

INTRODUZIONE

La presentazione degli Atti del convegno vuole rappresentare non solo l'adempimento di un dovere che abbiamo preso verso i relatori e tutti coloro che ci hanno fatto l'onore di essere presenti e partecipi, ma anche l'occasione per mettere ulteriormente a fuoco alcune riflessioni sul tema trattato e cioè il passaggio "dalla sanità alla salute".

Questo passaggio, se non è più uno slogan come qualche anno fa, è tuttavia ancora allo stato embrionale e stenta perciò – per la sua oggettiva complessità ed il pluralismo dei soggetti a vario titolo coinvolti - ad entrare stabilmente nel dibattito politico, nelle analisi dei cultori della materia, nelle convinzioni degli operatori. Ma questa oggettiva difficoltà non deve destare sorpresa, non è un limite, ma è tipica di quei passaggi che hanno come presupposto più una maturazione culturale che l'introduzione di nuovi modelli o assetti organizzativi dei servizi alla persona.

I relatori hanno messo in evidenza – ciascuno dalla propria angolazione e visuale - come oggi sia errato pensare ancora alla "salute" solo in termini di offerta di servizi sanitari, in quanto questi ultimi incidono sullo stato di salute di una popolazione solo per una quota marginale (circa il 20%) mentre assorbono risorse rilevanti dai bilanci di una nazione.

Se questa convinzione è teoricamente condivisibile, non si può sottacere che i fattori esogeni al sistema delle cure (ambiente, stili di vita, regimi e abitudini alimentari, educazione, scuola, formazione professionale, traffico, salubrità delle abitazioni, ecc...) non riescono ancora ad essere adeguata componente del processo di costruzione delle "politiche integrate". Per tradurre questo concetto si può dire che ancora oggi i cittadini "vedono la salute" ma "vivono la malattia".

I fattori sopradetti costituiscono settori governati dagli enti locali che da anni operano nell'angoscia della sproporzione tra i bisogni infiniti dei cittadini e le risorse dei loro bilanci e non hanno quindi la mente libera per progettualità innovative che vadano nel senso delle politiche integrate. Queste politiche richiedono inoltre una forte azione di coordinamento dei soggetti pubblici coinvolti e questo è un altro anello debole della catena istituzionale.

Nella Regione Toscana l'idea di fondo della sperimentazione delle Società della Salute – quale strumento operativo per realizzare il passaggio dalla sanità alla salute – soffre di questa condizione oggettiva degli enti locali (soci di maggioranza in queste Società), oltre alla constatazione che essi non hanno ancora acquisito la cultura dei servizi sanitari (a favore delle aziende sanitarie) ed abbiano attenuato anche in parte quella dei servizi sociali causa l'eccesso di deleghe alle stesse Aziende sanitarie territoriali.

Su questo punto si sono registrate diversità di valutazione e di analisi dei relatori, ma questo ha costituito elemento di ricchezza del convegno come gli atti stanno a testimoniare.

Il convegno ha fatto emergere anche la forte crescita di sensibilità e di attenzione dei cittadini verso i servizi sanitari e sociali e sulla esigenza della costruzione delle politiche integrate cui si accennava in precedenza.

Nell'esprimere soddisfazione per l'esito di questo convegno – e nel confermare l'intendimento di questo gruppo politico di ritornare sul tema al termine della sperimentazione delle Società della Salute – è con piacere che mettiamo a disposizione gli atti per consentirne una lettura più ponderata ed una diffusione non solo tra gli addetti ai lavori e per testimoniare la grande attenzione che riserviamo a temi di così grande rilevanza per i cittadini.

Luca Titoni
Vice presidente Gruppo UDC

RELAZIONE INTRODUTTIVA

di Antonio Sereni - *Esperto e pubblicista sanitario*

Nella sua presentazione del Convegno il Presidente Luca Titoni ha accennato in maniera appropriata – quando si parla di sanità – di quale sanità si intende parlare e cioè se di quella che è scritta nelle leggi, di quella che vivono e percepiscono i cittadini o quella che verrà, intendendo per quest'ultima l'ennesima riforma sanitaria che si profila ad ogni cambio di Governo.

Titoni ha fatto solo un accenno introduttivo, il mio intervento invece descriverà questi tre tipi di sanità, con particolare riferimento alla situazione toscana e ad alcune specificità dell'area pisana.

Prima di parlare di queste “tre sanità” occorre un chiarimento di fondo e cioè cosa si intende per sanità o sistema sanitario di un Paese o di una Regione.

Si è formata nel tempo una consistente convergenza nel definire un sistema sanitario come l'insieme delle conoscenze, delle regole e delle risorse umane, strutturali e tecnologiche dedicate alla tutela e alla promozione della salute.

Questa definizione – formalmente corretta – rischia di essere troppo asettica e limitante se non considera appieno la straordinaria complessità dei fattori reali ma anche immateriali, che determinano e influenzano in modo profondo sanità, salute e loro organizzazione.

Questi fattori sono:

La medicina e le scienze biologiche

Il livello delle conoscenze mediche e biologiche e la loro diffusione sono determinanti nel fissare qualità e livello dei sistemi sanitari e la messa a punto di nuove opportunità di cura influenza la domanda che è uno dei principali fattori di dimensionamento dei sistemi. Riprenderò in seguito questo argomento.

La politica

Definisce le regole generali di funzionamento, quantifica le risorse, fissa il modello del sistema e le sue articolazioni territoriali, definisce i livelli essenziali di assistenza.

L'economia

Stabilisce quali quote di PIL (prodotto interno lordo) la finanza pubblica può riservare alla sanità per mantenere l'equilibrio con gli altri settori di intervento pubblico che reclamano pari dignità.

L'organizzazione aziendale

Le strutture sanitarie sono sempre più costose e complesse, molto più di qualsiasi altra attività produttiva, commerciale ed economica, con tanti "prodotti" come nessun'altra azienda basati sulle tecnologie e con un funzionamento 24 ore su 24. E' perciò necessario più che altrove il rispetto di canoni organizzativi che compendino gli aspetti pubblicitici con quelli privatistici e coniughino l'efficienza con l'efficacia.

Altri fattori reali sono la **tecnologia e l'ingegneria**, **gli stili di vita**, **l'ambiente** e poi ci sono i **fattori immateriali** come la cultura e i sentimenti, l'informazione e la coscienza dei propri diritti e doveri.

Mi vorrei soffermare sulla Medicina e sui Medici e sulle mutazioni del quadro epidemiologico, sue determinanti e ripercussioni.

La medicina e i medici

Pur avendo conosciuto dalla metà del secolo scorso enormi progressi, oggi nei confronti della medicina si registra un diffuso disagio (questo è confermato dal ricorso crescente a terapie non convenzionali).

L'età aurea della medicina registratasi tra il 1940 e il 1970 (e cito il recente studio di James Le Fanu) e gli straordinari successi raggiunti nel giro di pochi decenni (gli antibiotici, gli antitumorali, il cortisone, gli antinfiammatori, la chirurgia a cuore aperto, i trapianti di organo, le endoscopie, le tomografie, etc.) hanno impresso nella mentalità comune l'immagine di una scienza destinata ad un progresso indefinito.

Ma il percorso della medicina moderna, dice Le Fanu, non appare più, ad uno sguardo più attento, come una retta ascendente, bensì come una parabola che una volta raggiunto il culmine si trova ora in una fase discendente.

Si è poi registrata la frammentazione e la parcellizzazione delle conoscenze che ha raggiunto livelli paradossali con specializzazioni e sottospecializzazioni nella sola area della medicina giunte all'iperbolico numero di oltre duecento.

Se la proliferazione di una serie di specialità nasceva a partire dagli anni '50 come risposta allo sviluppo sempre più tumultuoso delle conoscenze scientifiche e delle tecnologie biomediche e quindi nasceva come processo culturalmente positivo (dalla consapevolezza dell'impossibilità da parte del singolo medico a gestire adeguatamente la notevole mole di acquisizioni scientifiche in settori disparati), ora che dallo specialista di organo o di settore si è passati allo specialista della singola malattia (il diabete, l'ipertensione etc.), allo specialista di determinate tecnologie (l'ecografia, l'endoscopia) o addirittura allo specialista di tecnologie applicate ad un solo organo (ecocardiografia, citopatologia del linfonodo), questa tendenza al riduzionismo specialistico si è spinta fino all'esasperazione.

Quando la frammentazione si riflette negativamente, come sta accadendo ora, non solo sulla didattica o sulla allocazione dei fondi pubblici per la ricerca, ma soprattutto sul dimensionamento dell'organizzazione dell'assistenza e sulla stessa pratica clinica, allora

non si può che esprimere un dissenso netto.

Da queste considerazioni emerge la necessità di rilanciare la figura di un professionista della salute – il medico – che percepisca i pericoli della medicina tecnologica, riscopra l'etica della centralità del malato e consideri come primo obiettivo l'umanizzazione delle strutture assistenziali. Occorre sostanzialmente una nuova etica professionale contro lo stress da tecnologia.

Inoltre la Medicina, pur vivendo combattuta tra sfide biotecnologiche, dubbi etici e interrogativi morali, risulta penalizzata dal dover affrontare in prima persona lo scontro tra i bisogni infiniti e le risorse limitate (in genere questo scontro la "politica" cerca di trasferirlo sul medico, quale ordinatore di spesa).

Le mutazioni del quadro epidemiologico, sue determinanti e ripercussioni

Alle grandi epidemie dell'inizio e medio secolo ventesimo (malattie diffuse su vasta scala e clinicamente gravi), che trovavano la loro ragione nelle condizioni di povertà, di denutrizione e di sofferenza provocate alle popolazioni dalla prima e dalla seconda guerra mondiale (meningite, tifo, vaiolo, mortalità infantile, malaria, tbc) si sono sostituite le malattie degenerative a lungo e irreversibile decorso, le malattie psicomatichhe, le malattie del sistema circolatorio, le malattie professionali e l'infortunistica, che traggono la loro origine in fattori specifici legati alle condizioni generali di vita, dell'ambiente e di lavoro. Ciò comporta che buona parte dell'azione per proteggere la salute dovrà essere compiuta al di fuori del sistema sanitario.

Riprendendo la disamina di questi fattori si può concludere che essi hanno delle influenze enormi sul governo dei sistemi sanitari e sulla loro dinamica, perché se ci concentriamo solo sugli aspetti sanitari in senso stretto (strutture, personale, tecnologie) e si trascurano gli altri, si rischia di produrre uno sforzo enorme con risultati certamente positivi ma tutto sommato modesti.

Inoltre la rincorsa al solo sviluppo sanitario porta a livelli di spesa che ormai raggiungono soglie difficilmente superabili e sostenibili e rischia di tutelare gli interessi della sanità (e di chi ne trae guadagno), ma non quelli della salute.

Questo convegno centra quindi una problematica che in questi ultimi anni è sempre più spesso sul tavolo dei governi dei principali paesi industrializzati e a benessere diffuso. Sostanzialmente i servizi sanitari contribuiscono sempre meno allo stato di salute della popolazione, mentre assorbono risorse sempre più crescenti.

Una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori che incidono sullo stato di salute di una popolazione mi porta a dire che:

- le condizioni dell'ambiente fisico, incidono per il 20%;
- l'eredità genetica, incide per il 15%;

- i determinanti socio-economici e culturali (comportamenti individuali e/o di gruppo che vengono assunti negli ambienti di vita e di lavoro e che costituiscono la parte più rilevante e quella più suscettibile di modifiche) incidono per il 45%;
- il sistema delle cure, ovvero l'efficacia e l'efficienza della organizzazione dei servizi sanitari, incide per il 20%, mentre assorbe da solo oltre l'80% delle risorse disponibili.

Siamo quindi in presenza di un palese conflitto tra gli interessi della sanità (sempre più tutelati) e gli interessi della salute (poco indagati e meno tutelati).

Ormai la sanità gioca un ruolo sempre più quantitativo (più strutture, più servizi, più risorse), mentre gli altri fattori extrasanitari (quelli che agiscono maggiormente sulla salute) stentano ad ottenere una inversione di tendenza nelle politiche pubbliche e, di conseguenza, un riequilibrio delle risorse.

Il tutto è poi complicato da eredità storiche: la sanità è sempre più scientificizzata ed oggettivabile, è strutturata e rappresentata da organizzazioni imponenti e complesse (Ospedali, Università, Aziende sanitarie, medici e professionisti sanitari, produttori di materiali, medicinali e tecnologie, strumentazioni cliniche e diagnostiche); la salute si fonda più su aspettative e mutamenti comportamentali, sull'abbattimento del degrado ambientale, e sul recupero di cultura, difficilmente del tutto traducibili – almeno in questa fase – in organizzazioni.

Il comparto sanitario vive anche uno scenario di domanda sanitaria diverso da quello dominante pochi anni fa. Se per i fattori esogeni può fare poco (o niente), deve allora impiegare le risorse migliori per il proprio cambiamento interno.

Occorre in modo particolare un diverso approccio alla quantificazione, interpretazione e valutazione dei bisogni sanitari facendo appello alla ricerca epidemiologica che accanto agli indicatori di patologia è venuta sviluppando anche una serie di indicatori di bisogno (e qui credo che il Presidente dell'Agenzia Regionale di Sanità ci possa dire qualcosa).

Altro fattore interno è la ricerca della efficienza organizzativa delle strutture che tocca le funzioni, i processi ed i risultati.

Il riconoscimento acritico della spesa sanitaria con il metodo a piè di lista e i sistematici ripiani dei disavanzi delle Aziende sanitarie di tanti decenni, non hanno favorito la maturazione di una cultura degli operatori e la cultura è la matrice di tutto.

La sanità toscana non sfugge a queste considerazioni. A difesa della soddisfazione dei diritti sanitari dei cittadini toscani (si usano questi termini per non confonderli con il termine "salute" che, per le considerazioni sopra illustrate, ha valenza maggiore) vi è un imponente schieramento (esercito) rappresentato da:

- 12 Aziende Usl;
- 42 Zone socio-sanitarie con relative strutture ambulatoriali e specialistiche;
- 3200 Medici di medicina generale;
- 400 Pediatri di libera scelta;

- 220 Strutture residenziali per anziani con problemi di autosufficienza di cui 140 private Convenzionate e 80 pubbliche con 8.500 posti letto;
- 120 Strutture residenziali per problemi di salute mentale con 820 posti letto;
- 60 Strutture semiresidenziali per la salute mentale con 780 posti letto;
- 54 Presidi ospedalieri pubblici, con 14.000 posti letto;
- 29 Presidi ospedalieri privati convenzionati, con 3.500 posti letto;
- 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie;
- 4 Istituti a carattere scientifico.

Questo “esercito” produce ogni anno **700.000 ricoveri** di cui

- 530.000 ricovero ordinario;
- 190.000 in day hospital;
- 9.000 in riabilitazione;
- 2.500 in lungodegenza.

I ricoveri di cittadini toscani in presidi di altre Regioni sono circa 38.000 (in prevalenza al Nord), mentre sono 75.000 i ricoveri da altre Regioni (in prevalenza dal Sud).

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono circa 45.000.000 di cui 30.000.000 esami di laboratorio (circa 80.000 al giorno), mentre 15.000.000 sono gli altri esami diagnostici e le visite specialistiche.

Gli operatori del s.s.r. sono circa 51.000 di cui 38.000 del ruolo sanitario.

La spesa complessiva del s.s.r. è di circa 6 miliardi di euro.

I Bilanci al 31 Dicembre 2004 delle Aziende UsI e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie si sono chiusi con una perdita di 303 milioni di euro (a questa perdita hanno concorso anche l'Asl 5 di Pisa con 18.703.000 e l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana con Euro 20.528.000).

Dopo questa introduzione entro nei temi specifici.

La sanità scritta nelle leggi: il “caso” della Toscana

Negli ultimi 10 anni nella Regione Toscana abbiamo assistito a cinque leggi sull'ordinamento sanitario regionale, delle quali solo due derivavano dall'attuazione di normative nazionali.

Caratteri dell'ordinamento sanitario regionale

Questi sono i tratti salienti dell'organizzazione sanitaria regionale che si “leggono” nella legge ordinamentale (n. 40/2005).

Il sistema della programmazione

Dalla programmazione tipicamente ospedaliera degli anni '70 e '80, si è passati alla programmazione sanitaria degli anni '80/2000', ad una programmazione orientata alla salute a partire dal Piano sanitario 2002/2004 e proseguita nell'ultimo Piano sanitario 2005/2009, che conferma le indicazioni programmatiche dei Piani precedenti ed introduce, come caratteristica differenziata, 12 Progetti speciali che di fatto costituiscono la committenza alle Aziende sanitarie.

I 12 Progetti speciali del Psr. 2005/2009

La presentazione di progetti speciali in un Piano è la testimonianza che la politica sanitaria regionale su questi specifici settori non è stata adeguata. Tra questi progetti meritano attenzione:

A) il miglioramento del sistema di emergenza - urgenza intra ed extraospedaliera che prevede:

- la rimodulazione del sistema di accesso ai pronti soccorso-ospedalieri;
- la diversa localizzazione delle basse priorità (codici bianchi e verdi) per farle confluire nel circuito delle cure primarie.

B) le Unità di cure primarie

dovrebbero costituire un nuovo modello organizzativo territoriale, un punto di integrazione tra il sistema della medicina convenzionata (MMG - PLS - G.M - specialistica convenzionata) e il sistema aziendale con l'obiettivo di:

- stornare l'utilizzo inappropriato dei P.S. ospedalieri;
- soddisfare la domanda già al primo livello di accesso con risposta diagnostica e specialistica in loco.

Questo modello è in fase sperimentale in diverse Asl, ma vi sono valutazioni di un certo peso che non condividono la scelta:

- Spersonalizzazione del rapporto medico-paziente non barattabile con un gruppo di medici a orario prolungato;
- l'eccesso di adesione a protocolli induce a spersonalizzare la terapia;
- i Medici della continuità assistenziale non hanno una posizione qualificante e paritaria all'interno dell' U.C.P. (qualcuno ha detto che fanno la parte dei garzoni di bottega);
- la speranza di riduzione dell'affollamento ai pronti soccorso ospedalieri è del tutto infondata. Non si comprende come gli utenti, attratti da un servizio che offre tecnologie e ampi spettri diagnostici, possano rinunciarvi per farsi visitare da medici con strumentazione minimale.

C) il contenimento delle liste di attesa

Credo non sia il caso di spender tante parole in merito, ma il solo fatto che esse esistono

testimonia che il sistema ha delle strozzature e che nessun strumento messo in piedi sinora è riuscito a contenerle adeguatamente (ad es. la libera professione intramoenia dei medici del S.S. r. – allargata o ristretta che sia – ha prodotto una sola cosa certa e cioè notevoli spese di investimento edilizio per la creazione delle strutture interne ai presidi ospedalieri ed ha generato la convinzione nei cittadini dell'esistenza di un **doppio binario di sanità**: rapido per chi è in condizioni di pagare, maledettamente lento per chi non può.

Quello che il Piano non dice e non sviluppa

Il Piano non produce niente di significativo sulla questione fondamentale del potenziamento dei presidi ospedalieri delle Aziende Usl in quanto non coglie l'occasione, nel momento in cui sono state instaurate le relazioni di sistema tra servizio sanitario regionale ed Università, attraverso i Protocolli di intesa, di dare una direttiva alle strutture di coordinamento dell'Area Vasta per allestire una operazione di potenziamento di questi presidi attraverso la graduale riduzione nei presidi ospedalieri delle Aziende Ospedaliero-Universitarie delle funzioni di base e della bassa specialità.

Questa scelta avrebbe un duplice effetto: contenere i costi della mobilità passiva che costituisce un macigno per i bilanci delle Asl territoriali e consentire alle AOU di curare meglio il sistema delle eccellenze. La perdita del valore economico per le AOU potrebbe essere coperta con una remunerazione più elevata dei Drg.

Altra questione non adeguatamente sviluppata è quella dell'integrazione tra la salute e l'ambiente e le relazioni tra ARPAT e strutture del servizio sanitario regionale, con particolare riferimento al Dipartimento della prevenzione.

Mentre nel Piano regionale di azione ambientale appare un preciso richiamo alla necessità di dialogo tra i due settori, altrettanto non si ritrova nel P.s.r. con la conseguenza che la definizione delle aree ad alto rischio ambientale contenuta in quel Piano rischia di non essere recepita e considerata quando all'interno dei Piani Integrati di salute si vanno a costruire profili epidemiologici territoriali.

Questo legame risulta molto fragile anche per la larga incomunicabilità tra gli operatori e tra i sistemi informativi-conoscitivi e se non si integrano le informazioni non si integrano le azioni.

L'articolazione della programmazione

La programmazione è articolata a livello aziendale attraverso i Piani attuativi locali delle aziende sanitarie territoriali e i Piani attuativi ospedalieri delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

A livello territoriale abbiamo i Piani di Zona e nelle zone dove è in corso la sperimentazione della Società della salute vi sono i Piani Integrati di salute che inglobano quelli di zona.

A livello di Area Vasta lo strumento di programmazione è stato individuato nelle concertazioni di Area Vasta che assumono valore giuridico di strumenti della programmazione e vengono approvati dal Consiglio regionale alla stessa stregua dei Piani sanitari.

Il Governo clinico - Funzioni e strutture

Il “governo clinico” è inteso come il complesso delle attività e delle strutture finalizzate a promuovere a livello aziendale, di Area Vasta e regionale, l’ottimizzazione delle risorse, la qualità dei servizi e delle prestazioni, l’appropriatezza dei percorsi assistenziali e lo sviluppo delle reti di eccellenza.

A livello regionale è stata istituita l’Organizzazione Toscana Trapianti e l’Istituto Toscano Tumori; a livello aziendale sono costituiti i Consigli dei sanitari, i Consigli di Direzione e i Collegi di Direzione di Area Vasta.

Questa organizzazione si fonda sul coinvolgimento dei medici professionisti, anche se appare eccessiva la loro funzione di rappresentatività rispetto alla valenza professionale. Personalmente ritengo che nell’era della salute tecnologica e dei modelli gestionali e aziendalistici, ai camici bianchi si richiedono nuovi compiti e nuove responsabilità, coinvolgendoli di più nell’allocazione delle risorse. Sostanzialmente medici “economisti”, ma secondo scienza e coscienza.

Organizzazione dipartimentale

Oltre al Dipartimento della Prevenzione delle Aziende sanitarie, articolato in Settori, Aree funzionali e Unità funzionali, è stata costituita in Toscana l’Agenzia Regionale di Protezione Ambientale (ARPAT), mentre nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie sono stati istituiti come articolazione organizzativa i Dipartimenti assistenziali integrati (DAI).

Le prestazioni del servizio sanitario regionale

Vengono assicurate dalle strutture pubbliche facenti capo alle Aziende sanitarie, oltre al convenzionamento delle strutture private che hanno ottenuto l’accreditamento. Ma di questo aspetto parlerà in seguito il Dott. De Scalzi, Presidente regionale dell’Aiop.

Le prestazioni dei produttori privati

La legge regionale:

- ripropone pari dignità tra i soggetti pubblici ed i soggetti privati;
- riconferma un tavolo di concertazione a livello regionale tra Regione, Asl e Associazioni dei produttori.

Ma dice anche che le istituzioni private ed i professionisti sono ammessi ad operare nel s.s.r. a carico delle risorse regionali disponibili solo previa contrattazione con il titolare pubblico della programmazione locale (cioè le Asl).

Con questa premessa siamo ben lontani dalle convinzioni espresse anche recentemente dalle Associazioni datoriali di categoria, di un sistema pubblico a gestione mista, pubblica e privata, che sia in grado di:

- valorizzare al meglio le strutture e le risorse esistenti;
- che sviluppi un sistema di terzietà effettivo nei finanziamenti e nei controlli di qualità.

Che vi sia un'applicazione differenziata è confermato dal fatto che una Asl ha recentemente assegnato per la contrattazione 2006/2007 alle Case di cura accreditate AIOP automaticamente l'80% del tetto previsto netto aggiuntivo del 2004 rivalutato del 2% per le prestazioni rese in favore dei cittadini residenti nella Regione Toscana, mentre il restante 20% è stato assegnato sulla base di contrattazione privata competitiva (una vera e propria gara d'appalto).

Organismi di consulenza, di studio e di supporto tecnico-amministrativo

Questi organismi sono:

- l'Agenzia regionale di sanità, che è un ente strumentale e funzionale della Regione Toscana e funge da supporto e consulenza tecnico-scientifica al Consiglio regionale ed alla Giunta regionale.

Con recente legge regionale sono state apportate modifiche significative alla organizzazione prevista nella legge istitutiva del 1998, oltre ad alcune limitazioni circa le attività da svolgere.

- il Consiglio sanitario regionale, presieduto dall'Assessore regionale al diritto alla salute, che è un organismo tecnico consultivo in materia di organizzazione e programmazione sanitaria;

- la Commissione regionale di bioetica, organismo tecnico scientifico multidisciplinare;

Mentre quelli sopra sono organismi di consulenza e studio, con la legge regionale 40/2005 sono stati costituiti gli Estav, Enti di supporto tecnico-amministrativo di Area Vasta.

Sono Enti regionali di diritto pubblico organizzati sul modello delle Aziende sanitarie. Sono presenti nelle tre Aree vaste e quindi A.V.Centro, A.V.Nord Ovest (che è quella che comprende le Asl 1,2,5,6 e l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana) e A.V. Sud-Est.

Questi Enti, hanno iniziato la loro attività nel mese di Ottobre 2005 e sono competenti in materia di:

- a) approvvigionamenti di beni e servizi;
- b) gestione dei magazzini e della logistica;
- c) gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione ed alla organizzazione del Centro unificato di prenotazione (CUP);
- d) gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;
- e) organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale;
- f) gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale;
- g) gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

La complessità delle funzioni affidate giustifica un affidamento graduale con il personale

che in questo momento è solo comandato e poi verrà trasferito.

Su come procede l'organizzazione di quest Enti penso che ci dirà molto di più il Dott. Pallini, Direttore Generale dell'Estav Nord-Ovest.

Le Società della Salute

Ipotizzate nell'anno 2002, "indirizzate" nell'anno 2003 (atto di indirizzo regionale), generate istituzionalmente nell'anno 2004, nate organizzativamente nell'anno 2005, riallineate nell'anno 2006, prorogate all'anno 2007, le Società della Salute, *step by step*, stanno per conquistare la scena sanitaria.

Senza alcuna negazione preconcepta, il Gruppo consiliare UDC ebbe a formulare in sede di approvazione dell' Atto di indirizzo (Settembre 2003) osservazioni di un certo peso:

- contrarietà al numero delle Zone socio-sanitarie da ammettere alla sperimentazione giudicando sufficiente una campionatura di Zone che rispettasse realtà locali significative sotto il profilo socio-economico e della presenza di servizi;
- contrarietà alla sperimentazione a responsabilità limitata escludente la gestione (una sorta di preparazione di laboratorio senza la verifica sul campo);
- contrarietà alla creazione di un doppio circuito socio-sanitario in cui il primo – le Zone con la sperimentazione – potenzialmente ricettive di maggiori risorse rispetto alle seconde (le Zone senza Sds) con il rischio della sperequazione dei cittadini per il solo fatto della diversa appartenenza geografica (18 Zone con Sds, 16 senza Sds);
- riserve sulle modalità e sulle entità di scorporo di risorse finanziarie dai bilanci delle Asl (si parla infatti di bilanci e budget "virtuali");
- perplessità sulla capacità di governo degli Enti locali (e poi anche di gestione) che hanno perso l'occasione storica offerta dalla "833" (il mitico art.10 che testualmente diceva: "Le unità sanitarie locali strutture operative dei Comuni singoli o associati. ..."), che vivono da decenni in fibrillazione finanziaria, che non hanno mai avuto la cultura del sanitario, che hanno perso in parte anche quella del sociale per l'eccesso di deleghe rilasciate alle Asl;
- rischio che esse potessero costituire una ulteriore diaframma ed un altro livello burocratico tra i cittadini e i servizi;
- preoccupazione per l'eccessivo numero di organismi e/o Aziende già presenti nel circuito socio-sanitario e quindi difficoltà di coordinamento evidenti tra i soggetti coinvolti. Venne anche "raccomandato" che l'attivazione delle Sds dovesse scaturire da una adeguata

discussione nei Consigli comunali per accrescere il tasso di democraticità e di partecipazione. Il Gruppo UDC espresse quindi, per tutte le motivazioni suddette, un voto contrario alla costituzione di “quelle” Sds, ma – essendo la sanità un continuo laboratorio alla ricerca delle *best practices* – non si associò a coloro che volevano portare la macchina delle Sds allo sfasciacarrozze senza neanche avere fatto il primo tagliando, ma condivise la posizione ragionevole di coloro che prima di lanciare la macchina della Sds sull’autostrada socio-sanitaria giudicarono necessarie revisioni e rettifiche e un attento monitoraggio.

L’Assessore Rossi ha più volte detto che le Sds sono una scommessa, ma la storia di questi quattro anni vissuti pericolosamente ci porta a dire che possono trasformarsi in un’avventura, anche se l’Atto di indirizzo prevede, in modo sbrigativo che, in caso di esito negativo della sperimentazione, i soci ripianano l’eventuale disavanzo e si ritorna alla situazione precedente.

Come dire abbiamo scherzato!

Le ultime modificazioni dell’Atto di indirizzo (Luglio 2006) costituiscono un campionario di contraddizioni e presentano delle forzature perché ci si è resi conto che non si può procedere in modo “virtuale” e che occorrono anche atti di concretezza.

Nella seduta del 6 luglio 2006 della Commissione Sanità del Consiglio Regionale, è stato consegnato un documento dal titolo: “monitoraggio e valutazione della prima fase della sperimentazione delle Società della Salute”. A questo documento avrebbe fatto seguito la comunicazione dell’Assessore Rossi alla Commissione nella seduta di martedì 11 luglio.

La lettura del documento evidenzia che trattasi di monitoraggio circoscritto alla parte giuridico- istituzionale e organizzativa delle Società della Salute. Infatti tutti gli allegati del documento (tabelle dal n. 1 a n. 17) evidenziano come le singole SdS – sia pure in tempi diversi – hanno presentato la candidatura e ottenuto l’autorizzazione regionale ad avviare la sperimentazione, hanno costituito gli organi secondo il modello consortile, hanno adottato i regolamenti ed individuato le caratteristiche del direttore tecnico, hanno definito i “pesi decisionali” tra Asl e Comuni della zona socio-sanitaria.

Da queste tabelle si evidenziano stati organizzativi difformi tra le diverse Sds: pochissime hanno adottato i regolamenti di organizzazione, ancor meno i regolamenti sul patrimonio e di contabilità. Ma non è una sorpresa in quanto le difficoltà a mettere in moto un soggetto così particolare sono state nella realtà superiori a quelle prevedibili all’inizio.

Dove invece si riscontra una maggiore compattezza è nella predisposizione dei “piani integrati di salute” secondo la direttiva regionale contenuta nella deliberazione G.R. 682 del 12 luglio 2004.

Qui le Sds – anche se non tutte – hanno provveduto preliminarmente alla costruzione dei “Profili di salute” attraverso l’acquisizione di una conoscenza migliore della realtà sociale, sanitaria ambientale ed economica della zona quale base utile per una programmazione

efficace delle politiche di salute e non solo delle politiche sanitarie. Ora c'è da chiedersi se dopo tanti decenni di programmazioni sanitarie, bisognava attendere proprio le Società della salute per approfondire questi aspetti che invece sono basilari per tutti i tipi di programmazione del settore. Ma prima come si programmava? Per meri luoghi comuni, per slogan, per sentito dire?

La conoscenza (migliore) e la valutazione delle evidenze epidemiologiche è stata quindi trasfusa in una “immagine di salute” dalla quale gli organi di governo delle Sds hanno preso spunto per la costruzione dei “piani integrati di salute” e per la individuazione delle azioni di intervento e conseguente studio dei progetti obiettivo. In larga parte si tratta di costruzioni teoriche, cariche di ideologie e prive di quel carattere di sperimentazione senza le modifiche del quadro normativo.

Sul fronte delle funzioni di governo della domanda e dell'offerta dei servizi (che assume rilievo quale nodo strategico per il raggiungimento del duplice obiettivo di equilibrio del bilancio e di appropriatezza delle prestazioni erogate) nel monitoraggio si dà atto delle intese che alcune Sds hanno raggiunto con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e degli accordi che pochissime Sds hanno raggiunto con i presidi ospedalieri di riferimento, anche se poi non viene reso conto con maggiore dettaglio della natura e dei contenuti di questi accordi.

Quello che invece manca completamente è la valutazione di questa fase della sperimentazione.

Oltre che a costituirsi, conoscere meglio i “profili di salute” della popolazione, formulare i piani integrati di salute (senza alcuna valenza operativo - gestionale), dalle Società della Salute era lecito attendersi anche qualche “segno” delle politiche degli Enti locali che costituiscono determinanti di salute.

Sotto questo profilo non c'è proprio niente e quindi viene meno l'integrazione fra le politiche sanitarie “aziendali” della Asl e le politiche della salute degli Enti locali che costituiva la ragion d'essere della costituzione di questo soggetto sperimentale.

Il primo “prodotto” che ci si attendeva era questo. Il secondo era la formulazione di una traccia, di un progetto, del passaggio dalla fase sperimentale alla fase gestionale.

Nella fase di Valutazione (la Giunta prende impegno a comunicarla alla quarta commissione entro il 31 marzo 2007) questi aspetti devono costituire elementi fondamentali per giudicare la sperimentazione in corso.

Il monitoraggio giuridico – amministrativo e organizzativo delle Sds è poca cosa rispetto al disegno originario.

Le Aziende Ospedaliero - Universitarie

Costituiscono lo strumento attraverso il quale in attuazione del Dlgs. 517/1999 l'Università partecipa a pieno titolo al S.S.N. non più con l'istituto della convenzione, ma attraverso la trasformazione delle Aziende Ospedaliere in Aziende Ospedaliero - Universitarie.

Il percorso costituente si è concluso con l'adozione degli Statuti Aziendali e il percorso organizzativo con la costituzione dei Dipartimento Assistenziali Integrati mentre il Piano sanitario regionale attraverso i protocolli d'Intesa disciplina le altre materie del rapporto.

Le Aziende vivono tuttora una fase sperimentale per realizzare una dignitosa composizione dello scontro tra le anime del S.S.N. e le Università che è stata la caratteristica dominante della tribolata storia di questo rapporto.

Dalla costituzione di questi nuovi soggetti viene comunque avvalorato il principio fondamentale che l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università è determinata nel quadro della programmazione sanitaria regionale, in modo da assicurare la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca secondo specifici Protocolli d'Intesa tra Università e Regione di riferimento territoriale.

Questo sistema regionale che per sommi capi ho descritto vive da tempo una fase di “Destrutturazione” in quanto la Regione ha frettolosamente abbandonato le strade tracciate nella prima legge regionale sull'ordinamento del s.s.r. - la n.22/2000 – e nei primi Piani sanitari allora intervenuti, senza avere valutato fino in fondo e per un arco di tempo ragionevole gli effetti e consolidato le organizzazioni che rappresentano il terminale del sistema (le Asl e le Aziende Ospedaliere).

La legge attuale ed il Psr vigente commissionano alle Aziende la seconda fase dell'*aziendalizzazione* in realtà si tratta invece della prima fase della *destrutturazione*.

Ormai è evidente che l'attuale sistema sanitario viaggia su due canali: quello istituzionale degli Enti locali, quello aziendale delle Aziende sanitarie. A questi due sistemi vengono attribuiti compiti e funzioni diversificate.

Al primo – quello istituzionale – la continuazione della sperimentazione delle Società della Salute quali laboratori per realizzare l'integrazione dei servizi sociali e dei servizi sanitari territoriali di base con le politiche di altrettanti importanti settori della vita sociale, che costituiscono determinanti di salute (ambiente, casa, trasporti, stili di vita, formazione professionale, tempo libero, etc.) .

Al secondo – quello aziendale – di implementare la fase dell'*aziendalizzazione* attraverso l'affidamento all'Area Vasta delle preminenti scelte in materia di governo delle strutture sanitarie e del conseguimento di economie gestionali (vedi ESTAV) e di ricercare, sempre all'interno dell'Area Vasta, l'armonizzazione tra il ruolo dei presidi ospedalieri territoriali e

le funzioni dell'alta specializzazione riservate ai presidi ospedalieri delle Aziende Ospedaliero - Universitarie.

La Destrutturazione di queste Aziende ne riduce fortemente l'autonomia tanto da farle apparire come centri di imputazione di interessi altrui (regionali) e come soggetti attuatori di decisioni maturate in altre sedi e alle quali non partecipano direttamente (contratti del personale, convenzioni mediche, convenzioni farmaceutiche, finanziamenti) o come attuatori delle progettualità programmatiche della Regione (i 12 progetti di cui ho parlato).

La presenza di due forze non in perfetta sintonia e che potrebbero non compiere azioni sinergiche agisce negativamente sulla compatibilità organizzative dell'intero sistema regionale, aggravata, per di più dalla scarsa attitudine degli Enti locali a gestire servizi e dalla prevalenza di attenzione che le Aziende sanitarie riservano al loro "committente naturale" (la Regione) rispetto al loro "socio" occasionale (il Comune).

Penso che per i governanti regionali sarà un vero rompicapo risolvere questa ipoteca di segno negativo che grava sul sistema socio-sanitario specialmente quando al termine della sperimentazione della Società della Salute, alle funzioni di indirizzo, di programmazione e di controllo (funzioni spiccatamente politiche) si aggiungeranno per gli enti locali (con il socio Aziende Usl) quelle di gestione di settori che assorbono rilevanti risorse umane e finanziarie.

L'ASL 5 di Pisa e l'A.O.U. Pisana sono figlie di questo sistema e si portano dietro i pregi e i difetti che lo caratterizzano.

Infatti le riforme sanitarie di questi ultimi anni della Regione Toscana hanno dato prevalenza agli obiettivi di risultato economico rispetto agli obiettivi di risultato di salute.

L'attenzione pressoché esclusiva sugli aspetti economici del sistema, che ha innegabilmente impedito la introduzione di tickets e l'aumento di alcune tasse regionali, ha fatto perdere di vista lo sviluppo qualitativo dei servizi. Ha determinato l'impoverimento del patrimonio edilizio e strumentale delle aziende, ha frenato l'attuazione dei percorsi assistenziali scritti nella legge sull'ordinamento e non ha fatto decollare il sistema informativo e le tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

E' vero che queste negatività non hanno una rappresentazione contabile di "costo a bilancio", ma rappresentano una voce passiva del bilancio regionale di sanità, tanto che all'approccio decentrato al controllo della spesa - che era una delle bandiere della prima fase dell'aziendalizzazione - fa da riscontro una sempre più marcata tendenza alla riappropriazione di questa funzione da parte della Regione dato che è questa ad avere il volano finanziario del sistema.

Ed allora si comprendono i motivi per i quali l'assegnazione del Fondo sanitario regionale alle Aziende Usl e alle Aziende O.U. viene sempre accompagnata prima da direttive (dalle quali ci si può motivatamente distaccare), oltre che da vincoli e prescrizioni che vanno osservati per garantire la compatibilità e la sostenibilità economica del sistema.

Indice di dipendenza +65/p.attiva	più basso del valore regionale, con valore (elevatissimo Zona Alta Val di Cecina)		
<u>Tasso di ospedalizzazione</u>	163/1000 abitanti, molto vicino all'indice obbiettivo regionale che è 160/1000 ab.		
<u>Ricoveri ospedalieri (2003)</u>	Per le funzioni di base	44.574	
	Per le funzioni regionali	6,916	
	Totale	51.490	
<u>Dotazione posti letto Presidi di Zona (Pontedera e Volterra)</u>	Area medica ciclo continuo	169	pl.
	day hospital	17	pl.
	Area chirurgica ciclo cont.	112	pl.
	day hospital	23	pl.
	Area terapie intensive c.c.	18	pl.
	Area materno.infantile c,c,	61	pl.
	day hospital	6	pl.
	Totale pl. ciclo continuo	362	
	Totale pl.day hospital	46	
<u>Mortalità- Principali cause</u>	Malattie sistema circolatorio – Tumori Nella media regionale		
<u>Mortalità infantile per 1000 nati vivi</u>	Molto elevata (3° posto in Toscana)		
<u>Determinanti di salute</u>	Inquinamento acustico-atmosferico-polveri fini (Cascina, Navacchio, Pisa)		
	Radiazioni elettromagnetiche non ionizzanti (Fauglia, Calcinaia)		

Organizzazione ospedaliera (azioni svolte)

Riorganizzazione delle aree di degenza secondo il modello dell'Ospedale per intensità di

cure (Pontedera) che diverrà il modello organizzativo dei nuovi Ospedali toscani di Prato, Lucca, Pistoia e Massa Carrara.

Per l'Area chirurgica riorganizzazione più complessa rispetto all'Area medica.

Trend di ospedalizzazione

Si conferma un calo di ospedalizzazione ma rimane ancora una forte mobilità passiva nei confronti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana che eroga un significativo numero di prestazioni mediche e/o chirurgiche afferenti a Drg di bassa specialità.

Servizi sanitari territoriali (azioni svolte e/o programmate)

- riorganizzazione processi territoriali
- sviluppo integrazione socio-sanitaria
- accreditamento organizzativo dei distretti
- sperimentazione della Società della salute

Assistenza domiciliare integrata (ADI)

- percorsi assistenziali strutturati attraverso piani terapeutici individualizzati
- dimissioni ospedaliere programmate per migliorare il rapporto Ospedale/ territorio

Scambi interaziendali

- Compensazioni regionali
- Convenzionamento con AOUP. Stella Maris, Case di cura private Inail
- Con la struttura Auxilium vitae (che gestisce 85 posti letto articolati nelle discipline di cardiologia, neurologia e per gravi cerebrolesioni acquisite) vige una sperimentazione pubblico- privato ex art. 9 Decreto legislativo 502/1992.

Società della Salute (sperimentazione in corso)

E' stata promossa una riflessione e più confronti all'interno della Conferenza dei Sindaci e con l'Azienda sanitaria n.5 di Pisa.

- Studio di fattibilità e bozza di progetto di sperimentazione
- Concertazione con le Organizzazioni sindacali

- Confronto con la società civile
- Progetto di candidatura

Per quanto riguarda gli Obbiettivi strategici l'Azienda sanitaria li ha articolati in :

<u>obbiettivi aziendali</u>	Accreditamento strutture Contenimento liste di attesa prestazioni specialistiche Formazione operatori su processi innovativi
<u>obbiettivi area ospedaliera</u>	Riduzione tasso di ospedalizzazione Recupero fughe di residenti per basse specialità
<u>obbiettivi area territoriale</u>	Sviluppo ruolo Distretto Miglioramento integrazione socio-sanitaria
<u>obbiettivi area prevenzione</u>	Sviluppo operativo Sportello Unico Prevenzione Strategie e azioni integrate con ARPAT
<u>obbiettivi area tec-amm.va</u>	Rispetto piani di investimento Rispetto piani adeguamento per gli accreditamenti
<u>obbiettivi area sociale</u>	Integrazione socio-sanitaria Percorsi assistenziali

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana

Dopo la fase costituente che si è chiusa con l'adozione dello Statuto (atto aziendale) che ha dato il via alla organizzazione dipartimentale, la Direzione aziendale ha formulato diversi obbiettivi che si possono così riassumere:

- Obbiettivi strategici a valenza economico-finanziaria per garantire l'equilibrio di bilancio;
- obiettivo per l'accesso alle prestazioni attraverso la individuazione di percorsi assistenziali ben strutturati;
- obiettivi informativi, attraverso la riprogettazione del sistema informatico con la introduzione di set di indicatori a carattere dipartimentale;
- obiettivo di miglioramento della comunicazione interna;

- obiettivi di qualità delle prestazioni.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero è in atto una approfondita ricerca per l'abbattimento dei Drg a rischio di inappropriata attraverso anche la determinazione di percorsi assistenziali e moduli di intensità assistenziale diversa.

Con l'Azienda sanitaria 5 di Pisa e con la Società della Salute è stato siglato un accordo relativo ai servizi di continuità assistenziale e sulle dimissioni protette per migliorare il rapporto Ospedale/Territorio.

L' AOUP ha inoltre una serie di eccellenze per funzioni di carattere regionale tra le quali:

- la trapiantologia e connesse attività di donazione
- il centro grandi ustioni di Cisanello
- il Centro regionale di diagnosi e cura ipertensione arteriosa
- il Centro per l'asma e malattie respiratorie

L'Azienda è infine membro istituzionale nella Fondazione "Monasterio", fondata dalla Regione Toscana e dal Consiglio nazionale delle ricerche, unitamente all'Asl di Massa e Carrara e all'Istituto di fisiologia clinica del Cnr.

Le tabelle che seguono evidenziano l'andamento dei ricoveri distinguendoli per funzioni di base e funzioni regionali, nonché i posti letto in esercizio.

Tabella n. 1 – L'andamento dei ricoveri

TIPO RICOVERO		DURATA MEDIA DI DEGENZA O DEL CICLO	TASSO DI OCCUPAZIONE	INDICE DI ROTAZIONE
RICOVERI PER ACUTI	Ciclo Continuo	7,70	76,22	36,22
	Di cui DH	2,73	66,12	58,13
RIABILITAZIONE	Ciclo Continuo	13,04	67,91	19,00
	Di cui DH	32,60	110,97	8,17

Tabella n. 2 – L'andamento dei ricoveri per funzioni di base e funzioni regionali secondo il bacino

ANNO DI RIFERIMENTO: 2004

N° ricoveri	Bacino di USL	Bacino di area vasta	Bacino regionale	Bacino extraregionale	TOTALE RICOVERI
Funzioni di base	18.392	29.791	34.690	11.743	46.433
Funzioni regionali	9.369	16.868	19.636	4.422	24.058
Totale	27.761	46.659	54.326	16.165	70.491

ANNO DI RIFERIMENTO: 2003

N° ricoveri	Bacino di USL	Bacino di area vasta	Bacino regionale	Bacino extraregionale	TOTALE RICOVERI
Funzioni di base	18.455	29.922	34.914	10.885	45.799
Funzioni regionali	9.764	16.962	19.645	4.224	23.869
Totale	28.219	46.884	54.559	15.109	69.668

Tabella n. 3 – I posti letto in esercizio

ANNO DI RIFERIMENTO: 2004

	Posti letto									
	Area medica		Area chirurgica		Area terapie intensive		Area materno infantile		TOTALE*	
	Ciclo continuo	D.H	Ciclo continuo	D.H	Ciclo continuo	D.H	Ciclo continuo	D.H	Ciclo continuo	D.H
Totale aziendale	539	97	495	80	86	---	116	14	1236	191

* il TOTALE non comprende la riabilitazione e i paganti (codice 67) =119 p.l

Segue tabella 3 anno 2004

Posti letto riabilitazione			
Attività ordinaria		Alta specialità	
Ciclo continuo	D.H	Ciclo continuo	D.H
32	6	---	---

La sanità che vivono e percepiscono i cittadini

Contrariamente al mero luogo comune degli episodi di malasànità, i cittadini esprimono un gradimento abbastanza soddisfacente sui servizi sanitari a loro disposizione.

Nelle Indagini che si conoscono in materia la qualità dei servizi sanitari viene rilevata definendo la percezione di gradimento dei cittadini e strutturando un modello di monitoraggio che segmenta i servizi sanitari in quattro macroaree:

- il medico di base
- le prestazioni ambulatoriali
- le visite specialistiche
- il ricovero ospedaliero sia in strutture pubbliche che private (eccellente studio-Indagine Ermeneia per conto AIOP)

Per l'area medici di base la percezione di gradimento complessiva, come primo giudizio a caldo nei confronti del proprio medico di famiglia, rivela un risultato buono, salvo una minore soddisfazione sul tempo di attesa per le visite in studio.

Per le prestazioni ambulatoriali il giudizio di primo acchito è discreto, ma la disamina dei diversi fattori che vanno a caratterizzare questa tipologia di servizi evidenzia alcune criticità. Buona la competenza del personale medico e i tempi di ritiro dei referti, meno buona per le procedure di accesso alle prestazioni, fortemente negativa per i tempi di attesa dalla prenotazione all'erogazione della prestazione.

Per le visite specialistiche si registra una valutazione sostanzialmente analoga a quella delle prestazioni ambulatoriali.

Per i ricoveri ospedalieri si registrano valori buoni per la professionalità dei medici, inferiori per gli aspetti di comfort alberghiero e relazionali.

All'interno di questo gradimento complessivo vi sono anche aree differenziate di insoddisfazione e quindi aspettative di miglioramento che toccano le quattro macroaree, anche se le attività dei presidi ospedalieri risultano le più indagate.

In pole position abbiamo le liste di attesa (e questo non è una novità), poi la bassa qualità dei servizi, la mancanza di assistenza per malati cronici ed anziani non autosufficienti, l'elevata spesa a carico dei cittadini, lo squilibrio tra le diverse Regioni, la mancanza di informazioni adeguate sull'offerta dei servizi.

Da queste indagini emergono anche aree di positività che esprimono nello stesso tempo l'indice di miglioramento più atteso (il medico di base e, più di tutti, il ricovero ospedaliero).

La sanità toscana rientra nel campione medio nel senso che non ha significative note di demerito, ma neppure situazioni di eccellenza. Su quest'ultimo punto spenderò qualche parola più avanti.

La sanità che verrà

L'alluvione di norme che hanno inteso disciplinare tutto anche nel dettaglio ha rappresentato un dramma per la sanità di questi decenni in quanto i professionisti che operano nel settore hanno finito per essere disorientati, per dare prevalenza alla acritica osservanza della norma

rispetto all'esercizio del proprio sapere professionale e per sottostare a quegli operatori che fanno della sola conoscenza delle norme scritte il loro bagaglio professionale.

Occorre quindi andare ad un'ampia delegiferazione del sistema pubblico mettendo in campo strumenti diversi.

In questo senso si sta muovendo il "Palazzo" (Conferenza Stato - Regioni del Dicembre 2003) con un progetto chiamato enfaticamente "15 Mattoni" le cui risultanze – di volta in volta che sono pronte - verrebbero assunte in Conferenza Stato-Regioni.

Si tratta di una progettualità parallela e complementare a quella della riedificazione del Sistema Informativo Sanitario Nazionale e consiste nel riscrivere con atti non legislativi i fondamentali del S.S.N. coinvolgendo Regioni, Ministero della Salute, Agenzia Servizi Sanitari Regionali, Istituto Superiore di Sanità, Federazione Società Medico-Scientifiche, Università, Istituti di ricerca. Una vera e propria task force che da tempo sta lavorando e che si appresta a consegnare gli elaborati alla Cabina di regia rappresentata da un Organismo Paritetico Stato- Regioni.

Si elencano qui di seguito i "15 Mattoni" con la relativa Regione capogruppo e la Regione associata.

n. ca	Mattone	Regione capogruppo	Regione associata
1	Classificazione delle strutture	Veneto	Calabria
2	Classificazione delle prestazioni ambulatoriali	Lombardia	Molise
3	Evoluzione del sistema Drg nazionale	Emilia R.	Basilicata
4	Ospedali di riferimento	Ministero della Salute	
5	Standard minimi di quantità di prestazioni	Piemonte	Sardegna
6	Tempi di attesa	Agenzia Servizi sanitari	
7	Misura dell'appropriatezza	Umbria	Prov. aut.Trento
8	Misura dell' <i>outcome</i>	Istituto Sup. di Sanità	
9	Realizzazione del <i>Patient file</i>	Toscana	Sicilia
10	Prestazioni farmaceutiche	Friuli V.G.	Val D'Aosta

11	Pronto soccorso e sistema 118	Lazio	Liguria
12	Prestazioni residenziali e semiresidenziali	Marche	Prov. Aut. Bolzano
13	Assistenza primaria e prestazioni domiciliari	Puglia	Lombardia
14	Misura dei costi del SSN	ASSR	Abruzzo
15	Assistenza sanitaria collettiva	Campania	Emilia R.

Ma questa costruzione “muraria” del nuovo Servizio sanitario nazionale – per quanto tocchi aspetti fondamentali e di rilievo per il funzionamento delle strutture e per la regolazione dei rapporti – non appare a mio avviso sufficiente se non si affrontano alcuni nodi politici che scaturiscono dalla disamina del quadro nazionale nel contesto della evoluzione delle politiche di welfare non solo del nostro Paese.

Le politiche di welfare attraversano ovunque in Europa una crisi strutturale derivante da due fenomeni contrastanti e di difficile composizione:

- la trasformazione della domanda di salute e di benessere sociale a causa della crescita esponenziale delle condizioni di fragilità che caratterizzano l'attuale e la futura struttura della popolazione (vecchiaia, disabilità, malattie mentali, disadattamenti familiari e minorili, dipendenze etc.);
- l'aumento delle risorse assorbite dai sistemi di tutela della salute e di protezione sociale e le difficoltà dei bilanci nazionali a seguire questi trend.

Sostanzialmente aumenta e si evolve la domanda di salute e di protezione sociale a fronte di risorse limitate. E' il vecchio slogan dei bisogni infiniti e delle risorse ... finite!

La situazione italiana non si discosta da questo quadro generale e va esaminata separatamente per i servizi sanitari e per i servizi sociali.

Il servizio sanitario italiano presenta due aggravanti che sono sue specifiche: il processo di decentramento sanitario (in corso) ed il processo di aziendalizzazione delle strutture (iniziato nel 1992 e accentuato con il decreto del 1999).

A queste due aggravanti si aggiunge il vezzo italico di privilegiare le architetture giuridico-istituzionali (comunque necessarie) rispetto e a danno della configurazione e qualificazione delle strutture e dei servizi, nonché degli operatori.

Questi tre aspetti vanno trattati separatamente.

a- il processo di decentramento sanitario si concretizza nel trasferimento delle funzioni in materia sanitaria alle Regioni, in via esclusiva. ma con il solo vincolo del rispetto dei principi dell'ordinamento e della erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie (LEA). Questo decentramento allo stato attuale, invece di migliorare il sistema, lo sta peggiorando sul versante della uniformità delle prestazioni, sul versante economico-finanziario e sul versante strutturale.

Sul versante della uniformità delle prestazioni, oramai siamo in presenza di ventuno "staterelli sanitari" ognuno dei quali risponde in maniera differenziata alla stessa domanda di salute dei cittadini (il c.d. fenomeno della territorializzazione imperfetta).

Sul versante economico-finanziario, l'autonomia regionale- avvicinando tendenzialmente ancor di più i servizi al cittadino- ha messo in moto una quota di domanda prima inespressa che si è trasformata in maggiori prestazioni prodotte e rese a prescindere dal loro contenuto qualitativo.

Quest'ultimo aspetto non viene ancora oggi adeguatamente considerato ma costituisce una delle cause che provocano il gap tra le risorse assegnate alle Regioni dal Fondo sanitario nazionale e le risorse realmente occorrenti- a giudizio delle Regioni- a far funzionare il sistema dei servizi sanitari in aderenza ai livelli essenziali delle prestazioni sanitarie stabiliti dall'ordinamento statale.

L'Accordo Stato-Regioni dell'8/8/2001 -all'interno del quale venivano definiti i reciproci obblighi e doveri finanziari- ha subito varie deroghe in quanto le Regioni hanno speso di più di quanto assegnato in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale portando ragioni e motivi che hanno dato corso ad una defatigante trattativa sulla riconoscibilità statale della maggiore spesa conclusasi con il rituale ripiano dei disavanzi.

Sul versante strutturale si sta assistendo ad un processo di graduale dismissione delle strutture ospedaliere attraverso la chiusura di piccoli ospedali ed il ridotto dimensionamento di quelli nuovi che portano in alcune Regioni ad indici di posti letto per mille abitanti al disotto di quelli previsti dal Piano sanitario nazionale.

b- il processo di aziendalizzazione iniziato con il decreto lgs.502/1992 e proseguito con maggiore forza con il decreto lgs. 229/1999 aveva in se una idea di trasformazione e sviluppo del S.s.n. che è stata travolta dalla supremazia totalizzante degli obiettivi economicistici e più precisamente da quello del contenimento dei costi a danno- presumibilmente- della qualità dei servizi.

In diverse Regioni questo processo si è spesso realizzato attraverso la committenza politica ai Direttori generali delle Aziende sanitarie di contenere i costi entro i limiti dell'assegnazione del Fondo sanitario regionale. Contenere i costi ha spesso significato tagliare i servizi con la conseguente mortificazione della componente medico-direzionale che aveva condiviso ed aveva partecipato al processo di aziendalizzazione con l'assunzione

di funzioni direzionali all'interno delle strutture delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, funzioni spesso schiacciate dal potere della troika aziendale Direttore Generale - Direttore sanitario - Direttore amministrativo.

Questo processo è stato attuato solo nel rapporto Regioni-Aziende sanitarie attraverso il monitoraggio della spesa delle Aziende e non anche sulla qualità della spesa regionale in sanità.

c- **l'architettura del S.s.n.** ha sempre privilegiato i caratteri dell'ordinamento giuridico-istituzionale, con norme di dettaglio relativamente ad esso, con una produzione legislativa alluvionale sia sul fronte statale che su quello regionale.

Le leggi regionali hanno introdotto e interpretato istituti- particolarmente dopo la legge costituzionale 3/2001- che vanno ben oltre le disposizioni del 502/92. A mero titolo esemplificativo si cita il versante delle sperimentazioni gestionali che, previste per privilegiare le innovazioni in sanità, si sono trasformate di fatto in strumenti che hanno finito per appaltare all'esterno anche servizi ed attività sanitarie che costituiscono il "core" delle Aziende.

Alcune Regioni – si cita la Regione Toscana- hanno incluso nell'istituto delle sperimentazioni gestionali anche la creazione di nuovi soggetti societari – chiamati Società della salute - con la partecipazione mista delle Aziende USL e dei Comuni delle zone socio-sanitarie per il governo (e successivamente anche la gestione) dei servizi sanitari territoriali e dei servizi sociali

Quella che ho sopra descritto è, per grosse linee e indicativamente, la sintesi della situazione di stallo e di difficoltà del S.s.n. a realizzare i principi della "833"- che comunque rimangono i capisaldi del sistema sanitario- e nell'avvicinare la sanità italiana a quella europea (la migliore, si intende) Se la diagnosi è corretta si rendono necessarie le terapie.

Sono dell'avviso che siano irrinunciabili alcuni punti:

1°- Il Servizio sanitario nazionale non ha bisogno di nuove riforme, ma soltanto di una nuova dialettica Stato-Regioni per effetto della trasformazione politico-istituzionale conseguente alla modifica del Titolo V° della Costituzione e per la realizzazione di un vero federalismo sanitario.

Pensare di risolvere ogni situazione di stallo con una ennesima riforma- come si è sempre fatto nel passato e come vorrebbero molti- è delittuoso. Già la rinascita del Ministero della Sanità come Ministero della Salute esprime il segnale di una nuova "mission" che è quella di garantire la salute dei cittadini nella sua più vasta accezione e non solo la organizzazione dei servizi sanitari strictu senso.

2°- Il Piano sanitario nazionale, oltre ad essere bussola per l'orientamento dell'azione regionale attraverso i Piani sanitari regionali, deve trasformarsi da atto programmatico per le Regioni in progetto di salute condiviso e attuato con le Regioni con il concorso e la partecipazione delle comunità locali.

Il Piano, poi, non deve trattare ed occuparsi di tutto il pianeta sanità-salute, ma solo degli

obbiettivi – pochi ma buoni – che riaffermino e concretizzino il mantenimento di un servizio sanitario che sia a tutti gli effetti “nazionale” nelle garanzie di accesso e nella qualità delle prestazioni rese ai cittadini e dei relativi tempi di erogazione.

3°- Di conseguenza vanno trovate forme di **convergenza e meccanismi di cooperazione istituzionale** sugli obbiettivi e sui risultati tra soggetti istituzionali come Stato, Regioni e altri Enti che non sono più legati da un rapporto gerarchico.

La Conferenza Stato-Regioni deve continuare ad essere la sede naturale di queste convergenze e concertazioni.

Il maggiore coinvolgimento delle comunità locali – che secondo alcuni orientamenti tradurrebbe il passaggio dal *Welfare state* al *Welfare community* – deve manifestarsi con concretezza della loro presenza al tavolo Stato-Regioni.

Questo è un passaggio delicato ma necessario per evitare che le nuove norme costituzionali realizzino di fatto un neo-centralismo regionale a danno degli Enti locali.

4°- Lo sviluppo del S.s.n. deve dispiegarsi nella **identificazione di direttrici-chiave** che vadano oltre i principi ed i criteri informativi sanciti prima dalla “833” e poi dalle riforme ex 502/92 e 229/1999.

Tra queste direttrici assume rilievo l'**appropriatezza delle prestazioni**, nel senso che, per garantire che una prestazione sia appropriata, occorre definirne la misurabilità in termini di percorsi assistenziali, di tempi di accesso accettabili, di canoni organizzativi orientati alla efficienza delle strutture di erogazione, di umanizzazione nel rapporto con l'utenza.

I livelli essenziali di assistenza (LEA) diventano allora il banco di prova per ridurre gli sprechi ove ci sono e garantire la risoluzione dei problemi di salute dei cittadini con il più razionale utilizzo possibile delle risorse tra quelle a disposizione del sistema.

E' un criterio -questo- che tocca nel vivo l'intero impianto del *Welfare* perché implica la capacità di coniugare i vincoli imposti sulla spesa pubblica con la necessità di soddisfare i bisogni della popolazione sempre più complessi, articolati e dinamici.

In questo quadro va mantenuta la possibilità per le Regioni di determinare LEA aggiuntivi facendosi carico dei maggiori costi.

Sono inoltre rilevanti le tematiche del **ruolo del territorio** (inteso come baricentro dell'assistenza sanitaria) e della **integrazione dei servizi socio-sanitari territoriali con i servizi ospedalieri**.

La rete integrata di servizi sanitari, sociali e socio-assistenziali sul territorio (i servizi alla persona) dovrebbe garantire la soddisfazione dei nuovi e diversi bisogni determinati dall'aumento della popolazione con patologie croniche e a lungo decorso rispetto a quelle con patologie acute.

Si tratta in sostanza di sviluppare un nuovo modello di assistenza che tenga conto dei cambiamenti a cui andrà incontro il nostro Paese nei prossimi anni. La realizzazione di un sistema globale nel quale l'assistito venga idealmente preso per mano e guidato all'interno

della rete dei servizi evitando che possa soffrire forme di disorientamento come oggi avviene per i soggetti fragili e per gli anziani.

Questa integrazione comporta la naturale confluenza in **strumenti di programmazione unici**: il Piano sanitario nazionale (P.S.N.) ed il Piano nazionale delle politiche sociali (P.N.P.S.) devono costituire unico strumento legislativo-normativo, come pure le relative risorse finanziarie.

Altra direttrice deve riguardare il **bilanciamento costi-qualità**.

Nella allocazione delle risorse e nella distribuzione alle strutture e servizi che le assorbono per la produzione e per la erogazione dei servizi (anche a livello delle singole Unità operative delle Aziende sanitarie) occorre la introduzione di un principio-guida che punti ad armonizzare le diverse componenti che determinano la qualità del servizio in sanità, nel senso che un buon livello di qualità dei servizi comprende un giusto mix di ingredienti che vanno dalla competenza professionale e tecnica fino alla appropriatezza dei percorsi diagnostici, terapeutici e gestionali (quello che oggi viene chiamato "governo clinico").

5°- Una attenzione particolare va poi riservata alla complessità della **dinamica demografica** del nostro Paese, irreversibilmente incanalata nella massiccia presenza di popolazione anziana ed in modo particolare degli ultra settantacinquenni.

E' noto come la spesa sanitaria complessiva sia funzione di due parametri combinati: il costo pro-capite per fasce di età e le modifiche nella distribuzione della popolazione per fasce di età. Vi è grande variabilità dei costi pro-capite nelle diverse fasce di età, ma quello che è certo è che le fasce di età più avanzate abbiano una incidenza molto elevata sulla struttura complessiva dei costi.

Le previsioni dell'incremento della spesa sanitaria in base alle stime di invecchiamento della popolazione italiana portano ad un **aumento della spesa del 123% per il 2031** legato alla sola evoluzione demografica.

A fronte della dinamica demografica sopra evidenziata l'obbiettivo non consiste tanto nella riduzione della spesa (una chimera) ma piuttosto nel contenimento della sua crescita.

6°- Nell'azione di rilancio del S.s.n. è poi fondamentale il **ruolo dei medici e una diversa configurazione della professione medica**.

Per sgombrare il campo dagli equivoci è bene subito dire che i medici non sono autonomi "ordinatori di spesa" per il solo fatto che ogni giorno sono chiamati ad effettuare scelte e prendere decisioni che hanno precise implicazioni economiche (quando prescrivono medicinali, quando indirizzano a servizi diagnostici e di indagine di livello superiore, quando avviano al ricovero ospedaliero) ma costituiscono l'anello terminale del sistema sanitario che si rapporta direttamente al paziente e che è chiamato alla mera applicazione di norme (dettate da altri) che generano spesa, nell'esercizio della professione.

E' opinione diffusa che in sanità siano i medici a comandare per il fatto che spesso si è identificata la salute con la medicina. Questa convinzione ignora che l'avanzamento delle scienze umane e la loro applicazione al settore sanitario ha portato alla convinzione che per

affrontare il fenomeno della salute non sono più sufficienti i soli strumenti della medicina ma occorre fare appello ad altre discipline in quanto le decisioni non possono essere la risultante della prevalenza di una componente sull'altra (il medico, l'economista, il sociologo, il politico) ma essere la risultante ragionata del livello di comprensione reciproca sulla concretezza dei problemi.

Il medico non può sfuggire alla minima acquisizione di una cultura economica (ma non deve diventare un economista sanitario) se non vuole che le scelte fondamentali di politica sanitaria vengano fatte dai tecnocrati, vengano fatte cioè non su basi tecniche ma solo sulla base di influenze e pressioni politiche indotte dai cittadini. E' vero però che c'è anche la esigenza opposta e cioè che gli economisti e coloro che si occupano della sanità a livello di responsabilità pubbliche conoscano meglio le caratteristiche del settore sanitario e favoriscano meglio la comunicazione e lo scambio interdisciplinare con i medici.

Per il rilancio del S.s.n. è quindi indispensabile il contributo e l'apporto di natura tecnica dei medici, il loro pieno coinvolgimento nella progettazione di un nuovo corso della sanità, l'affidamento più diffuso di responsabilità direzionali nelle strutture delle Aziende USL e nelle Aziende Ospedaliere, la valorizzazione della funzione di coesione che i medici possono assumere nei riguardi delle altre professioni sanitarie e non.

Non si può scambiare questo concetto con la nomina di medici quali Direttori Generali delle Aziende sanitarie!

7°- Il sistema sanitario necessita anche di un poderoso **processo di delegificazione**.

L'alluvione di norme che intendono disciplinare tutto anche nel dettaglio è un dramma per la sanità in quanto i professionisti che operano nel settore finiscono per essere disorientati, per dare prevalenza all'acritica osservanza della norma rispetto alla esplicazione del proprio sapere professionale, per sottostare a quegli operatori che della sola conoscenza delle norme fanno il loro bagaglio professionale.

Occorre quindi andare ad un'ampia delegificazione del sistema, lasciando in vita poche norme essenziali, di facile accessibilità, lettura e comprensione e introducendo invece un sistema capillare e diffuso di linee-guida e di buone pratiche che per la loro natura si prestano ad essere agevolmente modificate nel tempo e modellate alle evoluzioni dei singoli settori e materie di interesse.

E' da abbandonare l'idea di avere un Testo Unico delle leggi sanitarie (sempre proclamata dai Ministri della Sanità all'atto dell'insediamento) in quanto la prevalenza anche numerica degli ordinamenti sanitari regionali rendere riduttivo e scarsamente utile tale strumento normativo.

8°- Il carattere solidale del S.s.n. deve tradursi in un massiccio intervento per attenuare le inaccettabili **sperequazioni strutturali tra Regioni del Centro Nord e quelle del Sud** che di fatto discriminano i cittadini per il solo fatto della diversa appartenenza geografica.

Gli interventi in conto capitale dello Stato (i finanziamenti dei piani ex legge 67/1988) devono privilegiare queste Regioni stando però attenti a non costruire cattedrali nel deserto, ma strutture sanitarie accessibili, funzionanti e controllabili che diano finalmente

concretezza al principio di universalità del S.s.n..

Anche la ripartizione dei fondi per la spesa sanitaria corrente deve prevedere strumenti perequativi a favore di quelle Regioni che non hanno adeguata capacità di imposizione tributaria propria (è anche questa una funzione del federalismo fiscale). Ove ciò non avvenisse continueremo nella triste storia dei bilanci sanitari di quelle Regioni affossati dai debiti per la mobilità sanitaria passiva.

9°- Per i **servizi sociali** valgono considerazioni in parte analoghe, in altra parte di natura diversa.

Dopo avere conquistato una riforma fondamentale quale quella configurata dalla legge 8 Novembre 2000 n.328 (della quale tra pochi giorni si celebra il quinquennio di vita) mancano all'appello qualificanti provvedimenti attuativi e la crescita della sensibilità sul sociale di molte Regioni irretite ancora da *gap* storici (il peso della storia). Anche l'ordinamento sanitario ha sofferto queste difficoltà nell'attuare i principi della "833" e quindi non c'è da meravigliarsi più di tanto.

Ma la nuova **domanda sociale** pone diversi interrogativi:

- come garantire un'assistenza adeguata per il crescente numero di anziani non autosufficienti?
- come conciliare vita familiare e vita lavorativa?
- quali politiche per le giovani generazioni?
- quali aiuti concreti possono ottenere le famiglie?
- come promuovere la "prossimità" e combattere l'esclusione sociale?

Due nuove priorità occupano ora lo scenario del sociale:

- la **gestione della transizione** demografica che ha come caratteri l'invecchiamento cronologico della popolazione, il crollo del tasso di natalità, il sorpasso dell'età geriatrica su quella pediatrica e come conseguenze l'uso più accentuato dei servizi sanitari e sociali, il ritardo dell'ingresso nella vita adulta, nell'inserimento nel mondo del lavoro e l'acquisizione della piena autonomia e come condizione necessaria l'innalzamento del tasso di natalità per ristabilire nel Paese un quadro di rinnovamento generazionale coerente con il mantenimento della coesione sociale e lo sviluppo economico;

- **l'inserimento della famiglia al centro delle politiche sociali** . Sotto il profilo demografico il modello tradizionale della famiglia sta drasticamente cambiando: aumenta il numero delle famiglie ma diminuisce il numero medio dei componenti, aumentano le famiglie senza nucleo e le coppie senza figli, aumentano le famiglie con almeno un anziano con più di 75 anni, esiste una tendenza generalizzata allo spostamento in avanti dei tempi di vita (si esce più tardi dalla famiglia, si trova più tardi il lavoro, si fanno più tardi i figli) ed

aumenta il numero dei giovani 18/34 anni che vivono con almeno un genitore. Sotto il profilo sociale, la limitata offerta di servizi, l'esistenza di una forte domanda di interventi, la carenza di opportunità in diverse realtà locali si scaricano totalmente sulla famiglia con la conseguenza che se questo attore dovesse ulteriormente indebolirsi e/o perdere il suo ruolo nella società italiana, non è solo la condizione di molti (le persone più fragili), ma la struttura stessa del nostro sistema di Welfare.

E' appena il caso di ricordare che "questa" famiglia si porta dietro due pesanti macigni: la povertà relativa e la povertà assoluta e la presenza di persone disabili all'interno del nucleo con la conseguenza che il sostegno alle responsabilità familiari e le azioni di mantenimento e di rafforzamento delle relazioni familiari sono condizioni necessarie per superare le negatività del sistema di welfare italiano ancora improntato ad un concetto di tipo erogatorio (basato in prevalenza sull'intervento in caso di bisogno e nell'offerta di prestazioni da parte del pubblico e privato sociale che gestiscono i servizi) e non sulla definizione e attuazione di politiche e strumenti per il sostegno della famiglia (fiscalità, trasferimenti monetari, servizi per l'infanzia, misure di conciliazione tra i tempi di vita familiare e quelli lavorativi, alloggi).

In ultimo vi sono due aspetti da non trascurare: **l'integrazione delle politiche** e la **coesione sociale**.

Le politiche sociali hanno avuto per lungo tempo un ruolo subalterno e residuale nell'ambito delle politiche pubbliche ed i loro effetti non sono mai stati proiettati sul medio e lungo periodo con la conseguenza che esse sono state caratterizzate da una produzione legislativa a stratificazioni.

Oggi invece le politiche sociali vanno considerate in stretto coordinamento con tutti gli altri aspetti dell'intervento pubblico. Politiche sociali, economiche e dell'occupazione sono tra loro complementari e ciò richiede una *governance* più articolata con il coinvolgimento di molteplici attori istituzionali, di soggetti dell'imprenditoria e di rappresentanze della società civile.

In questa integrazione di politiche assume rilievo la "**coesione sociale**" cui il vertice europeo di Lisbona ha attribuito una valenza di pari grado rispetto allo sviluppo economico ed alla crescita dell'occupazione.

Per coesione sociale si intende la valorizzazione del lavoro di tutti i soggetti utilizzando anche i servizi alla persona come nuovi ambiti occupazionali in grado di rispondere alla domanda sociale emergente e per il recupero di risorse umane inoccupate a causa della loro fragilità.

Infine quando si parla di sociale si deve intendere un "sociale di qualità" che si articola nelle tre componenti fondamentali: l'accreditamento per le strutture di offerta, i livelli essenziali per le prestazioni e la formazione e aggiornamento continuo degli operatori.

A fronte di questi scenari complessivi possono apparire cosa secondaria gli aspetti normativi che da anni vengono curati con particolare fervore dalle Regioni: i servizi sanitari, i servizi sociali e la loro integrazione devono apparire non come la risultante dell'applicazione di un mero dovere giuridico di legiferare, ma l'essenza delle pratiche di impegno quotidiano che i pubblici poteri devono porre per costruire nuova civiltà.

INTERVENTO DI CARLO MACALUSO

Presidente della Società della Salute Zona Pisana

Grazie dell'invito a trattare questo tema così importante.

La relazione del Dott. Sereni è stata veramente stimolante, sia per contenuti che per ampiezza dei temi ed io spero che si possano trovare altre occasioni e altre possibilità di incontro per approfondire e confrontarci su alcuni aspetti che lo spazio di un Convegno non consente pienamente.

Dalla mia ottica di Amministratore di lungo corso nei servizi sociali e sanitari non posso tuttavia sottrarmi dall'esprimere, oltre a molte condivisioni, alcune valutazioni di segno diverso.

E' stato detto che si registra un eccesso di incidenza della spesa dei servizi sanitari mentre si spende poco e si coordinano male quelle attività che vanno ad incidere più direttamente sullo stato di salute e di benessere delle popolazioni. E questo è vero.

E' da più di trent'anni che l'Organizzazione mondiale della sanità presenta agli Stati membri un quadro, ben evidente a tutti, dove si dice che esistono determinanti di salute in cui il 12% della salute benessere dipende dai servizi e interventi sanitari, il 12% da fattori genetici, mentre il 76% dipende da fattori esogeni che sono i settori dell'ambiente, educazione, istruzione, traffico, scuola, regimi alimentari e i cosiddetti stili di vita. Quindi i $\frac{3}{4}$ della salute- benessere dei cittadini sono imputabili a fattori al di fuori dei sistemi di cura.

Se si fa un passo indietro bisogna ricordare che è da questa riflessione che si è partiti per l'approvazione della 833 (legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale) ma che l'unico tentativo serio di agire e intervenire su questi determinanti è costituito proprio dall'idea della Società della salute.

Anzitutto è rilevante il concorso degli Enti Locali e non condivido l'affermazione di Sereni che gli Enti locali non abbiano la "qualità" per essere protagonisti di questo processo di cambiamento.

Per inciso posso dire che questa idea della Società della salute ha suscitato molto interesse in altre Regioni italiane e spesso siamo stati chiamati ad illustrarne la filosofia e come si intende andare avanti su questo percorso innovativo.

La motivazione fondamentale di questa scelta sta nel fatto che i sopraccitati settori che rappresentano il 76% dei determinanti di salute sono governati dagli Enti locali e quindi l'intuizione che siano gli Enti locali a guidare ed essere protagonisti di questo processo è quanto mai appropriata e riconduce per certi versi a quelle che erano le finalità originarie della "833" in cui il momento "locale" della sanità-salute veniva esaltato e valorizzato, particolarmente per quanto riguarda gli aspetti della prevenzione.

Il passo è breve per dire che l'eccesso di attenzione che nel tempo è stata riservata ai servizi sanitari - che tra i determinanti rappresenta solo il 12% - e le politiche di questi anni impostate su un segmento così ridotto, oggi appaiono perdenti.

In questi anni - gli ultimi 6-7 anni in modo particolare - la fatica maggiore che hanno sostenuto le Regioni, le Aziende sanitarie e gli Enti locali è stata quella di mantenere la connotazione pubblica ed universalistica del S.s.n. e di mantenere in equilibrio economico tutto il sistema nonostante che i costi aumentassero molto di più rispetto a quello che veniva riconosciuto come incremento statale del finanziamento. E' stato difficile in questi anni fare i bilanci.

E questo non è un problema solo italiano, ma tocca indistintamente tutti i paesi del mondo, e particolarmente quelli europei. A fronte di un ritmo annuale del 2,5-3%, 3% per il mantenimento del sistema, in Italia le risorse sono rimaste pressoché intatte e quindi non si è potuto sviluppare il sistema ed anzi, in una situazione così grave, è stato difficile mantenerlo.

Prima di parlare di alcune specificità della Zona pisana vorrei fare alcuni brevi flash accennati dal Relatore.

Vorrei fare un breve accenno ad una tematica, quella dell'attività libero-professionale intramoenia, che ha generato una sorta di doppio binario nell'accesso ai servizi sanitari : veloce per chi paga, pieno di liste di attesa per coloro che non possono pagare e che non ha contribuito al contenimento delle liste di attesa.

In realtà non si è trovato ancora un sistema per contrastare la formazione delle liste di attesa e su questo concordo che si debbano ricercare soluzioni che finiscono di fatto per provocare inammissibili discriminazioni tra cittadini.

E' stato poi accennato che i ricoveri nell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana rappresentano per la Zona il 60% dei ricoveri di base totali. Questo si spiega con il fatto che le strutture sanitarie dell'A.O. costituiscono l'unico riferimento per la Zona Pisana (che

non ha ospedali aziendali), ma osservo che comunque il numero degli accessi ai presidi ospedalieri della Zona pisana è tra i più bassi in assoluto – se non il più basso – di tutte le altre Zone socio-sanitarie della Regione.

Su questo argomento vorrei fare una ulteriore osservazione. Se andiamo a vedere i bilanci degli ultimi 10 anni la percentuale di spesa dell'Asl di Pisa per i ricoveri ospedalieri è una delle più basse, compresi i ricoveri fuori Regione. Quindi l'incidenza della spesa ospedaliera per l'accesso alle strutture dell' A.O..Pisana, sia pure tenendo conto dell'altissimo livello di qualificazione di questa struttura, non è rilevante e non costituisce un problema per il bilancio dell'Azienda sanitaria.

Negli ultimi due anni la Sds ha avuto la possibilità di fare alcune valutazioni su questo aspetto e sono stati presi contatti con l'A.O per fare accordi specifici per risolvere alcuni problemi quali quelli dei ricoveri impropri e inutili, gestire meglio le dimissioni ospedaliere difficili, per creare un raccordo con il territorio, e altri ancora. Abbiamo aperto perciò un fronte di dialogo laddove prima c'era stata solo separazione di funzioni.

Vorrei fare un accenno al cosiddetto governo clinico.

Il fenomeno della migrazione dei ricoveri all'interno dell'Area Vasta è stato oggetto di una intesa di circa un anno e mezzo fa in sede regionale e sono stati definiti tre percorsi, a livello di Area vasta: uno di tipo amministrativo, uno di tipo politico e uno di tipo clinico (linee guida, protocolli, definizione e collocazione delle attività di alta specializzazione).

Per quanto riguarda il versante sociale, siamo in ritardo per quanto riguarda la costruzione di un sistema di epidemiologia, ma occorre tenere conto che il Piano Integrato di salute non è affidato solo alla Società della salute ma riguarda anche le Zone dove non è attiva la sperimentazione della Società della Salute.

Ma questi Piani Integrati di salute hanno la caratteristica di esporre per la prima volta una rappresentazione non solo sanitaria, ma a valenza ben più ampia che riguarda le caratteristiche del territorio, le classi demografiche dei cittadini e l'introduzione di parametri sociali.

Quale futuro per le Sds? Forse una sperimentazione con un numero minore di Zone sarebbe stata più funzionale per quanto riguarda i tempi e condivido il sistema campionario proposto dall'UDC in Consiglio regionale che avrebbe dovuto presiedere alla scelta delle candidature. Resta tuttavia il fatto che trattandosi di una scelta libera delle Zone, la sperimentazione riguarda un numero di cittadini notevolmente superiore a quelli delle Zone dove non si sperimenta la Sds.

Non ritengo quindi che questa maggiore ampiezza rappresenti un dato negativo.

Il Relatore ha evidenziato anche il fatto della gestione delle Sds che in questa fase sperimentale non è consentita. In realtà quando si cominciò a parlare delle Sds nel

2002/2003, prima dell'Atto di indirizzo regionale, si pensò che la gestione dovesse rientrare nelle funzioni delle costituenti Società della Salute.

Su questo punto occorre un po' di chiarezza. Il Decreto legislativo 229 ebbe ad individuare il Distretto quale unità funzionale del sistema sanitario e quindi come luogo di riferimento per l'inizio del percorso assistenziale e anche luogo di gestione delle risorse del territorio in senso lato.

L'Ordinamento Sanitario Regionale ebbe ad inserire la Zona quale struttura di aggregazione di più distretti, salvo poi pervenire successivamente alla unificazione funzionale Zona-Distretto per evitare sovrapposizioni o scarse funzionalità.

La realtà pisana si avvicina, anzi coincide con questo modello, in quanto le Zone coincidono con il Distretto e la Sds, come combaciano nella stragrande maggioranza delle realtà comunali della Toscana. Il Direttore del Distretto-Zona, ha la gestione del budget e configurandosi anche nella funzione di Direttore della Sds in effetti vi è anche gestione del budget da parte della Sds, che al momento dell'approvazione lo consegna per la "gestione" al Direttore.

E' un meccanismo che certamente abbisogna di affinamenti in sede di omologazione della sperimentazione, ma l'attuale realtà di gestione non è dissimile da quella che si prospetta per il futuro.

In sostanza voglio dire che il ruolo politico di indirizzo permane in capo agli organi istituzionali della Sds, mentre la parte operativo - gestionale (deliberazioni, gare di affidamento dei servizi, bilanci) rimane nella sfera di competenza dei dirigenti e in questo caso dell'Asl. e quindi non vi è alcuna commistione di ruoli.

Quello che stiamo facendo a Pisa pensiamo perciò di proporlo a regime per le Sds al termine della sperimentazione.

Per quanto riguarda infine la configurazione giuridica delle Sds la scelta del Consorzio pubblico appare la più idonea, ma non sono da escludere altre forme giuridiche ove vengano valutate più funzionali agli obiettivi da raggiungere.

Circa i tempi occorre considerare che la Regione ha fissato al 31 Marzo 2007 un monitoraggio sull'andamento della sperimentazione, dopo il quale, se questa avrà esito positivo, come lo riteniamo, le Sds potranno andare a regime tramite gli strumenti legislativi adeguati che riguardano il personale, le strutture, le risorse.

Ma se la sperimentazione si dovesse concludere negativamente, come stabilisce l'Atto di indirizzo regionale si ritorna allo stato preesistente.

Nella zona pisana però posso assicurare che è maturata una forte sensibilità sui temi sanitari, con un forte coinvolgimento dei Consigli comunali, dei cittadini e delle forze sociali ed è su questa strada che la Sds di Pisa vuole impostare le proprie politiche per la salute dei cittadini.

E' chiaro che tanto maggiore è il coinvolgimento dei Consigli Comunali tanto maggiore è la possibilità di formare competenze in materia sanitaria e sociale che unite alla presenza dei tanti tecnici-professionisti che già operano nelle Asl e nei Comuni possono portare a risultati positivi.

E questo è un aspetto da non sottovalutare in quanto la sperimentazione delle Sds ha contribuito a far crescere una coscienza sanitaria e sociale che per troppo tempo era rimasta fuori dai Consigli Comunali.

Ma anche l'aspetto della partecipazione dei cittadini ha avuto un grande rilievo sia per la costituzione degli organismi previsti dalla normativa regionale, sia per una presa di conoscenza e coscienza da parte dei cittadini stessi delle molte tematiche che riguardano servizi fortemente personali quali quelli socio-sanitari ai quali si aggiungono ora le politiche sui determinanti di salute storicamente di competenza degli Enti locali.

Nei tavoli di discussione abbiamo oggi 160 soggetti tra cooperazione, terzo settore, associazionismo di vario tipo e 52 enti pubblici (Università, S. Anna, Cnr) che partecipano alla programmazione di tutto il Piano Integrato di salute e questo è un grosso passo avanti se si pensa che qualche anno addietro erano solo 4- 5 i soggetti che partecipavano a questi tavoli. E questo aspetto ho avuto la possibilità di riscontrarlo anche in altre realtà toscane.

I risultati

Positivo è quello dello sviluppo dei servizi nel territorio e della contestuale riduzione dei ricoveri ospedalieri. Vorrei al riguardo fornirvi un dato: il monte risorse del territorio è passato dal 1995 ad oggi dal 43% al 59% con una differenza di 16 punti ed ogni punto di differenza equivale a 2.500.000 di euro. Alla riduzione dei ricoveri ospedalieri ha fatto riscontro una crescita di strutture che sono passate nell'ultimo decennio da 37 a 150.

Tutto questo processo e movimento lo si deve alla presenza della Sds – anche se da completare – e all'alto valore che ha assunto la riappropriazione da parte dei Comuni delle funzioni in un settore così delicato dei servizi socio-sanitari sempre più proiettati ad essere componente importante ma non determinante del più vasto processo della promozione della salute-benessere dei cittadini.

Con questa ultima considerazione chiudo il mio intervento e vi ringrazio per l'attenzione.

INTERVENTO DI MAURO MACCARI

Rappresentante Azienda USL n.5 di Pisa

Desidero porgere anzitutto i saluti del Direttore Generale dell'Azienda Usl 5 di Pisa, Dott.ssa De Lauretis, che non è potuta intervenire di persona per un sopravvenuto impegno istituzionale.

Il titolo del Convegno è interessantissimo: “Dalla sanità alla salute”. E' un passaggio essenziale, visto che la sanità assorbe sempre più risorse e contribuisce purtroppo sempre con minore incidenza nella salute dei cittadini.

Non so se è stata mai fatta una focalizzazione sulle innovazioni in sanità, relativamente alle risorse impiegate ed alla loro rilevanza in termini di ricaduta nella salute dei Cittadini.

A differenza di tanti altri settori, dove le innovazioni e la introduzione di alta tecnologia comporta una riduzione dei costi di gestione che compensano la rilevanza degli investimenti, nella sanità non è sempre così. Anzi, spesso, queste innovazioni producono l'innalzamento dei costi di gestione, senza un proporzionale aumento nella salute dei cittadini.

Per rendere meglio l'idea vorrei fare un esempio: oggi una risonanza magnetica ha circa lo stesso valore di costo di 100 radiografie tradizionali. E' vero che il valore aggiunto è costituito dal bene primario della salute dei cittadini, ma non so fino a quando sarà possibile sostenere questo trend, se non poniamo maggiore attenzione alla appropriatezza nell'uso delle risorse.

Di fronte a questo scenario, è naturale che si debbano cercare altre strade, altri percorsi, anche se non sono strettamente legati alla sanità dei cittadini. Ad esempio, occorre chiedersi a cosa servono tanti investimenti nel settore farmaceutico nel campo dell'ipercolesterolemia, quando poi c'è poca attenzione nell'educazione alimentare che la determina, ed in modo particolare di quella dei bambini, che sappiamo bene poi saranno destinati ad incappare in malattie croniche secondarie alla loro non corretta alimentazione.

Questo aspetto deve quindi fare riflettere oggi coloro che devono fare delle scelte di programmazione, percorrendo strade diverse e innovative.

La risposta, in termini di sanità, come elemento fino ad oggi considerato prevalente, se non esclusivo, sul benessere e sulla salute dei cittadini, è – purtroppo – miope e la Regione ha ben percepito questo aspetto.

E' stata quindi effettuata una scelta fondamentale che è quella di allargare l'inserimento nel settore sanità-salute dell'aspetto sociale. Ci siamo chiesti: quanto del sociale ha una

influenza sulla salute complessiva dei cittadini? Siamo arrivati alla conclusione che la salute dei cittadini risente dell'ambito sociale in modo rilevante per cui l'integrazione socio-sanitaria è un risultato fondamentale e costituisce un valore aggiunto per l'intero sistema.

Altro aspetto importante – come ha anticipato l'assessore Macaluso – è quello della partecipazione dei cittadini alle scelte nel settore della salute.

Il settore non può essere gestito esclusivamente sulla base di scelte dei politici e dei tecnici ma occorre anche un contributo di scambio, di confronto e di valutazione con i cittadini, che sono i fruitori dei servizi. La partecipazione diventa allora, sotto questo profilo, elemento che serve ad abbattere il diaframma che spesso si frappone tra chi programma e fornisce i servizi e chi ne usufruisce.

Altro aspetto su cui poniamo attenzione è proprio quello della programmazione. Quando le risorse scarseggiano occorre fare delle scelte oculate. La programmazione regionale fino ad oggi, attraverso il Piano sanitario regionale, è stata una programmazione “*top-down*”, di cui il Piano sanitario regionale ne costituisce lo strumento attuativo.

Noi riteniamo che il passaggio fondamentale sia quello dell'accorpamento del Piano sanitario e del Piano integrato sociale regionale, in modo che vi sia una sola fonte di programmazione, che faciliti anche tutti gli altri percorsi di programmazione affidati ai soggetti locali.

Nel momento in cui è stata operata una scelta così importante – quella della Società della Salute – occorre, quindi, cambiare il percorso della programmazione, fare una programmazione inversa, non più calata dall'alto (*top-down*) ma una programmazione promossa dal basso (*bottom-up*), finalizzata a far recepire nel Piano socio-sanitario regionale le istanze che nascono dalla base, dalle periferie del sistema sociale e sanitario. Questo passaggio è propedeutico alla costruzione di un vero Piano regionale per la salute, con il coinvolgimento di tutte le politiche di programmazione che fanno capo agli Enti locali ed ai cittadini, come accennava Macaluso nel suo intervento.

Altro aspetto di rilievo è la concertazione tra Ospedale e Territorio, all'interno dell'Area Vasta.

Una delle critiche che sono state mosse alla sperimentazione della Società della Salute è stata quella che questo modello avrebbe diviso l'Ospedale dal Territorio. A mio avviso, questo non è stato un problema, in quanto l'attività ospedaliera ha risentito semmai i benefici dell'attività dei servizi territoriali meglio programmati e quindi ben funzionanti e quanto più questa attività territoriale è appropriata, maggiori sono i benefici proprio per l'ospedale. Anzi, il territorio dovrebbe costituire la vera committenza per l'Ospedale di riferimento territoriale, e viceversa.

Nella Zona Pisana non esiste un Ospedale “aziendale”, ma di un Ente diverso, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, che assorbe notevoli risorse e la cosa importante è avere la conoscenza se questo assorbimento di risorse sia utile ai bisogni del cittadino.

Vorrei fare un accenno alla questione dei rapporti con il privato in Sanità.

Il privato è un valore aggiunto se si inserisce nella programmazione locale dei servizi ma indebolisce il suo ruolo, a mio avviso, se realizza accordi che hanno per oggetto i volumi di attività e i tetti su altri tavoli di contrattazione, come quello regionale. Questo perché contrasta con la visione territoriale del rapporto decentrato della programmazione. Fare una contrattazione a livello regionale è un errore. Occorre invece che il privato si metta in gioco proprio a livello territoriale, dove non ci sia il peso di un preventivo accordo regionale - che può apparire ad alcuni una sorta di protezione - che non sempre è spendibile e collocabile nelle variegate realtà territoriali.

Per spiegarmi meglio faccio un esempio. C'è stato recentemente una direttiva regionale sui tempi di attesa per la Radiologia. Se ho una contrattazione (con il meccanismo delle tre A) non su base annuale, ma pluriennale e se questi accordi sono ingessati, mi chiedo: come si fa a modulare i rapporti con questi privati con i reali bisogni dell'utenza, che sono invece variabili nel tempo?

La programmazione a livello locale è quindi una possibilità per il privato, migliore di un contratto, stipulato a livello regionale. Cito ad esempio il rapporto con la Stella Maris. L'attività della Stella Maris - che è una struttura importante e quindi è una importante risorsa per il nostro territorio - non può assumere il carattere di duplicazione o peggio ancora di concorrenzialità con l'attività dell'Asl, e viceversa, ma è invece opportuno che si trovino tempi e modi affinché la risorsa privata sia inserita nella programmazione territoriale. Questo meccanismo, come dicevo, è intorpidito, o comunque reso difficile, dall'esistenza di pregressi accordi regionali.

Sui tempi di attesa, aggiungo, che per la loro valutazione bisogna stare molto attenti. Paradossalmente, se ho un pessimo professionista è chiaro che i tempi di attesa sono molto bassi, ma questo va a detrimento della qualità delle prestazioni. Un tempo di attesa breve non significa sempre efficienza del servizio ma potrebbe invece significare poca utenza, causa la sua bassa qualità, mentre i tempi di attesa lunghi potrebbero significare l'opposto (l'operatore produce alta qualità di prestazioni e quindi il numero degli utenti cresce ed i tempi di attesa si dilatano).

I tempi di attesa sono comunque un buon parametro per valutare la buona o la cattiva sanità, ma questo non può essere comunque generalizzato, perché la lettura va contestualizzata nell'organizzazione dei servizi e dunque analizzate le singole discipline o diagnostiche. Confinare i tempi di attesa in modo rigido, senza una attenta verifica non sempre costituisce una giusta scelta.

Prendiamo ad esempio i tempi di attesa per la mammografia. Se c'è un sospetto di patologia neoplastica la risposta va data massimo in 6-7 giorni, Se invece la prestazione viene richiesta a scopo preventivo si possono stabilire anche tempi più lunghi (6 mesi) senza compromettere la salute della paziente.

Ma allora come si risolve il problema dei tempi di attesa? Se si aumenta l'offerta, si aumenta anche la domanda in una rincorsa senza fine. Uno dei modi che viene proposto, e che mi trova pienamente d'accordo, è quello di coinvolgere maggiormente i medici di medicina generale nella prenotazione, riservando loro, magari, un canale prioritario attraverso la possibilità di indicare l'urgenza della prestazione. Questo sarebbe già un primo importante filtro.

In ultimo, un accenno alla Sds. Se non ci fossero state le Società della Salute non sarebbe stato possibile dare la piena attuazione al Decreto 229. Nella nostra Regione ora ci sono le condizioni strutturali e organizzative per sperimentare questa soluzione: è stata realizzata la zonizzazione del territorio e quindi i bisogni sociosanitari solo rilevabili in uno spaccato territoriale ben preciso, governabile e misurabile.

Siamo arrivati ai budget della Zona/Società della Salute. Questi budget hanno una funzione più programmatica che gestionale in senso stretto, e su questo aspetto così importante è in effetti mancata finora una certa visibilità, con il rischio che le Società della Salute possano apparire solo esercitazioni tecniche per gli addetti ai lavori. Ma nella Zona Pisana abbiamo dimostrato che non è così.

Concludendo ritengo che l'utilizzazione dei Piani Integrati di salute, quali capisaldi della programmazione regionale, costituiscono la risposta migliore per dare concretezza all'attività ed alla migliore visibilità delle Sds in Toscana.

INTERVENTO DI GIOVANNI BARBAGLI

Presidente Agenzia Regionale Sanità

La Carta di Ottawa per la promozione della salute afferma che le risorse e le condizioni fondamentali per la salute sono: pace, alloggio, istruzione, cibo, reddito, un eco sistema stabile, risorse sostenibili, equità e giustizia sociale. Il miglioramento della salute richiede, per questi sostanziali prerequisiti un sicuro fondamento: l'acquisizione da parte dei vari attori di una nuova cultura basata sui principi di integrazione delle politiche.

Esaminando sistematicamente ognuno di questi punti ed analizzando quello che è avvenuto in questi ultimi anni anche in Toscana possiamo rilevare:

- Progressivo divario nello stato di salute in termini di speranza di vita e speranza di vita sana
- Una reticenza ad investire sulle politiche integrate (alloggio, trasporti, istruzione ambiente ecc.)
- Una progressiva reticenza a valutare l'organizzazione del lavoro e la sua divisione durante il ciclo vitale, tra generazioni, tra uomini e donne a livello globale

Le politiche socio sanitarie afferma ancora la Carta di Ottawa non stanno rendendosi coerenti alla nuova rivoluzione in corso, occorre una ristrutturazione totale delle società civili e del loro modo di funzionare.

La stessa O.M.S. (organizzazione mondiale della Sanità) riesaminando la strategia “salute per tutti” ha delineato le principali componenti di ciò che costituisce un buon governo globale dei sistemi socio sanitari:

- Cercare di ridurre gli enormi divari che persistono tra paesi e paesi
- Percepire la salute come un bene e una risorsa globale
- Garantire comunque sicurezza e salute contro l'aumento della pressione economica
- Investire particolarmente in settori di specifico interesse (donne, anziani, emarginati)

Credo che non possiamo non seguire questa strategia e quindi dobbiamo mettere in atto le azioni proposte dall'OMS finalizzando l'azione di indirizzo e di governo della programmazione regionale, al miglioramento quantitativo e qualitativo dello stato di salute dei cittadini toscani.

Questo obiettivo generale ha bisogno però di rendere coerenti i valori e i principi che fanno da riferimento alla programmazione e soprattutto nel passare dai pronunciamenti alle azioni concrete e soprattutto dalle strategie alla cosiddetta governance e quindi essere declinati in altrettanti obiettivi come l'equità, la solidarietà, la giustizia sociale ed economica.

Questa funzione di governo implica necessariamente lo sviluppo e la capacità di programma politiche integrate, la ridefinizione del ruolo del finanziamento della assistenza sanitaria, della allocazione delle risorse, della formazione e della informazione e più in generale appunto della funzione di governo.

I processi che si sono avviati a livello nazionale ed in particolare a livello regionale con il cosiddetto federalismo sanitario, la regionalizzazione della spesa, la creazione delle Aziende Sanitarie Locali, le aree vaste, le Società della Salute, ma anche la introduzione di meccanismi come quello del sistema di rimborso a tariffa (DRG) per citarne solo gli elementi più significativi che hanno avuto forte impatto sull'organizzazione originaria del SSR, sono alcuni degli strumenti utilizzati per riordinare l'organizzazione pubblica del sistema in modo da conformarla ai principi della produttività e della efficienza propri dei sistemi di mercato.

Tuttavia i meccanismi di finanziamento di questo nuovo assetto, con la loro ambiguità e contraddittorietà, hanno finito per rappresentare una minaccia alla tenuta originaria del sistema. Infatti l'ammontare del Fondo sanitario nazionale veniva stabilito non in base ai livelli di assistenza a carico del SSN, bensì sulla scorta delle disponibilità del bilancio dello Stato. Ne è risultato una sorta di controriforma che segna il passaggio da un diritto alla tutela della salute costituzionalmente garantito a un diritto finanziariamente condizionato.

Nella legge 833/78 istitutiva del SSN infatti i bisogni rappresentano la variabile indipendente e la spesa era percepita come variabile dipendente (determinata cioè dal grado di soddisfacimento di quei bisogni). A partire dalla riforma introdotta dalla legge 502 e

soprattutto dalla legge 517 del 1992 la spesa diventa invece una variabile indipendente mentre i bisogni di salute rappresentano una variabile dipendente. Alle ASL viene affidato il compito di garantire il pareggio di bilancio a prescindere dal risultato di salute degli assistiti.

Il modello aziendalistico delle ASL ha privilegiato un sistema al centro del quale ci sono le risorse e ai margini i bisogni con il risultato micidiale di un continuo indebitamento e con un crisi di rapporto con i cittadini utenti. Invece di produrre salute abbiamo consumato assistenza alimentando indirettamente il consumismo sanitario, la inappropriata ed caratterizzando un sistema che a fronte di una domanda di qualità crescente e di efficacia è ancora impostato sulla risposta quantitativa e sulla efficienza.

Altro elemento contenuto nella controriforma rispetto al modello originario è rappresentato dalla eliminazione degli Enti Locali territoriali da ogni funzione e responsabilità di governo del sistema e dall'altro dalla separazione tra l'organizzazione sanitaria da ogni forma di assistenza sociale.

A tutto ciò ha cercato di porre rimedio il Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 (riforma Bindi) a livello nazionale e gli atti di programmazione sanitaria regionale (PSR 2002-2004 e 2005-2007) alcuni atti di indirizzo come quello che ha istituito la Società della Salute e soprattutto le legge regionali 22/2000 e 40/2005 ridefinendo nuove responsabilità degli Enti Locali, obbligando a costruire politiche integrate, introducendo obiettivi come l'appropriatezza, l'efficacia, il percorso sanitario, il governo clinico ecc. hanno definito un contesto di ordinamenti e strategie favorevoli a politiche positive per la salute.

La criticità però di questi processi sta a livello nazionale nella parziale attuazione da parte delle regioni della Riforma Bindi e a livello regionale nella mancanza di coerenza nel momento attuativo dei principi contenuti nei pronunciamenti sopra citati.

Gli stessi punti di forza del sistema regionale della sanità che abbiamo evidenziato sopra sono attenuati da elementi di forte debolezza quali:

- a – La programmazione aziendale e locale affidata alla conferenza dei sindaci priva di potestà giuridica
- b – la confusione di competenze nella funzione di programmazione attribuita sia ai comuni che alle ASL
- c - una sperimentazione territoriale affidata alle SDS troppo estesa e poco definita

Da qui la necessità di un rigoroso ripensamento critico che investa i processi avviati in questi anni, rivisiti le strategie proposte e che hanno coinvolto il governo del SSR con soluzioni capaci di convertire il governo tecnocratico del sistema in un governo democratico pur in presenza di assetti organizzativi orientati alla efficienza e alla economicità.

Ma questa revisione non può limitarsi alla strategie e ai processi organizzativi, un nuovo

approccio alla sanità implica un nuovo concetto di centralità del cittadino, che si deve sostanziare in una maggiore partecipazione ed in un coinvolgimento più attivo e concreto dei cittadini a tutti i momenti più rilevanti collegati alle scelte.

Per fare questo occorre aver chiaro alcuni obiettivi ed alcuni strumenti.

Il tema di questo convegno appare allora centrale nel ragionamento che vorrei fare. Da dove partiamo e di cosa vorremmo occuparci.

Come Agenzia Regionale di Sanità stiamo per definire la relazione sullo stato di salute della popolazione che servirà per impostare il prossimo Piano Sanitario Regionale.

La relazione sarà impostata:

1. sull'analisi degli indicatori di salute che vengono costantemente monitorati dalla nostra Agenzia e che sono quelli della mortalità generale, della mortalità prematura, della mortalità infantile e sulle più importanti malattie e cause di morte
2. Sui determinanti di salute in Toscana, Ambiente, sviluppo lavoro ecc
3. sul profilo dei servizi in Toscana (qualità, accesso, prevenzione, assistenza territoriale assistenza ospedaliera, riabilitazione ecc)

Da questo quadro verrà determinato il profilo della salute e dei servizi sanitari della Toscana dal quale dovrà partire la programmazione sanitaria regionale.

Ma nonostante gli indicatori e gli obiettivi di salute registrino un progresso per la salute dei cittadini toscani, il problema bioetico più acuto consiste nella contraddizione tra due fenomeni: Non c'è mai stata tanta salute nel mondo e anche in Toscana e mai tante malattie e tanti morti prevenibili e curabili.

Il Prof. Veronesi in modo provocatorio dice: Oggi si cura di più ma si guarisce di meno. Viviamo in un'epoca di globalizzazione dei rischi:

- recrudescenza di vecchie infezioni e comparsa di nuove
- mondializzazione delle droghe
- Violenze distruttive e autodistruttive
- Dopo l'AIDS sono stati individuati altri ventinove virus batteri capaci di diffusione globale
- Forti interessi commerciali mettono in crisi la salute
- Il deterioramento dell'ambiente e l'inquinamento costituiscono nuovi allarmi per la salute

Alcuni strumenti previsti dalla programmazione regionale ci possono aiutare a determinare il profilo di salute dei nostri territori e sono rappresentati dalla relazione sanitaria che ogni ASL deve fare entro giugno di ogni anno, dai piani integrati di salute e dai profili di salute che si dovrà metter appunti per ogni territorio.

I cittadini si aspettano che dalla analisi di questi strumenti emerga una quadro complessivo dal quale sia possibile delineare il grado di protezione sociale e sanitaria e soprattutto il livello di salute che abbiamo raggiunto e le prossime sfide che ci aspettano.

INTERVENTO DI ELIO TRAMONTE

Rappresentante Ordine dei Medici di Pisa

Solo ieri ho avuto dal Presidente dell'Ordine di Pisa l'invito a partecipare a questo Convegno in quanto era impegnato a Roma in ragione della sua carica. Il mio intervento sarà quindi "a braccio", considerato che solo ora apprendo che l'oggetto del Convegno riguarda il passaggio dalla sanità alla salute.

Il mio intervento è quindi un intervento personale, nel senso che non è rappresentativo di una posizione o pensiero ufficiali espressi dall'Ordine su questo aspetto.

Anzitutto mi associo a chi mi ha preceduto nell'esprimere compiacimento agli organizzatori del convegno sia per il titolo, molto attuale, che per la qualità dei relatori.

Io articolerò il mio intervento in due parti: la prima riguarda gli aspetti positivi della sanità toscana, la seconda parte riguarda invece le criticità.

Devo esprimere un giudizio complessivamente positivo sul modello toscano che, da sempre, ha garantito livelli piuttosto elevati di assistenza sia in riferimento alle professionalità mediche e paramediche presenti, sia per il modello organizzativo generale.

In modo particolare esprimo parere favorevole all'articolazione delle attività in Aree Vaste gravitanti intorno alle tre Aziende Ospedaliero-Universitarie. In questo modo le singole aziende sanitarie che fanno parte dell'Area Vasta non fanno più una loro politica da azienda singola ma devono confrontare e tarare la loro attività con le altre Aziende, evitando duplicazioni e campanilismi tipici del pensare toscano.

Le Aziende Ospedaliero-Universitarie costituiscono peraltro centri di riferimento regionale per molte specialità ed hanno anche punti di eccellenza a livello nazionale.

Questo aspetto va sottolineato perché è da questo che possono scaturire effetti positivi per le prestazioni ai cittadini toscani.

Questa organizzazione territoriale, e non semplicemente aziendale, impedisce anche duplicazioni di investimenti che, particolarmente per le alte tecnologie sanitarie e diagnostiche, hanno un costo elevatissimo.

Ovviamente le decisioni di Area Vasta – che vengono chiamate "concertazioni" – devono portare a garantire sul territorio pisano livelli omogenei di assistenza particolarmente per le alte specialità.

Con l'occasione voglio esprimere anche preoccupazione per quanto recentemente è accaduto a proposito della direzione aziendale Ospedaliero-Universitaria pisana ed auspico che si faccia rapidamente chiarezza e che questo non venga a costituire intralcio all'esito dell'intervento di completamento dell'Ospedale di Cisanello e al trasferimento in quella sede di tutte le attività di assistenza, ricerca e didattica.

Voglio anche esprimere soddisfazione per il superamento delle questioni che hanno riguardato i rapporti tra AOUP ed il CNR.

Per quanto riguarda la Società della Salute ritengo positiva la sperimentazione nel senso che questo nuovo organismo ha incrementato la ricerca e l'analisi di fattori epidemiologici sui quali nel passato non vi era stata una sufficiente attenzione. Ritengo anche che la fase sperimentale debba essere superata per potere disporre di elementi di più elevata valutazione sull'operato della stessa qualora fossero messe a disposizione le risorse economiche.

Mi associo per questo alle ampie considerazioni che sono state fatte sia da Macaluso che da Maccari.

Ma accanto ad aspetti positivi vi sono anche delle criticità che andrebbero attentamente valutate. Ne citerò solo alcune che mi sembrano le più rilevanti, a mio avviso.

Io esterno una certa preoccupazione per il fatto che il livello di eccellenza e di alta specializzazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria possa garantire adeguata e pronta assistenza ai grandi eventi morbosi e ridotta disponibilità professionale e logistica relativa alle patologie più comuni, considerato che il più vicino Ospedale dell'Azienda sanitaria 5 è quello di Pontedera, per non parlare di quello di Volterra.

Altra criticità è quella che nel caso di concomitanza di eventi urgenti il numero dei posti letto non sia adeguato alle reali necessità territoriali e come pertanto vi sia l'eventualità di ricorrere a presidi ospedalieri più lontani quali quello di Firenze-Careggi, con il rischio che se anche in questo presidio non vi fosse disponibilità di letti si verifichi una grave perdita di tempo a danno del paziente.

Problema non secondario è quello del punto nascita di Volterra sul quale non spendo in questo momento altre parole trattandosi di questione complessa e delicata.

Un rilievo che debbo fare è quello relativo al Centro Unico di Prenotazione (CUP) che ancora non dà adeguate risposte ai cittadini circa la disponibilità in tempo reale dei tempi per le prestazioni specialistiche, oltre alla difficoltà grave dell'accesso al numero telefonico a tale servizio preposto.

Un problema ancora presente ed in modo serio è quello della presenza delle liste di attesa che ha come conseguenza quella del ricorso alle prestazioni libero professionali intramoenia dei medici ospedalieri.

Come accennava Sereni nel suo intervento il rischio è quello del doppio binario di accesso: veloce per chi può pagare, lento per chi non ha questa possibilità.

Va anche considerato che la esecuzione di queste prestazioni distoglie il personale medico da quelle che sono dovute istituzionalmente, inducendo altre prestazioni libero professionali con un meccanismo perverso che potrebbe, però, rientrare nella logica "aziendale" delle strutture.

Non va dimenticato anche che l'utilizzo in contemporanea delle dotazioni strumentali sanitarie e tecnologiche per prestazioni ai ricoverati e quelle ambulatoriali potrebbe creare intralci organizzativi. E' da escludere l'ipotesi che queste attrezzature possano avere utilizzazione in orari particolari (in quanto non si possono sovvertire i ritmi biologici delle persone), mentre una soluzione potrebbe essere quella di dedicare le attrezzature di più comune utilizzo in parte all'uso esclusivo dell'uno o dell'altro tipo di prestazioni.

Ritengo che si possa esprimere un giudizio di efficienza sul servizio 118, mentre per la continuità assistenziale esprimo qualche riserva di efficacia ed i suoi limiti nei casi di epidemie. Preciso che per continuità assistenziale io intendo non il ricorso a consigli spesso a distanza, ma una reale copertura assistenziale.

Altro aspetto che vorrei trattare è quello delle dimissioni ospedaliere precoci e della carenza di strutture territoriali capaci di garantire adeguata assistenza al paziente ancora bisognoso di assistenza medica ed infermieristica. Concordo quindi con quanto diceva Sereni che abbiamo un ospedale che dimette frettolosamente ed un territorio che non accoglie tempestivamente.

La stessa assistenza domiciliare programmata affidata ai medici di medicina generale e all'assistenza domiciliare integrata (ADI) non copre tutti i bisogni che emergono nel territorio ed è attualmente limitata ai soli pazienti oncologici.

Anche questo tipo di assistenza, per quanto sia adeguata da un punto di vista qualitativo, non è garantita a tutti i pazienti oncologici in fase terminale ai quali manca, peraltro, un adeguato supporto psicologico al paziente stesso e alle famiglie.

Giudico necessario che questo tipo di prestazioni venga esteso alle altre patologie altamente invalidanti.

Per quanto riguarda l'ospedale di comunità intravedo il rischio che possa divenire un parcheggio di pazienti prevalentemente dimessi dall'ospedale ed in attesa di sistemazione in una residenza socio-assistenziale. L'ospedale di comunità più vicino a Pisa è quello di Navacchio ed è problematico, per il medico di medicina generale, assumere questo impegno che è rilevante in quanto il raggiungimento di questo ospedale richiede molto tempo, oltre a considerare la scarsa remuneratività.

L'auspicio è quindi quello di incrementare questo tipo di assistenza attraverso una più razionale distribuzione territoriale.

INTERVENTO DI MAURO PALLINI

Direttore Generale Estav Nord Ovest

Io penso di fare l'intervento più bello e cioè quello di parlare poco, data l'ora tarda.

Voi sapete che gli Estav sono gli enti di nuova emanazione regionale che riguardano l'attività dei servizi tecnici e amministrativi delle Aziende sanitarie a livello di Area vasta. Nella Regione vi sono quindi tre Estav: Centro, Nord Ovest, Sud Est. Sostanzialmente gli Estav sono i successori dei Consorzi di Area Vasta (CAV) che si occupavano esclusivamente del settore dell'acquisizione dei beni e dei servizi.

All'epoca dei CAV anch'io come direttore di azienda sanitaria vidi con un certo scetticismo la nascita di questi nuovi organi per il fatto che potevano essere elementi di frammentazione del sistema sanitario. Però i fatti mi hanno smentito.

I risultati sono questi: a solo titolo di esempio i nuovi contratti per l'acquisto di medicinali e di altro materiale sanitario hanno prodotto da noi un abbattimento di oneri di circa 9 milioni di euro e quindi vuol dire che la funzione dei CAV, ora Estav, è stata efficace.

Devo precisare che questa valutazione economicamente positiva è valida a parità di consumi perché se questi crescono le Aziende sanitarie non avvertono appieno questo beneficio.

Io sono stato molto stimolato dalle cose che ho sentito dire in termini di programmazione. Gli Estav sono sostanzialmente un *service* per le Aziende che stabiliscono i loro fabbisogni e noi provvediamo alla migliore ricerca ed acquisizione sul mercato. In questo meccanismo può accadere che vi possano essere richieste di acquisizioni che non sono congrue, perché l'Area Vasta non può essere intesa come la vasta somma di ogni e qualsiasi esigenza espressa dalle Aziende che la compongono. Ad esempio sono pervenute richieste a livello di Area Vasta di 6 Tac a 64 *slides* (in Inghilterra non ce ne sono più di 20) e questo denota che qualcosa non torna.

Io personalmente ritengo che le Aziende si devono organizzare secondo la domanda e non secondo i bisogni come insegna l'economia sanitaria. Il bisogno è una carenza sanitaria rilevabile strumentalmente, oggettivamente.

Molto spesso la domanda è stimolata per eccesso e spesso non ha origine da un bisogno reale. Se l'Area vasta deve essere una struttura organizzata non può essere che in ogni punto dell'Area Vasta si risponda nella stessa maniera alla domanda che proviene dalle famiglie, dalle persone ed anche da soggetti occulti. E' fondamentale, perciò, che si realizzi una rete di servizi, ovvero l'Azienda-rete.

Chi mi conosce sa che io sono un fautore di una selezione di mercato, ma in sanità questo non si può sempre fare a motivo che la spesa lieviterebbe e ci sarebbe una selezione di produttori poco accorti, che non garantirebbe una equa distribuzione sul territorio.

Allora bisogna scegliere la strada della programmazione; ma la programmazione impone scelte quali i criteri di selezione, i punti di eccellenza e vari parametri. L'eccellenza non si fa per decreto, non sta scritto da nessuna parte che il professionista eccellente sta dentro l'Azienda ospedaliero-universitaria.

Che cosa significa eccellenza? Significa fare bene ciò che dobbiamo fare e verificarlo continuamente.

Il più bel libro di economia sanitaria che ho letto è quello di Cochrane "*L'inflazione medica*". Cochrane era un medico e insegnava ai propri colleghi medici di non fidarsi più di tanto di quello che avevano studiato all'Università e di non fidarsi mai di quello che si leggeva sui testi sacri senza averlo verificato di persona in base all'evidenza..

Aggiungeva che tutto quello che si studiava doveva essere verificato continuamente sul campo, perché poteva esserci un "mediconzolo" qualunque di campagna che in base all'evidenza ti diceva che per una certa patologia non occorreva utilizzare il prodotto "x" che costa cento, ma è sufficiente il bicarbonato di sodio che costa cento volte meno e che si compra in drogheria. Il prodotto, o processo, appropriato è oggettivamente un prodotto, o un processo, economicamente vantaggioso perché realizza un equilibrio.

Rispondo anche all'osservazione del Dott. Tramonte. Non è vero che il medico di famiglia sui farmaci ha il solo ruolo di prescrivere il prodotto che costa meno.

La sanità si sa, è una pelle di leopardo e dipende anche dalle diverse esperienze che uno ha vissuto se si formano opinioni e valutazioni differenti.

Io sono un convertito, nel senso che avendo fatto tutta una carriera ospedaliera – e l'amico Antonio Sereni lo sa – pensavo che il solo punto di massima efficacia, efficienza e professionalità dell'organizzazione sanitaria fosse concentrato dentro gli ospedali, ma mi sbagliavo.

Il professionista più importante per avere gli ospedali più efficienti è invece il medico di famiglia. Quando ero Direttore Generale all'Asl di Viareggio e di Prato e chiamavo i medici di famiglia che avevano parametri di spesa eccessivi, ricordavo loro che non erano tenuti ad usare il prodotto meno costoso ma il prodotto più efficace che scaturiva dalla loro valutazione della patologia dei propri pazienti, però dicevo loro di farlo acquistare a me ed io avrei organizzato la distribuzione.

Nella scelta del prodotto più efficace ed economicamente più vantaggioso ricordavo a qualche medico un po' riottoso che non vale più la vostra autonomia e la vostra professionalità, ma entra in gioco la mia professionalità, che si sostanzia nell'abilità manageriale di acquistare sul mercato alle migliori condizioni possibili e di organizzare un'efficiente rete distributiva.

Se poi questa abilità non mi viene riconosciuta e non produce risultati positivi, i Direttori Generali sono gli unici dirigenti che possono essere chiamati in 24 ore dall'Assessore e mandati a casa.

Io vi ringrazio e vi auguro un buon lavoro.

INTERVENTO DI MAURIZIO DE SCALZI

Presidente regionale AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)

Vi ringrazio dell'invito.

Io ho presentato dei lucidi alla Segreteria del Convegno e quindi il mio intervento, data anche l'ora, sarà molto breve.

Sono stato chiamato in causa dall'intervento di Maccari, ed anche se non sono pisano e a Pisa non ci sono strutture associate Aiop, sono rimasto meravigliato nel sentire dire che il privato ha privilegiato il solo interesse ad avere una contrattazione regionale sui tetti.

Se a Pisa è così, vuol dire che invece di un modello toscano esiste anche un modello pisano di sanità perché in tutte le altre realtà territoriali e locali dove ci sono le case di cura associate Aiop è dal 1995, e cioè dall'anno in cui dal convenzionamento si è passati all'istituto dell'accreditamento, che le case di cura trattano la loro attività con le Asl territorialmente competenti.

Noi non trattiamo solamente il tetto, ma la tipologia delle prestazioni ed i loro volumi e quindi la programmazione che facciamo con le Aziende sanitarie territoriali è una programmazione indotta e basata sui bisogni dei cittadini.

Questi bisogni non so se derivano dalla attenta analisi epidemiologica, dei flussi o delle liste di attesa o se invece le Asl tendono a indirizzare il privato in settori dove il confronto con il pubblico non si fa.

A Firenze ad esempio, come ha accennato Sereni, le case di cura hanno partecipato recentemente ad una gara di appalto nella quale l'obiettivo dell'Asl banditrice era probabilmente quello di prendere tre e pagare due.

In questa gara non ci sono stati parametri oggettivi, ma si è basata sull'indicatore dello sconto tariffario e quindi lo sconto più alto è stato il criterio di scelta del contraente. Il parametro qualità è stato considerato solo marginalmente.

Questo per dire che l'attività non è così libera, garantita e protetta dalla contrattazione

regionale – come è stato detto – ma è indirizzata dove ci sono i bisogni ed è basata sui bisogni.

Permettetemi di dire che la nostra visione è diversa da quella che è stata espressa in questa sede. Noi non siamo d'accordo sul fatto che ci sia una Asl che individua i bisogni – e questo va bene – ma che nello stesso momento in cui stabilisce i bisogni diventa anche erogatore delle stesse prestazioni.

Va bene che l'Azienda sia il programmatore e l'erogatore dei finanziamenti che riceve dal governo regionale attraverso il Fondo Sanitario Regionale. Ma in questa partita – perdonatemi l'esempio – non può fare la parte dell'arbitro che gioca insieme ad una squadra concorrente.

Capisco che sono argomenti difficili e poco comprensibili dalla parte degli amministratori pubblici, ma per noi sono argomenti assolutamente corretti.

Vado ora alla illustrazione delle diapositive che riassumono diversi aspetti.

La diapositiva illustra schematicamente i vari passaggi del S.S.N. iniziati con i Decreti 502/92 e 517/93, il successivo Dpr. 14/1/1997 sui requisiti minimi di accreditamento e infine il Decreto legislativo 229/1999 che ha cambiato radicalmente i principi del 502 e stasera sento parlare che c'è in mente una riforma ulteriore senza che l'ultima riforma sia stata completamente attuata per la carenza dei regolamenti di attuazione.

Affermiamo per l'ennesima volta che la presenza della componente privata rende i sistemi



ACCREDITAMENTO-PARITÀ PUBBLICO/PRIVATO

DL.	502/517	1992-1994
DPR	14/01/1997	(requisiti minimi di accreditamento)
DL	229	1999



regionali migliori, più efficaci e più efficienti.

Inoltre l'accREDITamento unico di erogatori di prestazioni ospedaliere, pubblici e privati, è garanzia di qualità del SSN.

Inoltre il pluralismo degli erogatori è garanzia della libertà di scelta del cittadino.

Noi pensiamo che la presenza del privato sia utile per rendere il sistema più efficiente e che l'accREDITamento dovesse valere sia per il pubblico e per il privato.

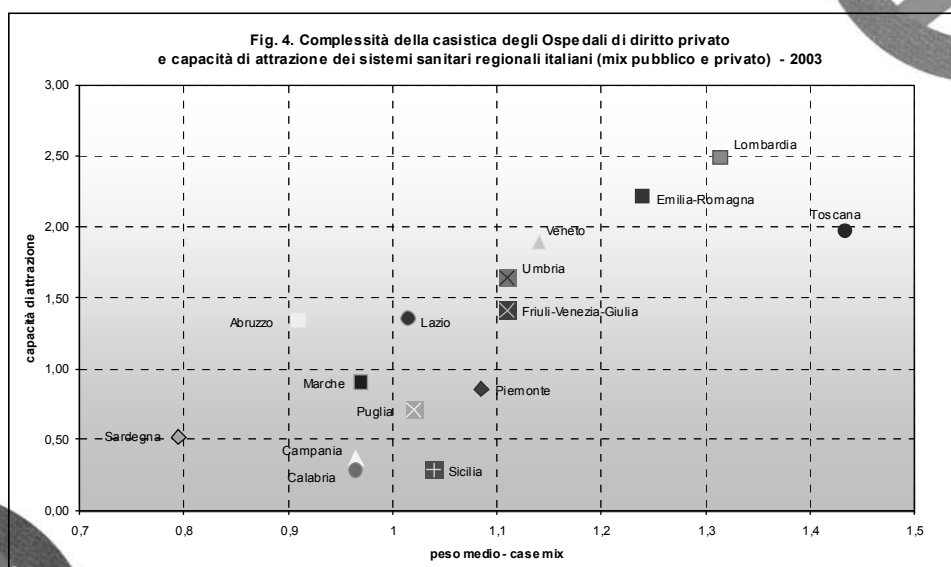
Ma la realtà è stata di segno diverso: questo istituto è stato applicato in modo rigido nei confronti del privato, mentre al pubblico sono state concesse deroghe di ogni tipo.

Il sistema delle tre "A" aveva un significato ben preciso e condivisibile. C'era l'autorizzazione all'esercizio dell'attività, c'era l'accREDITamento per la verifica degli ulteriori requisiti, c'erano gli accordi contrattuali con le Aziende. e a quel punto la struttura diveniva di fatto un erogatore in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale.

In Toscana invece il sistema dell'accREDITamento è stato vincolato e messo in subordine alla programmazione con la conseguenza che non si accredita nessuno se non è funzionale alla programmazione. Il risultato è stato quello di chiudere il mercato e di rendere pressoché inutili gli accordi contrattuali con le Aziende sanitarie.

Nella diapositiva seguente si evidenzia e si sfa il mero luogo comune che il privato faccia le prestazioni a più basso costo ed a maggiore remuneratività.

Da un recente studio – che è riportato nel grafico che vedete – si nota che la Toscana è



seconda solo alla Lombardia e Emilia Romagna nel segmento di cui trattasi e che come capacità di attrazione, siamo secondi dietro la Lombardia, il che significa che le strutture private toscane associate Aiop hanno un ruolo perchè erogano prestazioni di buon livello.

Nella diapositiva seguente si evidenzia l'aumento della qualità delle prestazioni attraverso i due indicatori del "peso medio" e del "case mix", ma anche dei Drg di alta specialità.

Nell'ortopedia le case di cura private fanno il maggior numero di interventi protesici rispetto alle strutture pubbliche.

Tab. SI45 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2004 (Toscana)

Disciplina	Totale					Ospedali privati (case di cura accreditate) associati all'Aiop				
	Posti letto	Degenti	Giornate di degenza	Degenza media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di degenza	Degenza media	Utilizz. %
Angiologia	55	629	7.779	12,4	38,7	38	134	1.632	12,2	11,8
Cardiologia	32	1.095	8.265	7,5	70,8	32	1.095	8.265	7,5	70,8
Cardiologia	40	197	1.896	9,6	13,0	-	-	-	-	-
Chirurgia generale	260	6.112	19.808	3,2	20,9	170	4.372	10.399	2,4	16,8
Lungodegenti	281	1.926	57.637	29,9	56,2	281	1.926	57.637	29,9	56,2
Medicina generale	299	5.494	43.897	8,0	40,2	188	3.751	28.898	7,7	42,1
Oculistica	63	1.648	2.791	1,7	12,1	35	1.332	1.618	1,2	12,7
Ortopedia e traumatologia	258	8.638	42.500	4,9	45,1	222	7.475	34.843	4,7	43,0
Ostetricia e ginecologia	44	1.041	2.492	2,4	15,5	34	955	2.052	2,1	16,5
Otorinolaringoiatria	61	1.580	4.069	2,6	18,3	53	1.170	2.794	2,4	14,4
Psichiatria	120	920	25.887	28,1	59,1	120	920	25.887	28,1	59,1
Recupero e riabilitaz. funzionale	311	5.041	96.557	19,2	85,1	259	4.276	80.387	18,8	85,0
Urologia	37	1.500	4.821	3,2	35,7	37	1.500	4.821	3,2	35,7
Totale	1.861	35.105	318.399	9,1	46,9	1.469	28.328	259.233	9,2	48,3

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati Ministero della Salute

Sul costo delle prestazioni per punto DRG nel raffronto pubblico-privato si nota, nella successiva diapositiva, il minore costo delle strutture private ma non certamente perché non si applicano i contratti di lavoro al personale.

Aggiungo su questo punto che il valore del punto Drg è fermo da diversi anni, nonostante che si registri l'aumento dell'inflazione accumulata e quello del costo del personale.

Nella bozza di legge finanziaria 2007 (art.88), si legge che dal 2010 cessa l'accreditamento provvisorio delle strutture private e che quindi l'accreditamento del pubblico non esiste più. Ma io spero che questa bozza non diventi legge.

Io credo che l'istituzione dell'accreditamento aveva la funzione di garanzia per i cittadini

sotto il profilo della qualità delle prestazioni ed il fatto che questo non valga più per le strutture pubbliche danneggia i cittadini perché li lascia in balia dell'autoreferenzialità delle Aziende sanitarie, che si trovano quindi ad operare in una nicchia protetta che va contro l'interesse del sistema sanitario.

Costo per Punto DRG Italia e Toscana

Anno	Val. medio pubblici (€)	Val. medio AIOP Toscana (€)
2001	3.977	
2002	4.188	2.533 (-39,5%)
2003	4.000	2.571 (-35,2%)
2004		2.564

CEISanità

F. Spandonaro

Noi auspichiamo che si ritorni ai principi della “riforma della riforma” dove era sancita la centralità del cittadino nella scelta del luogo di cura, dove tutti gli erogatori erano sottoposti alle stesse regole, con l’accreditamento quale strumento eccezionale di garanzia di qualità delle strutture ospedaliere, dove tutti vengano pagati nello stesso modo attraverso i Drg, mentre ora i Drg sono appannaggio esclusivamente del privato.

Grazie.

CONCLUSIONI DI ANTONIO SERENI

Permettetemi di dire che la mia relazione introduttiva, forse un po' lunga, ha avuto quantomeno il merito di fornire a coloro che sono seguiti al mio intervento spunti di analisi e di riflessione.

E' con piacere che rilevo la condivisione su molti punti e quindi il Convegno chiude con molte convergenze.

Tra queste si può annoverare il fatto – fondamentale – di una valutazione e consapevolezza che la sanità non è più attrezzata per risolvere tutte le problematiche di salute-benessere dei cittadini.

Altra condivisione, il ruolo degli Enti locali. Macaluso ha detto apertamente che non condivide la mia affermazione che “gli Enti locali non hanno la qualità” per guidare il passaggio dalla sanità alla salute. Voglio precisare che intendevo dire che gli Enti locali non hanno al momento l'attitudine a guidare questo passaggio ed in modo particolare la integrazione delle politiche socio-sanitarie con tutte le altre politiche che fanno capo agli Enti locali e che rappresentano il 70% dei cosiddetti determinanti di salute.

Aggiungo al riguardo che l'occasione storica data agli Enti locali di essere protagonisti di questa vicenda era racchiusa nel mitico art.10 della legge “833” che definiva le Unità sanitarie locali le strutture dei Comuni singoli o associati che in un determinato territorio assolvono alle funzioni del Ssn.

Vorrei anche sottolineare l'aspetto positivo di una maggiore sensibilità dei cittadini alle problematiche socio-sanitarie e dei dibattiti che sulla Società della Salute sono scaturiti nei Consigli comunali delle zone interessate alla sperimentazione.

Ma la convergenza più rilevante è quella da tutti avvertita di porre finalmente il cittadino al centro delle proprie vicende non solo sanitarie ma della propria salute e, di conseguenza, del proprio benessere.

Certamente la materia è vasta e complessa e meriterebbe un Convegno ad hoc e questa occasione, come accennava il Presidente Titoni, potrebbe essere rappresentata nella primavera del 2007 dal monitoraggio sulle Società della salute finalizzato al loro passaggio a regime dopo la conclusione della fase sperimentale.

GLOSSARIO

AZIENDA SANITARIA	<p>Il soggetto giuridico pubblico e privato che offre attività o prestazioni sanitarie (D.P.R. 14 gennaio '97). È un'organizzazione economica, pubblica o privata, finalizzata al raggiungimento di obiettivi di salute per i singoli e la comunità servita; la sua produzione di prestazioni sanitarie e di processi assistenziali è comunque strumentale al miglioramento della salute.</p>
BOTTOM-UP	<p>Espressione inglese che letteralmente significa "dal basso verso l'alto" e che indica il flusso di idee, iniziative e proposte che giungono al vertice di una organizzazione dai livelli inferiori della struttura gerarchica [contrario = "top-down"].</p>
CASE MIX - INDICE DI	<p>Esprime la complessità dei casi trattati da un ospedale in rapporto alla complessità media di un insieme di ospedali di riferimento (es. l'insieme degli ospedali italiani); cfr. anche allegato n.2 alle linee di guida n. 1/95 (G.U. 29/06/95 n. 150).</p>
DAY HOSPITAL	<p>Regime di ricovero, per acuti o riabilitativo, che si caratterizza, in genere, per la presenza delle le seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato/i;• limitato ad una sola parte della giornata;• caratterizzato da prestazioni multiprofessionali e/ o plurispecialistiche, che necessitano di un tempo di esecuzione che si discosta in modo netto da quello necessario per una normale prestazione ambulatoriale. <p>Il DH può essere caratterizzato da uno o più accessi ognuno dei quali deve comunque soddisfare alle condizioni citate.</p>
DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG)	<p>Categorie di ricoveri ospedalieri definite in modo da presentare caratteristiche cliniche analoghe e che richiedano per il loro trattamento quantità omogenee di risorse ospedaliere. Per assegnare ciascun paziente ad uno specifico DRG sono necessarie attualmente le seguenti informazioni minime: la diagnosi principale di dimissione, l'età, il sesso, la modalità di dimissione.</p> <p>Da notare che all'interno di ciascun gruppo si possono anche ritrovare patologie con caratteristiche cliniche non esattamente corrispondenti ma caratterizzate da un assorbimento di risorse simile.</p>

INDICE

Introduzione di Luca Titoni <i>Vice presidente Gruppo UDC</i>	pagina 1
Relazione introduttiva di Antonio Sereni <i>Esperto e pubblicista sanitario</i>	pagina 3
Intervento di Carlo Macaluso <i>Presidente della Società della Salute Zona Pisana</i>	pagina 33
Intervento di Mauro Maccari <i>Rappresentante Azienda USL n.5 di Pisa</i>	pagina 38
Intervento di Giovanni Barbagli <i>Presidente Agenzia Regionale Sanità</i>	pagina 41
Intervento di Elio Tramonte <i>Rappresentante Ordine dei Medici di Pisa</i>	pagina 45
Intervento di Mauro Pallini <i>Direttore Generale Estav Nord Ovest</i>	pagina 48
Intervento di Maurizio De Scalzi <i>Presidente regionale AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)</i>	pagina 50
Conclusioni di Antonio Sereni	pagina 55
Glossario	pagina 56

UDC Gruppo Consiliare
Consiglio Regionale della Toscana

Via Cavour, 2
50129 Firenze
Tel. 055 2387516/7
Fax. 055 2387518

Per essere aggiornato sulle iniziative e attività del gruppo, consulta il sito:
WWW.UDC-REGIONETOSCANA.IT