La sanità brontosaura di Renzi

Spenti riflettori e telecamere, le idee del Big Bang sulla sanità appaiono vecchie e riciclate

Marco Geddes. Direttore sanitario. Presidio ospedaliero Firenze centro. Azienda Sanitaria di Firenze.

Gavino Maciocco, Dipartimento di Sanità Pubblica. Università di Firenze

Nel supermarket delle idee allestito da Matteo Renzi alla Leopolda di Firenze non mancano alcuni prodotti sanitari. Per trovare [online](#) le idee (sei) sulla sanità bisogna cliccare sul macro-tema arancione dedicato a “Far quadrare i conti per rilanciare la crescita”.

La scelta di collocare i temi della salute nel capitolo della quadratura dei conti rientra nella classica cornice concettuale neo-liberista (vale a dire: “*Tagliare sempre e comunque la spesa sanitaria pubblica*”). Non a caso il suggeritore della parte economica del Big Bang è Luigi Zingales, della scuola economica di Chicago, la stessa che negli anni 80, con Milton Friedman[1], ha elaborato e disseminato in tutto il mondo – committenti Ronald Reagan e Margaret Thatcher – le politiche neo-liberiste che sono all’origine della disuguaglianza crescente dei redditi, che ha generato gli attuali eccessi di debito privato e pubblico[2], causa del disastro globale che stiamo vivendo[3].

Per questo motivo le idee sulla sanità contenute nel catalogo del Big Bang sono ben poco innovative: alcune sono ovvie e scontate (es: “in ospedale solo quando serve veramente”), altre ricopiate in fretta e in furia da altre proposte (es: “costo standard”), altre infine messe lì per fare colpo senza dare soluzioni alternative (es: “abolizione dell’attuale ruolo del medico di medicina generale”).

L’impressione immediata è che manchi una visione complessiva e un senso politico e che si proceda solo sulla base di spot, con l’unico orizzonte contenuto nel titolo del macro-tema: far quadrare i conti.

Ma vediamo nel dettaglio i 6 punti, brevemente commentati

1. **Costi standard, subito. Immediata introduzione di un patto di stabilità interno non derogabile sui parametri dei costi standard. Lo scopo è quello di uniformare la spesa sanitaria nelle diverse realtà locali.**

Lo strumento per uniformare la spesa sanitaria nelle diverse realtà locali esiste dal 1992, quando con la legge 502 fu introdotto il finanziamento delle ASL attraverso la quota capitolaria (ovvero un tot predeterminato di risorse per abitante). Se diverse Regioni sono gravate dai debiti e non raggiungono il pareggio di bilancio non è dovuto alla mancanza di parametri di riferimento, che non sono però i costi standard (inutilmente propagandati dalla Lega), ma appunto la quota capitolaria (vedi post [Costo standard in sanità: tanto rumore per nulla?](#)).

In termini generali (nazionali) il nostro sistema sanitario registra un livello di spesa assai contenuto rispetto non solo agli USA, ma anche alla gran parte dei paesi dell’Europa occidentale (vedi [grafico](#)).

2. **Il medico di base va completamente ridefinito. Completa riorganizzazione della medicina sul territorio: radicale cambiamento del ruolo della medicina di base. Abolizione dell’attuale ruolo del medico di medicina generale. Creazione di ambulatori polispecialistici sul territorio. Consorzio dei medici di medicina generale.**

L’abolizione del ruolo di primo livello d’intervento e di filtro della medicina di base e la creazione di ambulatori polispecialistici sul territorio ci riporta nientemeno che al modello Semashko di staliniana memoria. In Unione Sovietica e paesi satelliti vigeva infatti un sistema sanitario che non prevedeva la presenza di medici generalisti di famiglia e si fondava sui “policlinici”, ovvero su ambulatori specialistici territoriali a cui si rivolgeva la popolazione per qualsiasi esigenza. Poi si aggiunge, en passant, “Consorzio dei medici di medicina generale”. Poiché nel Big Bang niente è lasciato al caso, il termine Consorzio deve far riflettere. Si potevano usare altre voci assai più consuete come “Gruppi”, “Associazioni”,

“Cooperative”. Si usa il termine Consorzio, che è quello introdotto nella riforma Cameron, tesa a privatizzare l'intero sistema sanitario inglese (vedi il post [La fine del sistema sanitario inglese](#)).

- 3. *In ospedale solo quando serve veramente.* Far lavorare in rete gli ospedali per le terapie d'urgenza, ad alto costo, tecnologicamente sofisticati. Ciascuno caratterizzato da una propria peculiarità. Razionalizzazione dei servizi. Occorre riservare l'ospedalizzazione dei pazienti solo nei casi in cui effettivamente sia necessaria.**

La proposta di evitare i ricoveri inutili è tanto condivisibile, quanto ovvia. Ma per realizzare questo obiettivo non è sufficiente declamarlo: è necessario potenziare i servizi “a monte” dell'ospedale, cioè i servizi territoriali, a partire dalle attività associate dei medici di famiglia, dotate dei necessari supporti infermieristici e diagnostici e delle indispensabili infrastrutture edilizie (vedi “case della salute”) atte ad accoglierle. Giusto il concetto di “rete” per gli ospedali, ma questo deve valere anche per i livelli “di base” – pediatria, punti nascita, specialità chirurgiche.

- 4. *Chiudere ospedali con meno di 100 letti e quelli senza anestesia e rianimazione.* Chiudere tutti gli ospedali con meno di 100 posti letto e che non abbiano un servizio di anestesia e rianimazione aperto 24 ore su 24. Questi dovrebbero essere ospedali per pazienti cronici a lunga degenza a bassa intensità di cure ma a basso costo. Dovrebbero essere di supporto agli Ospedali ad alta complessità e alto costo, i quali dovrebbero esclusivamente gestire la fase acuta e poi inviare a strutture con costi ridotti. Ne consegue anche la necessità di un'assistenza domiciliare efficace e ben coordinata. Nei grandi ospedali bisogna cancellare i doppioni, la moltiplicazione dei reparti ad alto costo e ad alta tecnologia creati solo per moltiplicare i ruoli direttivi.**

La questione della chiusura dei “piccoli ospedali” è presente nel dibattito politico e nella normativa nazionale fin dagli anni '90, motivata soprattutto dalla necessità di raggiungere – in presidi ospedalieri di dimensioni adeguate – volumi di attività che consentano di offrire ai cittadini un servizio qualitativamente affidabile. La chiusura dei “piccoli ospedali” rappresenta una buona opportunità per rafforzare i servizi territoriali (con la trasformazione in “case della salute” o in strutture per “cure intermedie”), offrendo con ciò alla comunità locale un giusto “risarcimento”.

- 5. *Diagnosi e terapie con percorsi “regionali”.* Creazione di percorsi diagnostici terapeutici su base regionale. Lo scopo è stabilire procedure e comportamenti comuni rispetto ad una data patologia e in parallelo gestire e organizzare l'offerta delle diverse prestazioni sanitarie.**

L'idea è vecchiotta. Da anni Ministero della Salute, Regioni, ASL producono in grande quantità linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici con esiti alterni. Le linee guida sono per definizione “raccomandazioni” e non hanno valore vincolante nei confronti dei medici (com'è giusto che sia). Non basta scriverle per indurre comportamenti virtuosi: bisogna confrontarsi, ricercare il consenso, svolgere attività di formazione e di audit. L'operazione non è semplice. E poi c'è un problema che richiede questo sì un'idea brillante per risolverlo: come contrastare il conflitto d'interessi (farmaceutici) in cui è invischiata una parte dei medici e che impedisce loro di applicare serenamente le linee guida.

- 6. *Stop alle esternalizzazioni facili e costose.* Esternalizzare, ma non pagare di più. In via generale le esternalizzazioni aziendali servono sia per assicurare un servizio migliore rispetto a quello interno, sia per ridurre i relativi costi. Succede in sanità che l'esternalizzazione dei servizi troppo spesso si traduce non in un risparmio ma in un incremento dei costi, tanto che costa di più l'infermiera esternalizzata dell'infermiera interna. Allo stesso modo troppo spesso i beni e servizi acquistati dalle aziende sanitarie, hanno prezzi medi addirittura superiori a quelli di mercato, mentre sarebbe del tutto ovvio pensare che, dato l'ammontare delle quantità acquistate, si possano ottenere prezzi più bassi. Inoltre l'esternalizzazione è troppo spesso gravata da attività professionalmente scadente. Occorre in questo strutturare e controllare l'iter formativo individuale.**

L'*outsourcing* è considerata una forma strisciante di privatizzazione dei servizi sanitari pubblici, specie se applicata ai servizi “core”, come l'assistenza infermieristica. È incoraggiante notare che lo stesso Big Bang ne denunci il fallimento in termini di efficienza e qualità.

Alla caccia di nuove idee

Una premessa di carattere generale è d'obbligo. I "Chicago boys" hanno da sempre avuto più a cuore gli interessi delle grandi compagnie multinazionali – del farmaco, del tabacco, del cibo – che quelli della salute delle popolazioni. **L'ideologia neo-liberista è incapace di (ed è avversa a) considerare la salute come un diritto e una risorsa.** Per questo le sue ricette sono sempre lontane dagli interessi di salute delle persone e – paradossalmente – spesso portano a un'incontrollata crescita della spesa sanitaria, come è successo negli USA.

Oggi i principali problemi che il servizio sanitario nazionale deve affrontare sono: l'esplosione delle malattie croniche, il dilatarsi delle diseguaglianze nella salute (in linea con la terribile espansione delle diseguaglianze socio-economiche), le sempre minore disponibilità di risorse finanziarie. **Suggeriamo quindi a Renzi di prendere nota delle idee, le vere idee nuove, utili per la salute delle persone, non nostre ma della comunità scientifica internazionale, che i suoi ghost writers sembrano ignorare.**

1. **La prevenzione.**

È stato dimostrato che con una dieta sana, una regolare attività fisica ed evitando l'uso del tabacco potrebbero essere evitati fino all'80% delle malattie coronariche, il 90% dei casi di diabete di tipo 2, e il 40% dei casi di tumori. Gli effetti degli stili di vita sullo stato di salute della popolazione sono tanto straordinari quanto inequivoci, a dimostrazione del fatto che nel destino di salute delle persone contano molto di più i comportamenti dei singoli che le influenze del patrimonio genetico. Ma ritenere che l'aderenza a un determinato stile di vita (e di conseguenza la probabilità di contrarre una determinata patologia) sia nient'altro che il frutto della libera e consapevole scelta dell'individuo è la banale semplificazione di un problema molto complesso. A testimoniare la complessità della questione sta la constatazione che i comportamenti nocivi per la salute si concentrano nelle fasce meno favorite della popolazione e che – come abbiamo già notato – queste fasce sono le più colpite da malattie croniche. Non è semplice promuovere stili di vita salutari e ancor più difficile cercare di modificare i comportamenti francamente insalubri. Infatti, agli elementi soggettivi che inducono le persone a seguire stili di vita insalubri (condizioni di stress cronico, comportamenti compensativi, etc) si aggiungono i fattori di mercato che condizionano le scelte delle persone: la pubblicità, la moda e anche banali e spesso decisivi calcoli economici (es: i cibi ad alto contenuto calorico e a basso contenuto nutritivo sono in generale a più basso prezzo). **L'obiettivo è quello di "aiutare le persone a fare le scelte giuste per la loro salute" e quindi ridurre il numero delle persone che si ammalano.** La strategia è quella della "salute in tutte le politiche" (urbanistiche e ambientali, del welfare, della viabilità e del trasporto, del commercio e della grande distribuzione, della scuola, della cultura e dello sport, etc).

2. **Il potenziamento delle cure primarie e la sanità d'iniziativa.**

Dall'OMS in giù tutti concordano che **per affrontare l'epidemia delle malattie croniche devono essere potenziate le cure primarie e i servizi territoriali.** La medicina generale è la chiave di volta di questo potenziamento e il suo ruolo (primo livello d'intervento e filtro) va rafforzato e non certo abolito. Il rafforzamento del ruolo dei medici di famiglia passa per lo sviluppo dell'attività associata e dei team multidisciplinari (con la determinante presenza degli infermieri), per la creazione di infrastrutture edilizie tipo "Case della salute", e per l'adesione a un modello d'intervento noto come "sanità d'iniziativa", il cui paradigma è quello che meglio si adatta alla gestione delle malattie croniche, perchè i suoi attributi sono:

- La valutazione dei bisogni della comunità e l'attenzione ai determinanti della salute (anche quelli cosiddetti "distali", ovvero quelli socio-economici, che sono alla base delle crescenti diseguaglianze nella salute, anche sul versante dell'utilizzazione e qualità dei servizi, nei portatori di malattie croniche).
- La propensione agli interventi di prevenzione, all'utilizzo di sistemi informativi e alla costruzione di database, alle attività programmate e agli interventi proattivi (es: costruzione di registri di patologia, stratificazione del rischio, richiamo programmato dei pazienti, etc).
- Il coinvolgimento e la motivazione degli utenti, l'attività di *counselling* individuale e di gruppo, l'interazione con le risorse della comunità (associazioni di volontariato, gruppi di autoaiuto, etc.).

Per approfondimenti vedi numerosi post pubblicati nelle sezioni "[Cure primarie](#)" e "[Malattie croniche](#)".

3. **L'equità nella salute.**

Il tema è così ampiamente trattato in questo [sito web](#) da non necessitare di una particolare riflessione al fine di sottolinearne la rilevanza, **per una proposta politica che abbia "qualche cosa di sinistra"**. Il richiamo ci sembra tuttavia ancor più necessario in una situazione di crisi economica e sociale e di

riduzione del reddito e dei risparmi familiari, che di fatto erode l'universalità di accesso al Servizio sanitario nazionale, rendendo più difficile il ricorso al privato "out of pocket" con cui larga parte della popolazione controbilancia le difficoltà di accesso dovute alle lunghe liste di attesa o a carenze di offerta. Proposta: una "Delivery Unit", sul modello anglosassone – come suggerito in termini generali nella Proposta 32 del Big Bang – finalizzata a valutare e monitorare politiche di contrasto delle disuguaglianze, come sperimentato in altri paesi[4].

4. **La responsabilità e l'appropriatezza.**

Nessuno vorrebbe mai pronunciare il termine "**razionamento**" applicato all'assistenza sanitaria, ma in una situazione come quella che stiamo vivendo – di riduzione effettiva delle risorse disponibili a fronte di una crescente domanda di servizi – l'unica strada per evitare che vengano ridotti i livelli essenziali d'assistenza (o che la qualità dei servizi offerti si deteriori pericolosamente) è quella della responsabilità e dell'appropriatezza. Il richiamo a questi due fondamentali principi riguarda tutti.

- Riguarda in primo luogo **politici e amministratori** a cui è richiesta competenza, austerità e rigore morale nella gestione della cosa pubblica, nella lotta agli sprechi, nel perseguimento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'equità.
- Riguarda il **mondo accademico, della scienza e della ricerca** a cui si chiede responsabilità e discernimento nel proporre soluzioni enormemente costose per ottenere minimi benefici clinici.
- Riguarda il **mondo medico – nelle sue molteplici articolazioni**: ordini professionali, società scientifiche, organizzazioni sindacali, medici specialisti, medici di famiglia – per il quale l'appropriatezza prescrittiva, basata sui principi del costo-efficacia e/o dell'efficacia clinica, non è ormai più solo un requisito tecnico-professionale, ma anche un dovere etico, un imperativo deontologico.
- Riguarda infine **tutti i cittadini** che devono imparare a considerare il servizio sanitario regionale un bene prezioso della comunità da usare con parsimonia e responsabilità.

Infine un'idea "**digitalizzare la sanità**", ripresa dalla Proposta 61 del Big Bang "*E&Open Government*– Un piano nazionale per digitalizzare i servizi pubblici e ridurre la burocrazia. Adottare un piano complessivo per digitalizzare i servizi pubblici e gestire meglio il welfare, l'educazione, la giustizia, la sanità, i trasporti, la sicurezza." Una proposta con obiettivi precisi, per non essere veicolo di un ovvio progredire dell'informatica (da un lato) o un progetto di finanziamento indifferenziato del settore e dei produttori (dall'altro), che dovrebbe:

- **facilitare i rapporti tra il paziente e i suoi curanti**: accesso a tutti i risultati delle proprie analisi di laboratorio e di diagnostica per immagini, prenotazione visite, richiesta di ripetizione di ricette (e spedizione online della ricetta presso la farmacia più vicina), possibilità di contatti via e-mail (o in video conferenza) col proprio medico, i farmacisti, tutti i componenti del team assistenziale.
- **Facilitare i rapporti tra strutture sanitarie**: connessione informatica in rete per trasmissione di referti (firma digitale) e trasferimento di immagini radiologiche e elettrocardiografia. Priorità di connessione delle strutture territoriali verso le strutture ospedaliere.
- **Aumentare la sicurezza del paziente** ospedalizzato con identificazione elettronica (bracciale). Obiettivo perseguito in altre nazioni, che hanno ormai circa il 100% di pazienti identificati, e su cui vi è ormai una ampia letteratura[5].

Bibliografia

1. Naomi Klein. Shock economy. Rizzoli editore, 2007
2. Vedi [intervista a Guido Rossi](#). Corriere della Sera, 2.11.2011.
3. Massimo Mucchetti. [Quell' Abisso fra Ricchi e Poveri che Scatenò la Crisi Globale](#). Recensione convegno Fondazione Cariplo. Corriere.it, 29.10.2011
4. Ilaria Geddes e Marco Geddes. [Marmot Review Rapporto sulle disuguaglianze di salute in Inghilterra](#). Saluteinternazionale.info, 25.10.2010
5. DOSSIER n. 135/2006. [Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7](#). Agenzia sanitaria e sociale regionale, 7.09.2010