



con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

## **Un'Altra Sanità è possibile!**

La Toscana è da sempre rappresentata come la Regione del *"buon vivere"* e il suo servizio sanitario come un fiore all'occhiello. Un'eccellenza che primeggia nelle classifiche nazionali, pur in una sanità italiana che complessivamente non risulta ai vertici dei paesi europei. Non solo, alla sanità toscana è riconosciuto un ruolo di primo piano nella coesione sociale e di volano importante nello sviluppo economico regionale.

Questa rappresentazione non corrisponde più alla realtà che sperimentano i cittadini toscani quando si rivolgono al servizio pubblico regionale per usufruire di servizi e prestazioni sanitarie. In troppi si trovano invece di fronte lunghe liste di attesa e ticket esorbitanti, che li portano a pagare di tasca propria esami, prestazioni diagnostiche, visite specialistiche o addirittura, rinunciare alle cure. Un 11,3% della popolazione toscana, secondo uno studio ISTAT, rinuncia a curarsi, specialmente anziani e donne. La motivazione della rinuncia è più frequentemente, la ragione economica (50,4%) mentre quella legata all'accessibilità delle strutture (liste di attesa, orari, difficoltà di spostamento, ecc.) si attesta al 32,4%.

Continuano a descrivere una mitica *Toscana felix* alimentando, soprattutto all'esterno, un immaginario che ha perso corrispondenza con la realtà dei fatti vissuta quotidianamente da centinaia di migliaia di toscani. I fatti ci testimoniano invece di una Regione che sta subendo un'involuzione profonda della natura del proprio sistema sanitario che smentisce l'idea di una *"diversità toscana"*, di una diversità politica della nostra regione di fronte a scelte di altre Regioni o nazionali.

Nel governo regionale toscano si è infatti affermato il principio contraddittorio di *"universalismo selettivo"*, una sanità a più livelli in cui il privato, (che siano cliniche private, terzo settore o privato *"sociale"*), assume un ruolo sempre più sostitutivo del servizio pubblico, spingendo il cittadino a tornare alla modalità delle vecchie mutue attraverso le assicurazioni per la sanità integrativa, secondo il modello statunitense.

L'aumento esorbitante della compartecipazione (ticket, contributo sulla digitalizzazione, ecc.) ha comportato un importante spostamento di persone -in particolare del ceto medio, il più penalizzato dalle fasce di reddito volute dal governatore Rossi nel 2011- verso il privato, con una notevole perdita di risorse per il servizio sanitario regionale che rischia di avviarsi, in certi settori come la diagnostica e la specialistica, verso un ruolo residuale.

Ma è tutto il sistema di protezione sociale (il Welfare) che sta trovando nel cosiddetto terzo settore (Onlus, cooperazione, volontariato), non più un alleato per la costruzione e il funzionamento del sistema, ma un sostituto per pezzi di livelli essenziali di assistenza, creando un mercato dei servizi. Lo stesso ruolo del lavoro sociale è mutato, e il welfare si è fortemente indebolito perdendo, quella dimensione etica e quella prassi di radicamento sociale che lo avevano contraddistinto nella sua fase nascente.

La nostra Toscana è diventata poi una regione diseguale, malgrado i tanti richiami al principio di equità. I territori periferici (le isole, le zone montuose, i territori lontani dalle grandi città), vedendosi assegnate, nel corso degli anni, risorse sempre più scarse, si sono visti sottrarre servizi, tagliare prestazioni sanitarie e sociali, depauperare il proprio sistema di protezione sociale locale. Sono luoghi nei quali la sanità, per lungo tempo, ha rivestito un ruolo centrale, in un'economia sempre più povera e svuotata privata delle sue attività produttive storiche.



con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

Oggi, a causa del suo continuo svuotamento, sconta non solo un evidente peggioramento delle condizioni di salute ma la perdita di pezzi importanti in termini di occupazione.

La diseguaglianza è poi sociale: non a tutti è garantita un'uguale capacità di accesso ai servizi. La crisi economica ha acuito i fenomeni di esclusione delle fasce più deboli sia per condizione economica, sia per grado di istruzione e strumenti culturali.

La causa principale di tutto questo è senza dubbio il taglio del finanziamento al fondo per la sanità. Se la spesa pubblica per la Sanità in Italia è di gran lunga inferiore a quella degli altri Paesi europei, come è possibile con quei fondi mantenere in piedi una Sanità di livello europeo? Invece di denunciare il calo dei finanziamenti però, si è messo in atto una campagna a base di demagogia e luoghi comuni (soprattutto su sprechi e inefficienza), per convincerci che la compartecipazione alla spesa, i processi di privatizzazione, i tagli, rappresentano un destino ineluttabile e che non c'è un'altra via che assecondare le imposizioni del governo nazionale.

La recente controriforma sanitaria che riduce il numero delle 12 aziende territoriali in 3 aziende di Area Vasta- riduce l'autonomia della gestione locale e crea una catena di comando direttamente nelle mani del Presidente della Giunta. Smonta il servizio sanitario regionale sul versante del lavoro del personale medico, infermieristico, tecnico già duramente provato dal blocco del turn-over e costretto a difficilissime condizioni di lavoro che rischiano di incidere sulla qualità e la stessa sicurezza, sia dei pazienti che dei professionisti della salute.

Tra i previsti 2000 esuberanti dei prossimi due anni, e i 2500 dipendenti già persi dal 2011 a oggi, il servizio sanitario regionale ha sostanzialmente perso il 10% del suo personale. Personale che o non sarà sostituito, o sarà sostituito con contratti di lavoro sempre più precari e sottopagati, mentre, non si trova, o non si vuole trovare modo, di dare veramente spazio alle competenze dei professionisti più giovani, per i quali si confezionano soluzioni provvisorie e inefficaci.

### ***Esiste un'altra storia per la Toscana.***

Noi vogliamo ripensare questa Regione, non abbandonando ma ribadendo la forza del suo welfare, del suo sistema di protezione sociale, del suo servizio sanitario pubblico. Patrimoni essenziali che vanno riorganizzati, non dismessi.

Noi vogliamo difendere la sanità pubblica affrontando la questione della sua riforma, riappropriandoci di questo termine da Sinistra. Proponendo su un piano regionale il tema di una riforma strategica, di sistema, che in questi anni non si è avuto il coraggio di affrontare preferendo gestire lo status quo e adeguandosi alle decisioni prese dal livello centrale, in un'ottica tutta limitata al bilancio.

Noi vogliamo, nella nostra regione, una sanità pubblica universalistica e solidale, e la tassazione generale e progressiva come strumento di finanziamento del sistema. Vogliamo porre fine alla devastazione dei tagli lineari e delle politiche di austerità. Approntare politiche orientate alla promozione dell'equità. Combattere la corruzione, i veri sprechi, le vere inefficienze. Rilanciare la sanità territoriale e l'integrazione socio-sanitaria.

Abbatte le liste di attesa, introducendo il principio dell'appropriatezza prescrittiva, e limitando la pratica dell'intramoenia nei casi in cui le liste di attesa siano troppo lunghe, ponendoci comunque l'obiettivo di assicurare le stesse prestazioni nel pubblico, negli stessi tempi e nelle stesse località, di quelle che vengono erogate attraverso l'intramoenia.



con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

Occorre poi rifondare, sin dalla formazione universitaria la figura del medico, affermando una cultura unitaria che avversi le esasperate divisioni del sapere e del fare e riconosca la centralità dell'uomo e della donna nella loro indivisibile complessità.

**1. La priorità alla prevenzione.** Riteniamo importante, per capire il significato completo di diritto alla salute, ricordare il concetto di salute dell'OMS dichiarato nel 1948, ovvero "La Salute è lo stato di completo benessere psichico fisico e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia".

Con questo concetto si sottolinea l'indispensabilità della salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, nonché l'importanza di una sana alimentazione, il diritto al lavoro e ad un salario in grado di permettere una vita dignitosa all'individuo e alla sua famiglia, il diritto alla casa, all'istruzione, allo stato sociale, ad acqua aria e territori salubri, nonché ad una corretta gestione dei rifiuti, per il mantenimento dello stato di salute.

Rimettere al centro la salute significa puntare principalmente sulla prevenzione sia individuale che collettiva. Innanzitutto la prevenzione primaria nel territorio e negli ambienti di vita e di lavoro, intesa come rimozione di tutte le cause che aumentano la nocività e il rischio di produrre malattia. A tal fine occorre contrastare tutte le scelte (discariche, inceneritori....) che possono aumentare l'impatto sulla salute :ogni qualvolta esista un ragionevole dubbio che scelte strutturali possano incidere sulla salute occorre adottare il principio di precauzione, soprattutto quando tali scelte sono evitabili.

Per quel che riguarda la prevenzione individuale vanno incluse strategie più efficaci sui cosiddetti stili di vita: dalla lotta all'obesità, al fumo, all'abuso di alcool, alla sedentarietà, ecc. E' necessaria, dunque, una strategia tesa a contrastare in modo più consistente l'insorgenza delle malattie croniche.

La prevenzione collettiva include strategie che riguardano le politiche generali da mettere in campo, su quei settori che rappresentano i determinanti non strettamente sanitari.

Devono essere ripresi, con maggiore determinazione gli interventi sui determinanti ambientali, nel campo della mobilità, dell'abitare, dell'agricoltura, dei luoghi di lavoro, ecc., con il perseguimento di specifici "obiettivi di salute" a livello territoriale, orientati alla riduzione delle disuguaglianze.

Quanto sia rilevante il ruolo dei determinati non sanitari, come i determinanti sociali, nell'influencare lo stato di salute della popolazione lo dimostra il fatto che l'Organizzazione Mondiale di Sanità, dal 2005, ha nominato una commissione apposita, la Commission on Social Determinants of Health, per monitorare come questi agiscano sulla salute e su come si possa intervenire su di essi per migliorare lo stato di salute generale.

Tra i determinanti sociali, oramai riconosciuti da numerosi e approfonditi studi, quelli che più influenzano lo stato di salute delle persone sono le disuguaglianze sociali: è stato dimostrato che chi si trova ai livelli più bassi della piramide sociale corre un rischio due volte superiore di ammalarsi gravemente o di morire prematuramente, rispetto a chi si trova in cima.



con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

L'esclusione sociale è causa di un forte impatto sulla salute, soprattutto in termini di morte prematura, non solo legate alla privazione materiale in sé, ma anche alle condizioni sociali e psicologiche di chi vive in povertà. Senza tetto, immigrati, disoccupati, lavoratori occasionali, minoranze etniche rappresentano i gruppi più a rischio.

Lo stato di disoccupazione genera, per le persone disoccupate e i loro familiari, un fortissimo rischio di morte prematura, molto più elevato rispetto al resto della popolazione. Il lavoro crea opportunità di contatti, mantiene la vita attiva, dà sicurezza, di conseguenza la disoccupazione altera la strutturazione della vita quotidiana, lede l'autostima, diminuisce la libertà decisionale e modifica il comportamento inducendo abitudini dannose (fumo, abuso di alcool, rischio di suicidio) così come il lavoro precario può aumentare il rischio di malattie mentali (ansia, depressione) e di malattie cardiovascolari.

Nonostante il progressivo miglioramento dello stato di salute della popolazione e della durata media di vita, anche nella Regione Toscana restano importanti differenziali sociali per reddito, lavoro e stili di vita. Dallo studio longitudinale sulla Toscana effettuato, qualche anno fa dal professor Annibale Biggeri, su una fascia che ricopre il 17% della popolazione, pari a circa seicentomila persone, è risultato come in Toscana le diseguaglianze socio-economiche si riflettono in una sovra-mortalità precoce che si esplica nell'età adulta, maggiormente per gli uomini.

La letteratura epidemiologica dimostra anche nella nostra Regione, un utilizzo maggiore da parte delle classi sociali più alte dell'assistenza extra-ospedaliera, sia specialistica che di medicina generale. Le classi sociali più svantaggiate, al contrario, non riescono a sfruttare adeguatamente le soluzioni alternative al ricovero ospedaliero, anche a causa di una maggior gravità della patologia nel determinare il ricorso al ricovero.

Nella nostra Regione, secondo gli ultimi dati IRPET, la disoccupazione ha raggiunto il %. Un tasso di disoccupazione che si ripercuote soprattutto sui giovani. Il % degli under 24 è senza lavoro, mentre i "NEET", ovvero i ragazzi inattivi, che ne studiano ne lavorano, sono aumentati e ormai rappresentano il % della popolazione giovanile.

**Quali politiche mettere in campo?** Sicuramente politiche che agiscano in tutti i diversi settori: trovare risorse e motivazioni dove mancano, rimuovere i fattori che ostacolano le scelte salubri, facilitare l'accesso alle informazioni utili alla promozione delle abitudini salubri (cessazione della dipendenza da fumo e da alcool attraverso pubblicità, divieti, controllo del prezzo, controllo della distribuzione; esercizio fisico, dieta equilibrata, salute orale, ecc.) attuati in tutti gli ambienti di vita e lavoro e con una regolazione appropriata.

- Politiche tese a eliminare le esposizioni ambientali, agendo sulle zone con maggiore concentrazioni di inquinanti ambientali che influenzano direttamente la salute (rumore, qualità dell'aria, qualità delle acque, siti inquinanti, discariche, antenne, qualità del paesaggio), attraverso un'efficace pianificazione urbanistica, nonché con la regolamentazione delle immissioni degli inquinanti nell'ambiente.
- politiche che permettano l'esercizio del diritto di prevenzione e di cura: prevedendo la disponibilità di un percorso individuale di assistenza (e quindi di continuità assistenziale), tutelando il diritto di essere valutati e presi in carico, anche con procedure di offerta attiva e mirata ai gruppi più difficili da raggiungere; garantendo l'appropriatezza del trattamento; garantendo la libertà di scelta e il diritto di ricevere informazioni e di partecipare alla scelta; garantendo il finanziamento del servizio,



con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

contrastando la limitazione di accesso indotta dagli strumenti di controllo della domanda (ticket e liste di attesa).

- misure per migliorare la salute nei luoghi di lavoro, se precarietà ed insicurezza sono la cifra del lavoro moderno e se compito dell'azione pubblica è contrastare il fenomeno e ricostruire le ragioni della sicurezza, va affrontato il tema della ricomposizione, anche organizzativa e istituzionale, degli attori che intervengono in materia di salute e lavoro. Un tema complicato, certo di dimensione nazionale, però, qualcosa si può fare, in questa direzione, anche in Toscana.

**2. Combattere le disuguaglianze** e promuovere politiche orientate alla riduzione delle disuguaglianze e alla promozione dell'equità che è un bene mai definitivamente conquistato. Se è vero che, negli ultimi decenni, si è assistito ad un costante miglioramento della salute della popolazione toscana - l'aspettativa di vita è aumentata, la mortalità si è ridotta, così come pure la morbosità-, tuttavia, non tutti i cittadini hanno beneficiato allo stesso modo di questi progressi.

E' necessario combattere le disuguaglianze attraverso un approccio globale e strategico, nell'ambito delle politiche pubbliche: distribuendo le risorse tra le diverse aree in proporzione al loro bisogno relativo, ad esempio attraverso la ricerca di una formula di allocazione delle risorse ponderata sui bisogni di salute e non soltanto di assistenza sanitaria che persegua l'obiettivo dell'equità distributiva; rispondendo, in modo adeguato, ai differenti bisogni sanitari dei differenti gruppi sociali, facilitando ad esempio, l'accesso e l'uso efficace dei servizi sanitari.

Diventa, infine, sempre più importante riconoscere che i sistemi sanitari non costituiscono soltanto un servizio di cura e prevenzione della malattia ma anche una base importante di redistribuzione della ricchezza e lotta alla povertà.

Naturalmente gli aspetti "di contenuto" devono essere sovra-ordinati rispetto all'architettura organizzativa. Ogni scelta deriva, infatti, da complessi rapporti di potere, interessi, "forze culturali" in gioco. In ogni caso, se vogliamo sperare in un rafforzamento delle strutture pubbliche di cui trattiamo, è essenziale un coinvolgimento ed un ruolo attivo e consistente dei "soggetti sociali" di riferimento.

Necessario prospettare una svolta che vedrà anche un nuovo assetto delle strutture deputate alla salute pubblica, per rispondere efficacemente alle problematiche sopra discusse. Assetto organizzativo più "agile" e, nello stesso tempo, che preveda una maggiore integrazione con i soggetti sociali da un lato e dall'altro, con le strutture della sanità territoriale "clinica".

Le varianti alle ipotesi di ristrutturazione possono essere diverse, e su queste deve essere aperto un confronto a livello istituzionale e sociale, ma di certo la *prevenzione* non è e non può essere appannaggio esclusivo di "una" struttura, cioè gli attuali dipartimenti, dell'insieme dei servizi delle attuali Aziende USL. Avanziamo l'ipotesi di costituire - con l'ARPAT - una nuova "entità", con grandi vantaggi sul piano dell'integrazione delle risorse e dei programmi (*Azienda Regionale Ambiente e Salute Pubblica*).

**3. Garantire anche alle zone di periferia lo stesso diritto alla salute.** La riorganizzazione sanitaria regionale, con l'accorpamento in Area Vasta, inevitabilmente si ripercuoterà nei territori di periferia che vedranno allontanare sempre più le decisioni di politica sanitaria dalle periferie e dai bisogni del territorio.



con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

Tutto questo ben lontano dalla programmazione (L. 833 del 1978) che vedeva una politica socio-sanitaria integrata e attenta, costruita anche attraverso il confronto di amministratori e cittadini del territorio per risponderne puntualmente alle esigenze sociali e sanitarie. Le nostre periferie stanno perdendo tutti i servizi pubblici: trasporti, scuole, punti nascita, diagnostica, reparti ospedalieri, distretti, consultori familiari, con forte rischio di abbandono.

Questa politica colpisce soprattutto la fascia più fragile dei cittadini: quelli che non possono accedere ai servizi privati e quelli che non hanno autonomia (per motivi economici e sociali) negli spostamenti; quelli che avrebbero maggiormente bisogno di un servizio di prossimità. Si sono chiusi e accorpati i consultori familiari -importante esempio di integrazione sanitaria e sociale-, in un momento in cui le condizioni demografiche, vista la crisi economica e lavorativa e la forte immigrazione o il sempre crescente ricorso delle minorenni ad aborti illegali provocati da pillole acquistate su internet, ne chiedevano un incremento, sia per un discorso educativo, che preventivo, che di sostegno verso l'autodeterminazione.

Si parla di chiudere i punti nascita sotto i 500 parti l'anno e i piccoli reparti di chirurgia perché additati come "non sicuri", senza pensare a quanto sia più rischioso far percorrere ad una donna con le acque rotte, chilometri di curve (o di traghetto) piuttosto che avere un accesso veloce ad un piccolo punto nascita vicino che risponda a caratteristiche di sicurezza e qualità per le gravidanze fisiologiche e che comunque gli interventi in emergenza, quando il presidio serve un ampio raggio di territorio, devono essere affrontati in sicurezza anche nei piccoli ospedali. Forse, la strategia migliore sarebbe quella di far "espertizzare" sul campo gli operatori nell'elezione sotto la guida di specialisti che operano in quel presidio.

Sostenere e rilanciare gli ospedali di periferia, oltre a dare servizi e a determinare la stessa garanzia di "diritto alla salute" che hanno i cittadini domiciliati nelle zone ad alta densità demografica, garantisce posti di lavoro e quindi sostenibilità individuale e familiare.

**4. Ripensare l'idea classica di tutela.** Ripensare l'idea di tutela vuol dire ripensare l'uso e il consumo di medicina per fini di salute. Ripensare l'idea classica di tutela vuol dire intraprendere una riforma non ordinamentale ma una riforma culturale, dei modelli, delle pratiche e delle professioni, dai quali dipende l'uso e il consumo di sanità e la produzione di salute.

Se vogliamo respingere, in senso riformatore, l'offensiva contro-riformatrice, dobbiamo ripensare l'uso e il consumo di sanità, quindi dobbiamo riformare soprattutto il rapporto tra domanda/offerta ripensando la governance e le organizzazioni ma, soprattutto, il lavoro che in queste organizzazioni si svolge.

Questo vuol dire **scegliere saggiamente** perché il peso economico delle prestazioni futili, quelle cioè che non danno nessun beneficio ai pazienti, rappresentano secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità tra il 20 e il 40% della spesa sanitaria. Da ciò si sta sviluppando un'ampia consapevolezza, come dimostra la campagna "choosing wisely", lanciata di fronte alla constatazione dell'inutilità di tanta parte di accertamenti diagnostici e di trattamenti clinici e l'iniziativa italiana "Slow medicine" che si prefigge di ridurre le pratiche mediche ad alto rischio di inappropriatelyzza e di dividerle con i pazienti e i cittadini.

Molta letteratura ha individuato chiaramente le parole chiave per contrastare sovra diagnosi e inappropriatelyzza, che sono "continuità delle cure" e "relazioni di fiducia". Distruggere le barriere che separano i medici di famiglia dagli ospedali, la salute fisica da quella mentale,



con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

l'assistenza sanitaria da quella sociale, i "confini tribali" tra le diverse professioni sanitarie e mediche.

**5. Rafforzare le cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria.** Al centro delle politiche di sanità pubblica la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie: mettere al centro la "sanità d'iniziativa", Chronic Care Model, sollevando l'orizzonte del sistema sanitario dalla malattia alla persona e alla popolazione (dopo 15 anni di esperienze in vari paesi il bilancio dell'applicazione di questo modello è estremamente positivo); un'integrazione sociale e sanitaria molto più effettiva dell'attuale, i modelli organizzativi devono essere semplificati, anche rispetto a diverse incongruenze contenute nelle ultime proposte regionali (ad esempio le Società della Salute da conservare/istituire "a piacere"); ribaltare il criterio oggi imperante in cui la dimensione ottimale dei servizi, e quindi delle reti, è tarata sui criteri di economia di scala e non su quelli di prossimità rispetto al bisogno.

Far crescere l'integrazione ed il coordinamento tra le risorse di ogni comunità locale per la promozione della salute nelle diverse fasi della vita.

Elementi fondamentali della sanità di iniziativa e del modello Cure Primarie sono: l'equità nell'assistenza e l'estensione nell'accesso alle cure; la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini; l'integrazione tra attività sanitaria e sociale; la valorizzazione del capitale umano e sociale e la partecipazione della comunità locale alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute.

Questo è particolarmente importante nei settori di popolazione più fragili :anziani, disabili, persone con problemi di salute mentale o dipendenze,dove l'integrazione fra sociale e sanitario diventa di particolare importanza.

La sanità d'iniziativa, per funzionare appieno, deve disporre di un forte supporto da parte delle comunità locali e di un processo che promuova la partecipazione attiva dei cittadini e delle associazioni che ci faccia passare dal paradigma "dell'attesa" - per cui il sistema dei servizi si attiva solo in presenza di un evento "nuovo" prevalentemente di acuzie, di urgenza od emergenza- a quello "dell'iniziativa", orientato: alla "promozione attiva", prima che le patologie insorgano o si aggravino; al rafforzamento delle risorse personali (paziente informato, auto-cura); alla valorizzazione delle risorse comunitarie e sociali, in particolare per la persona cronica o disabile.

Fondamentale, anche in questo caso, è non circoscrivere il ruolo delle "cure primarie" al solo ambito sanitario della perdita di salute o della malattia, ma promuovere a tutto tondo il miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini: dalle condizioni ambientali, alle tutele lavorative, al diritto alla casa, ecc.

La realizzazione di questo obiettivo impone un cambiamento culturale radicale attraverso lo sviluppo delle reti organizzative, rendendo in questo modo più efficace il modello delle reti cliniche integrate, con relazioni organizzative strutturate che mettono in relazione l'assistenza primaria con gli altri nodi della rete:assistenza specialistica, ospedaliera, sanità pubblica. Ma, soprattutto, favorirà una partecipazione mirata dei cittadini, e dei soggetti sociali, che renda possibile l'attivazione di nuovi rapporti tra Istituzioni locali e società civile, e che consenta, se necessario, un ripensamento collettivo degli assetti esistenti entro l'orizzonte di una prospettiva di salute *"come diritto della persona e interesse della collettività"*.

Queste scelte di orientamento strategico nella programmazione del territorio devono trovare la loro realizzazione concreta nella *"Casa della Salute"*, quale elemento centrale di innovazione nel sistema dell'assistenza distrettuale.



con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

L'aver collegato la riconversione dei piccoli presidi ospedalieri territoriali con la costruzione delle case della salute, in una logica di riduzione dei servizi e ridimensionamento dei piccoli presidi ospedalieri territoriali, ha indubbiamente creato grande sospetto, se non addirittura avversione verso questo modello territoriale. Ma, le nostre case della salute hanno delle profonde radici storiche che vanno recuperate e fatte conoscere per superare queste diffidenze.

La Casa della Salute fu, infatti, una proposta avanzata da Giulio Maccacaro, fondatore di Medicina Democratica, agli inizi degli anni settanta, come struttura elementare, dell'allora USL, ma soprattutto, come luogo di partecipazione dei cittadini alla strutturazione dell'organizzazione sanitaria, alla verifica del suo funzionamento e come luogo di indicazione di programmi e progetti di salute.

Con la *nostra* casa della salute, i cittadini potranno disporre di un presidio impegnato e organizzato per la presa in carico della domanda di salute e di cura e, quindi, per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria. Il sistema sanitario potrà stabilire, finalmente, un rapporto di collaborazione e di interdipendenza tra prevenzione, cura e riabilitazione, tra una sanità territoriale autorevole e responsabilizzata e la rete ospedaliera. Con modalità di partecipazione diretta e strumenti partecipativi e coinvolgenti la cittadinanza come ad esempio i Consigli Municipali di Salute, attraverso cui ogni cittadino può intervenire nelle decisioni che riguardano i servizi sanitari mediante assemblee non consultive ma deliberative.

**6. Il percorso nascita.** Siamo consapevoli come anche sulle modalità del parto, riferendosi ovviamente a gravidanze fisiologiche e parti non a rischio, sia importante l'autodeterminazione della donna e la possibilità che questa abbia di scegliere tra parto naturale, nella componente più ampia della sua accezione, al parto indolore attraverso l'anestesia peridurale.

Mentre per il parto indolore, numerose maternità nella nostra regione si sono attivate e lo hanno implementato, per la diffusione del parto naturale, siamo talvolta culturalmente ancora indietro. Le nascite infatti si concentrano in strutture sempre più grosse, dove l'assistenza è standardizzata, con l'uso routinario di pratiche e interventi che possono interferire nel processo fisiologico del parto, rendolo più complicato e violento, con possibili conseguenze negative anche a distanza di tempo.

Per questo è importante dare la possibilità alle donne di essere protagoniste della loro esperienza, e partorire, quando lo vogliano, in modo indisturbato e naturale, affinché possano esprimersi gli ormoni che la natura ha predisposto in milioni di anni per la sopravvivenza della nostra specie, ormoni che agiscono anche a livello cerebrale e sui comportamenti, preparando la madre e il piccolo al primo incontro e favorendo l'allattamento e la capacità di avere relazioni positive.

In tutti i punti nascita della Toscana proponiamo che siano disponibili dei percorsi per la fisiologia gestiti dalle ostetriche, in cui l'assistenza sia empatica e personalizzata, l'atmosfera





con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

intima ,le interferenze siano ridotte al minimo,e vengano potenziate le risorse endogene delle donne .

Inoltre, il parto extraospedaliero (a domicilio o in una Casa del parto) dovrebbe essere una scelta disponibile per le donne anche in Toscana, come da tempo avviene in altre Regioni italiane.

Il parto in casa o in casa maternità è infatti sicuro almeno quanto quello in ospedale se si considera la mortalità perinatale, ma è migliore dal punto di vista della morbilità perché comporta meno interventi, meno complicazioni e soprattutto molto meno tagli cesarei .

Nell'ambito delle politiche regionali in questo settore si prevede dunque una sperimentazione regionale, con al centro la figura dell'ostetrica, del parto domiciliare ,anche attraverso forme di sostegno alle donne e ai professionisti.

E' importante sottolineare poi l'importanza della "presa in carico" della persona, e in questo caso della donna, dall'ostetrica territoriale (consultorio familiare di riferimento), che possa seguirla in tutto il suo percorso di gestazione, parto, allattamento.

**7. La non autosufficienza.** L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti attraversa un'allarmante fase di crisi: a fronte di un bisogno crescente legato all'aumento della popolazione anziana la Regione Toscana ha progressivamente ridotto la quota aggiuntiva destinata dal 2008 al finanziamento annuale della legge sulla non autosufficienza (80 milioni di euro), fino ad azzerarla nel 2015.

Il fondo regionale sulla non autosufficienza, che fu una conquista nostra, della sinistra di questa Regione, non ha trovato più sostenitori nella maggioranza del Consiglio attuale. La domanda di assistenza domiciliare non ha mai ottenuto risposte adeguate per qualità e quantità delle risorse dedicate ed è stata surrogata dal "badantato" tutto a carico delle famiglie, e in particolare delle donne.

L'onerosità del sistema deriva essenzialmente dalla staticità dello stesso, dal non aver differenziato la risposta mantenendo come risposta principale le Residenze Sanitarie Assistite, i cui costi (da 3.000 a 3.500 € al mese) desso gravano interamente sui cittadini e sulle famiglie, visto che la Regione ha "istituito" liste d'attesa per l'ottenimento della quota sanitaria. Più in generale deve essere contrastato il trasferimento surrettizio di persone anziane malate dal settore della sanità a quello dell'assistenza, con l'obiettivo di scaricare oneri insostenibili sulle famiglie. Un governo attento alla non autosufficienza dovrebbe quanto meno assumere due capisaldi: prevenzione collettiva specifica e disponibilità del territorio.

La prima si caratterizza per un'azione rivolta agli anziani al loro domicilio da parte di infermieri di quartiere, su segnalazioni dell'anagrafe e dei servizi sociali. Si tratta di intercettare gli anziani anagraficamente, il loro stato di famiglia, il sopraggiungere della vedovanza, e di verificare le loro necessità. La seconda deve essere mirata a individuare situazioni abitative che consentano convivenze di anziani seguite dall'infermiere di quartiere e gestite con l'aiuto "burocratico" dell'assistente sociale o di altro dipendente comunale.



con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

**8. Generalità e progressività del prelievo fiscale.** L'esperienza dimostra che lo strumento più efficace, equo ed economicamente sostenibile per finanziare la copertura sanitaria universale è la fiscalità generale. Aggiungiamo cosa c'è di più intelligente del principio di dare a ciascuno, in appropriatezza, secondo il proprio bisogno di salute e di prendere da ciascuno secondo la propria capacità reddituale che è principio insito nella fiscalità generale progressiva?

Eppure, oggi, il tema pare essere proprio quello dell'abbandono della progressività, elemento specifico della fiscalità generale, cosa che sta producendo una riorganizzazione del sistema di protezione sociale fortemente diseguale. Nella nostra Regione, complici come si è visto, la teorizzazione dell'universalismo selettivo in sanità che contempla un progressivo de-finanziamento del sistema pubblico, l'estensione delle misure di copayment, la creazione di un sistema multi pilastro con l'apertura all'intermediazione finanziaria privata (mutue, fondi, assicurazioni, ecc.), questo capitolo si è preferito archiviare. E' necessario riprenderlo, anche in termini di potenziale margine di fiscalità regionale (*addizionale IRPEF, tasse di scopo, ecc.*)

**9. La lotta alla corruzione.** Nel nostro paese la corruzione in sanità è una voragine di oltre 6 miliardi l'anno, sottratti alle cure per i cittadini. Come risulta dalla classifica fatta dall'Istituto per l'etica in sanità, la nostra regione si colloca, per casi di corruzione, non ai posti alti, ma comunque in posizione mediana. Una classifica non certo lusinghiera da aggiungere alle altre classifiche collezionate, di segno assolutamente opposto. Alla base della corruzione in sanità ci sono fattori quali l'ingerenza politica, il conflitto di interessi, il revolving doors che necessitano di interventi specifici e selezionati.

Considerato che i più interessati sono il settore della farmaceutica con la falsa ricerca scientifica, le prescrizioni non necessarie, il comparaggio e la cosiddetta "negligenza" dovuta allo scorrimento liste d'attesa, il dirottamento verso la sanità privata, l'utilizzo distorto dell'intramoenia, eccetera, che abbisognerebbero, in primo luogo, di incisive e costanti misure di monitoraggio e controllo interni. Un'altra misura, quella di promuovere ed estendere esperienze organiche e nuclei di lotta alla corruzione in tutte le Aziende Sanitarie Locali.

**10. Il lavoro professionale come ricapitalizzazione della sanità pubblica.** Quello che è stato cambiato, in questi anni, è il paradigma culturale dell'approccio politico ai problemi ed ai bisogni del cittadino: le attuali misure, appaiono scandite da un unico denominatore comune: il settarismo.

Le varie riforme che si stanno susseguendo immettono nella pancia dei cittadini la sensazione, speriamo mai la consapevolezza, che i servizi pubblici altro non sono che erogatori di prestazioni. Con questa visione, appare evidente che non è più necessario implementare i servizi pubblici come unici depositari della risposta, ma è sufficiente "avere servizi", non importa chi li eroga. In questo senso è evidente che le ipotesi di ri-organizzazione da parte del Governatore Rossi e dell'Assessorato, altro non sono che uno dei tanti pezzi di puzzle che vanno a comporre il quadro più complesso.

Sulla base, e in virtù del fatto che l'erogazione dei servizi è indipendente da chi li eroga (pubblico/privato), allora diventa legittimo pensare che il prestatore d'opera che deve erogare quel servizio, non è necessario che sia riconoscibile, è indispensabile che svolga esclusivamente una prestazione.

Siamo di fronte ad uno scenario inquietante: il professionista è destinato a morire in quanto tale, assoggettato ad un qualsiasi altro prestatore d'opera, senza alcuna volontà di investire su



con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

di lui e sulla sua formazione. Al contrario, l'architave, rappresentato dal lavoro pubblico e il "capitale umano" formato dai suoi professionisti, va tutelato. Vanno fatte alcune scelte chiare di investimento futuro che tengano fortemente in considerazione la "professionalità" delle varie professioni, modificando il paradigma organizzativo.

Se la sanità è un "bene comune" allora abbiamo come professionisti e cittadini un richiamo forte alla responsabilità che va oltre la dimensione dei codici, delle leggi e delle norme. Si tratta di un richiamo etico che non possiamo più far finta di non sentire.

Dobbiamo de-burocratizzare il lavoro, cioè ridefinirlo ma non partendo dai compiti, dalle mansioni, dai profili, dagli atti, che per l'appunto sono definizioni burocratiche, ma dall'agente, cioè da colui che lavora e che è definito attraverso i contesti culturali, sociali, economici, scientifici, deontologici nei quali dovrà operare e che garantirà che tutto quello che lo ha definito, sarà in ogni atto che compirà.

Rendere protagonista l'agente lavoro nella programmazione e nell'impostazione del sistema assistenziale, coinvolto nella verificare gli esisti dei modelli di organizzazione messi in campo.

Anche nuove definizioni di professioni sono possibili integrando in un reticolo le principali componenti che decidono il lavoro professionale. Una professione reale non è mai indipendente da contesti reali in cui opera e meno che mai dalle capacità cognitive dell'operatore. Una professione non è fatta solo da competenze. Essa dipende soprattutto da chi la esercita, agente per l'appunto e dove si esercita il contesto di lavoro.

**11. Politiche del lavoro tese al contrasto della precarietà in sanità.** Non è un dettaglio la stabilità del lavoro, come scrive Hannah Ardent, è "il diritto ad avere diritti". Il lavoro atipico, a tempo determinato, parasubordinato, in affitto, a contratto individuale ecc., è divenuto la regola dei nuovi contratti di lavoro, la nuova forma del rapporto di lavoro. Tutti nascondono la scomparsa delle garanzie fondamentali e la regressione del lavoro alle forme di sfruttamento.

La stabilità dei rapporti di lavoro è la pre-condizione per l'esercizio dei diritti; anche di quello alla salute. Esiste innegabilmente oggi in Toscana una questione lavoro, come abbiamo visto anche con quest'ultima riforma sanitaria. Il blocco del turn-over, i nuovi esuberanti: alla sanità toscana verranno a mancare, nel giro di due anni, il 5% dei dipendenti che se si assommeranno al 5%, perso dal 2011 a oggi, significa già il 10% del lavoro sanitario.

Oggi si colpisce quello che rappresenta il "core" del sistema, sinora era toccato a quelli che, impropriamente, definiamo i servizi accessori. Processo questo che spinge, fra le altre cose, a riflettere seriamente se, in questa regione, non si siano create le condizioni che vedranno sempre più il lavoro versus la salute. Il lavoro inteso come mancanza, impoverimento e ridimensionamento dello stesso finirà con il nuocere alla salute?

La mancanza di lavoro, la disoccupazione e l'inoccupazione, il lavoro precario, determinano stili di vita che modificano al ribasso la qualità della vita medesima e mettono a rischio la salute delle persone. L'impoverimento del lavoro sanitario, il suo demansionamento, si riflette con effetti negativi sulla qualità e la sicurezza delle prestazioni ripercuotendosi negativamente sulla sua capacità, che è anche il suo più grande valore intrinseco di produrre salute.

Il lavoro sanitario è sempre più precario per i processi di esternalizzazione avvenuti in questi anni: esternalizzazione che ha riguardato prima i servizi non sanitari (pulizie, mense, manutenzione, ecc.) fino a toccare in questo settore il massimo negli ospedali costruiti con il Project Financing dove per 20 anni tutti i servizi sono aggiudicati senza gara a



con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

evidenza pubblica. Ma negli anni l'esternalizzazione ha toccato una fetta consistente di servizi sanitari, appaltati con gare al ribasso, che comportano nello stesso posto di lavoro e spesso con mansioni sovrapponibili, la coesistenza di lavoratori con contratti diversi. Occorre un contratto unico per i lavoratori che operano nello stesso settore.

Per i lavoratori della sanità è in corso un progressivo demansionamento: la burocratizzazione del lavoro porta a uno spreco di risorse professionali, dove personale altamente qualificato è impiegato in compiti di carattere più impiegatizio: occorre una rivalorizzazione della professionalità degli operatori ai fini della tutela della salute e non di controllo sulle procedure burocratiche, vedi ad es. il pagamento dei ticket.

Al contrario bisogna considerare la sanità e il sociale come settori di investimento per garantire diritti fondamentali come quello alla salute, creare buona occupazione e sostenere la ripresa economica, come chiesto da più parti.

È necessario quindi un vero e proprio piano per il lavoro, dove le dotazioni organiche delle strutture sanitarie siano individuate in base ai bisogni e non in base alle prestazioni o al tasso di occupazione dei posti letto storico, come avviene attualmente, dove si proceda a una reinternalizzazione dei servizi appaltati, in quanto anche sul piano economico questo produrrebbe risparmio oltre che uguaglianza fra i lavoratori, una vera reinternalizzazione e non quella che viene spacciata attualmente tramite utilizzo dei lavoratori assunti dal servizio pubblico tramite agenzie interinali.

**12. La formazione dei lavoratori del Servizio Sanitario futuro.** La Regione ha un ruolo molto importante, accanto alle Università, nella formazione dei lavoratori del Sistema Sanitario. Ad esempio, la scuola di formazione dei Medici di Medicina Generale è organizzata dalla Regione, e così i corsi di formazione per gli OSS. Alla Regione spetta la stima del fabbisogno delle varie figure professionali per il triennio futuro, che guida la programmazione dei corsi universitari.

Un compito per cui servirebbe una visione a lungo termine del proprio servizio sanitario regionale; il Partito Democratico, invece, non ha mai proposto in questi anni una visione organica a lungo termine, ma ha continuato a procedere a strappi e tagli improvvisi, senza valutare gli effetti dei suoi provvedimenti sul sistema, portando a formare lavoratori che non riusciranno a inserirsi nel mondo del lavoro, o che non saranno preparati a svolgere i compiti di cui il servizio sanitario avrà bisogno.

Parti crescenti della formazione poi, dai corsi di formazione per OSS ai corsi di perfezionamento, vengono privatizzati, e questo è coerente con il piano di privatizzazione camuffata del nostro sistema sanitario portata avanti dalla Giunta attuale.

Nella nostra visione, per garantire nei prossimi anni un servizio sanitario adeguato, è necessario che la Regione investa maggiormente in formazione, assumendosi finalmente il compito della visione strategica della sanità degli anni a venire.

Le cure primarie, come già detto, saranno al centro del sistema sanitario che vogliamo, perciò è fondamentale che la formazione sia adeguata; tuttavia, il corso di specializzazione in medicina generale è attualmente un percorso poco attraente per il medico neolaureato: il titolo non è equiparato alle specializzazioni universitarie, il corso è organizzato diversamente rispetto alle altre scuole di specializzazione e vi è un'incertezza sulle responsabilità che il tirocinante può gradualmente assumersi, perciò l'efficacia formativa è molto variabile.



con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

La borsa di studio è inoltre inferiore a quella degli specializzandi, sotto ai 1000 euro al mese squalificando ulteriormente la figura del futuro medico di medicina generale. Il corso deve essere maggiormente valorizzato, in termini di efficacia formativa e di condizioni lavorative, e in questo la regione può agire sia nell'organizzazione del proprio corso toscano, sia concertando con il ministero modifiche alle direttive nazionali.

Anche la formazione infermieristica deve potenziare le competenze necessarie a svolgere le funzioni di cure primarie sul territorio. Soluzioni creative possono essere trovate con la volontà di maggiore e più trasparente confronto con gli attori coinvolti nella formazione (docenti, amministrativi, formandi), coinvolgendo direttamente la generazione dei giovani medici.

La formazione, inoltre, deve essere riallineata ai bisogni assistenziali della popolazione toscana e quindi al modello organizzativo a cui si vuole tendere nelle cure primarie rendendola così multidisciplinare e integrata con altri professionisti della salute.

Maggiore attenzione deve essere posta alla transizione formazione-lavoro, troppo spesso momento di attesa esposta al precariato ed alla dispersione delle competenze professionali e con pochissime garanzie di stabilità occupazionale che è sempre più importante per quei professionisti impegnati nell'assistenza alle condizioni croniche necessitanti di progettualità a lungo termine.

Una buona progettualità sarebbe spingere verso formazione e implementazione, per l'assistenza territoriale e per l'integrazione ospedale territorio, della figura dell'Infermiere di Famiglia.

Deve inoltre migliorare, per tutti i livelli e gli ambiti formativi (dai corsi universitari e di formazione, ai corsi di aggiornamento), l'integrazione tra Servizio Sanitario Regionale e Università Toscane, per garantire nell'ambito dei diversi corsi e ai vari livelli la massima efficacia, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto dell'apprendimento pratico e manuale, ad oggi molto carente nel nostro Sistema formativo.

I recenti tentativi di istituire doppi canali formativi tra Università e Servizi Sanitari per le Specializzazioni mediche (contenuti nelle prime versioni del cosiddetto Patto per la salute tra Ministero e Regioni) sono solo l'ultimo episodio di una competizione tra Università e Aziende Sanitarie e Ospedaliere, che negli anni passati ha visto frizioni anche nell'organizzazione di corsi universitari nelle sedi decentrate.

Le Regioni stanno a più riprese cercando di sostituirsi alle Università nella formazione ad esempio dei Medici in formazione specialistica, cercando di utilizzare queste figure come manodopera a basso costo nei presidi ospedalieri periferici, a scapito della loro formazione.

La nuova logica che deve prevalere è invece quella della collaborazione, che riconosca il ruolo insostituibile delle Università nella formazione di base e nella ricerca avanzata e, accanto ad essa, la funzione fondamentale della trasmissione del sapere clinico tecnico ed esperienziale da parte dei lavoratori delle diverse strutture sanitarie, ampliando la rete delle strutture in cui è possibile effettuare tirocini, attraverso percorsi formativi su più livelli (ad esempio lezioni a piccoli gruppi su argomenti pratici).

La Regione, di concerto con l'Università, si deve assumere il compito di svolgere una adeguata funzione di formazione continua del personale con moduli e programmi educativi di aggiornamento utili per rispondere e risolvere i bisogni assistenziali e non funzionali



con  
**Tommaso Fattori**  
presidente

all'industria del consumismo sanitario; programmi educativi che possano favorire il reinserimento del personale addestrato all'attività ospedaliera ed al paziente acuto verso l'attenzione alle cure primarie ed alla cronicità.

Gruppo di lavoro:

**Vangieri Danielle, Mauro Valiani, Anna Nocentini, Tatiana Bertini, Antonio Silverii, Luca Ciabatti, Paola Sabatini, Piero Caramello, Barbara Grandi**