

Sanità toscana. La riforma che serve

2015-09-28 10:09:49 Redazione SI



Gavino Maciocco

La sanità toscana ha bisogno di una riforma, che però non è quella approvata dal Consiglio regionale lo scorso marzo con la Legge 28/2015, nei confronti della quale si è sviluppato un movimento che ne chiede l'abrogazione attraverso il referendum. Centinaia di attivisti si sono mobilitati, e si stanno mobilitando, per raccogliere le firme necessarie, per coinvolgere i cittadini su quello che sta succedendo al "loro" servizio sanitario, sottoposto a continui tagli di personale e di servizi. La priorità di una riforma della sanità toscana dovrebbe essere quello di promuovere un vasto programma di prevenzione contro le malattie croniche.

Dopo ripetuti tagli al fondo sanitario nazionale, l'ultimo di oltre 2,3 miliardi di euro, di fronte alle crescenti difficoltà dei cittadini di fruire dei servizi sanitari pubblici, per liste di attesa sempre più lunghe e ticket sempre più esosi, bisognava mostrare che ci si dava da fare, in qualche modo. Bisognava trovare un'arma di distrazione di massa.

La macro-fusione delle asl, questa alla fine l'arma usata, è stata il frutto di una scelta puramente politica, tirata fuori dal cilindro a fine legislatura, senza alcun confronto o dibattito pubblico e priva della minima giustificazione tecnico-scientifica. Ed è diventata legge, la n. 28 del marzo 2015, nonostante le evidenze scientifiche disponibili sconsigliassero di procedere in tale direzione (leggi anche [Hope: le ristrutturazioni e gli accorpamenti dei servizi sanitari sono efficaci](#)).

Una legge nei confronti della quale si è ben presto sviluppato un movimento che ne chiede l'abrogazione attraverso un referendum (leggi la relazione in **risorse** e accedi alla pagina facebook del **Comitato promotore**). Centinaia di attivisti si sono mobilitati, e si stanno mobilitando, in Toscana per raccogliere le firme necessarie per indire la consultazione popolare, per coinvolgere i cittadini – per lo più ignari, disinformati e rassegnati a sopportare ogni sorta di **disservizio** – su quello che sta succedendo al servizio sanitario regionale. Perché è evidente che la legge 28/2015 non risolve alcun problema della sanità toscana, al contrario ne creerà dei nuovi (ne sta già creando).

C'è bisogno in Toscana di una riforma sanitaria? La risposta è: certamente sì. Il sistema sanitario toscano è da anni ingessato, con tentativi di innovazione malamente abortiti (società della salute, aree vaste) e privo da lungo tempo di una seria programmazione. Su questo tessuto logoro si sono abbattuti i tagli degli ultimi anni che hanno allontanato dai servizi pubblici masse crescenti di utenti, parte dei quali si sono rivolti ai servizi privati, ma parte hanno rinunciato a curarsi.

Alla sanità toscana non serve la sorta di “risiko” di poltrone, poltronissime e poltroncine che la legge 28/2015 dispone. Alla sanità toscana serve guardare ai bisogni della popolazione e trovare le soluzioni più efficaci per affrontarli, tenendo conto dei limiti delle risorse disponibili.

In Toscana – come nel resto d'Italia e in tutti i paesi con popolazione molto longeva – l'80% delle risorse assistenziali (visite mediche, esami diagnostici, ricoveri) sono assorbite dalla popolazione affetta da malattie croniche: dalle malattie cardiovascolari al cancro, dal diabete alle malattie respiratorie, per citare le più frequenti. Sulle malattie croniche si conoscono molte cose. Se ne conoscono da tempo i fattori di rischio e gli strumenti di prevenzione; più recentemente sono state messe a punto efficaci strategie d'intervento che ne rallentano l'evoluzione, consentendo ai pazienti di vivere a lungo con una buona qualità della vita.

La prevenzione

“Se la nazione fallisce nell'affrontare seriamente la prevenzione allora i recenti progressi nella speranza di vita sana si arresteranno, le diseguaglianze nella salute si allargheranno e la nostra capacità di finanziare terapie innovative sarà annullata dalla necessità di spendere milioni di sterline in malattie completamente evitabili”. Così ha scritto il governo conservatore inglese nel suo ultimo programma elettorale[1]. Giusto. Ma Margaret Chan, segretario generale dell'OMS, nella relazione introduttiva all'8a Conferenza Globale sulla Promozione della Salute tenuta a Helsinki nel giugno 2013[2] ha fatto notare che: “Le diseguaglianze nella salute, tra paesi e all'interno dei paesi, non sono mai state così grandi nella storia recente. **Noi viviamo in un mondo di paesi ricchi pieni di gente povera e malata. La crescita delle malattie croniche minaccia di allargare ancora di più questo gap. Gli sforzi per prevenire queste malattie vanno contro l'interesse commerciale di operatori economici molto potenti** e questa è una delle sfide più grandi da affrontare

nella promozione della salute”.

A buona ragione *The Lancet* ha quindi concluso che: “Esistono soluzioni molto efficaci e a basso costo per la prevenzione delle malattie croniche; l’incapacità di adottarle è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico”[3].

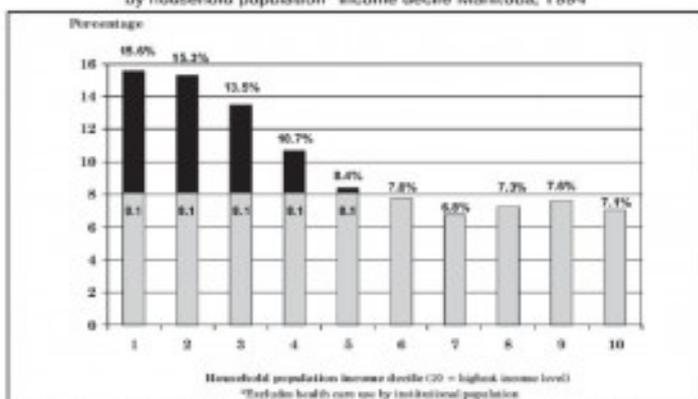
Non c’è dubbio che per migliorare la salute della popolazione e ridurre la spesa sanitaria il primo obiettivo è quello di diminuire il numero dei malati, riducendo l’esposizione della popolazione ai ben noti fattori di rischio: sedentarietà, eccesso di peso, alcol, fumo di tabacco (leggi anche [Stili di vita. La ricetta neoliberista](#)).

La priorità di una riforma della sanità toscana dovrebbe essere quello di promuovere un vasto programma di prevenzione primaria contro le malattie croniche. Ma ci sarà la volontà politica di farlo? Ci sarà la forza di andare contro l’interesse commerciale di potenti operatori economici? (come [McDonald’s e Coca Cola, sponsor di EXPO](#), o come [British American Tobacco](#), che finanzia la [Fondazione Open](#) con 100 mila euro).

È inoltre necessario che gli interventi di prevenzione siano accompagnati da efficaci politiche contro la povertà e contro le disuguaglianze socio-economiche, poiché di malattie croniche si ammalano maggiormente, e più precocemente, le fasce di popolazione più disagiate. Tra l’altro è provato che tali politiche riducono la spesa sanitaria pubblica perché le fasce più povere della popolazione, a causa delle peggiori condizioni di salute, utilizzano maggiormente i servizi sanitari pubblici rispetto alle fasce più ricche, come dimostra lo studio canadese, rappresentato dalla **Figura 1**.

Figura 1. Il 10% più povero delle famiglie (barra n.1) consuma più del doppio di prestazioni sanitarie pubbliche rispetto al 10% più ricco (barra n.10).

Figure 2. Percentage use of publicly financed health care by household population* income decile Manitoba, 1984



Adapted from Mustard CA et al. Paying taxes and using health care services: The distributional consequences of taxed financed universal health insurance in a Canadian province. Conference on the state of living standards and quality of life in Canada, Ottawa, October 30-31, 1988.

Cliccare sull’immagine per ingrandirla

La sanità d’iniziativa e la lotta agli sprechi

Il tradizionale approccio nell'assistenza alle malattie croniche è quello dell'attesa, l'attesa di un evento acuto (di cui può essere costellata la storia clinica di un paziente "cronico"). Il sistema sanitario si mobilita quando il paziente "sta male", in presenza di uno scompenso o di una complicazione più o meno grave.

La sanità d'iniziativa, come suggerisce il nome, ribalta il tradizionale paradigma dell'attesa. Il principio fondante è quello della prevenzione. Prevenzione della malattia innanzitutto. Poi, nei pazienti, l'obiettivo è quello di prevenire complicazioni e scompensi attraverso un'attività programmata di incontri, visite e controlli. La prima finalità è quella di aiutare i pazienti a gestire da sé la propria condizione e quindi a mantenere più a lungo possibile un buono stato di salute, a sentirsi sani nonostante la malattia. Nelle fasi più avanzate della malattia il metodo è sempre quello della presa in carico programmata, in relazione ai bisogni della persona.

La sanità d'iniziativa è una forma innovativa di gestione delle malattie croniche che produce un miglioramento della qualità delle cure, anche in termini di appropriatezza e quindi di lotta agli sprechi, e effetti positivi sulla salute dei pazienti. Per ottenere questi risultati è necessario una profonda riforma degli assetti organizzativi e dei contenuti assistenziali del servizio sanitario regionale. Una riforma che parta dal rafforzamento e dal miglioramento delle cure primarie.

La riforma si basa su un nuovo modo di organizzare il lavoro dei professionisti – riuniti in team multidisciplinari composti da medici di famiglia, specialisti, infermieri, fisioterapisti, operatori sociali -, su una nuova modalità di rapporto tra territorio e ospedale, sul coinvolgimento dei pazienti nei processi di cura, sulla partecipazione delle comunità nelle scelte della salute.

L'organizzazione multidisciplinare è di fondamentale importanza e deve essere la regola, perché la gestione delle malattie croniche è un'operazione complessa, anche nelle fasi iniziali della malattia. Perché se c'è bisogno che un medico faccia la diagnosi e imponga una terapia, è anche necessario che un infermiere aiuti quel paziente a conoscere e a gestire nel modo migliore la sua condizione e a farlo diventare un "paziente esperto".

A maggior ragione l'organizzazione multidisciplinare è essenziale quando la malattia si complica, quando si manifesta più di una malattia, quando problemi sociali (economici, abitativi, familiari) si aggiungono a quelli di salute, aggravandoli.

Il team multidisciplinare deve garantire il coordinamento e la continuità delle cure. Ciò significa che non deve essere il paziente o la sua famiglia a farsi carico della ricerca di uno specialista, di prenotare una visita prevista dal percorso assistenziale o di risolvere i diversi problemi che insorgono al momento di una dimissione ospedaliera. Tutto ciò deve ricadere nei compiti e nella responsabilità del team. Per questo è necessario che all'interno del team vi siano tutte le figure chiave che sono in grado di affrontare il problema nella

sua complessità, mettendo al centro la salute del paziente.

Accanto ai medici di famiglia, gli infermieri e i fisioterapisti nel team multidisciplinare devono essere presenti gli specialisti dell'ospedale di riferimento e gli assistenti sociali del Comune.

La presenza di specialisti dell'ospedale all'interno del team risponde a due precise esigenze.

La prima è di garantire scelte cliniche di qualità di fronte a casi complessi (evitando così che sia il paziente a dover andare alla ricerca degli specialisti, il più delle volte a pagamento e con esiti talora disastrosi dal punto di vista clinico[4]).

La seconda è quella di coinvolgere l'ospedale nei percorsi assistenziali dei pazienti cronici: lo specialista che opera all'interno del team multidisciplinare riconoscerà quel paziente in caso di ricovero, stabilirà più facilmente un contatto col medico di famiglia, sarà in grado di programmare col resto del team la sua dimissione. L'ospedale inoltre dovrebbe adottare alcuni metodi proattivi tipici della sanità d'iniziativa nei confronti dei pazienti dimessi: informarli su cosa fare al ritorno a casa, sull'uso dei farmaci e degli ausili, sul controllo dei sintomi. Al fine di evitare un nuovo ricovero, gli infermieri dell'ospedale potrebbero – secondo pratiche già positivamente sperimentate – mantenere un contatto telefonico col paziente o con la famiglia per un determinato periodo di tempo.

“People have health problems but diseases are only a partial explanation for their health problems”. Come giustamente scrive la già citata Barbara Starfield, **per molti pazienti le malattie sono solo una parte dei loro problemi di salute**. La povertà, uno sfratto, l'emarginazione sociale, la mancanza di un ascensore o dell'impianto di riscaldamento sono questioni che non possono e non devono essere separate dalla valutazione clinica, come purtroppo avviene. **L'intervento sociale deve essere allineato e sincrono con quello sanitario**. Per questo l'assistente sociale deve essere un componente essenziale del team multidisciplinare per gli interventi di sua competenza e se questo dovesse trovarsi in difficoltà per carenza di risorse (a causa del progressivo impoverimento dei fondi sociali dei Comuni) al tavolo del team si chiami anche la Caritas e i vari gruppi di volontariato che in Toscana non mancano (e che sarebbero più utili qui che a occuparsi del business delle risonanze magnetiche).

La sanità d'iniziativa (*chronic care model*) funziona

Quando nel 2008 la Regione Toscana inserì la sanità d'iniziativa (leggi anche *chronic care model, CCM*) tra le azioni prioritarie del Piano sanitario vi erano sufficienti evidenze della sua efficacia nella gestione delle malattie croniche. A distanza di qualche anno l'applicazione del modello si è diffusa in moltissimi paesi (dalla Germania – *Chronic care model in salsa tedesca* – al Brasile – *Chronic care model in salsa brasiliana*) e queste evidenze si sono

ulteriormente rafforzate[5].

Recentemente c'è da segnalare l'ingresso di altri modelli – che partendo dal CCM e dal rafforzamento delle cure primarie – puntano a realizzare una forte integrazione con gli specialisti ospedalieri come nel caso delle *Accountable care organizations (ACOs)* negli USA e dei *Multispecialty Community Providers (MCPs)* in Inghilterra.

Il CCM è attivo Toscana dal 2010, ma ha cessato ben presto di rappresentare una priorità del sistema (a causa della volubilità politica di chi è al governo). Avrebbe dovuto interessare la totalità della popolazione toscana e avrebbe dovuto essere un modello “esteso”, aperto cioè agli interventi di sanità pubblica e di lotta alle diseguaglianze. Purtroppo non è stato così: il CCM interessa soltanto il 40-45% della popolazione toscana, con enormi variazioni tra Asl e Asl, va avanti (quasi per inerzia) grazie alla volontà e l'impegno di medici di famiglia, infermieri e di qualche dirigente. Eppure anche in questa versione ridotta il CCM ha dimostrato la sua efficacia e anche un alto livello di gradimento da parte degli utenti che hanno avuto la “fortuna” di esserne coinvolti (vedi [La sanità di iniziativa attraverso gli occhi dei pazienti](#)).

È evidente che le cose non possono andare avanti così, anche perché **rendendo un servizio accessibile solo a una parte dei cittadini si allargano le diseguaglianze**. O lo si chiude, dimostrando ancora una volta che la Toscana non è in grado di portare a fondo un progetto, o lo si realizza in pieno come parte di una grande riforma che mette al centro i bisogni dei cittadini e delle comunità.

Basta tagli

La Legge 28/2015 è stata un'arma di distrazione di massa. Fumo negli occhi per coprire l'operazione di tagli del personale e dei servizi a cui stiamo assistendo.

Non passa settimana che non si abbiano notizie di chiusure o riduzioni di servizi, di posti letto chiusi d'estate che non riaprono in autunno, di attività chirurgiche che si spostano da ospedali pubblici a cliniche private.

Il taglio è lineare: riguarda sia strutture periferiche che policlinici come quello di Careggi (Firenze), dove inaspettatamente, alla fine di agosto, **sono state smantellate due strutture di assoluta eccellenza** come la Stroke Unit (reparto di neurologia per l'assistenza di persone affette da ictus) e il reparto di Tossicologia (vedi nota del Prof. Moroni in risorse).

Così mentre i cittadini toscani che hanno bisogno di un intervento chirurgico “programmato” possono attendere anche più di un anno, l'unica cosa che sembra tirare in questa Regione sono i Pronto soccorso, i cui ampliamenti – gigantesco quello recente di Careggi – sono celebrati in pompa magna.

Non vorremmo che il servizio sanitario della Regione Toscana si riducesse a un immenso Pronto soccorso, l'unico settore della sanità verso cui il privato non mostra il minimo interesse.

Risorse

1. Referendum per l'abrogazione della legge 28/2015. [Relazione illustrativa](#) [PDF: 528 Kb]
2. [I danni della chiusura del reparto di Tossicologia a Careggi di F. Moroni](#) [PDF: 275 Kb]

Bibliografia

1. Maciocco G. NHS. [Si cambia, in meglio. Si spera.](#) Saluteinternazionale.info, 03.11. 2014
 2. Chan M. Opening address at the 8th Global Conference on Health Promotion in Helsinki. Finland, 10.06.2013
 3. Geneau R, et Al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. Lancet 2010; 376: 1689–98.
 4. Sterfield. The hidden inequity in health care, International Journal for Equity in Health 2011, 10:15.
 5. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health economics, Policy and Law 2010; 5(01): 71-90.
- Facebook
 - Twitter
 - LinkedIn
 -