

Consiglio Regionale straordinario sulla sanità – 8 Febbraio 2010

1- In questa legislatura, quando siamo stati chiamati ad esprimerci sui rilevanti atti in materia sanitaria, siamo sempre rifuggiti da preconcepite negazioni ideologiche per riferirsi, invece, ai canoni della valutazione oggettiva finalizzata a tenere al centro della nostra attenzione l'interesse primario del cittadino.

Questo ci ha portato talvolta a pronunciarsi sugli aspetti condivisibili su alcune proposte del governo regionale (quando ci sono state) ed a fornire dei contributi, ma in prevalenza a dichiarare motivatamente la nostra avversione a quelle proposte che non giudicavamo rispondenti all'obbiettivo del miglioramento dei servizi e all'interesse del cittadino.

2- A questa linea di comportamento non vogliamo rinunciare per il solo fatto dell'accadimento di episodi inattesi ed avversi (la c.d. “malasanità) che hanno toccato in questi anni con sempre maggiore frequenza il sistema sanitario toscano in punti molto sensibili , tra i quale fa spicco l'ambito materno-infantile.

Ma se noi rinunciamo ad “ entrare a gamba tesa”, essendo il rischio insito nella pratica clinica e l'errore nella natura umana, il governo regionale non può rinunciare a fare una profonda riflessione sulla sicurezza degli utenti e sulla capacità del sistema di imparare dagli errori, sia per una maggiore tutela degli utenti ,sia per quella degli operatori sanitari che hanno il diritto di lavorare con serenità.

E qui mi fermo, perché un sistema sanitario si deve valutare in modo più appropriato nella sua complessità e su altri versanti.

3- In questi dieci anni di sanità l'elemento centrale è stato la committenza dei Piani regionali di sviluppo, che hanno delineato uno stato sociale orientato a garantire la tutela della salute nelle sue molteplici espressioni.

Questi PRS hanno fatto leva su una ulteriore qualificazione del servizio sanitario regionale, sul ruolo degli anziani (eleggendoli a nuovi protagonisti delle politiche sanitarie e sociali), sull'impegno a sostenere tutte quelle attività ed interventi con l'obbiettivo di mantenere in vita attiva ed autonoma le persone disabili ed i soggetti fragili, sul sostegno alle famiglie ed alle giovani coppie, sull'ammodernamento della rete ospedaliera e, infine, sull'imperativo di

favorire il mantenimento della coesione sociale evitando forme e comportamenti di l'autoreferenzialità.

Le azioni regionali, quindi, avrebbero dovuto essere coerenti con questa committenza politica indirizzata sia ai soggetti istituzionali titolari delle competenze nelle materie di cui trattasi, sia alle organizzazioni pubbliche “aziendali” deputate a dare corpo e concretezza a questi obiettivi e a realizzare l'efficienza dei servizi.

Ma così non è stato e queste sono le ragioni.

4- Diversi impegni sono rimasti incompiuti ed alcune soluzioni prescelte presentano tratti di inadeguatezza.

Sono rimasti incompiuti:

- la reale **integrazione delle Università toscane** nel quadro di regole e di vincoli della programmazione sanitaria ,che avrebbe dovuto contribuire alla qualificazione del sistema sanitario. Le Aziende ospedaliero-universitarie si presentano ancora oggi come un corpo a due teste, ma con la componente ospedaliera in posizione di sudditanza;

- **gli Estav** non hanno ancora raggiunto, dopo cinque anni dalla loro istituzione, quel ruolo chiave di Centro acquisti e servizi a supporto delle Aziende sanitarie e le economie di scala sono andate a discapito del livello qualitativo del materiale sanitario acquistato;

-della **programmazione di Area Vasta**, solennemente richiamata nelle leggi, si è persa ogni traccia a conferma che si opera ancora – per le questioni di grande rilievo- con la logica della individualità aziendale e che le regolamentazioni sulla mobilità sanitaria non hanno ancora rimosso la condizione che vede le Aziende UsI fortemente debentrici delle Aziende Ospedaliero-Universitarie sia sul versante finanziario che su quello delle prestazioni;

- è mancato **il potenziamento dei presidi ospedalieri delle Asl** che avrebbe consentito di ricondurre a questi le attività specialistiche di base svolte impropriamente dai presidi dell'alta specializzazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie(materia da Area Vasta).

- **la realizzazione dei 4 Nuovi Ospedali provinciali** è stata ritardata da errori procedurali, da contenziosi di varia natura inerenti anche la localizzazione dei plessi ospedalieri, dalle lungaggini delle varianti urbanistiche e non vi è ancora certezza sul concreto avvio delle opere.

Presentano tratti di inadeguatezza:

- **la riorganizzazione della funzione ospedaliera** con l'introduzione del modello assistenziale per intensità di cure che non ha considerato le reali esigenze dei pazienti, piegate ancora una volta agli obiettivi economicistici che caratterizzano questo modello;

- **l'istituzione dell'ISPO** (più per rimuovere difficoltà organizzative e finanziarie che per sostenere il riconoscimento del carattere scientifico dell'Ente) ed il passaggio dal regime privato a quello pubblico della **Fondazione Monasterio di Pisa** (con accollo al sistema pubblico dei pregressi disavanzi privati e del personale), oltre a dubbi di legittimità e di opportunità, aggravano il sistema sanitario di altri Enti autonomi, oltre alla pleora di altri organismi di varia natura;

- **i rapporti con le strutture sanitarie private**, che vedono questo settore, in contrasto con gli impegni regionali sulla pari dignità dei produttori, alla mercé delle logiche aziendali delle Asl, con rapporti conflittuali in cui i volumi di attività ed i tetti finanziari costituiscono le sole materie di trattativa, mentre è assente ogni elemento di programmazione che per i privati è la preconditione per fare investimenti e per mantenere i livelli occupazionali;

– **la precarietà del rapporto funzionale intraospedaliero** (dal Pronto soccorso ai Reparti di degenza) e **dei flussi in uscita dall'Ospedale** (verso il Territorio), determinata dagli atti regionali che hanno imposto una limitazione alla dotazione di posti letto delle discharge-room (stanza delle dimissioni) che ostacola il funzionamento del nuovo sistema, anche per le ricadute delle scelte aziendali che hanno progressivamente diminuito la disponibilità di posti letto in degenza ordinaria;

– **la provvisorietà del sistema di emergenza-urgenza territoriale** collegata alle problematiche giuridiche sull'affidamento con gare ad evidenza pubblica del servizio di trasporto sanitario alle Associazioni di volontariato che rischia di “turbare” un servizio di primaria importanza svolto storicamente e con efficienza da queste Associazioni (e dalla CRI);

- **il programma di riqualificazione/riconversione dei “piccoli Ospedali”** (sempre combattuti tra ipotesi di chiusura definitiva e/o unificazione) che non ha ancora garantito il mantenimento della destinazione socio-sanitaria di questi presidi a beneficio dei territori di pertinenza per le patologie sanitarie non acute e per le patologie sociali e dell'alta

integrazione socio-sanitaria.

5- Quello finora illustrato è solo un campionario di cose incompiute e di inadeguatezze, ma vi sono altri temi che toccano trasversalmente tutto il sistema.

L'assistenza specialistica ambulatoriale e la riduzione dei tempi di attesa

Gli insuccessi registrati in questi anni testimoniano che la politica settoriale sul contenimento delle liste di attesa necessita di una correzione di rotta in quanto rappresenta il maggiore elemento di criticità nel rapporto con i cittadini.

I continui interventi normativi operati anche in questa legislatura non hanno prodotto mutamenti significativi dell'attuale situazione che vede ancora il cittadino alla affannosa ricerca di prestazioni in tempi ragionevoli.

Le attese toccano trasversalmente gran parte dei settori dell'attività clinica e di indagine diagnostica e questo testimonia che non siamo in presenza di un fenomeno casuale o transitorio, ma di un fenomeno che è un prodotto di questo sistema sanitario.

Noi sosteniamo da anni che un serio approccio alle liste di attesa deve scavare sui determinanti dell'attesa che possono essere legati al paziente, alla prestazione, agli erogatori, al contesto (struttura della domanda, aspetti sociali, modelli culturali di consumo sanitario ed altro).

Di positivo rileviamo :

- il miglioramento dei tempi per le prestazioni di Radioterapia scaturito dall'attivazione recente di alcuni Centri e dalla postazione di acceleratori di ultima generazione (questo dimostra che laddove si vuole, si può);
- la maggiore attenzione alle attività di prevenzione e cura delle patologie oncologiche che vedono il coinvolgimento dei Dipartimenti oncologici delle Asl e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, dell'ISPO con il coordinamento dell' ITT;
- la progressiva riduzione dei tempi di attesa per il ricovero in Rsa delle persone non autosufficienti sia per la istituzione dello specifico Fondo regionale, sia per una diversa articolazione dei servizi che vedono privilegiare le soluzioni di assistenza domiciliare e semiresidenziale rispetto a quelle residenziali.

La sperimentazione e la messa a regime(normativa)delle Società della Salute

In questa legislatura non c'è stato argomento che abbia suscitato tanto interesse e tanti dibattiti quanto le Società della Salute. I motivi sono tanti ma quello fondamentale è di natura politica: gli Enti locali pensano di ritornare, dopo una lunga latitanza, al governo dei servizi sanitari territoriali e fanno il primo passo per la scalata alle cittadelle sanitarie delle Asl.

Noi abbiamo espresso motivate contrarietà sia al modello della sperimentazione(che ha escluso la gestione dei servizi), sia alla loro messa a regime (che lascia eccessivi spazi di discrezionalità alle Zone socio-sanitarie, impedisce un modello univoco di Sds e determina sperequazioni territoriali sotto il profilo sanitario).

Dopo sei anni della loro esistenza “virtuale”, che ha partorito studi, analisi epidemiologiche (che già c'erano all'A.R.S.) ed il Piano Integrato di salute (che altro non è che un libro dei sogni) noi ci chiediamo:

Se non si gestisce cosa si fa ? Come si fa a parlare di “Società” se non c'è un patrimonio di dotazione , se non c'è certezza ed univocità dei compiti (le funzioni gestionali rimangono ancora “eventuali”), se non 'è dotazione organica di personale, se non c'è un sistema finanziario che individui le fonti di finanziamento ed un budget di spesa che non sia solo virtuale, se i servizi che deve (dovrebbe erogare) sono giuridicamente e per larga parte in capo al socio di minoranza (l'Azienda sanitaria territoriale).

Oltre questo, c'è un grave errore di prospettiva politica : come si è pensato ad affidare ad un soggetto così indeterminato e fragile il passaggio dalla “ Sanità alla Salute” ipotizzato dal Piano sanitario regionale 2008/2010 ?

Se non si risponde a questi interrogativi le Sds corrono il rischio di diventare un ulteriore livello di burocratizzazione del sistema che si frappone tra servizi e cittadini. Se per l'Assessore alla sanità le Sds sono una scommessa, per noi sono un'avventura !

Il tutto aggravato dal fatto che la progressiva destrutturazione delle Aziende sanitarie territoriali (che conservano pochi brandelli delle autonomie riconosciute dalla legge e che si stanno sempre più configurando come centri di imputazione di interessi altrui (regionali), potrebbe indebolire l'intero sistema.

6- Non possiamo infine tralasciare il tema delle **risorse finanziarie** che è una delle bandiere dell'autoreferenzialismo del governo regionale.

Per sgombrare il campo dagli equivoci è bene dire che il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario è un dato positivo per il mantenimento del sistema ,ma non per la sua evoluzione.

Non sappiamo quanto sia costato alla qualità dei servizi e delle prestazioni, ma sappiamo invece quanto sia costato al mantenimento dell'efficienza del patrimonio tecnologico e strumentale delle Aziende sanitarie investito da un processo di obsolescenza che ha imposto in tempi recenti l'adozione di uno specifico Piano straordinario di investimenti a motivo che le tecnologie sanitarie hanno sempre più assunto un ruolo fondamentale per la produttività dei servizi e particolarmente per quelli della diagnostica strumentale.

7- La panoramica che succintamente ho fatto testimonia che tra la committenza politica dei Piani regionali di sviluppo e le cose non fatte o fatte in modo non adeguato, lo scarto non è stato di poco conto.

Onestà di giudizio però vuole che si dica che il sistema sanitario toscano è andato avanti per forza d'inerzia garantendo ai cittadini le fondamentali prestazioni di base e specialistiche, pur con i limiti che ho evidenziato.

Ma è andato avanti non tanto per le progettualità e la incisività dell'azione regionale, quanto per l'impegno dei tanti operatori dei servizi e delle organizzazioni esterne no-profit che non ci stanno a vedere additata la sanità come luogo dello spreco, dell'inefficienza e dell'errore.

Firenze, 23 Gennaio 2010