sismica - non sono adeguati. Oggi, quindi, si va verso ospedali poli-blocco, molto articolati.

Questa è la direzione che è stata seguita per progettare diversi ospedali italiani, toscani e internazionali.

Geddes presenta poi il caso dell'ospedale di Cisanello, evidenziando le similitudini con l'ospedale di Livorno: non si tratta infatti di un monoblocco monolitico, ma di un'articolazione che va a congiungersi con la parte già esistente. Si articolano degli edifici bassi che si affacciano su corti e verde.

Geddes affronta poi il tema dei posti letto, tema che considera una legittima preoccupazione della popolazione, sia di chi lavora nei pronto soccorsi. In generale, in Italia, si è assistito a una riduzione dei posti letto dovuta al miglioramento delle tecniche, che ha consentito per molti interventi il passaggio dal ricovero al day hospital, day surgery, o all'attività ambulatoriale (es. interventi per la cataratta). L'Italia ha una media di posti letto più bassa della media OCSE, ma più alta di molti paesi europei, per esempio dell'Inghilterra. Il problema italiano, ha dichiarato Geddes, non è tanto il numero dei posti letto, quanto il filtro verso l'ospedale, da un lato, e del sistema di dimissioni verso il territorio, vale a dire la presenza e l'integrazione con residenze sanitarie assistite, ospedali

di comunità, cioè di quelle strutture che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dovrebbe realizzare, si spera in entità adeguata, con personale medico e personale infermieristico.

Secondo Geddes, il progetto del nuovo ospedale di Livorno rappresenta in questo senso una chance, perché può liberare varie parti dell'ospedale esistente riconvertendole in spazi ambulatoriali, ospedale di comunità, ecc., con il vantaggio della prossimità con la struttura ospedaliera, aspetto che garantisce una maggiore sicurezza.

Come ultimo tema, Geddes affronta l'importanza di un corretto layout interno dei diversi spazi dell'ospedale. Il dottor Geddes afferma che il layout ha un impatto importante sull'attività ospedaliera: una corretta impostazione del layout consente davvero di risparmiare tempo e fatica al personale. Distribuire in maniera funzionale questi spazi consente di ridurre i tempi dei percorsi infermieristici. In questa direzione vanno anche l'integrazione di nuove tecnologie che consentono un controllo rapido del paziente. Facilitare le attività del personale consente di dedicare più tempo alla persona ricoverata, si tratta quindi in fase di progettazione di strutturare un layout dello spazio adeguato in tutti gli aspetti delle aree di cura e di degenza, così che aumenti il tempo che è possibile dedicare al paziente.

L'intervento del dott. Giacomo Corsini

Il dottor Corsini riprende i dati presentati dal dottor Gemmi sottolineando come questi testimonino risultati positivi dell'ospedale e dell'azienda ospedaliera per quanto riguarda le modalità di presa in carico e gli esiti. Si tratta di dati confortanti, sottolinea Corsini, dovuti soprattutto all'aver sviluppato un approccio sistemico, e di rete, rispetto invece a una visione a volte troppo ristretta sull'ambito locale. L'obiettivo è far sì che il bisogno sanitario venga preso in carico nella sede migliore rispetto ai bisogni del singolo cittadino.

Corsini sottolinea come l'ospedale non sia l'unica fonte di erogazione di prestazione sanitaria.

L'azienda ospedaliera deve portare a compimento il DM 77 che ridefinisce l'assetto territoriale e lavora per ridurre il tasso di ospedalizzazione, riconvertendo l'assistenza in un percorso territoriale. In questo nuovo assetto, precisa Corsini, l'ospedale è indirizzato al trattamento degli acuti. L'ospedale di Livorno è dentro una rete ospedaliera costituita da 13 ospedali. Poi ci sono gli altri ospedali della regione Toscana. Definire una rete, inserire in interconnessione le varie strutture è stato fondamentale per gestire la pandemia: la rete ospedaliera interconnessa consente una flessibilità decisamente maggiore rispetto a quella che può garantire il singolo ospedale.

Corsini precisa poi i contenuti del Decreto Ministeriale 70 (DM 70). Questo classifica gli ospedali sulla base di alcune caratteristiche, chiede di procedere a un raggruppamento delle prestazioni ad alta specialità nell'ambito degli ospedali universitari (ospedali di

secondo livello, DEA di secondo livello), e di concentrare nella rete territoriale di primo livello alcune attività per garantire soglie, volumi, che diano operatività sicura e di qualità. Facendo un esempio concreto, Corsini parla delle *brest unit*. Ce ne sono cinque in totale, Livorno è sede di una *brest unit*. Ciascuna di queste cinque sedi deve raggiungere un numero minimo di interventi chirurgici (150).

Quello di Livorno è un ospedale di primo livello, con una storia, con delle peculiarità e delle eccellenze, delle attività che sono invece di un ospedale di secondo livello, come la neurochirurgia, che vengono mantenute e garantite nel nuovo ospedale. Non c'è volontà di diminuire i servizi che sono svolti all'interno dell'ospedale.

Nell'ospedale di Livorno esiste la cardiologia con emodinamica interventistica; neurochirurgia; la medicina nucleare; la chirurgia vascolare e toracica; l'endoscopia digestiva; la radiologia e neuro-radiologia interventistica. Esiste inoltre un punto nascita di primo livello.

Occorre però, ribadisce Corsini, lavorare in integrazione con la rete territoriale e con le aziende ospedaliere universitarie.

Per quanto riguarda i posti letto, l'ospedale di Livorno conta oggi 416 in totale: 55 di day hospital, 323 di livello 2, 12 terapia intensiva, 6 terapia subintensiva. Ci sono all'interno anche i posti letto di psichiatria. Ma ci sono dentro posti letto di attività non squisitamente ospedaliere, per esempio l'hospice e l'ospedale di comunità (con 21 posti letto). La delibera regionale introduce la questione delle cure intermedie, concetto prettamente toscano; proprio le cure intermedie, sottolinea Corsini, sono uno degli elementi che ha consentito di avere tassi di ospedalizzazione e degenze medie più basse perché consentono di attivare la Centrale Operativa Territoriale che connette la rete territoriale, e tutta la sua offerta, con la gestione ospedaliera.

Domande, osservazioni, risposte e ulteriori riflessioni

I commenti e le domande dei partecipanti sono stati raccolti attraverso la chat della piattaforma. I temi principali hanno riguardato il modello ospedaliero a padiglioni e quello a monoblocco, il tema dell'accessibilità, della mobilità e dei parcheggi, il tema dei servizi e della qualità dei servizi ospedalieri, il tema dell'obesità, il tema dell'aziendalizzazione dell'ospedale.

Si riportano di seguito le domande e le osservazioni pubblicate nella chat, raccolti per tematiche, ripresi successivamente. Tutte le domande troveranno risposte sul sito del dibattito pubblico.

Ospedale monoblocco e ospedale a padiglioni

Alcuni partecipanti sottolineano la possibilità di realizzare il monoblocco dentro l'area ospedaliera attuale, come avvenuto per altri ospedali. Critiche vengono mosse rispetto alla demolizione di padiglioni recenti, e recentemente restaurati.

Alcune persone hanno sostenuto che in realtà il monoblocco non facilita la vita e gli spostamenti degli infermieri. Sempre in merito alle strutture monoblocco, altre osservazioni hanno riguardato la possibilità di ricambio d'aria e la necessità di ricorrere frequentemente all'aria condizionata, con costi energetici molto elevati.

Aziendalizzazione dell'ospedale, mancanza di personale e qualità dei servizi

Le osservazioni raccolte nella chat della piattaforma hanno riguardato il tema della qualità dei servizi offerti e in particolare la necessità di aumentare il personale infermieristico e medico per garantire questa qualità ed evitare che i nuovi ospedali restino scatole vuote, con spreco di denaro pubblico.

Il timore è quello di un'eccessiva aziendalizzazione dell'ospedale che vada a ledere la qualità del servizio di cura. A questa riflessione si connette quella sui tempi di degenza, l'osservazione raccolta evidenziava come il tempo di degenza non venga determinato sulla base dell'oggettivo stato di salute del paziente, ma sulla necessità di liberare dei posti letto, creando però poi ulteriori problemi al sistema sanitario perché il paziente è poi costretto a ritornare in ospedale.

Per quanto riguarda il personale, si è parlato anche di forme contrattuali, precisando che occorre evitare di pagare a gettone il personale, così come di esternalizzare i servizi.

Accessibilità, mobilità e parcheggi

In merito a questo tema, sono state poste domande puntuali, per sottolineare l'importanza di un sostegno alla mobilità dolce anche per contrastare situazioni di obesità sempre più frequenti e con evidenti ricadute sullo stato di salute generale dei cittadini.

Le domande riguardano l'esistenza o meno di standard internazionali in merito ai posti auto e bici per le strutture ospedaliere, l'esistenza di ospedali senza parcheggi gratuiti e quindi solo con accessibilità con la mobilità attiva o i mezzi pubblici se e come nella progettazione è stata presa in conto l'accessibilità con mobilità dolce, se i padiglioni siano accessibili singolarmente in auto, moto, bici e ognuno ha un proprio parcheggio per dipendenti e visitatori.

Le risposte dei relatori

Per quanto riguarda **l'obesità**, il dott. Corsini ha risposto che i dati in suo possesso mettono in luce qualche difficoltà dei territori per quanto riguarda lo stile di vita. Per questo motivo, l'azienda Toscana nord-ovest sta portando avanti un progetto sul tema con il Dipartimento di prevenzione. Nella programmazione d'area vasta che uscirà nei prossimi mesi, è stato inserito un percorso integrato e coordinato che vede una presa in carico territoriale del paziente tramite la medicina generale e le tre sedi di erogazione di secondo livello. Una di queste si trova nell'ambito del territorio di Livorno, in casa di comunità. Il dott. Corsini ha precisato che si sta investendo molto su questo perché la realtà dell'obesità presenta dati abbastanza preoccupanti.

Il dott. Gemmi ha mostrato un indicatore che riguarda le aree vaste dal quale emerge, per la regione Toscana, un tasso percentuale di obesi nella popolazione adulta fra i 18 e i 69 anni dell'88% nel triennio 2018-2021. Nell'area vasta nord-ovest il problema è superiore di 1,5 punti percentuali. Il dott. Gemmi ha precisato che questi dati sono accessibili a tutti sul portale <https://ars.toscana.it/banche-dati/>.

Il dott. Gemmi ha aggiunto che, per quanto riguarda **l'obesità infantile** esistono studi che mostrano come la pandemia abbia impattato notevolmente in maniera negativa su questo fenomeno. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia ci sono 17 milioni di persone in sovrappeso e 4 milioni di persone obese, che rappresentano circa il 9% della popolazione

Sul tema della **qualità dei servizi**, il dott. Gemmi, alla luce della propria esperienza e delle riflessioni fatte, ha riportato quale elemento di preferenza per la struttura a monoblocco la necessità di far convergere professioni e specialisti diversi sugli stessi pazienti, che spesso hanno multi-patologie. L'andamento verso una popolazione sempre più anziana insieme ad un indice di vecchiaia sempre più alto fanno sì che la più frequente patologia cronica sia la poli-patologia, come dice il dott. Paolo Francesconi. La presenza di spazi comuni consente ai diversi specialisti di lavorare insieme.

Sul tema **dell'aziendalizzazione**, il dott. Corsini ha preso la parola per chiarire che i cittadini non sono in alcun modo considerati dei numeri, ma delle persone. Ha proseguito dicendo che il Servizio Sanitario Nazionale si trova innegabilmente in una situazione di profonda difficoltà. Considerando alcuni dati forniti dal Gimbe, la percentuale del PIL destinata all'assistenza sanitaria è del 6,7%, mentre è noto che al di sotto del 6,5% il servizio sanitario diventa insostenibile. È importante notare che in Germania questa percentuale raggiunge il 10,1% del PIL del paese.

L'investimento nel **settore sanitario** è una questione di fondamentale importanza, che richiede una valutazione accurata di tutte le possibilità a disposizione. Come professionista operante nel campo dell'Igiene e della Sanità Pubblica, il dott. Corsini ritiene che attualmente non sia possibile dare per scontate molte delle risorse e delle capacità del Servizio Sanitario. È essenziale riconoscere che la risposta fornita nelle emergenze e negli interventi di urgenza è efficace, tuttavia, il problema principale che affrontiamo riguarda i tempi di attesa e la disponibilità di professionisti, limitati dai vincoli finanziari e di personale imposti dalle diverse normative.

Il dott. Corsini ha fatto presente che il compito dei dirigenti di un'azienda ospedaliera è di massimizzare le risorse e il personale a disposizione e cercare di trovare un **equilibrio tra le necessità immediate, i tempi d'attesa e la gestione ottimale delle risorse**. A questo proposito, è importante riconoscere anche i successi ottenuti nel miglioramento dei tempi di attesa, specialmente nell'ambito chirurgico. In particolare, sono state abbattute liste di attesa 2019 e 2020, sono a buon punto quelle del 2021, si sta lavorando a quelle del 2022 e 2023.

L'obiettivo, ha chiarito, è quello di ridurre ulteriormente le **liste d'attesa** e di migliorare l'efficienza degli ambulatori, anche considerando l'aumento del 48% delle richieste di prestazioni registrato nel nostro territorio. Si sta lavorando per selezionare i casi urgenti e gestire il resto in modo ottimale, potenziando il ruolo della medicina generale e la gestione dei pazienti cronici.

Il dott. Corsini ha dichiarato di ritenere essenziale il rafforzamento della **rete territoriale**, soprattutto considerando le risorse disponibili attraverso il PNRR. Ha inoltre fatto presente che l'Agenzia sta elaborando una rete di Centri di Assistenza Primaria a livello territoriale, attraverso la collaborazione con esperti come la Dottoressa Porrà, responsabile di zona a Livorno, per ottimizzare l'offerta territoriale e coordinarla con altri servizi come il 116-117, le strutture di Continuità Assistenziale (Centrali Operative Territoriali, COT) e le case di comunità.

Sulla questione riguardante **l'accessibilità ciclabile agli ospedali**, il dottor Geddes ha risposto che questo è un aspetto fondamentale da considerare. È essenziale garantire percorsi ciclabili sicuri e adeguati, accompagnati da parcheggi idonei per le biciclette, sia in termini di quantità che di protezione dagli agenti atmosferici. La sicurezza è un altro aspetto cruciale, sia per quanto riguarda l'accesso controllato sia per la presenza di opportune misure di sicurezza per il parcheggio delle biciclette.

Inoltre, il dottor Geddes ha sottolineato l'importanza di un'adeguata **gestione del personale sanitario**. Negli ultimi 10-20 anni, le politiche sanitarie hanno portato a un impoverimento del sistema sanitario, con conseguenze dirette sulle dimissioni anticipate e talvolta improprie dei pazienti. Il dottor Geddes si è detto preoccupato di sapere, ad

esempio, che ci sono 18.000 anziani che muoiono nei pronto soccorso dopo 24 ore, nonostante potenziali alternative di trattamento in reparti di terapia intensiva, ricovero o OBI.

Per quanto riguarda la **struttura degli ospedali**, il dottor Geddes ha chiarito che i percorsi interni possono variare considerevolmente a seconda dell'organizzazione, dell'arredamento e della disposizione degli spazi. Gli ospedali più moderni rappresentano un notevole passo avanti rispetto al passato, ma è fondamentale valutare attentamente il dimensionamento e la disposizione degli spazi. Ad esempio, la centralizzazione degli spogliatoi può semplificare i percorsi, ma è importante considerare anche altri fattori come l'organizzazione interna, l'arredamento e la disposizione degli infermieri. In questo senso, la comparazione tra ospedali di dimensioni diverse può evidenziare differenze significative nell'accessibilità e nella fruibilità degli spazi. In conclusione, secondo Geddes, garantire un'accessibilità ciclabile adeguata agli ospedali e migliorare la gestione interna sono aspetti cruciali per garantire un servizio sanitario efficiente e di qualità.

Per quanto riguarda il **numero di posti letto**, il dottor Geddes ha precisato che il nuovo ospedale di Livorno disporrà di 488 posti letto, un aumento rispetto alla capacità attuale dell'ospedale esistente. È importante contestualizzare questa informazione nel quadro più ampio dell'ospedale, che sarà parte integrante della Cittadella della Salute di Livorno. Questo significa che ci sarà un'integrazione fisica con una serie di attività territoriali, compresi 40 posti letto per cure intermedie nel quinto padiglione e 20 posti letto presso la sede Fiorentina.

Per quanto riguarda i **percorsi di degenza**, il dottor Geddes ha precisato che è necessario differenziare tra degenze nei dipartimenti medici, chirurgici e terapie intensive, oltre alla parte materno-infantile con ostetricia e pediatria. Ogni setting di degenza prevede un numero di letti destinati principalmente all'attività d'urgenza. Il dipartimento medico ha principalmente attività d'urgenza, mentre quello chirurgico ne ha una quota parte, con alcuni letti destinati alla ricettività del Pronto Soccorso e ad attività programmate.

In merito ai **rimborsi per i cittadini** in caso di liste d'attesa troppo lunghe, esiste una normativa che prevede questa possibilità. Il cittadino può richiedere il rimborso seguendo un percorso definito anche a livello regionale.