

#BuongiornoLivorno su sanità

Da pochi giorni è avvenuto il commissariamento delle ASL previsto dalla riforma di Rossi, approvato in consiglio regionale senza reale dibattito e partecipazione degli operatori e dei cittadini.

Gli amministratori regionali parlano da anni degli interventi necessari per rafforzare la prevenzione e la medicina d'iniziativa, portata avanti soprattutto dai medici di base, ma, mentre in quest'ottica abbiamo visto diminuire gli operatori e i posti letto nei presidi, gli interventi promessi per il potenziamento della medicina territoriale non sono stati realizzati. La riforma, accorpendo le ASL in macro aziende gestite verticalmente, va nella direzione contraria. Accomunando esigenze e dati statistici, l'azienda interverrà sulle aree vaste, senza tener conto delle particolari caratteristiche dei diversi territori. In questo modo si dimostra in netto contrasto con la legge 833 del 1978, che ribadisce l'universalità dell'assistenza, basata su "la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità".

Ricordiamo che l'aziendalizzazione e i DRG ovvero i Raggruppamenti omogenei di diagnosi (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1349&area=ricoveriOsped alieri&menu=vuoto#tab-1) hanno trasformato la sanità e gli ospedali in aziende che lavorano a comparti. L'ospedale è una realtà multifunzionale, basata sui servizi erogati (suddivisi nei gruppi DRG) agli utenti. L'intensità di cura fissa statisticamente i giorni di degenza, scavalcando spesso anche il parere specialistico, e riduce i posti letto in base a calcoli di rendimento aziendale.

Il commissariamento apre la fase di transizione, dove l'organizzazione delle asl subirà cambiamenti profondi e non ancora ben delineati, che porteranno ad un riassetto destinato a durare anni.

In un quadro regionale così articolato esprimiamo forte preoccupazione per la situazione che verrà a crearsi in particolare nella nostra città, dove le criticità, vecchie e nuove, stanno cristallizzandosi da tempo.

Infatti registriamo, alti livelli di disagio sociale (disoccupazione, bassa istruzione e emergenza abitativa) che incidono sulla salute psicofisica dei cittadini e, contemporaneamente, sullo status sociale. Un altro dato che caratterizza la popolazione assistita dalla attuale ASL 6 è l'età media elevata*. A causa dello spostamento dei giovani in cerca di lavoro, la provincia raggiunge una crescita demografica non negativa solo grazie ai dati relativi all'immigrazione, peraltro bassi a confronto con le altre province toscane. L'esigenza, data dalle caratteristiche della popolazione, risiede quindi soprattutto in area socio-sanitaria, e coinvolge i servizi di assistenza, la continuità assistenziale, e le prestazioni ambulatoriali.

cit. PIS (piano integrato di salute) 2008: "Come evidenziano i dati, tra gli anziani della zona livornese si alza semmai il rischio di povertà e, ancor più quello di solitudine e isolamento. Prevalgono in sostanza (specialmente nel contesto urbano del Comune maggiore) quelle forme di fragilità che richiedono di spostare l'attenzione (e l'investimento) dalla cura all'assistenza, e comunque su forme di sostegno a più bassa intensità assistenziale, meglio orientate a prevenire la perdita dell'autonomia e il ricorso all'istituzionalizzazione, ma anche

funzionali a promuovere la tenuta ed il consolidamento delle reti di vicinato e solidarietà familiare.” pag. 36

Un quadro complessivo che necessita d'interventi urgenti e di scelte politiche responsabili ed efficaci.

Individuiamo di seguito alcune aree d'intervento e delle questioni aperte che secondo noi costituiscono il punto di partenza necessario per un intervento deciso sul territorio.

Argomenti sui quali andiamo a interrogare l'amministrazione e il sindaco, che ricordiamo essere il “responsabile” della salute dei cittadini.

Piano Attuativo Locale. L'ultimo redatto a Livorno risale al 2001. Ciò non è accettabile, specialmente in un contesto dove le amministrazioni hanno sempre meno possibilità di incidere sulle politiche sanitarie, dopo il passaggio della programmazione sanitaria alle regioni la trasformazione delle unità sanitarie in aziende e, a breve, gli accorpamenti di area vasta. Riteniamo necessario che l'amministrazione cittadina contribuisca e stimoli la definizione di un nuovo Piano attuativo locale, che costituisce lo strumento di pianificazione per rendere gli indirizzi sanitari regionali concreti e ancorati al nostro territorio. Essendo il PAL un elaborato dove confluiscono gli interessi di tutte le realtà coinvolte, riteniamo necessaria la partecipazione sì degli operatori professionali, ma soprattutto dei cittadini, principali fruitori dei servizi e da troppo tempo esclusi dal dibattito sulle questioni sanitarie.

Presidio ospedaliero: aver impedito la nuova costruzione a Montenero basso, a nostro parere fondamentale per la tutela della salute pubblica dei cittadini livornesi, non è sufficiente. Il presidio di viale Alfieri è stato al centro di alcuni importanti interventi di ristrutturazione, recupero e modernizzazione con nuove costruzioni. Riconosciamo il valore identitario e architettonico della struttura, pur nell'idea che questa abbia bisogno di interventi più significativi. Il tasso di posti letto per abitanti raggiunge a malapena il 2,4, calcolato in base ai dati della relazione sanitaria, mentre la media nazionale è del 3,4; quella regionale del 3,5. La soluzione potrebbe essere a portata di mano, viste le dimensioni del nostro presidio ospedaliero. I tagli previsti dalla spending-review prevedevano l'abbassamento del numero di posti letto per acuti, che deve essere però bilanciato da un aumento dei posti letto seguiti da MGM, personale infermieristico e servizio di guardia. L'ospedale di comunità livornese possiede 21 posti letto per non-acuti. Con una percentuale di 0,13 per mille, Livorno si attesta al di sotto della media toscana (0,15**) di posti letto in ospedale di comunità per mille abitanti, e ben al di sotto della media nazionale di 0,58.

Il secondo padiglione terminato da anni, è al centro di una “querelle” economica poco chiara fra la ditta appaltante e l'Azienda sanitaria, che ne blocca da almeno 2 anni l'utilizzo, bloccando le medicine nel vetusto 5° padiglione che non è oggetto da decenni della pur minima manutenzione ordinaria. Nell'organizzazione delle prestazioni ospedaliere e delle dislocazioni dei reparti, intende l'amministrazione farsi carico del dato troppo basso di posti letto a disposizione della cittadinanza?

La zona dove sorge il presidio, oltre ad essere favorevolmente posizionata rispetto alle arterie cittadine, gode della prossimità di alcune zone particolarmente versatili e sulle quali è possibile agire con progetti ponderati che armonizzino le esigenze della popolazione e quelle del presidio. Pensando agli ex-magazzini Pirelli, all'area del Gymnasium, all'ospedale militare in dismissione, ci chiediamo se i lavori di approfondimento e i necessari sondaggi

sono stati avviati dall'amministrazione comunale, per poter tener conto di queste possibilità in sede di Piano Strutturale. □Qualsiasi discussione su quello che dovrà essere il nuovo Piano Regolatore Generale non può prescindere da un'attenta valutazione sulle aree da destinare al comparto sanitario, dalle scelte urbanistiche che contribuiranno a migliorare l'accessibilità ai presidi.

□Distretti territoriali. Anche il bilancio può essere la sede dove si costruiscono alternative alla odierna insufficienza di distretti territoriali. Livorno, con oltre 160.000 assistiti, consta oggi di soli tre distretti sul territorio (di cui uno funzionante in deroga alle norme di sicurezza), più il CSS all'interno dell'ospedale, che risulta per i cittadini livornesi meglio conosciuto come il "Poliambulatorio" e viene spacciato come Distretto Centro solo per il fatto di fungere da centro prelievi maggiormente utilizzato dai livornesi. Il piano delle alienazioni allegato al bilancio comunale non prevede modifiche rispetto al passato. Interrogiamo l'amministrazione sulla necessaria disamina dei beni attualmente in alienazione, per riflettere su un piano strutturale di largo respiro, che includa la riflessione sull'accessibilità e la distribuzione delle risorse sanitarie.

Continuità assistenziale: La convergenza sul dato oggettivo delle carenze del Pronto Soccorso non ha ancora portato alla formulazione di possibili soluzioni. I problemi relativi alla continuità assistenziale si aggraveranno ulteriormente con la riforma, che non prevede, ad esempio, la presenza di un medico sulle ambulanze. I tagli alla guardia medica degli ultimi anni congestionano ulteriormente il PS del nostro presidio. Dopo il fallimento delle Società della Salute stiamo attendendo dall'amministrazione delle indicazioni precise su come si vuole incidere sugli Aggregati Funzionali Territoriali e le altre realtà territoriali che, attraverso la diagnostica e la consulenza, possono incidere positivamente sulle lunghissime liste di attesa dell'azienda USL.

RSA

Oggi si è "vecchi" molto più a lungo di un tempo. E lo si è in modo molto diverso da come lo si era un tempo. Sebbene la vecchiaia sia ancora (e inevitabilmente) un fattore di rischio per la salute, l'autosufficienza economica e l'inclusione sociale delle persone, è innegabile come oggi invecchiare sia un processo molto meno passivo di quanto non accadesse fino a poco tempo fa, un processo che pone tanti problemi ma che offre anche molte opportunità.

Bisogna oggi ripensare la vecchiaia a partire dai cambiamenti avvenuti nell'insieme della società, che certo non hanno lasciato immutata la condizione delle persone anziane ma che sono del tutto ignorati dal nostro sistema di welfare.

L'equivoco di cui è vittima oggi la terza età- l'incapacità cioè di vedere negli anziani e nella vecchiaia anche e soprattutto una risorsa- presenta costi sociali altissimi ed è resa quanto mai evidente dal caso delle Residenze Sanitarie Assistenziali, i cosiddetti "ghetti d'oro" il cui boom, in Italia, si deve non a una scelta di politica nazionale per gli anziani ma a un'operazione speculativa collegata a un celebre scandalo degli anni 90, "Italsanità".

Che le RSA non siano la risposta migliore al caso di quelle persone che si trovano a dover affrontare la vecchiaia in condizioni di ridotta autonomia per motivi economici, familiari, abitativi è evidente. Il ricovero è l'inizio di uno sradicamento sociale, effettivo e psicologico che finisce per aggravare la situazione di salute di coloro che si vedono costretti a farvi ricorso e che ha l'unico esito di accelerare i processi involutivi psico-fisici della vecchiaia. La

spersonalizzazione indotta dai ritmi, dalle procedure e dall'organizzazione delle RSA, sommata all'isolamento delle strutture di ricovero rispetto al tessuto urbano e sociale (collocazione condivisa da altre istituzioni totali come i carceri, i centri di accoglienza per disabili, le comunità di recupero per tossicodipendenti o alcolisti e, sempre più frequentemente, gli ospedali) esprime un'idea della vecchiaia "fragile" come condizione rimossa e dell'anziano solo, non autonomo o ammalato come persona non-più-viva ma non-ancora-morta, un ex-cittadino, qualcuno che, giudicato inservibile e di peso per il resto della comunità, vede decadere tutti i suoi diritti prima ancora della fine dei suoi giorni. Ma quante sono le persone rese non autosufficienti da questo approccio sbagliato alla loro condizione di svantaggio? Quanta della loro ridotta autonomia si deve a questo modo sbagliato di "prendersi cura" della loro fragilità?

La rimozione della vecchiaia, poi, non è solo inaccettabile dal punto di vista umano, né presenta problemi etici relativi soltanto alle persone anziane non autosufficienti: ha ricadute negative sull'intero sistema di welfare. Le RSA infatti non sono solo inefficaci e inadeguate, ma anche costosissime. Una cifra oscillante tra il 60% e 80% dei bilanci sociali di molti enti locali, compreso quello del Comune di Livorno, è assorbita dalle RSA.

Studiare un'alternativa alle RSA quindi rappresenta una sfida per chiunque coltivi il progetto di una società più giusta e inclusiva, capace di prendersi cura in via prioritaria dei suoi componenti meno fortunati.

La buona notizia è che gli esempi in questo senso non mancano. Basti guardare alla Svezia, che ha dismesso il modello delle RSA (long term care institutions) nel 1992 (quando da noi invece nascevano). Il modello alternativo è offerto da complessi di miniappartamenti raggruppati dotati di servizi comuni (mensa, biblioteca, lavanderia, palestra, ambulatori, addirittura aule scolastiche e spazi ricreativi) concepiti con la maggior attenzione all'assenza di barriere architettoniche e alla facile transitabilità anche per coloro che devono servirsi di ausili. Ogni ospite è libero di usare in autonomia il proprio appartamento, che è di norma singolo o per una coppia, e può accedere a piacimento agli spazi comuni e alle attività in essi programmate. Strutture di questo tipo sono presenti da anni anche in Francia (logements foyer) e in Gran Bretagna (sheltered housing), dove però ancora convivono con strutture simili alle nostre RSA (Maison de retraite e de soins de long durée nel caso francese e Care and nursing home in quello inglese).

Anche in Toscana esiste un'esperienza alternativa di successo che dal 1979 si sviluppa secondo i criteri adottati in via esclusiva in Svezia all'inizio degli anni '90 e, accanto alle modalità tradizionali, in Francia e Gran Bretagna da almeno 40 anni. È l'esperienza del Centro Sociale di Lastra a Signa, struttura pubblica che da anni funziona a pieno regime, con piena soddisfazione dei suoi ospiti e a costi bassissimi (2466 euro all'anno per residente). Che siano proprio costi così contenuti a renderlo poco appetibile in un settore che ha un volume d'affari molto consistente?

Tenuto conto di quanto esposto: L'Amministrazione intende valorizzare la terza età come risorsa? In che modo, concretamente? L'Amministrazione è favorevole o contraria al superamento delle RSA anche in un'ottica di redistribuzione, al netto degli sprechi, delle risorse destinate al sociale in modo più razionale e rispondente ai bisogni del territorio?

L'Amministrazione coltiva il progetto di reinserire nel tessuto urbano e sociale le strutture di accoglienza per anziani fragili e persone non autosufficienti? L'Amministrazione ritiene che l'area di viale Alfieri possa, in questo senso, avere un interesse? L'Amministrazione pensa che alcune proprietà pubbliche attualmente nei piani di dismissione possano essere

recuperate in quest'ottica di sperimentare nuove forme di residenzialità attiva per anziani soli, ammalati o indigenti?

Lo scarso interesse mostrato nei confronti della Sanità da parte dell'attuale giunta (solo 3 commissioni consiliari in un anno dedicate al tema) e il mancato dibattito sui temi specifici sopracitati (mai sentito Sindaco o assessore parlare, almeno pubblicamente, di Piano Attuativo Locale) ci fa ritenere che questo tema, nonostante l'importanza strategica che ha rivestito in campagna elettorale, non sia stato posto al centro dell'agenda politica della maggioranza. Lo stesso fatto che, al di là delle buone intenzioni, le deleghe alla Sanità siano state accorpate con quelle altrettanto pesanti e impegnative alle Politiche della Casa, al Terzo Settore e al Sociale, ha rappresentato una forte sottovalutazione dell'impegno necessario. Riteniamo quindi che tale ripartizione delle deleghe debba essere rivista affinché la Sanità sia gestita con la massima attenzione e le adeguate competenze.

*La popolazione della zona livornese invecchia di più e più rapidamente di quella complessiva della Toscana. Vedi PIS Livorno 2008, Relazione sanitaria 2014

** Dati del Ministero della salute, ufficio statistica