



Consiglio Regionale della Toscana
Gruppo consiliare UDC

PIANO SANITARIO REGIONALE

2008-2010

ANALISI, VALUTAZIONI E RIFLESSIONI

Luglio 2008

C i sono amici, talvolta, che ci “accusano”, bonariamente, di dedicare troppo tempo alle questioni sanitarie. Ed ora, con questo fascicolo in mano, rincareranno la dose.

A noi non sembra di dedicare “troppo” tempo alla sanità toscana. Perché non vi è dubbio che essa rappresenti il cuore dell’attività regionale, della quale siamo chiamati ad occuparci come membri del Consiglio Regionale. Non solo sul piano finanziario, con i 6 miliardi e mezzo di euro l’anno destinati alla sanità, cifra che rappresenta circa i due terzi dell’intero bilancio regionale. Ma anche per le decine di migliaia di operatori che lavorano nel sistema sanitario toscano, un servizio che interessa direttamente tutti i cittadini. Basti pensare che oltre un milione di toscani si rivolgono ogni anno a un pronto soccorso, centinaia di migliaia utilizzano prestazioni ambulatoriali. Si tratta non soltanto di giganteschi interessi economici, ma di salute e di malattia, di vita e di morte.

Per questo il gruppo Udc ha sempre cercato di seguire con particolare attenzione, anche avvalendosi di competenze e contributi tecnici, il settore sanitario. E non poteva mancare un’iniziativa specifica sul nuovo Piano Sanitario regionale 2008-2010. Questo fascicolo è il frutto di un lavoro di analisi e di valutazione sulle proposte contenute nel Piano, alla luce della realtà esistente, e tenendo conto di realistici obiettivi di miglioramento.

Il Piano Sanitario è un atto di indirizzo di grande importanza. E un’opposizione seria e non pregiudiziale ha il dovere di entrare nel merito, di studiare e di proporre. E’ quello che abbiamo cercato di fare. Non mancando di rilevare i limiti e gli errori di impostazione del Piano, ed anche l’eccessiva distanza tra il dire e il fare, alla luce di quanto enunciato nei Piani precedenti e rimasto incompiuto. Ma anche presentando decine di emendamenti – una parte dei quali accolti-, per il miglioramento del Piano stesso. Questo fascicolo vuol essere dunque la testimonianza di un metodo di lavoro, doverosamente serio, nel fare politica all’interno delle istituzioni. Ed è anche un contributo, una bussola, per orientarsi nei cambiamenti – positivi o negativi- prossimi venturi che interesseranno la sanità toscana. Un utile sussidio, speriamo, per operatori sanitari, amministratori locali, semplici cittadini, che in queste pagine potranno trovare spunti di conoscenza dei meccanismi, spesso non lineari, del nostro sistema sanitario.

E troveranno anche i giudizi e le proposte dell’Udc sull’attuale disegno della sanità toscana, che continuiamo a considerare non all’altezza delle aspettative e delle esigenze reali dei cittadini.



MARCO CARRARESI

Presidente del gruppo Udc in Consiglio regionale

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 5
IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2008/2010	pag. 9
IL PIANO SANITARIO - PRINCIPI, FINALITA' E AZIONI	pag. 18
LE SCELTE STRATEGICHE DEL PIANO	pag. 21
OBIETTIVI SPECIFICI E AZIONI	pag. 25
UN PIANO PER COGLIERE LE NUOVE OPPORTUNITÀ NEI LIVELLI DI ASSISTENZA	pag. 34
I PROGETTI SPECIALI DEL P.S.R. 2005/2007 RISULTATI RAGGIUNTI - CRITICITÀ EMERSE	pag. 47
ORIENTAMENTI PER LO SVILUPPO - NUOVE SFIDE	pag. 51
GLI STRUMENTI DI GOVERNO E DI GESTIONE	pag. 54
LE RISORSE	pag. 59
RIFLESSIONI E CONSIDERAZIONI FINALI	pag. 62

INTRODUZIONE

Il Decreto legislativo 229/1999 (l'ultima riforma del Servizio sanitario nazionale) introdusse, oltre ad una più spinta caratterizzazione "aziendale" delle Aziende sanitarie, il **concetto economico che avrebbe guidato la futura azione delle Regioni**: ove le prestazioni contenute nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) comportino un onere non compatibile con le risorse disponibili, viene meno il diritto a valersi ed usufruire di quelle prestazioni.

Il Decreto 229 introdusse quindi un concetto contrario all'equità, in quanto il diritto alla tutela della salute viene correlato a giudizi di valore che non sono tra i principi ispiratori del S.S.N. e che al livello attuale della scienza economica (per l'efficacia) e della scienza dell'organizzazione (per l'appropriatezza) non sono fondati su basi metodiche attendibili e validate.

Altro tratto saliente del Decreto 229 fu **l'accentuazione del momento locale nell'ambito della programmazione sanitaria** (attraverso l'istituzione della Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria) con lo scopo di riportare l'Ente locale al centro anche della materia sanitaria, oltre a riconoscergli la titolarità e delle funzioni di assistenza sociale e dell'interesse verso l'alta integrazione socio-sanitaria di competenza delle Aziende sanitarie territoriali.

Questo richiamo serve per dire che la storia sanitaria della Regione Toscana in questo decennio è stata caratterizzata dalla focalizzazione sugli aspetti economici del sistema, sia riducendo il numero delle Aziende (passando da 40 alle attuali 12, oltre alle quattro Aziende Ospedaliero-Universitarie), sia attraverso forme di **concertazione interaziendale sul fronte del governo clinico** (la istituzione delle Aree Vaste) ed infine con **l'accentramento della funzione amministrativa** di acquisizione di beni e servizi e di altre funzioni amministrative collaterali per mezzo della istituzione dei Consorzi di Area Vasta, poi divenuti ESTAV.

A questa scelta di natura economica sta ora affiancandosi l'altra scelta, di natura più squisitamente politica, della responsabilizzazione degli Enti locali nel governo del siste-



ma socio-sanitario attraverso la istituzione (volontaria) delle Società della Salute, cui viene affidato il compito di realizzare il **passaggio “dalla sanità alla salute”** (vedasi al riguardo la proposta di legge regionale n. 271/2008 in corso di esame).

In tal modo vengono ora portate a compimento due delle innovazioni introdotte dal Decreto 229, sulle quali torneremo data la loro rilevanza.

In questa introduzione appare necessario anche un accenno alla struttura della programmazione sanitaria della Regione Toscana ed agli obiettivi e finalità che essa si ripromette di raggiungere.

Il Piano sanitario regionale è lo strumento di programmazione con il quale la Regione, nell’ambito del Programma Regionale di Sviluppo e delle relative politiche generali di bilancio, definisce gli obiettivi di politica sanitaria regionale e adegua l’organizzazione del servizio sanitario regionale ai bisogni assistenziali della popolazione.

Il Piano definisce, tra l’altro:

- i livelli uniformi ed essenziali di assistenza da garantire ai cittadini;
- i criteri di riparto delle risorse finanziarie alle Aziende sanitarie, tenendo conto delle specificità delle zone montane ed insulari;
- i progetti obiettivo di interesse regionale;
- i programmi di interventi edilizi e delle dotazioni tecnologiche sanitarie;
- le direttive di organizzazione delle Aziende sanitarie.

I Piani sanitari adottati fino a quello del 2005/2007 hanno rispettato questa impostazione per quanto riguarda i contenuti e si può sostanzialmente dire che le innovazioni più rilevanti hanno riguardato la struttura delle Aziende sanitarie con l’entrata sulla scena sanitaria di nuovi soggetti quali le **Società della salute** (sperimentazione ultimata), le **Aree Vaste** (queste ultime hanno riguardato sia il governo clinico che la costituzione degli Enti per i servizi tecnico-amministrativi di supporto alle Aziende) e le **Aziende Ospedaliero - Universitarie**.

Ma il dato politico di maggiore rilievo che emerge nel disegno regionale è quello di una **riassegnazione agli Enti locali delle funzioni in materia sanitaria e di una sottrazione**

di funzioni alle Aziende sanitarie da attribuire ad altri soggetti (Società della salute, ESTAV).

La Regione si propone di individuare strumenti ed interventi che prestino **più attenzione e risorse ai determinanti di salute** (stili di vita, ambiente, salubrità ambientale, casa, lavoro, formazione professionale, trasporti, etc) rispetto ai servizi sanitari in senso stretto, che incidono sempre meno sulla salute della popolazione mentre assorbono risorse sempre più crescenti.

Sostanzialmente si produce un conflitto tra gli interessi della Sanità (fino ad oggi maggiormente tutelati) e quelli della Salute (poco considerati in quanto facenti carico ai bilanci comunali in sofferenza storica).

Questo marcato spostamento di interesse, per la sua rilevanza e le sue implicazioni, comporta una lettura del Piano Sanitario 2008/2010 ben diversa da quella fatta nei Piani precedenti, in quanto si sposta l'attenzione dalle organizzazioni che producono ed erogano servizi (le Aziende sanitarie) alla centralità del cittadino e delle rappresentanze istituzionali (i Comuni e loro forme associative) che ne rilevano i bisogni.

Alcuni mesi fa venne presentato un Documento anticipatorio del Piano: le **Prime linee per la formazione del Piano sanitario regionale 2008/2010**.

Trattandosi di un Documento di carattere generale non conteneva, per sua natura, disposizioni ed interventi ad immediata applicabilità, ma solo un prospetto di quello che sarebbe stato nel prossimo triennio gli obiettivi della macchina sanitaria regionale:

- spingere a fondo l'acceleratore dell'appropriatezza, della qualità e della produttività delle prestazioni e della loro equità (e questo denota come vi siano troppi cittadini toscani che per condizioni sociali e culturali si trovano ancora ai margini del servizio sanitario regionale);
- contrastare sprechi, inefficienze, situazioni di inoperosità e di lassismo (e questo denota che il cosiddetto "modello toscano" ha ancora contesti in cui vi è un uso distorto delle risorse);
- adottare un Piano straordinario degli investimenti edilizi e tecnologici (e questo deno-



ta che l'eccesso di attenzione alla spesa corrente ha comportato un impoverimento delle strutture con ricadute negative sui livelli di assistenza);

- portare a compimento la realizzazione dei quattro nuovi Ospedali, la ristrutturazione e l'ammodernamento di altri (tra cui il presidio ospedaliero di Grosseto) e anche gli interventi in alcune particolari realtà (tra queste Massa Marittima, Casteldelpiano e Pitigliano);

- garantire l'equilibrio finanziario (fornendo alle Aziende sanitarie obiettivi di razionalizzazione e non di taglio dei servizi e di dimissionamento acritico dei cosiddetti "piccoli ospedali").

Se gli obiettivi precedenti erano condivisibili, rimanevano viceversa forti perplessità:

- sui meccanismi di valorizzazione delle risorse umane (che privilegiano i vertici direzionali rispetto al complesso dell'organizzazione sanitaria curante);

- sulla connotazione eccessivamente economicistica dell'istituto della libera professione (a dispetto della sua natura di strumento per il contenimento delle liste di attesa delle prestazioni);

- sulla qualificazione dei Pronto soccorso ospedalieri (in cui lo strumento del ticket introduce una impropria selezione dell'utenza a scapito delle fasce più deboli della popolazione);

- sull'organizzazione ospedaliera per intensità di assistenza e cura (il modello assistenziale per intensità di cure è valido solo teoricamente, ma in assenza di validate sperimentazioni rischia di introdurre elementi di confusione nell'organizzazione dei servizi e di sostituire la figura storica ed individuabile del medico ospedaliero curante con quella meno individuabile dell'organizzazione curante);

- sulla inadeguatezza dei percorsi integrati "ospedale-territorio" ancora caratterizzati da un ospedale che dimette frettolosamente e da un "territorio" che non accoglie tempestivamente (la testimonianza è di migliaia di famiglie in lista di attesa per mesi ed anni per l'accesso in strutture residenziali post-acute degli anziani non autosufficienti).

IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2008/2010

Coloro cui è toccata la sorte di leggere i precedenti Piani sanitari (1999 / 2001, 2002 / 2004 e 2005 / 2007) hanno avuto la percezione di trovarsi di fronte alla narrazione di un altro capitolo della vicenda sanitaria nata dieci anni fa sotto lo slogan programmatico di “un nuovo modo di intendere e di fare la politica dei servizi”, ma che ha registrato, strada facendo, uno scarto di non poco conto tra le aspettative ed i risultati conseguiti, tra le promesse fatte e quelle mantenute.

Ciascun Piano ha cercato di consolidare l’evoluzione dei Piani precedenti sia in termini di definizione degli obiettivi strategici sia dei contenuti e risultati effettivi, anche se il **Piano sanitario 2002/2004** esordiva con la solenne affermazione che si trattava di un **Piano della discontinuità** con i precedenti per il solo fatto di essere contrassegnato dal passaggio **da un Piano dei servizi sanitari ad un Piano per la salute**.

Ma le oscillazioni tra continuità e discontinuità di questi ultimi Piani sono solo esteriori e di apparenza, in quanto esiste un continuum del processo programmatico di questo ultimo decennio contrassegnato dall’avvento della “aziendalizzazione” delle strutture sanitarie a seguito del Decreto legislativo 229/1999.

Questa annotazione è doverosa per riaffermare che la programmazione sanitaria – come del resto altri tipi di programmazione – è per sua natura un processo dinamico nel quale non esistono linee nette di demarcazione tra una fase e quella successiva. Sotto questo profilo va anzi sottolineato che la stessa mancanza di report tempestivi sui risultati raggiunti nel precedente ciclo di programmazione ha generato confusione ed ha minato le basi informative per il ciclo successivo.

Tra l’altro, la cadenza triennale della Relazione sanitaria regionale rispetto all’annualità introdotta dalla l.r. 40/2005 pregiudica la tempestività delle informazioni.

Questo Piano sanitario presenta una costruzione che il governo regionale congegnna in questo modo: dopo aver introdotto in questi anni **forti elementi di innovazione** quali la rete ospedaliera riorganizzata, la costituzione delle Aziende sanitarie lo-



cali e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, l'attivazione dell'Area Vasta, la sperimentazione della Società della Salute, e dopo che il sistema delle Aziende ha compiuto **il passaggio dalla competizione alla collaborazione** con l'assunzione collettiva di responsabilità, occorre rendere più strutturali:

- il ruolo delle istituzioni nel territorio;
 - il confronto con il Terzo settore e la sanità privata;
 - il ruolo dei professionisti nel governo clinico del sistema;
- ed investire in salute come elemento propulsivo dello sviluppo.

Ed ancora: le basi di conoscenza disponibili quali:

- i profili di salute della popolazione (Agenzia regionale di sanità e Relazioni sanitarie),
- la conoscenza delle performance delle Aziende sanitarie (Laboratorio Mes - S. Anna di Pisa),
- lo studio longitudinale toscano relativo alla mortalità per condizione socio-economica, consentono di programmare secondo logiche di coerenza e sostenibilità che tengano conto che negli ultimi anni sono intervenuti mutamenti e nuove dinamiche dello scenario epidemiologico e sociale e che si sono create aree demografiche e socio-economiche caratterizzate da una forte differenziazione della domanda di servizi e da disparità circa le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali.

La suddetta costruzione teorica sarebbe condivisibile, ma non tiene in alcun conto che ciascuno degli elementi innovativi che la compongono non sono consolidati e che anzi presentano criticità di diversa intensità che qui vengono descritte:

a) **La riorganizzazione della rete ospedaliera** viene riferita ai soli interventi edilizi (il Piano di edilizia ospedaliera di recente approvazione e i quattro nuovi ospedali provinciali di Prato, Lucca, Pistoia e Massa - Carrara), ma viene tralasciato il miglioramento dei servizi ospedalieri sotto **il profilo del sistema di accesso alle prestazioni di ricovero e dell'organizzazione interna**.

Le attuali linee guida regionali per la definizione del **sistema di accesso** mettono in evi-

denza una manifesta disomogeneità territoriale nelle modalità di accesso e di prenotazione delle prestazioni ospedaliere e la imputano ai modelli di gestione demandati all'organizzazione esclusiva delle Aziende e/o dei presidi, ma non evidenziano che un adeguato sistema di gestione delle prestazioni di ricovero ospedaliero deve garantire un equilibrio tra la soddisfazione del dovere di presa in carico del bisogno del cittadino ed il rispetto assoluto **del principio di libera scelta del luogo di ricovero e di cura**, con l'adeguata distinzione tra il regime dei ricoveri con priorità e quelli programmati. Ma i presidi ospedalieri non organizzando di fatto le prestazioni di ricovero in un sistema a rete hanno o sovrasaturato la propria capacità produttiva (perdendo in qualità operativa) o sottosaturato la stessa (perdendo in efficienza operativa e generando diseconomie). Nonostante questa condizione il sistema regionale ha generato nel suo complesso liste di attesa con tempi espliciti e ragionevoli solo per le condizioni di particolare gravità clinico-prognostica o per patologie con specifici vincoli normativi quali le malattie neoplastiche.

Per **l'organizzazione interna** l'introduzione della struttura dipartimentale, finalizzata a rendere più coesa l'organizzazione, presenta ancora elementi di criticità imputabili alla profondità del cambiamento generato, che non è stato ancora metabolizzato dai dirigenti interessati e che quindi non risponde appieno all'imperativo che attanaglia le Aziende sanitarie: "Fare meglio con meno".

La strada da percorrere su questo versante è ancora lunga e queste criticità dovranno essere rimosse se si vuole valorizzare pienamente questo modello. Una prima rilevante area di criticità si può intravedere nelle caratteristiche dei processi decisionali dove l'autonomia del Responsabile di Dipartimento appare compressa tra le prerogative della Direzione generale, del Comitato di coordinamento (o denominazioni similari) e dei Responsabili di Unità Operative.

Anche le scelte sull'impiego delle risorse in capo al Dipartimento, le sperimentazioni cliniche e organizzative, la definizione delle retribuzioni di risultato, le politiche di carriera e di sviluppo professionale del personale, vedono ancora il Responsabile di Dipartimento più nella veste di primus inter pares e di facilitatore che in quella di protagonista.



b) **La costituzione delle Aziende Usl e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.** Mentre per la costituzione delle Aziende territoriali non sono emerse problematiche di rilievo, pur essendo stata la fase di primo impianto organizzativo “disturbata” dalle frequenti modifiche normative regionali, che hanno preteso di disciplinare nel dettaglio anche gli aspetti di pertinenza della componente tecnico-professionale, discorso ben diverso va fatto per le Aziende Ospedaliero-Universitarie.

La Regione ha scelto la strada di costituire queste Aziende a regime, a prescindere dalla sperimentazione quadriennale prevista dal Decreto legislativo 517/1999. Fermo restando che il livello organizzativo più alto (quello istituzionale) veniva stabilito direttamente dal citato Decreto Legislativo, per il resto hanno provveduto i Protocolli d’intesa con le Università toscane e, a cascata, i singoli Atti aziendali (Statuti).

Su questi Statuti, almeno nella fase costituente, hanno gravato i retaggi di una storia antica che hanno rischiato di non fare decollare questo corpo a due teste (quella ospedaliera e quella universitaria).

Non è questa la sede per la disamina dei singoli Statuti aziendali in quanto tutti attribuiscono all’Azienda mista un ruolo dove la finalità assistenziale si coniuga in modo inscindibile con quella didattica (la costruzione ed il mantenimento della professionalità degli operatori dell’area medico-sanitaria) e di ricerca (il progresso continuo della ricerca clinica).

c) **L’Area Vasta e gli ESTAV.** L’ordinamento sanitario ha individuato l’Area Vasta sotto due profili: uno **economico** (prima i Consorzi, ora gli Estav) per il conseguimento delle economie di scala nell’acquisizione di beni e servizi a supporto delle funzioni che costituiscono il “core business” delle Aziende (i servizi sanitari e ospedalieri); l’altro, del **governo clinico**, inteso a far assumere al sistema sanitario regionale la configurazione di un sistema a rete in cui ogni soggetto che ne fa parte concorre, nella specificità del proprio ruolo e dei compiti ad esso attribuiti, al perseguimento degli obiettivi della programmazione sanitaria.

Il versante economico è rappresentato dalla costituzione degli ESTAV (ottobre 2005) che hanno ereditato le primordiali forme di “unioni di acquisto” dei Consorzi, per poi

assumere una strutturazione aziendale che ha preso a base il modello delle Aziende sanitarie, comprese le relative autonomie.

In questi due anni di funzionamento degli Estav (2006 e 2007) non è stata fornita alcuna oggettiva dimostrazione delle economie conseguite dal sistema, anche se le affermazioni del governo regionale le danno per certe.

Quello che invece è certo è che si è trattato di un modello costruito a tavolino, dove rimangono ampie aree di conservazione autonomistica da parte delle singole Aziende sanitarie (ed i recenti episodi di malasana sembrano testimoniarlo), dove sussistono disfunzioni organizzative collegate all'attivazione, laddove è stato possibile, del magazzino unico di Area Vasta e dove, infine, gli squilibri e l'indebitamento finanziario - a detta di alcuni Collegi sindacali - producono oneri passivi tali da minare i vantaggi economici connessi all'operazione complessiva.

Sotto il profilo più squisitamente sanitario le concertazioni di Area Vasta che assumono il rango di atti della programmazione sanitaria in quanto aventi la stessa forza cogente dei Piani sanitari regionali - si sono limitate ad una sporadica rappresentazione di intendimenti che non si sono trasformati in modifiche strutturali per il semplice motivo che ogni Direttore generale di Azienda ha difeso il proprio bilancio che è il parametro sul quale viene valutato dalla Regione.

Sostanzialmente non vi è traccia della loro attività e dell'esercizio della funzione di concertazione/collaborazione/coordinamento attraverso la quale si doveva passare dalle individualità aziendali ad un sistema aziendale su base regionale (la rete).

d) **Le Società della salute**. Se c'è nel sistema sanitario toscano un soggetto fragile è proprio la Società della salute, non tanto perchè fino ad oggi non ha assunto a regime una configurazione ed un assetto organizzativo (l'art.64 della l.r. 40/2005 le indica ancora come "soluzioni organizzative"), ma per il fatto che ancora non si è riusciti a scorgere la sua concreta utilità nel concorrere all'abbattimento del diaframma che ancora oggi separa il cittadino dai servizi (**con il rischio di divenire un ulteriore livello di burocratizzazione del sistema**).

A questo giudizio si arriva anche a causa della precarietà e del modo con il quale è sta-



ta ed è tuttora condotta la sperimentazione, che il governo regionale sanziona “conclusa positivamente”.

Avevamo sostenuto fin dall’Atto di indirizzo del 2003 che la sperimentazione non doveva essere limitata alle funzioni di indirizzo, governo e controllo (che attengono alla sfera politica), ma essere estesa, per dare un significato di concretezza alla stessa, alle funzioni gestionali, intendendosi per tali la direzione delle attività, l’organizzazione dei servizi e la gestione in senso tecnico (combinazione economica dei fattori produttivi e connesse rilevazioni finanziarie e di bilancio), funzioni, queste ultime, che attengono alla sfera del management.

Il nostro orientamento favorevole alla globalità della sperimentazione era strettamente collegato ed inscindibile rispetto alla **scelta di un limitato numero di ambiti territoriali in cui attivare la sperimentazione**, ambiti territoriali adeguatamente rappresentativi delle diversificate realtà comunali sotto il profilo dell’ampiezza del territorio, delle caratteristiche geomorfologiche, della condizione socio-economica della popolazione, della viabilità e della presenza e diffusione dei servizi, con particolare attenzione alla condizione delle zone montane.

Venne in contrario sostenuto che la sperimentazione doveva essere attivata in tutte le Zone socio-sanitarie che lo richiedevano, riconoscendo a ciascuna di esse una propria specificità e peculiarità e che più ampia era la casistica e più elevate erano le possibilità di passaggio dalla fase sperimentale a quella a regime.

A questi rigurgiti di campanilismo noi rispondemmo con **la nostra contrarietà ad una diffusa e capillare sperimentazione**, sia per motivi di ordine giuridico (si imponeva preventivamente la modifica dell’allora vigente legge regionale 22/2000), sia per il fatto che le sperequazioni già presenti nelle diverse realtà territoriali potevano ampliarsi a motivo che le Società della Salute avrebbero assorbito risorse delle Aziende sanitarie, dei Comuni e della Regione ed è ben noto che spesso il differenziale finanziario si traduce alla fine in differenziale dei servizi. Sottolineammo anche la necessità di prevedere in ogni caso norme di salvaguardia per quei Comuni delle Zone socio-sanitarie non aderenti alla sperimentazione.



Ma così non è stato per cui le Società della Salute hanno sviluppato la loro attività nella proliferazione di studi, analisi, indagini di ogni tipo, nello studio dei profili di salute e nell'approvazione dei Piani Integrati di salute che – allo stato attuale - rappresentano una mera esercitazione letteraria e vanno a creare una sovrapposizione della pianificazione territoriale con il rischio di non sapere più distinguere la valenza di un Piano rispetto agli altri.

Per generosità possiamo scorgere un solo elemento apprezzabile: si è ritornati a parlare di sanità e di servizi socio-sanitari nei Consigli comunali e non solo nelle stanze segrete dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie e di qualche Assessore più o meno influente.

e) Lo sviluppo della sanità toscana viene asserito che si fonda sull'ampliamento delle basi di conoscenza costituite dai Profili di salute (Agenzia regionale di sanità), dallo Studio sulle performance delle Aziende sanitarie (Laboratorio MES - S.Anna di Pisa) e dallo Studio toscano relativo alla mortalità per condizione socio-economica.

L'analisi di queste basi non aggiunge niente a quello che si sapeva: i cittadini toscani hanno nel complesso buoni indicatori di salute, vivono più a lungo rispetto alla media nazionale, accedono ai servizi ospedalieri con minore frequenza rispetto al passato. In particolare :

- la speranza di vita alla nascita è cresciuta nell'ultimo decennio da 76 a 79 anni per gli uomini e da 82 a oltre 84 anni per le donne;
- la mortalità infantile nello stesso periodo si è ridotta dal 6 per mille al 3 per mille, attestandosi sotto il valore nazionale;
- i dati dell'ospedalizzazione, particolarmente nel segmento anziani over 75, risultano inferiori alla media nazionale;
- il numero dei donatori è passato da 10 a 38,1 donatore per milione di abitante, contribuendo in tal modo a ridurre l'attesa per il trapianto di organi e di tessuti.

A fronte della conoscenza di questi dati positivi c'è solo da osservare che nessuno studio in materia pone in stretta relazione gli stessi con l'efficacia dei servizi sanitari (il sistema delle cure non concorre significativamente al miglioramento dello stato di salute



della popolazione), ma li pone in relazione al generale miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini, agli stili e comportamenti di vita, oltre alla migliore cura di sé che hanno i cittadini.

Le performance delle Aziende sanitarie tengono conto del rispetto degli obiettivi generali dettati dalla Regione e sono proiettate al miglioramento dei punti critici del sistema (liste di attesa per le prestazioni specialistiche e la diagnostica strumentale, riduzione dei Drg a rischio di inappropriatazza).

Lo studio in materia del Laboratorio Mes del S.Anna di Pisa (lo schema del “bersaglio”) ha avuto per oggetto, attraverso molteplici indicatori, relativamente all’anno 2006:

- la valutazione dei livelli di salute della popolazione;
- la valutazione della capacità delle Aziende di perseguire gli orientamenti del sistema regionale;
- la valutazione socio-sanitaria;
- la valutazione esterna;
- la valutazione interna;
- la valutazione dell’efficienza operativa e della performance economico-finanziaria.

Dall’esame di questi indicatori emergono dati di performance che lasciano perplessi.

Anzitutto si tratta di valori che sono stati calcolati sulla media dei risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie e che quindi tendono a pervenire, nella maggiore parte degli indicatori selezionati, ad una performance media, pur risultando nella realtà situazioni aziendali le più disparate.

Pur se la valutazione “media” appare soddisfacente resta ancora alto il numero di utenti insoddisfatti dei servizi di pronto soccorso ospedalieri e si registrano alcune criticità nella continuità e coordinamento del percorso assistenziale di ricovero ospedaliero, mentre è assai critico l’indicatore relativo al tasso di risposta dei dipendenti all’indagine di clima (la bassa adesione ovunque esistente è un significativo segnale di sofferenza e di scarsa attenzione alle problematiche aziendali).

Pur in presenza di siffatta situazione, riteniamo comunque essenziale che il sistema di valutazione venga esteso per misurare la qualità, la efficacia e la produttività delle diver-

se aree assistenziali negli Ospedali e nel territorio ed anche per quei segmenti di attività specialistiche in cui la valutazione della performance è condizione per riconoscere la meritocrazia.

Dall'analisi di questi punti è evidente che le linee sulle quali intende muoversi il governo toscano per consolidare "la casa sanitaria" **sono costellate da fragilità e da una valutazione troppo ottimistica** dello stato dell'arte sui segmenti oggetto delle nostre valutazioni (punti a, b, c, d, e) e della capacità degli Enti locali di prendere e farsi carico delle nuove frontiere della salute prefigurate nel Piano.

Vorremmo piuttosto una diversa valutazione del territorio, inteso come baricentro dell'assistenza sanitaria e della integrazione dei servizi socio-sanitari con i servizi ospedalieri sia di base che dell'eccellenza.

In sostanza **vorremmo un nuovo modello di assistenza** che tenga conto dei cambiamenti cui andrà incontro nei prossimi anni la società toscana e che sia idoneo a realizzare un sistema globale nel quale il cittadino venga idealmente accompagnato all'interno della rete dei servizi, evitando che possa soffrire di forme di disorientamento come purtroppo oggi ancora avviene per i soggetti fragili e gli anziani.

IL PIANO SANITARIO TRA PRINCIPI, FINALITA' E AZIONI

Quattro parole magiche dovranno costituire, secondo il governo regionale, i principi che dovranno presiedere alle singole Azioni e programmi futuri.

Appropriatezza

Qualità

Produttività

Sanità d'iniziativa

Mentre i primi tre sono principi propinati sistematicamente in ogni Piano, **la Sanità d'iniziativa è il nuovo verbo annunciato ai cittadini toscani.**

Non vogliamo spendere tante parole per dire che sono principi condivisibili quando sono scritti nelle leggi (è la sanità delle leggi), ma che spesso nella pratica corrente dei servizi e nel vissuto sanitario dei cittadini registrano scarti dove queste parole magiche assumono significati di segno opposto e, peggio ancora, si trasformano in percorsi ad ostacoli (la sanità dei cittadini).

Non bisogna dimenticare che i cittadini "vedono" la salute, ma "vivono" la malattia.

Per **il principio di appropriatezza** ci pare presuntuosa l'affermazione che essa abbia già raggiunto nel sistema toscano un adeguato livello di pratica attuazione.

L'appropriatezza tocca molti aspetti della relazione cittadino/servizi: è appropriatezza quando alla richiesta di prestazione o di intervento si dà riscontro in termini ragionevoli, con le migliori risorse tecnico-professionali e con il più razionale uso delle risorse, ma non lo è quando si registrano liste d'attesa fuori da ogni ragionevolezza; è appropriatezza quando si dà certezza al percorso assistenziale ed alla presa in carico del cittadino bisognoso, ma non lo è quando la burocratizzazione del sistema affossa le legittime aspettative del buon servizio; è appropriatezza quando alla rilevazione del bisogno sanitario si prescrive l'intervento adeguato nella sede ritenuta più confacente al caso, ma non lo è quando l'intervento viene condizionato dalle compatibilità organizzative e finanziarie del sistema (caso emblematico è la prescrizione di ricovero in Rsa per gli anziani certificati non autosufficienti cui non viene dato seguito a causa di carenze finanziarie, nonostante il sistema abbia la capacità ricettizia).



Il principio della qualità si attua non solo realizzando al più alto livello la valorizzazione delle competenze professionali, delle tecnologie e dell'organizzazione, ma anche prestando attenzione a segni tangibili di civiltà sanitaria che sono la tempestività, la semplicità delle procedure di accesso e amministrative, la comprensibilità e la completezza delle informazioni, l'orientamento e l'accoglienza, il confort, la pulizia, la personalizzazione e l'umanizzazione dei trattamenti sanitari.

Sono questi i veri ingredienti per definire un Piano orientato alla qualità.

La produttività non è solo un termine economico, e cioè un valore o parametro collegato all'uso delle risorse e agli output da queste generati, ma è la valorizzazione professionale degli operatori in un contesto di valutazione delle prestazioni finalizzate a ricompensare il merito ed il senso di appartenenza al servizio che insieme costituiscono il cardine di una cultura che risponde alle domande di eccellenza nei servizi e di rigore nell'uso delle risorse.

Sotto questo profilo viene chiamata in causa la qualità della dirigenza dei servizi ed un sistema premiante per quei tanti operatori con competenze e professionalità di grande valore che possono contribuire a determinare un salto di qualità e che non ci stanno a vedere additati i servizi in cui operano come luoghi dell'inefficienza, dello spreco e della dequalificazione.

Questo principio significa anche che occorre spendere meglio per spendere meno.

La sanità d'iniziativa è invece la scoperta dell'acqua calda. Invece di attendere i cittadini sulla soglia dei servizi, sono i servizi che si muovono verso i cittadini.

Come slogan è accattivante.

Ma la storia di questi anni è di segno diverso in quanto nell'organizzazione e nella concezione dei processi operativi sanitari il paziente è rintracciabile solamente come oggetto d'uso e non come soggetto partecipe e ne è sempre stata data una immagine negativa: non è informato e non ha alcuna educazione sanitaria, non adotta comportamenti preventivi, non richiede trattamenti specifici, non partecipa, è specialista nei consumi sanitari.

Nella sanità d'iniziativa – per intercettare i bisogni che altrimenti resterebbero allo stato

latente (bisogni inespressi) – l'utente non è più visto come consumatore o acquirente, ma come cittadino, ma questa distinzione conferma che siamo in presenza di una sorta di catalogazione in cui il cittadino è il rango superiore, verso il quale si rivolge il massimo rispetto della dignità, della personalità umana, delle garanzie e del riconoscimento di rappresentatività; l'utente è invece il rango inferiore verso il quale si indirizzano norme, pratiche burocratiche, adempimenti cartacei, liste d'attesa... da morire.

La Sanità d'iniziativa deve rivolgersi invece, a nostro avviso, alla persona nella sua dimensione psico-fisica, nella sua relazionalità e nella sua integrità, deve valorizzare quegli aspetti che sono già metodologicamente deputati ad intercettare i bisogni dei cittadini (l'epidemiologia sanitaria e sociale, la prevenzione primaria) e riservare ad essi le risorse necessarie (in dieci anni la componente dei servizi sanitari territoriali in Toscana è balzata dal 43% al 52% del Fondo sanitario regionale, mentre la prevenzione è ancora confinata ad un modesto 5%).

Della cosiddetta Sanità d'iniziativa condividiamo, e non potrebbe essere diversamente, che il Piano si proponga di realizzare modelli d'intervento che privilegino le categorie più deboli, sia avuto riguardo alla prevenzione, ma anche ai servizi territoriali e nell'ospedale (il tutor clinico e assistenziale è un'idea che sosteniamo da tanti anni).

Questa "Sanità d'iniziativa" imperversa su tutto il Piano in quanto la si vuole "imporre" in ogni segmento dei Livelli di assistenza con un esercizio (letterario) meticoloso e di dettaglio, una sorta di slogan valido per tutte le attività sanitarie e non solo.

LE SCELTE STRATEGICHE DEL PIANO

Gli obiettivi generali

Pur nella continuità del Piano precedente (di cui si dice di assumere criticamente i risultati ottenuti) il nuovo Piano sanitario si ripromette di accrescere la sua sensibilità al cambiamento generato dalle nuove frontiere della medicina e più in generale dalle scienze della vita e di prefigurare modelli avanzati e sostenibili che abbiano un impatto positivo sulla organizzazione del sistema e dei servizi assistenziali.

Questa scelta non può che essere condivisa in quanto gli scenari demografici, ambientali, i vecchi bisogni e quelli di nuova generazione e le modalità di accesso e di utilizzo dei servizi, fanno emergere la necessità di interventi di adattamento ma anche di innovazione, per rispondere a una domanda sanitaria che si è evoluta e che ha spostato i suoi confini verso l'eccellenza.

Uno degli obiettivi generali che il Piano si assegna è il superamento delle visioni settoriali.

Nel momento in cui la Giunta Regionale sottolinea (ed enfatizza) l'integrazione delle politiche sanitarie con le altre politiche sociali e socio-assistenziali, **non ha più ragione di essere mantenuto un doppio binario normativo e programmatico tra il sanitario ed il sociale.**

E' una esigenza che sosteniamo da anni e ci pare di cogliere un diffuso orientamento a che si arrivi con la prossima programmazione regionale a valenza generale (il Piano Regionale di Sviluppo) ad **un unico strumento di programmazione** che contenga quello che oggi viene normato separatamente. Anche le risorse finanziarie devono confluire in unico contesto, come pure i meccanismi di spesa e le allocazioni di bilancio.

La riduzione dei rischi dell'ambiente di vita e di lavoro, la lotta all'inquinamento ambientale, la promozione degli stili di vita vengono assunti tra gli obiettivi generali per favorire la sostenibilità del sistema, mentre devono essere prioritari il guadagno in salute ed una maggiore attenzione alle fasce svantaggiate di popolazione (i disabili cronici, gli anziani non autosufficienti).

In merito poi ai rischi del **degrado ambientale**, trattasi di questione non adeguatamente sviluppata causa l'assenza di strumenti e modi con i quali si realizza l'integrazione tra la salute e l'ambiente e per le precarie relazioni tra l'ARPAT e le strutture del servizio sanitario regionale, con particolare riferimento ai Dipartimenti della prevenzione delle Aziende Usl.

Mentre nel Piano regionale di azione ambientale appare un preciso richiamo alla necessità del dialogo tra i due settori, altrettanto non si trova nel Piano sanitario, con la conseguenza che la definizione delle aree ad alto rischio ambientale contenuta in quel Piano rischia di non essere considerata e recepita 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 nell'ambito formativo degli operatori ed informativo conoscitivo, e se non si integrano le informazioni non si integrano le azioni.

Non c'è Piano che non abbia incluso la **partecipazione dei cittadini** tra i suoi obiettivi generali.

Abbiamo già richiamato in precedenza come l'attuale stato dei rapporti tra servizi e cittadino sia più conflittuale che collaborativo/partecipativo.

La centralità dell'utente nel sistema sanitario rappresenta un principio universalmente riconosciuto, ma affinché essa non rimanga solo un termine astratto, è necessario creare gli strumenti che consentano di coinvolgere il cittadino, dando ad esso la percezione di essere veramente al centro dei servizi e delle azioni finalizzate al miglioramento di essi. Il Piano accenna in modo sfumato a questa esigenza, ma non va oltre.

Sul coinvolgimento dei professionisti, al di là delle recenti azioni regionali finalizzate a conquistare il consenso dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta e a dare loro un ruolo partecipativo e direzionale nell'organizzazione dell'auspicata sanità territoriale (**le Unità di cure primarie**) è da osservare che manca ancora all'appello, nella progettazione del nuovo corso della sanità, l'affidamento più diffuso delle responsabilità direzionali nelle strutture delle Aziende territoriali e la valorizzazione delle fun-

zioni di coesione che i medici possono assicurare nei riguardi delle altre professioni sanitarie e non.

Il contributo del volontariato e del Terzo settore non è necessario che venga ritualmente riproposto nel Piano, in quanto è la storia dei soggetti che vi fanno parte ed il loro radicamento organizzato nella società toscana che ne evidenzia il valore di risorsa e di componente della rete dei servizi alla persona.

Ma deve essere ricercato uno strumento - ed il Piano non lo fa - per fare uscire il rapporto con queste organizzazioni dalla mera convenienza economica, che fino ad oggi lo ha connotato (i ribassi d'asta nelle gare per l'affidamento dei servizi) e passare ad un ruolo più strutturale e più spinto nella promozione e nella progettualità dei servizi.

Altro obiettivo che il Piano richiama è il **raccordo con l'esperienza del mondo scientifico** (Università, Istituti a carattere scientifico, Enti di ricerca) per promuovere ricerca e implementazione dei saperi, per le ricadute applicative che questi hanno sulla qualità e sullo sviluppo del sistema. Ma anche questo Piano non indica quali siano gli strumenti per realizzare una esigenza sulla quale non si può che convenire.

Infine l'obiettivo del **rinnovamento e qualificazione delle strutture e delle tecnologie** per la salute.

La "forte iniezione di investimenti" di cui parla il Piano è il risultato dell'eccesso di attenzione agli aspetti economici riservato per troppi anni dalla Regione (alla spesa corrente) che ha fatto perdere di vista l'obiettivo - irrinunciabile per qualsiasi sistema sanitario - della qualificazione dei servizi e delle attività, tanto da potere affermare che il prezzo pagato all'economia del sistema è stato quello di un progressivo arretramento delle attività, delle strutture e delle tecnologie sanitarie che fanno la differenza sul livello delle prestazioni.

A riprova che questa sia stata l'evoluzione nella Regione Toscana sta il fatto che accanto agli storici interventi di edilizia ospedaliera (il cui cuore è rappresentato dalla programmata edificazione dei nuovi Ospedali di Massa-Carrara, Lucca, Pistoia e Prato) si è affiancato di recente il Piano triennale per le alte tecnologia sanitarie, data la loro assenza e/o vetustà.



A conclusione di questa Parte prima del Piano (finalità, principi e obiettivi generali) noi vorremmo che agli intendimenti di fare seguissero quelli del “come fare” e del “quando fare” per dare nuovo impulso alla rete assistenziale e per orientarla – come enfaticamente dice il governo regionale - verso “le nuove mète della salute”.

OBIETTIVI SPECIFICI ED AZIONI

La seconda parte del Piano dal titolo “**Un Piano per il cittadino**”, fa da introduzione ai “grandi progetti” che il governo regionale intende realizzare per rispondere alla domanda dei cittadini per un sistema sanitario che sia connotato dalla sostanziale efficienza nei comportamenti organizzativi e dalla necessità di evitare sprechi e frammentazione dei percorsi diagnostici e terapeutici.

L’interpretazione di quello che “viene in mente ai cittadini toscani pensando alla sanità”, ed al valore che essi attribuiscono alle parole “Iniziativa”, “qualità”, “produttività” e “appropriatezza”, è stata rimessa ad un recente Studio – indagine del Laboratorio MeS dell’Istituto S. Anna di Pisa che conclude la sua indagine attribuendo ai cittadini un tipo di valutazione nel rapporto con i servizi orientato, né più né meno, che al deciso miglioramento degli aspetti relazionali e di efficienza dei servizi che anche il Gruppo UDC sostiene da tempo: accessibilità, trasparenza e tempestività dei percorsi, miglioramento del rapporto con gli operatori del sistema, qualità delle prestazioni e loro usufruizione in tempi più ragionevoli.

Il Piano prende spunto da questi “desideri” dei cittadini e innesta quindi una serie di **Azioni** potenzialmente idonee a migliorare il rapporto:

- attivazione del CUP di Area Vasta;
- Carta sanitaria personale;
- percorsi di miglioramento del Pronto soccorso;
- “sanità d’iniziativa” e sua articolazione nei livelli di assistenza

L’attivazione dei CUP di Area Vasta

I Centri Unici di Prenotazione (CUP) ebbero quale motivazione per la loro attivazione quella di facilitare l’accesso alle prestazioni sanitarie e ai servizi diagnostici presenti sul territorio, riducendo così lo spostamento degli utenti ed evitando in tal modo di rivolgersi direttamente alla struttura erogatrice della prestazione.

I sistemi CUP sono stati resi operativi, sia pure con diversa gradualità, in tutte le A-



ziende sanitarie. La fase iniziale è stata costellata da difficoltà riconducibili all'assenza di una mappatura delle risorse strutturali disponibili, delle resistenze di alcune strutture (pubbliche in special modo) nel voler proseguire direttamente la prenotazione, anche nel caso che non vi fossero preparazioni specifiche (in modo particolare per i servizi diagnostici).

Il sistema CUP è stato poi esteso ad altri soggetti, in forma volontaria, per arricchire le possibilità di prenotazione degli utenti.

Discorso diverso merita invece la prenotazione del ricovero ospedaliero che segue un percorso stabilito da protocolli operativi in cui il ruolo dei medici di medicina generale si configura quale proposta nei confronti dello specialista ospedaliero, che ha un ruolo centrale e decisivo nel processo di cura o di intervento specialistico.

Dell'attività dei CUP non è stata mai fornita una organica rappresentazione sul piano regionale, mentre vi sono alcuni CUP (si cita il CUP Metropolitano di Firenze per la sua ampiezza e rilevanza) che evidenziano, oltre al loro sviluppo, le criticità ancora presenti.

Una di queste riguarda la rilevazione delle "prestazioni critiche" effettuata da parte del Call Center e cioè di quelle prestazioni che risultano avere tempi di attesa pari o superiori ai 60 giorni. Il Servizio Gestione Agende (SGA) dovrebbe attivare una verifica delle Agende che erogano queste prestazioni e monitorare che esse non eccedano il periodo di prenotabilità.

Si rende anche necessario un attento monitoraggio per promuovere l'omogeneità dei comportamenti verso l'utenza e delle soluzioni organizzative adottate in una logica di continuo miglioramento delle competenze degli operatori di sportello e di formazione permanente.

La proposta di attivazione del CUP di Area Vasta prevede il collegamento dei sistemi CUP attivi nelle diverse Aziende sanitarie, ma nasce su basi conoscitive e organizzative non del tutto consolidate e tali quindi da non favorire l'innesto delle modifiche programmate (il governo regionale parla di consolidate sperimentazioni a livello di Area Vasta e sub-Area Vasta!!).

Oggettivamente è apprezzabile il fatto che si cerchi di configurare un sistema che allarghi per il cittadino il ventaglio della conoscenza delle risorse di strutture cui può accedere e di conseguenza la possibilità e i tempi di cura e che consenta di meglio monitorare l'andamento delle liste di attesa ai fini della programmazione degli interventi necessari a ridurle.

Ostano tuttavia a questa impostazione (o meritano in ogni caso approfondimenti) alcune condizioni delle quali si deve tenere conto:

- la disomogeneità nei diversi ambiti territoriali delle risorse strutturali per l'eccellenza (cui i cittadini esprimono il desiderio di rivolgersi prioritariamente) e l'assenza di un sistema oggettivo e trasparente di prenotazione (particolarmente per il ricovero ospedaliero) lasciato per molti settori specialistici e diagnostici alle decisioni dei professionisti investiti dei processi di cura e diagnosi;
- l'allargamento della mobilità sanitaria tra Aziende, che produce adempimenti ed incombenze amministrative (fatturazioni, regolazione delle partite debitorie/creditorie) che potrebbero essere evitate con un sistema di compensazione regionale.
- le modalità di revisione delle Agende di prenotazione in occasione delle variazioni dei livelli di assistenza e del Nomenclatore tariffario.

La introduzione della **Carta sanitaria personale** per rispondere alla semplificazione richiesta dai cittadini e per alleggerire l'onere documentale, non può prescindere da tre condizioni che sono: l'unificazione del linguaggio sanitario, la formazione degli operatori e la convergenza tra la Carta sanitaria e i vari tipi di cartelle cliniche in uso, non dimenticando che queste ultime hanno una valenza legale che non può essere disattesa.

Queste condizioni, se recepite, riteniamo possano dare a questo documento la valenza di una storia clinico-sanitaria che si alimenterà con le ulteriori informazioni che possono essere successivamente inserite quando il cittadino entrerà in altri percorsi assistenziali.

I Percorsi di miglioramento del Pronto soccorso

Il miglioramento del Pronto soccorso si fonda sull'arricchimento degli aspetti organizzativi e strumentali che fino ad oggi sono stati in sottordine, avendo subito per

numerosità ed emotività l'assalto dell'utenza, e sono stati parzialmente disattesi.

Questo "assalto" è testimoniato dal fatto che oltre 1.200.000 cittadini nell'anno 2007 si sono rivolti ai Pronto Soccorso nella Regione, ma che di questi 400.000 sono stati classificati come "non urgenti" (codice bianco e codice azzurro) e che nel 15-18% dei casi non è seguito il ricovero ospedaliero.

Da questi dati il Piano punta a una risposta non ospedaliera ma territoriale che abbia pari efficienza e minore costo delle prestazioni erogate dalle strutture ospedaliere, ma che si fonda anche, all'interno dei Pronto soccorso ospedalieri, **sulla attivazione degli ambulatori dedicati ai codici minori e su una diversa gestione dei flussi intraospedalieri** attraverso la separazione tra i ricoveri di elezione (quelli programmati) e quelli di urgenza, che oggi sono dislocati negli stessi spazi.

Non è il caso di scendere nei dettagli tecnici che sottintendono a questa nuova organizzazione, ma per evitare che il Pronto soccorso ospedaliero continui ad essere concepito dai cittadini come un posto dove andare perché il territorio non offre alcuna risposta, occorre a nostro avviso una puntuale definizione di un accesso d'urgenza diverso, dove il cittadino trovi risposta adeguata per situazioni che non presentino una grave compromissione delle proprie funzioni vitali.

Non si può però sottacere che il miglioramento del sistema di emergenza intra ed extra-ospedaliero (con al centro la rimodulazione del sistema di accesso attraverso modalità organizzative che rispondano in modo differenziato agli accessi caratterizzati da bassa priorità), era inserito tra i 12 Progetti Speciali del Piano sanitario 2005/2007 ed è pertanto da chiedersi quali siano state nelle Aziende le pratiche attuazioni di questo Progetto, condivisibile, e delle ricadute sull'attuale organizzazione dei Pronto soccorso.

La Sanità d'iniziativa e sua articolazione nei Livelli di assistenza

Il paragrafo dalla Medicina di attesa alla Sanità di iniziativa si presenta come una nuova edizione di concetti che hanno caratterizzato la programmazione sanitaria toscana.

L'assunto è che l'invecchiamento cronologico della popolazione porti con sé una mag-



giore insorgenza delle patologie croniche, con conseguente modifica della domanda assistenziale che impone risposte a bisogni complessi, caratterizzati da una forte integrazione socio-sanitaria.

L'obiettivo della Sanità d'iniziativa consiste dunque in **un nuovo approccio che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia** e che organizza un sistema che accompagna il cittadino favorendo lo sviluppo di condizioni che permettono di mantenere il livello di salute il più alto possibile, attraverso un sistema capace di gestire le patologie croniche e nello stesso tempo affrontare anche con efficacia l'insorgenza di patologie acute.

Se questo non fosse scritto in un Piano sanitario della Regione Toscana finiremmo per crederci!

La realtà è che nessuna attività di prevenzione primaria, per quanto capillare ed estesa ad ogni fascia di età della popolazione, l'adozione di corretti stili di vita e di abitudini alimentari, l'esercizio di attività fisica, né la prevenzione secondaria e gli screening di massa hanno avuto un ruolo primario nella diagnosi precoce di molte patologie croniche.

Diversamente non si spiega come in una Regione che si definisce "in ottima salute", nell'ultima Relazione Sanitaria 2003/2005 (Agenzia Regionale di Sanità) viene evidenziato un profilo di salute con patologie croniche che dovrebbero destare qualche preoccupazione:

- 150.000 pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici, 30.000 dei quali trattati con insulina;
- 770.000 pazienti in cura con farmaci antipertensivi;
- 11.000 infarti miocardici acuti e 10.000 ictus cerebrali, ogni anno;
- 100.000 pazienti ultra 65 affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva;
- 55.000 pazienti ultra 65 affetti da scompenso cardiaco.

A questo scenario si deve aggiungere il fatto delle comorbilità (77.000 ultrasessantacinquenni hanno "almeno" tre malattie croniche), che i 4/5 delle prestazioni sanitarie sono richieste per il trattamento della cronicità e i 2/3 dei ricoveri sono ad essa attribuibili, e

se si considerano i costi diretti e i costi sociali che la cronicità induce, sia in relazione alle modifiche della struttura familiare che alla disabilità totale quale risultante della evoluzione di molte patologie croniche, se ne ricava un quadro che impone un intervento straordinario di caratura ben diversa dal modello operativo prescelto (il Chronic Care Model) che affida alle Cure Primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.

Il modello dovrebbe invece basarsi su una alleanza tra specialistica ospedaliera e territoriale, la medicina generale ed una forte integrazione tra Ospedale e Territorio in tutte le sue valenze socio-sanitarie, con l'obiettivo di arrivare alla erogazione di una uniforme e avanzata assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche, nell'ottica di migliorare lo stato di salute dei cittadini e di ridurre alle situazioni di stretta necessità i ricoveri ospedalieri.

Premesso che il ricovero ospedaliero non è un bene di consumo tanto desiderabile, di fronte a questa concezione dell'assistenza non ci resta che esprimere preoccupazione: si cerca di allontanare i cittadini dagli accessi ospedalieri in direzione della medicina territoriale (distrettuale) che non ha dato prova in questi anni di avere una valenza qualitativo-professionale corrispondente a quella della componente ospedaliera, verso la quale i cittadini esprimono il maggiore gradimento e fiducia.

Questo tentativo di allontanare il cittadino dal ricovero ospedaliero è poi confermato leggendo quella parte del Piano (la sanità d'iniziativa nell'assistenza ospedaliera) che rimarca come anche nell'ambito dell'assistenza ospedaliera sia indispensabile assicurare condizioni organizzative tali da rendere sistematico un approccio coerente al principio della sanità d'iniziativa.

All'interno di queste condizioni organizzative viene introdotto un sistema dei tutor: il **tutor clinico**, con il compito di garantire un'assistenza appropriata, basata sull'evidenza dell'efficacia delle cure e sulla corretta informazione al malato e ai suoi familiari e per la valutazione di tutti gli aspetti clinico ed assistenziali necessari per la corretta programmazione ed esito del suo bisogno; il bisogno assistenziale, rilevato dal tutor clinico, trova poi continuità nella fase ospedaliera con il **tutor assistenziale**, che assicura il collega-

mento con l'assistenza infermieristica territoriale della Zona-Distretto; all'interno del percorso ospedaliero si colloca anche il **tutor farmaceutico**, che informa il paziente al momento della dimissione sull'appropriato uso dei farmaci.

Questo modello sperimentale (una sorte di catena dal produttore al consumatore finale) verrà praticato nella prima fase per le patologie croniche a maggiore impatto.

Noi riteniamo che questo progetto non tenga adeguatamente conto delle eredità storiche e dello stato dell'arte. Le prime sono rappresentate dalla concezione dell'assistenza maturata nel cittadino con una visione ospedalecentrica sostenuta dai legislatori e dai programmatori con l'attribuzione all'Ospedale di un ampio ventaglio di competenze e con la destinazione della maggiore quantità possibile di risorse finanziarie rispetto alle funzioni della prevenzione e dei servizi territoriali. Questa concezione non è mai venuta meno.

Quanto allo stato dell'arte ci riferiamo al **rapporto Ospedale-Territorio che solo in modestissima parte è migliorato**, nonostante il capovolgimento delle risorse finanziarie (in dieci anni l'assistenza ospedaliera ha ceduto il 10% delle sue risorse all'assistenza territoriale, a dimostrazione che non ha fondamento l'equazione che a maggiori risorse segue un miglioramento della qualità dei servizi).

Questo progetto appare dunque debole se è vocato alla riduzione tout-court del peso ospedaliero nella filiera assistenziale, ma ha più credibilità se è visto come proiezione del servizio ospedaliero e della sua integrazione/coinvolgimento nei servizi sanitari territoriali. Al riguardo non dobbiamo dimenticare che la componente ospedaliera è paradigma di valore professionale per i servizi e gli operatori dei servizi sanitari territoriali.

Per dare una rappresentazione adeguata a questo Progetto della Sanità d'iniziativa nei contesti territoriali, nel contesto dell'assistenza ospedaliera e nell'ambito materno-infantile non bisogna infatti dimenticare che il processo ha valenza in primo luogo culturale (ma gli operatori lo condividono e lo applicano?) e poi tecnico-organizzativo e relazionale.

La rete ospedaliera

E' uno dei temi centrali del Piano sanitario del quale abbiamo già in parte accennato esaminando il rapporto Ospedale-Territorio.

La rimodellazione della rete ospedaliera sul versante dell'appropriatezza clinica e organizzativa, finalizzata a migliorare la qualità e la sicurezza delle cure, si fonda in special modo sull'adozione del **modello assistenziale per intensità di cure** nei presidi ospedalieri e sulla **riqualificazione dei piccoli Ospedali**.

Riqualificazione dei "piccoli ospedali"

Chi conosce la storia ospedaliera post-riforma 1968 (riforma Mariotti) sa bene che i piccoli ospedali (allora giuridicamente definiti Ospedali di Zona per ancorarli alla dimensione territoriale più ristretta) avevano una struttura limitata quanto a reparti di degenza e servizi diagnostici, ma avevano anche servizi ambulatoriali per le discipline specialistiche di base, pronto soccorso e attività di medicina preventiva. Essi assolvevano concretamente anche alle esigenze fondamentali della popolazione di riferimento territoriale, talchè nascevano come funghi al sole incentivati dalla retta di degenza (che era lo strumento tecnico per conquistare le risorse finanziarie necessarie al loro funzionamento).

Le funzioni specialistiche di maggiore complessità erano assolte per i rispettivi livelli dagli Ospedali provinciali e dagli Ospedali regionali. Né più né meno come oggi.

E così è stato anche nella Regione Toscana, con Ospedali di zona che nascevano a pochi chilometri l'uno dall'altro per questioni spesso municipalistiche.

L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera e la sua proiezione verso livelli qualitativi migliori, l'esigenza di inserire una programmazione a rete ed il progresso medico-scientifico, non riproducibile in contesti territoriali di ampiezza limitata senza espandere i costi di assistenza, hanno progressivamente ridotto la valenza di questi Ospedali fino a mettere in dubbio la loro capacità di essere garanti della salute dei cittadini.

Per queste ragioni, oltre al razionamento delle risorse finanziarie, i "Piccoli ospedali" sono progressivamente diventati "Ospedali piccoli" e poi hanno mantenuto la sola etichetta di "ospedale".

La Regione Toscana è stata il principale artefice di questo processo di impoverimento di questo tipo di ospedali (è uno dei primati che non viene mai citato nei testi autocelebrativi del governo regionale) ed ora corre ai ripari.

Onestà di giudizio vuole che si dica che il progetto di riqualificazione/conversione presenta aspetti condivisibili, mentre appare contraddittoria la previsione che in questi presidi possano essere effettuati interventi chirurgici specialistici da parte dei teams di Area Vasta itineranti, che presuppongono la presenza di costose attrezzature ed impianti di sala operatoria il cui utilizzo eventuale e saltuario contrasta con il principio di appropriatezza economica, che è una delle bandiere della programmazione toscana.

L'aspetto positivo da rilevare è che finalmente la precaria situazione dei piccoli ospedali, sempre combattuti tra ipotesi di chiusura definitiva e/o di unificazione, sia oggetto di uno specifico impegno programmatico fondato sul mantenimento della destinazione socio-sanitaria a beneficio del territorio di pertinenza per quelle patologie sanitarie non acute e per le patologie sociali e dell'alta integrazione socio-sanitaria, oltretutto di altre funzioni anche non sanitarie di supporto all'area sanitaria. E' importante che in ogni caso continuino ad essere uno strumento ed una risorsa per la protezione delle popolazioni interessate.

L'Ospedale per intensità di cure

Attaverso la realizzazione di moduli/aree di ricovero graduate per intensità del bisogno assistenziale il governo regionale si propone di rendere possibile il superamento delle criticità legate alla gestione del posto letto ospedaliero (il concetto di cure include, oltre agli aspetti più tipicamente assistenziali, anche quelli connessi alla diagnosi ed alla terapia).

UN PIANO PER COGLIERE NUOVE OPPORTUNITA' NEI LIVELLI DI ASSISTENZA

E' la parte del Piano che prospetta per ciascun Livello di Assistenza (prevenzione, assistenza sanitaria territoriale e assistenza ospedaliera) le azioni intersettoriali rivolte ai determinanti di salute, il cui studio consente di analizzare e modificare i fattori che in varia misura influenzano l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie.

Il Piano esplicita alcuni temi paradigmatici: gli stili di vita, una scuola che promuova salute, la salute delle donne, la promozione della salute dei migranti e la mediazione, la lotta contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale e dall'identità di genere, il rapporto ambiente/salute, la promozione della sicurezza nell'assistenza e nelle cure. Analizza anche le strategie della prevenzione collettiva, il rapporto lavoro/salute, l'igiene degli alimenti e della nutrizione ed altri aspetti secondari che nei rispettivi livelli di assistenza impongono revisioni ed implementazioni finalizzate alla promozione della salute.

Sono né più né meno gli stessi temi previsti e sviluppati nei Piani sanitari di questi anni (significativamente in quello del 2002/2004), ed il fatto della riproposizione testimonia – nella maggior parte dei temi – che gli obiettivi non sono stati raggiunti e che ne vanno definiti dei nuovi che meglio si adattino alla evoluzione del concetto di salute

E' la parte del Piano che assume un carattere ideale-culturale più che fornire indirizzi programmatici, ed è per questo motivo che ci esimiamo da valutazioni.

Più rilevante è invece la trattazione che riguarda il livello di assistenza dei servizi territoriali e quello dell'assistenza ospedaliera che sono interessati da "novità" che vanno bene analizzate.

I servizi sanitari territoriali per le comunità locali

Abbiamo già visto nel paragrafo dei "nuovi grandi progetti" che il servizio sanitario regionale intende attivare, che la strategia di fondo individua nei servizi territoriali la risposta più adeguata ai bisogni di salute e che a tal fine con la unificazione della programmazione socio-sanitaria regionale (il PISR) si intende dare un unico riferimento



alla programmazione locale che trova, quest'ultima, nella Società della salute la modalità più adeguata a realizzare percorsi integrati di programmazione e di governo.

In questo contesto si parte con la **implementazione delle Unità di cure primarie**, di cui nel periodo 2005/2007 si legge che ne siano state avviate 17 con il coinvolgimento di 240.000 assistiti, che dovrebbero costituire un nuovo modello organizzativo territoriale e punto di integrazione tra il sistema della medicina convenzionata (MMG, PLS, Guardia medica e specialistica convenzionata) ed il sistema aziendale delle Asl, con l'obiettivo di eliminare eventuali utilizzi impropri dei Pronto soccorso ospedalieri e di soddisfare la domanda degli utenti già al primo livello di accesso, anche con risposta diagnostica e specialistica in loco.

Su questo modello – che costituiva uno dei 12 Progetti speciali del Piano sanitario regionale 2005/2007 e che è stato sperimentato da diverse Aziende Usl – **vi sono risultati negativi** quali:

- la spersonalizzazione del rapporto medico-paziente non sostituibile dal rapporto con un gruppo di medici a orario prolungato (il modello, come è noto, si fonda sull'associazionismo dei medici);
- l'eccesso di utilizzo di protocolli terapeutici, che spersonalizza la terapia;
- i medici della continuità assistenziale non hanno una posizione funzionale qualificante e paritaria all'interno delle UCP (qualcuno ha detto che fanno la parte dei garzoni di bottega!);
- la speranza di riduzione dell'affollamento ai Pronto soccorso ospedalieri è del tutto infondata in quanto non si comprende come gli utenti, attratti da un servizio ospedaliero che offre tecnologie ed ampi spettri diagnostici, possano rinunciarvi a beneficio di medici che hanno a disposizione una strumentazione minimale.

Ma il giudizio positivo del governo regionale, fermo restando l'esito della sperimentazione in corso e la definizione nell'ambito della contrattazione dell'Accordo Collettivo Nazionale dell'assistenza primaria, orienta all'implementazione del progetto che consentirebbe di superare l'isolamento culturale e organizzativo dei professionisti (nella Regione Toscana – si legge – che il 71% dei MMG operi in forma associativa e che gestisca il 79% degli assistiti).



L'Unità di Medicina Generale (UMG) costituisce lo strumento tecnico-professionale e la struttura-articolazione organizzativa che realizza la funzione operativa clinica della Medicina Generale, mentre gli aspetti organizzativi, integrativi e complementari agli aspetti clinici, costituiscono la funzione operativa della Zona Distretto (e delle Società della Salute quando e se andrà a regime).

La funzione sanitaria territoriale si dota quindi di un nuovo modello organizzativo che chiama in causa i Medici di Medicina Generale, inserendoli funzionalmente e con compiti di direzione e/o coordinamento nella sanità territoriale, e stessa sorte riguarderà i Pediatri di libera scelta, i Medici di Comunità e i medici specialisti ambulatoriali. E' da sottolineare il ruolo dei Medici di comunità ai quali, per il fatto di operare nel campo della programmazione e gestione a livello della Zona-Distretto, vengono attribuite funzioni rilevanti nel favorire il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa.

Concettualmente non si può che esprimere adesione verso modelli organizzativi che migliorino il livello di assistenza ed il rapporto con i cittadini, ma la rilevanza di questo pluralismo organizzatorio che il modello sottintende e che chiama all'appello professionisti provenienti da mondi diversi e portatori quindi di valenze ed esperienze diverse, impone che la Zona-Distretto (Società della Salute, ove esista) si doti di linee di governo e dei servizi da sempre presenti nel sistema ospedaliero (la distonia tra i due sistemi potrebbero creare vischiosità di vario genere).

Occorre cioè una cabina di regia forte e qualificata che dia coesione a questo sistema e che assuma come stella polare di lavoro la funzione di coordinamento delle principali filiere funzionali e professionali che determinano la operatività e la corretta attuazione della programmazione a livello territoriale.

Gli atti che la Giunta Regionale assumerà in tal senso dovranno quindi rispettare l'autonomia tecnico-professionale dei componenti questo Team multiprofessionale, oltre alle prerogative previste per ciascun profilo dagli Accordi collettivi nazionali dell'assistenza primaria.



Nell'evoluzione del sistema delle Cure Primarie integrate, il Piano evidenzia **la necessità di dare alla Continuità assistenziale ed al bisogno sanitario urgente una definizione dei contenuti che concretizzi la reale integrazione tra il sistema 118/ Pronto Soccorso ed il nuovo modello della medicina del territorio**, tale da garantire l'equilibrio delle cure urgenti con la continuità delle cure collocate nel sistema di medicina generale.

Noi riteniamo che il settore della emergenza urgenza meriti una definizione chiara in quanto, pur essendo stato inserito tra i 12 progetti speciali del PSR 2005/2007, non ha raggiunto una stabilizzazione organizzativa e di efficacia sufficiente ad eliminare le scorie e le fibrillazioni di un passato recente.

Il punto Unico di Accesso- Unità di valutazione multidisciplinare

Il Piano sviluppa ulteriormente il concetto che il modello universalistico di assistenza socio-sanitaria alla persona richiede, quale primo passo per arrivare alla specificazione dei diritti dei cittadini, l'individuazione dello stato di bisogno e la conseguente traduzione in offerta assistenziale, e, in presenza di bisogni complessi, competenze professionali integrate individuate nella **Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM)**.

Alle UVM - di cui ogni Zona-Distretto dovrà dotarsi - è affidata quindi la gestione globale del percorso assistenziale sia nella fase iniziale (analisi della domanda, definizione del problema e predisposizione del progetto personalizzato di intervento), che in quella attuativa e di valutazione.

L'impegno programmatico della Giunta è quello di "determinare entro il 2008 le linee-guida regionali per la determinazione dei livelli di responsabilità che devono essere assicurati in ogni Zona-Distretto per il governo dell'accesso integrato alle prestazioni socio-sanitarie e **per la presa in carico permanente delle persone non autosufficienti**".

A noi preme ribadire (come già abbiamo fatto in sede di approvazione dei Piani Integrati Sociali Regionali) che coloro che hanno più bisogno, e perciò più titolo per accedere al sistema integrato, non devono pagare il prezzo delle barriere informative, culturali e logistiche che si frappongono all'accesso ai servizi e agli interventi loro dedicati.



Ma ancora: per le persone e le famiglie con situazioni di bisogno più acute e con condizioni di maggiore fragilità (si pensi per tutte ai disabili gravi) devono essere previsti servizi specificamente dedicati, oltre ai servizi rivolti alla generalità dei cittadini.

La nostra condivisione all'impianto progettuale del Piano su questo punto si ancora a queste due ultime considerazioni ed ai precisi impegni che la Giunta assumerà per darvi concretezza.

La rete delle "Cure Intermedie"

La definizione farebbe sospettare che si tratti delle cure "nella terra di nessuno", comprese quindi tra il territorio ospedaliero che dimette frettolosamente (e non solo per colpa dei DRG) e il territorio della socio-sanità-salute (cui il Piano cerca di dare una configurazione che gli consenta gradualmente di passare da semplice slogan a progetto, da progetto a realtà).

Le Cure Intermedie rappresentano secondo il Piano un ventaglio di opzioni di intervento che spaziano dall'assistenza programmata, all'Assistenza Domiciliare Integrata, alla risposta residenziale nelle sue varie forme di intensità, all'Ospedale di Comunità, per assolvere al compito di gestire al meglio la fase di dimissione ospedaliera.

Rappresentano quindi un anello del processo assistenziale e più in particolare del continuum Ospedale - Territorio.

Anche per questo segmento valgono le considerazioni fatte per le Unità di Cure Primarie, nel senso del profondo mutamento che si richiede nei rapporti tra strutture e operatori.

Azioni programmate e progetti obiettivo

Il carattere di continuità dei Piani sanitari emerge con tutta evidenza per le **Azioni Programmate**, che rappresentano la sollecitazione del governo regionale al sistema delle Aziende sanitarie (particolarmente ai Coordinamenti di Area Vasta con il contributo dei professionisti che ne fanno parte), a farsi parte attiva nel dare concretezza alle altre azioni relative ad alcune linee assistenziali (patologie cardiovascolari e del metabo-

lismo, neuropatie croniche, cure palliative, insufficienza respiratoria cronica, malattie reumatiche, patologie neurologiche e assistenza medullose) che registrano una caduta di attenzione da parte delle Aziende in Area Vasta.

Per altre linee assistenziali, e più precisamente per quelle in cui permane una insufficiente risposta assistenziale e che hanno una rilevanza per la popolazione toscana, sarà direttamente investito il livello regionale, essendo necessari investimenti cospicui in tecnologie e sistemi organizzativi.

Queste linee a centralità regionale riguardano:

- la rete oncologica;
- il percorso assistenziale dei pazienti con ictus;
- il sistema trapianti;
- il Piano sangue;
- gli interventi di cooperazione internazionale;
- le medicine complementari e non convenzionali;
- la riabilitazione;
- la prevenzione delle malattie infettive e delle infezioni ospedaliere;
- le malattie rare;
- l'assistenza termale;
- il patrimonio scientifico, documentale e artistico delle Aziende sanitarie;
- l'assistenza religiosa.

Per ciascuna di queste linee viene sviluppato lo stato dell'arte, le criticità rilevate e quindi presenti, le azioni programmate ed i principi sui quali si fondano, gli impegni programmatici.

E' una parte cospicua del Piano che non si presta ad analisi e valutazioni, ma solo alla presa d'atto degli strumenti previsti e delle relazioni di sistema per l'implementazione di ciascuna linea.

La costante che sottintende ad ogni Azione è la constatazione che questi settori assistenziali se non efficacemente governati possano entrare in crisi in termini di sostenibilità.

I Progetti Obiettivo

Ogni Piano sanitario è stato costellato da Progetti-Obiettivo e anche questo non sfugge alla regola.

I Progetti-obiettivo sono quelle cose che in ogni Piano si promette di fare, poi non si fanno (perché sono lontane da un minimo di fattibilità) e allora vengono lasciati al turno di programmazione successivo.

I Progetti Obiettivo – la cui realizzazione avviene nell’ambito della organizzazione sanitaria territoriale, hanno lo scopo di definire le strategie per dare una risposta ai bisogni complessi, in essi rappresentati, secondo i seguenti principi: unitarietà dell’intervento, continuità assistenziale, valutazione multiprofessionale del bisogno, personalizzazione dei piani d’intervento, progettazione integrata delle risposte sanitarie e sociali.

E’ proprio quest’ultimo principio che richiama lo stretto collegamento con il Piano Integrato Sociale Regionale, ove questo appare qualificante e necessario tanto da fare configurare questi Progetti come confermativi e/o integrativi di quanto previsto nel PISR.

Il Piano enumera i seguenti Progetti obiettivo:

Salute mentale;

Dipendenze;

Disabilità;

Anziani;

Materno infantile e Consultori;

Salute immigrati;

Salute in carcere.

Di questi ci soffermiamo in particolare sul Progetto anziani e sul Progetto Materno infantile.

Progetto Anziani

Non è questa la sede per rimarcare la rilevanza delle politiche per il miglioramento delle condizioni di vita della popolazione anziana anche a seguito del sorpasso dell’età geriatrica su quella pediatrica.

In altri testi del governo regionale (Documento preliminare alla proposta di legge regionale "Interventi per l'assistenza continuativa ai non autosufficienti") è stata rappresentata l'esigenza del potenziamento delle risorse pubbliche finalizzate a questo scopo, attraverso **la proposta di costituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza**.

Il Documento regionale richiamato delinea un'offerta dei servizi articolata in tre distinte tipologie (residenziale, semiresidenziale, domiciliare) nell'ottica prioritaria di mantenere il più a lungo possibile l'anziano nel contesto familiare e limitare l'inserimento in strutture residenziali - salvo i casi di totale inadeguatezza familiare- a periodi temporanei tesi ad assicurare alle famiglie un periodo di sollievo dalle cure.

Il Progetto si è prefisso sull'area della residenzialità l'incremento di 1.000 inserimenti, con l'aumento dei ricoveri temporanei e con il conseguente intervento sulle liste di attesa, il sostegno agli interventi temporanei e ai ricoveri di sollievo e la diffusione del Modello per le cure intermedie (la deliberazione Giunta regionale 1002/2005 ne delinea le caratteristiche e la fase di avvio della sperimentazione).

Per l'area della semiresidenzialità è prevista la diffusione capillare in ogni Zona-Distretto di Centri Diurni per persone non autosufficienti (con moduli di base e con moduli rivolti a persone colpite da malattie neurodegenerative con gravi disturbi cognitivi e del comportamento) con l'obiettivo di inserire 1500 persone rispetto alle attuali 800/1000.

A tale Documento regionale è seguito **l'avvio di una fase pilota di assistenza continuativa per la persona non autosufficiente** (iniziata a febbraio 2008 per la durata di sei mesi) avente l'obiettivo di favorire indicazioni utili per la sua messa a regime (la fase pilota privilegia la risposta domiciliare anche se non esclude a priori azioni per lo smaltimento delle liste di attesa per il ricovero in Rsa e per l'estensione del ricovero temporaneo).

La proposta di Piano eredita alcuni elementi di questo Documento Preliminare e sviluppa progettualità (future) frazionando le tematiche degli anziani (le fragilità, gli stili di vita, le attività motorie, l'alimentazione, l'organizzazione del tempo libero) e assumendo per ciascuna di esse, durante l'arco di vigenza del Piano, impegni precisi.

Partendo dal presupposto che il sistema socio-sanitario si arricchisca a partire dall'anno



2008 delle opportunità finanziarie ed organizzative attivate dal Fondo per la non autosufficienza e dal Progetto per l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente, vengono presi impegni sul versante della non autosufficienza che riguardano l'estensione dei servizi domiciliari e semiresidenziali (in modo da raggiungere l'obiettivo del 3% degli anziani ultra 65 anni in assistenza domiciliare); la revisione delle offerte modulari residenziali coinvolgendo nella programmazione anche i gestori oltre ai soggetti istituzionali; l'avvio della fase pilota del Progetto di assistenza continuativa per la persona non autosufficiente e, più che altro, gli aspetti connessi al Fondo Non Autosufficienza: le Linee guida per la sua gestione, il Patto istituzionale per la costituzione e la gestione, il Regolamento attuativo per la gestione.

A fronte di tutti questi impegni noi riteniamo che debba finalmente maturare la convinzione **che l'invecchiamento della popolazione è oggi più che mai una grande sfida** intellettuale, scientifica, politica, sociale, di organizzazione e di management, particolarmente laddove - e la Regione Toscana è tra queste - l'incidenza delle persone anziane è già oggi rilevante e lo sarà sempre di più domani.

E' da tutti accettata la necessità di identificare nuove modalità di assistenza e di cura con maggiore efficienza ed efficacia. Questo riguarda non solo gli interventi che hanno come obiettivo la cura delle malattie, ma anche quelli di carattere assistenziale, in cui la valenza sociale e quella sanitaria sono inscindibili e che devono basarsi sull'identificazione tempestiva dello stato di bisogno e/o di fragilità. Per gli anziani è necessario che i servizi delle Aziende sanitarie e/o quelli comunali individuino il migliore livello di cura e di assistenza, senza esasperare il concetto di volere sempre trovare una scelta alternativa all'ospedale o alla domiciliarità, "costi quel che costi".

Il sistema di garanzie è individuato nella rete dei servizi, dove le componenti sociali e sanitarie devono integrarsi. Se la rete è stata fino a oggi "disegnata" quasi ovunque, **l'integrazione è ancora difficile e poco tempestiva.**

L'assistenza domiciliare integrata, i Centri Diurni, le case protette sono alcune risposte alla domanda assistenziale degli anziani, ma sono le Residenze socio-assistenziali (Rsa) le strutture che devono rappresentare il punto di forza nella rete dei servizi per gli anziani.



Identificate qualche anno fa come le strutture che avrebbero dovuto sostituire la lungodegenza nei reparti ospedalieri, è certo che oggi, a fronte della trasformazione degli ospedali, con consistente riduzione del numero dei posti-letto, contrazione del periodo di degenza e maggiore intensità e diversa articolazione delle cure, bisognerà assicurare un'adeguata disponibilità di posti letto in Rsa per garantire la continuità delle cure per gli anziani dimessi dall'ospedale in condizioni di non autosufficienza, che non sono in grado di essere assistiti al loro domicilio e che hanno difficoltà a rimanere nel proprio nucleo familiare.

Sulla questione dei ricoveri in Rsa, **il Piano niente dice sul piano effettuale per la eliminazione delle liste di attesa** che rappresentano una dimostrazione di incapacità, oltrechè di grave contraddizione in un sistema che si autodefinisce universalistico, ma che nella realtà è selettivo proprio per le fasce più deboli.

Tremiladuecento anziani valutati non autosufficienti che nel territorio regionale attendono da mesi (se non oltre l'anno) il posto letto in Rsa (che rappresenta l'unico approdo per vedere soddisfatto il diritto assistenziale, senza che ciò gravi sulle famiglie) rappresentano un risultato di cui non ci si può vantare.

Dall'esame di queste liste di attesa si rileva un aspetto che contrasta con la media regionale di invecchiamento della popolazione che è uniforme sul territorio regionale, mentre **le liste di attesa sono concentrate su tre realtà urbane importanti quali Firenze, Pisa e Prato**, mentre in altre realtà sono sostanzialmente assenti. Questo conferma che la sperequazione è imputabile in prevalenza all'aspetto finanziario (erroneo peso finanziario attribuito alle Aziende), ma anche all'aspetto organizzativo (migliore o peggiore attivazione dei rapporti con le strutture di offerta).

La situazione di Firenze merita una trattazione particolare. La città ha il più alto numero di popolazione anziana, ha il più alto numero di anziani non autosufficienti in lista di attesa (il 35% del complessivo regionale) ed ha un indice di accesso al Fondo sanitario regionale per il segmento 3,50% "Assistenza anziani" pari allo 0,80%, che non soddisfa il bisogno espresso. Occorre quindi che venga meglio definito il rapporto tra le forme di assistenza a favore degli anziani (e le relative risorse finanziarie) in quanto gli obiettivi programmatici del

triennio 2008/2010 sono eccessivamente orientati a favore delle forme di assistenza non residenziale (ADI, Centri Diurni e altre) rispetto alla residenzialità.

La compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni è una vera e grave tassa occulta sulle famiglie. Lo strumento dell'ISEE ha una valenza tecnica per i Regolamenti delle amministrazioni comunali, ma quello che manca è la volontà politica di considerare veramente residuale l'apporto degli utenti e non una fonte primaria per il finanziamento dei servizi (secondo studi recenti questa compartecipazione incrementa la schiera di coloro che passano nelle classifiche della povertà relativa per il solo fatto di avere usufruito a proprio carico di servizi sociali e sanitari.).

Questa considerazione è fondamentale, in quanto molte famiglie toscane vivono in modo drammatico l'evenienza del ricovero in Rsa di un componente il proprio nucleo familiare e questa situazione impone che in una società toscana che si definisce "solidale" l'onere di questa forma di assistenza gravi sulla collettività regionale con lo strumento della fiscalità generale, che meglio risponde al principio costituzionale della partecipazione alla spesa secondo la propria capacità reddituale (altro che introduzione della "tassa sul nonno"!).

Gli impegni programmatici sulla non autosufficienza hanno al centro la costituzione dello specifico Fondo, l'omogeneizzazione delle offerte modulari residenziali in tutte le Zone (per evitare sperequazioni territoriali) e l'avvio della Fase Pilota del Progetto di assistenza continuativa alle persone anziane (che peraltro risulta di fatto già avviata dal mese di febbraio 2008). Condividiamo questa impostazione, raccomandandone la concretezza operativa, poiché molto spesso nei passaggi dalle enunciazioni alle attuazioni si registrano scarti sostanziali.

Materno Infantile – Consultori

La rete materno-infantile regionale viene delineata (deliberazione Giunta regionale 784/2004) avendo quali obiettivi strategici la sicurezza del neonato e della donna, della continuità pubblica nel percorso nascita e del rispetto della fisiologia.

Non sono noti i risultati di questa impostazione al di là della istituzione della Commissione Pediatrica Regionale, quale organismo tecnico sul merito delle iniziative delle po-

litiche regionali nell'area materno-infantile e della definizione organizzativa dei Punti Nascita con la fissazione dei criteri minimi di attività (superiori a 500 parti/anno, guardia pediatrica attiva, migliore formazione neonatologica). Quello che invece è noto è il cambio di rotta (per non chiamarlo fallimento) sul "Progetto Margherita" presso la Maternità di Careggi dedicato alla nascita fisiologica.

Il Piano sostanzialmente riproduce l'esigenza di completare il non realizzato durante l'arco di vigenza del P.S.R. 2005/2007 di un settore che ha tanti aspetti sia di carattere tecnico-sanitario e organizzativo, ma anche di attività connesse e collaterali (obiettivo riduzione parti cesarei, dimissioni dai Punti Nascita, promozione dell'allattamento al seno, attivazione dell'Istituto Pediatrico Toscano, Banca del latte umano etc.).

Per quanto riguarda in particolare la questione dei Consultori, non è il caso di ripercorrere l'impegno in questi anni da noi profuso per **una reale riqualificazione dei Consultori quali strumenti per attuare gli interventi a tutela della salute della donna, dell'età evolutiva, dell'adolescenza e delle relazioni di coppia, della prevenzione dell'aborto volontario, del sostegno alla famiglia.**

Al di là della sua caratterizzazione di ambulatorio sanitario a scartamento ridotto cui è stato confinato nella realtà toscana di questi anni, il Consultorio deve acquisire il ruolo di autentico sostegno alla famiglia, sempre di più sotto attacco e che paga già prezzi elevati quali il disagio giovanile e il crescente vuoto educativo (questa è la ratio della proposta di legge del Gruppo UDC da tempo presentata in Consiglio regionale).

Rispetto a questa Proposta, né la riqualificazione avviata con la deliberazione G.R. 259 / 2006 (che si riprometteva di dare attuazione all'Ordine del giorno del Consiglio regionale in data 14 Febbraio 2005), né il Piano sanitario in esame consentono di dare al Consultorio quella valenza globale che la Proposta di legge UDC delinea per fare uscire i Consultori dal ruolo di mero terminale di servizi burocraticamente offerti.

Per scendere nel dettaglio, **l'attività dei Consultori si è quasi esclusivamente orientata verso un tipo di servizio prevalentemente individuale e ambulatoriale** nel quale sono privilegiati solo gli ambiti medico-ginecologico e pediatrico: dalla distribuzione dei contraccettivi alle pratiche burocratiche per la emissione di autorizzazioni all'aborto volon-

tario, alle attività poliambulatoriali per le vaccinazioni dei bambini.

Un aspetto che del Piano appare più convincente è quello del servizio consultoriale per i giovani, che ha come obiettivo la diffusione di almeno un consultorio giovani in ogni Distretto e lo sviluppo di attività di prevenzione e di promozione della salute in ambito scolastico. Questo capitolo del Piano risente dei richiami di livello nazionale orientati ad una revisione complessiva della legge 405/1975, che appare sempre più indilazionabile.

LA SORTE DEI PROGETTI SPECIALI DEL P.S.R. 2005/2007

Vi è una parte nel Piano in cui il governo regionale si assume l'onere di raccontare la sorte dei "Progetti Speciali" inclusi nel Piano sanitario Regionale 2005/2007 rilevandone e facendo un raffronto tra i risultati attesi, risultati ottenuti, sviluppo dei singoli progetti.

Alcuni di questi progetti speciali sono in stretta connessione alle tematiche rinnovate nel Piano in esame, costituendone di fatto la loro continuazione o il loro completamento.

Di questi Progetti speciali - anche per averli trattati in precedenza- ci limitiamo ad evidenziare le criticità presenti e le parti innovative - laddove vi siano - rispetto al precedente Piano sanitario 2005/2007.

Progetto speciale: le strategie di miglioramento del sistema di emergenza-urgenza intra e extraospedaliera

Questo Progetto speciale si propone come obiettivo principale l'attivazione di un percorso di riconduzione dei Pronto Soccorso alle loro funzioni naturali di trattamento delle vere urgenze, alla diminuzione delle attese per i codici di bassa priorità, alla ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso e alla elaborazione di un modello organizzativo possibile per l'intervento sanitario sui traumi maggiori.

Ciascuno di questi settori ha registrato realizzazioni incomplete tanto che rimangono presenti lacune che vengono esposte in termini riassuntivi:

a) **Lo sviluppo dell'area dei codici minori non è stato adeguato per continuità ed efficienza**, sia per la carenza di personale che per l'insufficiente apporto della diagnostica strumentale, la quale, in special modo quando è unica per tutto l'Ospedale, non può che seguire i tempi dettati dalle priorità cliniche (molti accessi ai P.S. classificati come codici minori sono determinati da traumatologia minore, per la quale è comunque necessaria, anche per la copertura assicurativo-legale, una fase di diagnosi radiologica avendo come risultato la strozzatura del servizio).

b) Per il processo di riorganizzazione dei Punti di primo soccorso nell'ambito della rete delle postazioni di emergenza sanitaria territoriale, la **Direttiva regionale** intervenuta in materia (del. G.R. 587/2007) - anche per il tempo breve trascorso - **non ha prodotto alcun risultato apprezzabile**, anche per le vicende legate alla stabilizzazione del rapporto di lavoro dei medici impiegati.

c) Per l'implementazione della rete di elisuperfici a supporto della rete regionale di eli-soccorso, gli interventi da realizzare, rivolti a destinazioni sanitarie o a comunità isolate, **registra una tempistica oltre le aspettative** a causa delle difficoltà di individuazione delle aree e di acquisizione delle autorizzazioni aeronautiche una volta realizzata l'opera.

Progetto Speciale: le Unità di Cure Primarie (UCP), un nuovo modello organizzativo

Nel biennio 2005/2007 viene riferito che sono state sperimentate nuove forme organizzative dei Medici di Medicina Generale convenzionati e sono stati avviati e finanziati 17 Progetti che hanno interessato le ASL locali con il coinvolgimento di circa 240.000 utenti. La criticità tuttora presente (che emerge dai dati di monitoraggio regionale) è da collegarsi alla **non completa integrazione nella sperimentazione** tra i Medici dell'assistenza primaria e i Medici della continuità assistenziale (11 sperimentazioni su 17 hanno previsto tale collegamento) e con l'attività specialistica (solo 5 sperimentazioni su 17 hanno previsto il collegamento).

Progetto Speciale: visite specialistiche, un obiettivo di qualità

E' il Progetto che aveva posto nel mirino il contenimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche e mentre una parte dell'obiettivo è stato raggiunto in buona percentuale (viene riportato il 90%) per le 7 visite specialistiche di maggiore rilevanza (rispetto del tempo massimo di attesa di 15 giorni per la erogazione della prestazione nel territorio aziendale), per le prestazioni ambulatoriali di diagnostica strumentale il progetto taglia-code non ha tagliato proprio niente e **persistono tempi insopportabili per le diagnostiche a contenuto tecnico più elevato** (che sono quelle che i medici di medicina generale richiedono in netta prevalenza).



A noi preme ribadire che **il tema dei tempi di attesa è un indicatore di qualità di un sistema sanitario** (e se ne traggano quindi le valutazioni del caso), che l'introduzione dell'indennizzo (bonus di 25 euro) nel caso di mancato rispetto del tempo massimo non ha trasformato un diritto percepito astratto dai cittadini in diritto concreto, in quanto il punto di vista delle parti in causa è diverso: il s.s.r. recepisce il tempo massimo di attesa come un dovere istituzionale, che si può disattendere ove le compatibilità economiche non consentano, ad esempio, la disponibilità delle attrezzature dedicate; il cittadino lo vive come diritto a beneficiare di una prestazione – che attraverso i contributi ha già pagato in anticipo – in tempi adeguati e certi, rappresentando una tappa del proprio percorso assistenziale.

A nostro avviso le tappe del Progetto in esame dovrebbero quantomeno prevedere il tempo massimo di attesa dei 15 giorni esteso ad altre specialità e maggiori investimenti nelle tecnologie sanitarie da parte della Giunta regionale.

Progetto speciale: protesi d'anca e ortopedia

Ideato per garantire una soddisfazione della domanda il più vicino possibile al luogo di residenza degli utenti e per ridurre le fughe extra-regionali, non si riscontra traccia dei propri effetti.

Trattasi di intervento che viene effettuato da decenni in tutti i reparti di ortopedia pubblici e privati, e si ribadisce la incongruità di ritenere soddisfacente il contenimento del tempo massimo di attesa per l'artroprotesi di anca in elezione (programmata) "entro i sei mesi" ritenendo produttiva la collaborazione con strutture private (che sono autorizzate, accreditate, accordate e certificate) per l'abbattimento drastico di queste liste.

Collegato a questo è il problema della continuità assistenziale del percorso riabilitativo che consegue a questo tipo di intervento e a quelli simili ortopedici. La riduzione allo 0,5 per mille dei posti letto di riabilitazione sembra contrastare con l'andamento di queste patologie traumatiche e con la loro evoluzione, in considerazione del fatto che nei prossimi decenni la crescita della popolazione anziana avrà sempre più carattere esponenziale.

GLI ORIENTAMENTI PER LO SVILUPPO - LE NUOVE SFIDE

Il Governo clinico, scelta di appropriatezza

Il Progetto si riprometteva di costruire una sorta di alleanza-coinvolgimento tra le Aziende sanitarie ed i Professionisti, finalizzata a produrre e distribuire equamente salute e non consumare prestazioni inutili e dannose, attraverso l'appropriatezza clinica dei servizi (capacità di erogare prestazioni efficaci e adeguate ai bisogni dell'utenza), l'innovazione organizzativa dei servizi (ricerca e sperimentazione di nuove modalità organizzative coerenti con l'evolversi delle competenze scientifiche, delle possibilità tecnologiche e con personalizzazione dei bisogni, dal Day Hospital al Day Service, dall'Ospedale per reparto specialistico all'Ospedale per intensità di cura, dal ricovero ordinario chirurgico al Day Surgery).

Trattandosi di un Progetto a valenza culturale, e che nello stesso tempo richiama ai professionisti dell'area sanitaria l'etica dei comportamenti e delle responsabilità, **i risultati sono stati modesti e largamente inferiori alle aspettative** e si sono concentrati nella ricerca di condivisione "di sistema" dal livello aziendale e di Area Vasta al livello regionale e attraverso l'istituzione di organismi tecnico-professionali quali il Consiglio sanitario Regionale, l'Istituto Toscano Tumori, l'Organizzazione Toscana Trapianti, il Centro Regionale per il rischio clinico e attraverso numerose Commissioni di coordinamento regionale e l'elaborazione regionale di linee guida (che hanno interessato 18 patologie) allo scopo di aiutare i professionisti ad assumere decisioni cliniche individuando gli strumenti di cura più efficaci tra quelli a disposizione.

Il Progetto riparte dall'esistenza di questi organismi di consulenza/consultazione/ rappresentatività e nel triennio di Piano si ripromette, tra l'altro, la creazione di eventuali procedure atte a identificare l'eccellenza nelle cure.

L'accreditamento istituzionale e l'evoluzione verso l'eccellenza

I servizi sanitari affidano sempre più il loro sviluppo alla qualità, alla gestione del rischio clinico ed alla sicurezza del paziente, elementi questi che non sono adeguata-



mente considerati in quello che la vigente legislazione regionale (l.r. 8/1999 e successive modifiche) definisce accreditamento istituzionale (verifica del possesso dei requisiti stabiliti dalle competenti Commissioni regionali).

Negli ultimi tempi si è andato poi estendendo il concetto di valutazione delle performances delle attività delle Aziende sanitarie e si evidenzia quindi un orientamento teso alla valutazione della qualità delle cure. Da questa evoluzione a dire che l'attuale sistema di accreditamento è superato il passo è breve. Infatti l'obiettivo fondamentale del triennio 2008/2010 è quello di affrontare le criticità emerse nella gestione dell'accREDITAMENTO istituzionale attraverso scelte per il loro superamento e per lo sviluppo del sistema attraverso la scissione dei requisiti autorizzativi (quelli di competenza del Sindaco) da quelli dell'accREDITAMENTO (di competenza delle Commissioni regionali).

Se questo obiettivo è finalizzato al miglioramento della qualità delle strutture e dei percorsi assistenziali, proiettandoli verso il conseguimento di sistemi di qualità (di cui alcune aziende pubbliche e private si sono dotate da tempo anche per specifici segmenti della loro attività) non possiamo che esprimere la nostra condivisione; **ma se questo obiettivo dovesse contenere elementi di selettività a danno delle strutture private, saremmo contrari**, in quanto la storia di questi dieci anni di normativa ha registrato penalizzazioni per le strutture private, mentre per le Aziende sanitarie pubbliche la verifica dei requisiti di esercizio ha determinato un forte rallentamento del processo di accREDITAMENTO istituzionale.

E' da valutarsi positivamente l'accREDITAMENTO dei servizi sociali e socio-sanitari a carattere ricettivo e per i servizi di alta integrazione socio-sanitaria (così definiti in quanto finalizzati a garantire l'unitarietà della risposta assistenziale a fronte di bisogni complessi che richiedono il concorso sinergico e integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali).

Abbiamo infine sostenuto, in occasione dell'approvazione del Piano integrato sociale regionale 2008/2010, che condizione e presupposto di un sistema di accREDITAMENTO è l'adozione del Regolamento regionale ex art. 62 legge regionale 41/2005, che fissando i requisiti tecnico-organizzativi e funzionali delle strutture di offerta, ivi compresa la modularità dei servizi orientati alla qualità, offra al cittadino un ampio ventaglio di opzioni assistenziali.



GLI STRUMENTI DI GOVERNO E DI GESTIONE DEL SISTEMA

L'ESTAV, verso un moderno ed efficiente Centro servizi per le aziende sanitarie

L'accentramento della funzione acquisti e la gestione dei magazzini e logistica vengono considerati acquisiti al 100% dal Report regionale, mentre c'è una grande variabilità tra gli ESTAV sul trasferimento della funzione reti informative e delle tecnologie informatiche (5%), della funzione gestione del patrimoni (50%), della funzione procedure concorsuali per il reclutamento e della funzione pagamento delle competenze al personale.

Il Piano si prefigge l'implementazione delle funzioni che sono in itinere per arrivare alla configurazione degli ESTAV quali veri e propri Centro Servizi per le Aziende sanitarie. La Giunta Regionale ha fornito in tale senso, in data 9 maggio 2008, una comunicazione sullo stato di attuazione degli impegni assunti in materia di ESTAV da cui si rilevano per ogni ESTAV lo stato di avanzamento del trasferimento delle funzioni, gli obiettivi assegnati per l'anno 2008 (al cui raggiungimento viene condizionata e commisurata l'entità del compenso aggiuntivo al Direttore Generale), i benefici in termini di organizzazione, risparmi e qualità dei servizi e infine la capacità di risposta alle criticità presenti.

Non ci resta che prendere atto di questo Report che evidenzia nel complesso la positività dei risultati dell'attività contrattuale, corroborata da una riduzione di personale nella funzione acquisti pari al 47% del personale delle Aziende sanitarie adibito a tale funzione.

In questo ambito noi riteniamo che nel triennio debba essere completato, tra l'altro, il processo di trasferimento delle funzioni extra-sanitarie dalle Aziende agli ESTAV, che comprende alcune funzioni che oggi sono escluse (l'affidamento dei servizi sociali, i servizi di manutenzione immobili e tecnologie sanitarie, l'organizzazione dei CUP di Area Vasta).

Le relazioni con le Imprese private

Al fronte della rituale affermazione di ogni Piano (la Regione Toscana sostiene "la pluralità dei soggetti deputati alla produzione delle prestazioni in un quadro di pari dignità tra produttori ed erogatori, tra soggetti pubblici e soggetti privati") **resta nei**

fatti che la stessa Regione non mette i soggetti che fanno parte del sistema sanitario in grado di potere correttamente programmare la propria presenza e la propria attività e di effettuare significativi investimenti nell'interesse dell'intera sanità pubblica.

Il sistema delle tre "A" (autorizzazione, accreditamento, accordi) aveva, nella legislazione nazionale in materia, un significato ben preciso. C'era l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, 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, pur in presenza di una modesta presenza delle strutture private, quantificabile nell'ordine del 3% sulla ricettività complessiva regionale, il sistema dell'accreditamento è stato vincolato e messo in subordine alla programmazione, con il risultato di avere chiuso il mercato e di avere reso pressoché inutili gli accordi contrattuali.

Tra gli strumenti di governo e di gestione del sistema viene annoverata anche la **comunicazione per la salute**. Noi riteniamo che su questo strumento vi **sia l'esigenza di fare chiarezza, in quanto si è spesso oltrepassato il limite di demarcazione tra un'informazione consapevole ai cittadini** sui temi fondamentali della salute (che condividiamo) **ed una propaganda del governo regionale** sui risultati della propria attività in materia sanitaria (che non condividiamo per l'uso distorto di denaro pubblico che se ne fa).

La comunicazione, nel senso da noi auspicato, è tanto più necessaria in quanto il sistema toscano si va caratterizzando per un pluralismo di Enti, Aziende e soggetti ognuno dei quali diffonde e proietta messaggi alla comunità regionale di segno diverso, quando non opposti.

Il segno distintivo della comunicazione con l'utenza deve essere finalizzato ad influire positivamente sugli stili di vita, a rendere noti i percorsi assistenziali, a dare orientamenti quando alcune tematiche sanitarie si prestano a interpretazioni o suscitano sensibilità diverse, a far crescere la reale partecipazione dei cittadini ai processi sanitari e socio-assistenziali, a rendere esplicite le opzioni assistenziali.



Tutto quello che esorbita, rischia di sconfinare nella facile (e gratuita) propaganda, di cui il governo regionale ha dato qualche saggio in questa legislatura.

I livelli di programmazione

Il Piano mette a fuoco due aspetti della programmazione che fino ad oggi – per espresa disposizione della legge 40/2005 – ne hanno costituito i pilastri: i soggetti istituzionali ed il livello territoriale.

Sui soggetti istituzionali non spendiamo parole: sono i soliti noti!

Sul livello territoriale della programmazione vogliamo fare alcune riflessioni.

Il Piano conferma procedure e ruolo della programmazione aziendale e dei relativi strumenti attuativi (PAL, PAO, Programma Annuale, Piano Integrato di Zona-Distretto) con il potenziamento strategico della programmazione di Area Vasta.

Questa stratificazione programmatica – abbiamo notato in altra parte di questo testo – **rischia di “confondere” l’intero sistema** in quanto non sarà facile scorgere la valenza di un Piano rispetto all’altro (trattano le stesse materie, è solo il livello territoriale che cambia).

L’Area Vasta funge da catalizzatore e già il precedente Piano sanitario 2005/2007 l’aveva inquadrata come dimensione ottimale sia della programmazione sia dell’integrazione dell’offerta, con l’obiettivo di pervenire ad una logica “a rete” del sistema, fermo restando che il riferimento ottimale per l’erogazione delle prestazioni di base rimane il territorio di riferimento aziendale (questo concetto e relazione si attenuano fino ad annullarsi quando nel territorio aziendale insistono una o più Aziende Ospedaliere-Universitarie).

Ma l’Area Vasta è anche il luogo di concertazione dove si apportano modifiche alle previsioni gestionali in atto e/o si consolidano le previsioni dei Piani Attuativi Locali delle Aziende Usl e dei Piani Attuativi Ospedalieri delle A.O.U. e, più che altro, si valutano e si misurano, anche in termini di compatibilità economiche, le scelte aziendali di sviluppo organizzativo, di innovazione e degli investimenti per l’avvio di nuove attività.

Sostanzialmente l’Area Vasta, particolarmente per la rete specialistica ospedaliera, è il vero soggetto che realizza gli obiettivi ed i contenuti del Piano sanitario regionale,



tanto che gli Atti di concertazione approvati in quel contesto costituiscono strumenti della programmazione regionale e sono approvati dal Consiglio Regionale (hanno valore di legge).

Il Piano sanitario regionale 2008/2010 intende ulteriormente rafforzare questo assetto, mirando ad una maggiore coerenza e rilevanza del Coordinamento di Area Vasta e ad un contatto più stretto tra questo e la Direzione Generale del Diritto alla Salute della Regione.

Fino ad oggi le Aree Vaste non hanno inciso in modo rilevante sugli aspetti strutturali delle Aziende (per quanto nel 2004 siano stati elaborati corposi Atti di concertazione poi approvati dal Consiglio Regionale), anche a causa delle frequenti variazioni intervenute nel ruolo dei Coordinatori di Area Vasta e dell'assenza di uno staff di supporto per le funzioni di programmazione.

Ma nell'accelerazione che il Piano si ripromette di dare e nell'assetto dei servizi sanitari territoriali che il Piano delinea (Società della Salute) si possono scorgere i segni premonitori di un pensiero regionale proiettato a configurare un sistema sanitario sul versante ospedaliero (**tre-quattro Aziende di Area Vasta nell'intero territorio regionale**) ed un sistema socio-sanitario assistenziale e dell'alta integrazione (e quindi senza Ospedali) imperniato sulle costituenti Società della salute per ciascuna delle Zone socio-sanitarie in cui si articola il territorio regionale (in questa ipotesi le Società della salute dovrebbero avere costituzione obbligatoria).

Noi non sappiamo se allo stato delle cose questa interpretazione sia irrealistica o se è invece l'approdo, più o meno casuale – **ad un assetto che storicamente nella Regione Toscana ha avuto una progressione esponenzialmente restrittiva** (anno 1980: 90 Enti Ospedalieri; anno 1990: 42 Unità sanitarie Locali; anno 1995: 12 Aziende Usl, oltre 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie; anno 2005: 3 Aree Vaste, 3 Estav).

Valorizzazione delle risorse umane, produttività e responsabilità di governo

Il Piano delinea una strategia di gestione e di sviluppo del personale fondata su tre elementi: la motivazione delle persone, la soddisfazione lavorativa ed il clima organizzativo.



Il loro sviluppo nel Piano appare più un'analisi sociologica applicata al lavoro che una linea di indirizzo per le azioni (i comportamenti delle Aziende sanitarie e degli altri Enti e soggetti dell'area sanitaria e assistenziale).

A tale proposito abbiamo sempre sostenuto un'equazione elementare: nei servizi fortemente "personali" - quelli sanitari e sociali lo sono al massimo grado - la qualità dei servizi dipende, per larga parte, dalla qualità degli operatori, e che pertanto ogni investimento nel capitale umano è un investimento sempre proficuo.

È necessario pertanto il sostegno ad una cultura dell'organizzazione capace di farsi interprete dei bisogni espressi dagli operatori e di porre al centro dello sviluppo del sistema sanitario la valorizzazione delle persone, in quanto la soddisfazione dell'utente non può essere disgiunta da un accettabile livello di motivazioni degli operatori.

Su questo versante il recente studio indagine del S. Anna di Pisa evidenzia una diffusa situazione deficitaria nelle Aziende sanitarie circa il clima organizzativo, intendendosi per "clima" la percezione condivisa delle politiche organizzative, delle pratiche e delle procedure sia formali che informali (larga parte dei dipendenti "non crede" nella propria organizzazione e non ha un'alta considerazione dei propri capi).

IL GOVERNO DELLE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

Non vi sono novità di rilievo rispetto alla sistemazione finanziaria disciplinata dalla legge regionale 40/2005. Il Fondo sanitario regionale viene articolato su tre Fondi:

- **Fondo ordinario di gestione delle Aziende sanitarie**, che finanzia la gestione ordinaria sia delle attività gestite direttamente dalle Aziende Usl che tramite produttori pubblici e privati. E' ripartito tra le Aziende in base alla popolazione residente suddivisa per classi di età con pesi differenziati per ciascuna classe. Viene tenuto conto di una quota riservata alle caratteristiche morfologiche del territorio e di un'ulteriore quota che tiene conto di un parametro definito di "accentramento / rarefazione urbana";
- **Fondo finalizzato allo sviluppo dei servizi**, destinato a sostenere finanziariamente programmi regionali ed azioni di Piano tesi alla copertura di specifici fabbisogni per servizi ad alta qualificazione o per interventi di particolare rilievo nell'ambito delle politiche regionali di sostegno alle attività rivolte alle fasce di popolazione più debole;
- **Fondo finalizzato all'organizzazione del sistema**, destinato a finanziare organi e istituzioni di carattere regionale, nonché le iniziative dirette della Regione in materia di innovazione e sviluppo del sistema.

Annualmente viene poi accantonato un **Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario del sistema** ed in modo particolare dei processi aziendali di recupero dell'efficienza.

Per il livello di assistenza "Prevenzione", il Piano sanitario ha determinato che nell'arco del triennio venga assegnato almeno il 2% della quota per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, data la loro rilevanza.

Per quanto riguarda il Fondo ordinario noi riteniamo che all'interno del macrolivello "Assistenza territoriale" nella voce "Assistenza agli anziani", cui è riservata la quota del 3,50%, vi debba essere **una maggiore considerazione per le quote riservate alle Asl con alto accentrimento demografico ed in modo particolare per la Asl 10 di Firenze**



il cui parametro 0,80% appare sottodimensionato rispetto all'elevata presenza di popolazione anziana (non a caso sono le città di Firenze e Pisa, nell'ordine, che registrano le più alte liste di attesa per ricoveri di anziani in Rsa).

Altro rilievo riguarda i Fondi finalizzati. Fermo restando il finanziamento degli Enti e istituti a carattere regionale (ARS, ARPAT, Fondazione Monasterio in parte, ISPO) si rileva **un eccesso di sistema premiante a favore delle Aziende Ospedaliero-Universitarie** per le prestazioni di rilievo regionale, che andrebbero invece coperte con il sistema tariffario, più oggettivo e misurabile rispetto alla discrezionalità di quota parte del Fondo (che di conseguenza viene sottratto ad altri).

Non saremmo invece contrari all'inserimento di **un riconoscimento monetario per quelle prestazioni specialistiche di base che le AOU "cedono" agli Ospedali delle Asl territoriali**, da attribuirsi con l'introduzione di parametri di valutazione per i singoli Drg, e da monitorare con una cadenza ristretta attraverso le schede di dimissione ospedaliera ai fini delle compensazioni regionali tra le Aziende.

In tal senso potrebbe essere promossa una sperimentazione tra Aziende campione e se questa dovesse avere un esito positivo, essere estesa a tutte le Aziende. Si tenga conto al riguardo che l'eventuale esito negativo della sperimentazione non penalizzerebbe alcun bilancio aziendale potendo allo scopo essere attivato lo speciale Fondo di riequilibrio economico del sistema.

Per quanto riguarda gli **investimenti di edilizia ospedaliera** non vi sono particolari osservazioni.

Nel Piano di rinnovo delle tecnologie sanitarie ci sembra però più opportuno che il finanziamento delle grandi tecnologie per i nuovi Ospedali toscani sia incluso nel costo complessivo delle rispettive opere ed in quel contesto finanziate, senza andare ad intaccare il finanziamento delle tecnologie per le altre strutture ospedaliere della Regione.

Volendo fare una valutazione sulle risorse finanziarie complessive per la sanità regionale riteniamo che la entità delle quote di accesso al Fondo sanitario nazionale (FSN) approvate dalla Conferenza Stato-Regioni e quantificate per la Regione Toscana in Euro

6.164 milioni per l'anno 2008, 6.346 milioni per l'anno 2009 e 6.533 milioni per l'anno 2010, per il trend di spesa degli ultimi anni riscontrato nella Regione, siano **sufficienti a mantenere l'equilibrio economico del sistema** e che tengano adeguatamente conto degli incrementi annui garantiti al 3%, salvo gli accantonamenti degli oneri contrattuali del personale e delle convenzioni mediche nazionali (questo giudizio di sufficienza tiene conto dei risparmi attesi sull'acquisizione beni e servizi scaturiti dall'attività ESTAV, e dall'economie di personale utilizzato sempre dall'Estav per la stessa funzione e per quelle di cui è programmato il trasferimento).

In coda a questa valutazione è da considerare che il livello di spesa delle Aziende sanitarie nell'ultimo quinquennio ha subito in percentuale un incremento inferiore rispetto al quinquennio precedente a testimonianza che è possibile l'introduzione di meccanismi di controllo della spesa orientati alla valutazione della sua qualità (tanto meglio si spende, tanto meno è necessario spendere).

Gli studi del Laboratorio Mes - S. Anna-Pisa sulla valutazione economico-finanziaria ed efficienza operativa delle Aziende sanitarie hanno messo in evidenza indici di settori e aspetti che non esprimono compiutamente una valutazione globale della qualità della spesa, anche per il fatto di essere riferiti a settori non particolarmente significativi delle molteplici attività che svolgono le Aziende sanitarie (la sanità veterinaria, la prevenzione, l'efficienza prescrittiva farmaceutica).

C'è quindi su questo fronte **l'esigenza di approfondire le dinamiche della spesa sanitaria sulle principali categorie di costo che la compongono**, più che la produzione di sofisticate analisi sulle condizioni di equilibrio della dinamica finanziaria svolte dal S. Anna di Pisa. Non va sottaciuto infine che l'aspetto finanziario che il Piano tratta è già stato preceduto dall'assegnazione del Fondo sanitario regionale per l'esercizio 2008, che conferma i criteri sopra illustrati.

RIFLESSIONI E CONSIDERAZIONI FINALI

Non è nostra intenzione proporre ai cittadini toscani un modello perfetto di sanità un'efficace e diffusa prevenzione, servizi distribuiti in modo razionale sul territorio, ospedali efficienti e moderni, Aziende sanitarie che "coccolano" i propri utenti, operatori che non svolgono un lavoro ma una missione, assenza di liste di attesa, pronto soccorso ospedalieri che siano veramente... pronti. Sarebbe utopia!

Ma con questo testo ci siamo ripromessi di sottolineare esclusivamente quegli aspetti dell'organizzazione sanitaria toscana che a nostro giudizio meritano una trattazione più accurata e che abbiano il carattere della fattibilità.

Questo ultimo Piano "sanitario" deve lasciare in eredità ai futuri "Piani per la salute" un inventario di cose fatte possibilmente bene, e non una lista di opere annunciate ma che rimangono incompiute e che verrebbero a costituire una ipoteca di segno negativo per il futuro programmatore della salute.

Abbiamo anche sottolineato che l'elaborazione del Piano sanitario regionale non deve costituire il mero adempimento di un dovere legislativo, e, peggio ancora, un "rito" ma, deve essere l'occasione per cogliere le istanze che provengono dalle formazioni organizzate della società civile, dal mondo dei professionisti del sistema sanitario e socio-sanitario nelle sue articolazioni, dalle Società scientifiche e dall'associazionismo diffuso, per trasformarle in proposte che abbiano il pregio della fattibilità.

Nel corso delle audizioni che la Quarta Commissione del Consiglio Regionale ha organizzato sul Piano è venuta alla luce un'esigenza di fondo: il Piano non deve raccontare le cose che si vogliono fare, ma deve scegliere quali fare e dire come e quando si fanno, cercando al massimo e fin dove possibile le condivisioni ed assicurando al massimo la coesione sociale. Questo è il dato cui abbiamo fatto riferimento nella stesura di questo testo.

In queste riflessioni finali vogliamo in sintesi enucleare **alcuni tratti salienti di questo Piano.**



L'impostazione di fondo del Piano è quella di attenuare la preminenza del ruolo "quantitativo" della sanità e di far salire il valore degli altri fattori extrasanitari.

Ma **questo Piano crea anche le condizioni per arrivare ad una destrutturazione del sistema sanitario come si è configurato in questi anni.** Destutturazione significa che le Aziende sanitarie hanno perso per strada, non per loro volontà, pezzi della loro autonomia consacrata nelle leggi, sia per quanto riguarda il loro ruolo (ricondotto ad ambiti territoriali più ampi - l'Area Vasta), sia per l'introduzione di un ampio ventaglio di linee-guida, di protocolli operativi, di direttive e di atti di indirizzo che obbligano le Aziende a comportamenti più virtuosi in settori di attività in cui il rapporto con il cittadino è più stretto.

Il Piano accentua l'esigenza dell'integrazione tra le politiche sanitarie e le politiche degli altri settori che costituiscono i determinanti di salute e che fanno capo, queste ultime, alla responsabilità degli Enti Locali. Si tratta di una esigenza reale, ma non si può disconoscere che le politiche delle aziende sanitarie e quelle degli enti locali sono strutturate in questa fase su canali diversi.

Al canale istituzionale (quello degli enti locali) viene affidata la gestione delle Società della salute quali laboratori per realizzare l'integrazione dei servizi sociali e dei servizi sanitari territoriali di base con le politiche di altrettanto importanti settori della vita sociale che costituiscono, insieme ad altri, determinanti di salute.

Al canale aziendale è affidato invece il compito di implementare la fase proprio della "aziendalizzazione" attraverso l'affidamento all'Area Vasta delle preminenti scelte in materia di governo delle strutture sanitarie e di ricercare, sempre all'interno dell'Area Vasta, l'armonizzazione tra il ruolo dei presidi ospedalieri territoriali delle Aziende Usl e le funzioni dell'alta specializzazione riservate ai presidi ospedalieri delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Ma non può sfuggire la diversa valenza delle politiche che devono integrarsi.

Le conseguenze, in relazione al Piano sanitario, sono rimarchevoli: le Aziende sanitarie sono destinatarie e investite del raggiungimento di obiettivi di natura sanitaria attraverso

so strumenti tecnico-gestionali e organizzativo-amministrativi, gli enti locali sono chiamati solo a concorrere alla realizzazione delle politiche integrate ed il loro ruolo di attuatori del Piano è certamente più sfumato.

Il Piano non produce niente di significativo sulla questione – che noi riteniamo fondamentale – **del potenziamento e valorizzazione dei presidi ospedalieri delle Aziende Usl.**

Nel momento in cui si instaurano relazioni di sistema tra servizio sanitario regionale e le Università toscane e i Protocolli d'intesa Regione-Università disciplinano l'integrazione delle attività assistenziali, formative e di ricerca tra servizio sanitario regionale e Università, poteva essere colta l'occasione per formulare all'interno del Piano una disposizione regionale agli organi direttivi ed ai Coordinamenti di Area Vasta per allestire una operazione di potenziamento dei presidi ospedalieri delle Asl territoriali attraverso la depurazione programmatica e graduale dai presidi ospedalieri delle AOU delle funzioni specialistiche di base, conservando solo quelle di riferimento regionale e cioè l'alta specialità.

Il Piano, invece, non manca di delineare **un prototipo di Ospedale per acuti al quale si ricorre solo in casi estremi**, per il tempo strettamente necessario e che pone al centro i bisogni del paziente.

Un modello teorico, che può essere teoricamente condiviso e che è stato propinato in ogni occasione di Piano sanitario, ma che non può trovare fattibilità fino a che non saranno realizzate (e non solo idealizzate) quelle strutture alternative di assistenza che prendano in carico il cittadino oltre lo stato acuto della malattia e che siano garanzia di appropriatezza e di continuità assistenziale.

Questa è la pre-condizione per evitare che l'assenza di queste strutture finisca per addossare ancora una volta alle famiglie il carico assistenziale ed economico prodotto da un ospedale che dimette frettolosamente e da un territorio che non accoglie tempestivamente. Sapranno le future Unità di Cure Primarie assolvere a questa funzione?



Sul versante finanziario il Piano afferma in modo solenne **l'obiettivo di mantenere un sistema universalistico con le risorse date** (che abbiamo visto sono da considerarsi sufficienti). Tradotto in parole semplici significa che avendo a disposizione le risorse del Fondo sanitario nazionale (che non possono essere superate pena la introduzione di ticket o la maggiorazione delle tasse regionali a carico dei cittadini) dobbiamo dare una quantità ed una qualità di servizi sanitari che rientri nei volumi finanziari assegnati.

Con questa concezione si corre **il rischio di non soddisfare la domanda sanitaria**, a motivo che – come è emerso anche nel corso delle consultazioni – “i cittadini toscani sono stati abituati male nell’accesso ai servizi sanitari e che occorre una loro rieducazione sotto questo profilo” (è solo questo che giustificerebbe secondo alcuni la sperequazione territoriale sull’uso dei servizi e la conseguente diversità nella formazione delle liste di attesa).

Non sappiamo se la Regione Toscana sarà all’altezza di questo compito, in quanto l’attenzione pressoché esclusiva agli aspetti economici del sistema seguita in questi anni, se da un lato ha consentito di limitare il tasso di crescita dei costi, dall’altro, 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, non ha fatto decollare il sistema informativo e le tecnologie dell’informazione e della comunicazione (anche se queste voci non hanno una rappresentazione contabile di bilancio rappresentano comunque una voce passiva del bilancio regionale di sanità).

Per tutte le analisi, le valutazioni e le riflessioni sviluppate **non siamo in grado di affermare che questo Piano abbia le caratteristiche per essere all’altezza delle aspettative e delle reali esigenze dei cittadini toscani.**

Onestà di giudizio vuole però che si dica che il sistema sanitario toscano non è complessivamente da “buttare”, ma proporlo come modello di esportazione ci pare molto presuntuoso.

A nostro giudizio molto può e deve ancora essere fatto per raggiungere il traguardo di migliori livelli di assistenza ed ambire a quelle eccellenze che si sbandierano nei testi regionali, ma che poi nella realtà dei fatti si dimostrano semplice esercizio virtuale, piegato alla propaganda ed alla convenienza politica..

Le analisi qui svolte non sono basate sulla propaganda ma su riscontri oggettivi e su giudizi che partono non da astratti approcci ideologici (ben lontani dalle gelose adorazioni che il governo regionale fa del proprio modello sanitario), bensì dall'unico reale interesse che è quello di mettere al centro dei servizi la persona e di abbattere il diaframma che tuttora si frappone tra servizi e cittadini.

E questo è un richiamo che quando si parla di sanità non dovremmo mai dimenticare.