

*ACU (Associazione Consumatori e Utenti Umbria),
AIE (Associazione Italiana di Epidemiologia),
CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto),
Fondazione Angelo Celli “Per una cultura della salute”,
SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa),
SIQUAS (Società Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria),
SIRN (Società Italiana di Riabilitazione Neurologica),
SITI (Società Italiana di Igiene, medicina preventiva e sanità pubblica),
e alcuni cittadini competenti*

***Contributi per
un confronto democratico
sulla riorganizzazione
del nostro Servizio Sanitario***

Bozza del 16/3/2012

Indice

Sintesi sui punti di convergenza

1. Introduzione

2. Contributi provenienti da realtà scientifiche e associative

2.1 Fondazione Celli

2.2 Società scientifiche

2.3. ACU

2.4 SIMFER: a) sulla disabilità nel SSR; b) sulla riabilitazione

3. Contributi provenienti da cittadini competenti

3.1 Gianni Barro

3.2. Svedo Piccioni

Allegati

Documento della Giunta Regionale sulla riorganizzazione del SSR

"Questo documento vuole rappresentare una sintesi del dibattito suscitato dalla proposta di riorganizzazione regionale. Tale dibattito si è sviluppato essenzialmente su due assi: quello dell'evidenziazione delle criticità e quella della proposta. All'interno troverete dei singoli documenti messi a punto da società scientifiche, associazioni culturali e cittadini di riconosciuta esperienza nel settore. Ogni documento enfatizza alcuni aspetti specifici, ci sono alcune differenze ma anche dei punti di convergenza che sono qui sintetizzati."

Sintesi sui punti di convergenza

- Tutte le culture da Alma Ata in poi hanno teso a spostare la centralità delle politiche ospedaliere al territorio, inserendosi oggi all'interno dello sviluppo sostenibile e dell'intreccio ineludibile tra ambiente e salute.
- Oggi il Direttore dell'OMS ha evidenziato, ed è questa a tutt'oggi l'ipotesi ormai prevalente, la totale contrarietà contro le impostazioni ospedalocentriche proiettate in direzione delle grandi tecnologie come traino di grandi profitti.
- La cultura dei beni comuni si sta allargando e sarà quindi difficile sottrarsi ad autentici confronti partecipativi.
- Ovunque si realizza una politica ospedalocentrica, si verifica esplosione della spesa.
- Le Aziende Ospedaliere (AO) per essere ottimizzate debbono produrre più ricoveri possibili; invece di intervenire per modificare le storture dell'AO, la si trasforma in modello.
- Una politica che tenga conto delle limitazioni delle risorse, spinge in avanti sull'intreccio vincolante con il territorio, recuperando un coinvolgimento stringente dei medici del territorio, facendo evolvere la loro professionalità (medici di famiglia) recuperando la centralità e l'unicità dell'essere umano (dipartimenti misti al fine di valutare la persona nella sua interezza senza perdere la specificità delle specializzazioni).



Fig. 1: Qualunque sia il numero delle Aziende sanitarie, il baricentro del nuovo sistema sanitario va spostato sul distretto

- Dare più forza cogente alla programmazione della Giunta regionale, impedendo proliferazione e raddoppi di alta specializzazione, che va individuata, collocata e finanziata ad hoc con regole rigide, senza alcun cedimento ad orgogli localistici (vale anche con le donazioni che spesso sono il mezzo per stravolgere la programmazione).
- La filiera unica ospedaliera rende gli ospedali fortini inespugnabili, mentre l'integrazione fra loro è garantita attuando il punto precedente.
- Ampliare le cure intermedie collocandole in strutture extra ospedaliere riconvertite per assistere pz che non hanno bisogno dell'intensità di cura propria dell'ospedale.
- Prevenire la disabilità e ridurne il peso per la qualità della vita dei cittadini e per l'attività dei servizi comporta l'integrazione nel sistema, dei servizi di riabilitazione e dei suoi strumenti di valutazione (ICF).



Fig. 2: L'assistenza ospedaliera per emergenza ed alta specialità: a) va organizzata per area vasta quanto serve; b) va finanziata a global budget

- L'impovertimento inevitabile del territorio comporta che gli ospedali non avranno la possibilità di opporsi a tutte le domande improprie che verranno loro rivolte, rendendole costantemente ingovernabili, non solo dal punto di vista economico, ma anche da quello organizzativo con rischi molti forti sui livelli di efficacia ed efficienza.
- Il restringimento dei livelli organizzativi, comporta un impoverimento della conoscenza, dell'interlocuzione e quindi del controllo democratico; siamo di nuovo di fronte all'illusione tutta burocratica che il punto unico di comando possa controllare e far funzionare tutto. Ad ogni situazione critica si restringono gli elementi della democrazia e non ci si accorge che alla fine di quelle scelte c'è l'impovertimento culturale, la caduta degli obiettivi di salute, l'esplosione della spesa e l'affermarsi di modelli autoritari; l'eterna illusione di rispondere a processi complessi con la banalizzazione degli stessi. E' l'antico sistema dei senza cultura e dell'assoluta mancanza di visione lunga. Illusione nel contingente, disastro nel lungo periodo.

1. Introduzione

1. Da decenni la Regione dell'Umbria si è caratterizzata nella politica sanitaria italiana per un grande contributo culturale alla riforma sanitaria.

Un nome spicca su tutti, quello di Alessandro Seppilli ampiamente riconosciuto a livello nazionale e mondiale come uno dei padri della riforma, la prima nell'Europa continentale a trent'anni dal Servizio sanitario nazionale britannico.

A lui si deve non solo fermezza nel delineare l'impianto di un servizio sanitario nazionale pubblico a base universalistica, ad impronta preventiva, e ad accesso alle cure gratuito, generalizzato ed egualitario, ma anche tenacia nell'assecondare a livello nazionale tutti i passaggi che occorrevano a trasferire il progetto dall'evidenza culturale alla realtà della legge 833 del 1978.

La figura di Alessandro Seppilli impersona un'epoca che ha prodotto tutto quello che poteva produrre in un paese ancora percorso dalla voglia di innovare, sul'onda di quello che è stato il decennio più creativo della politica italiana, non a caso interrotto drammaticamente con la violenza sanguinaria.

Un'epoca di grandi risultati per la democrazia italiana, che si è conclusa per ragioni troppo note per essere qui citate: ragioni interne e mondiali, puntualmente politiche e diffusamente economico-finanziarie.

Si è aperto un orizzonte dominato da una crisi che per l'Occidente, al quale l'Italia appartiene a pieno titolo e in posizione rilevante, ha assunto connotati globali che ne mettono a repentaglio il futuro, laddove altre realtà extraoccidentali sembrano essere sul punto di sostituirlo nella leadership mondiale e battere il passo dello sviluppo.

Un'epoca in cui poteri forti mettono in discussione e sbocconcellano la più grande conquista democratica dell'epoca contemporanea, il Welfare. E dunque un'epoca in cui va ricostruito un welfare all'altezza della sfida mondiale, il welfare dei diritti per tutti, quelli che li avevano, quelli che non li avevano e quelli che li hanno persi.

Con la crisi in corso il welfare cessa di essere un capitolo delle politiche sociali ma ne diventa il libro. Ripresa della produzione e dell'occupazione, questi due grandi obiettivi per uscire dalla crisi, sono condizionate da un patto sociale che – come nella Britannia di Churchill del 1942 - veda il paese mobilitarsi per un grande sistema di sicurezza sociale dove gli obiettivi di fondo siano vantaggiosi per tutti gli attori sociali.

Passare da un welfare riparativo a un welfare di coesione, questa è la sfida, per la quale serve un welfare che faccia superare la crisi con più e non con meno welfare.

2. La vita di Alessandro Seppilli non sarà ricordata come una predicazione effimera. Nel solco dei suoi insegnamenti si è formata in Umbria una cultura sanitaria e più in generale del welfare che ha informato di sé un'epoca del nostro regionalismo, in cui all'esempio dell'Umbria si sono ispirate molte importanti decisioni della politica nazionale nel corso della prima Repubblica.

Ma la sollecitazione culturale vive ancora in molti gruppi che più o meno apertamente continuano a ragionare coltivando il suo seminato. Anche oggi nel pieno di una crisi che espone la collettività regionale, e chi la governa, a sfide immani per mantenere la rotta in mezzo alle tempeste.

Delle quali la Giunta regionale ne sta affrontando una di grande impatto, con un'ipotesi di riorganizzazione dell'ordinamento nel quale figurano anche ipotesi di riordino del nostro sistema sanitario.

3. In rapporto a questo disegno, come componenti di alcuni di questi gruppi abbiamo elaborato dei documenti che partono da orizzonti generali per ritrovare le coerenze entro le quali affrontare soluzioni di grande respiro. Si tratta di documenti nati da sensibilità culturali e da esperienze professionali differenti, esposti seguendo approcci particolari che – data la matrice comune – finiscono col “navigare a vista” ma senza intrecciarsi.

Nei cui confronti noi siamo dei cittadini, consapevoli che nelle società moderne le scelte impegnano continui intrecci e rimandi tra politica e cultura. Cerchiamo di vivere in questo secondo polo.

I documenti non sono alternativi tra loro. Dove compaiono soluzioni non collimanti, non è per dialettiche interne (sono stati costruiti ignorando ciascuno l'esistenza dell'altro) ma perché seguono percorsi diversi, tutti validi e necessari. Per questo non riteniamo di intrecciarli in un unico testo ma di mantenerli separati

2. Contributi provenienti da realtà scientifiche e associative



FONDAZIONE
ANGELO
CELLI per una cultura della salute

Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario

testo prodotto a partire dalla redazione di un documento di avvio, rivisto, integrato e largamente arricchito in base al lavoro dei seminari tenuti nel 2009 (29 ottobre, 24 novembre, 21 dicembre) e nel 2010 (14 gennaio, 13 maggio) e alle osservazioni e i materiali via via pervenuti dai partecipanti, *a cura di Tullio Seppilli*

1. La questione dei beni comuni

Nel dibattito scientifico e politico e anche in più ampi settori dell'opinione pubblica si è venuta profilando e precisando in questi ultimi anni – in contrasto con le dilaganti pressioni verso l'individualismo, il “privato” e il liberismo economico, e a fronte delle evidenti diseguaglianze e dei veri e propri disastri che ne sono conseguiti – **l'idea che esistano “beni” di cui tutti hanno diritto di usufruire, indipendentemente da ogni condizione di reddito, di radici etniche e di opzioni ideologiche**: l'idea e l'esigenza, dunque, che alcuni beni essenziali per la vita dell'uomo debbano sfuggire alla logica della proprietà privata, del mercato e del profitto e vadano comunque tutelati dalla legge come beni collettivamente controllati e potenzialmente disponibili “per tutti”, di interesse di tutti, siano cioè **beni comuni**.

Certo, il sogno della “comunità dei beni” attraversa tutta la storia umana e si è tradotto spesso in drammatiche rivendicazioni e sanguinose repressioni ma anche in multiformi e talora durevoli esperienze¹.

Ma in questi ultimi anni, appunto, in seguito al manifestarsi, anche a livello planetario, di sempre più gravi e pericolose sperequazioni, la questione dei beni comuni è tornata prepotentemente alla ribalta, si sono meglio precisati il suo significato e la sua portata e, soprattutto, ne sono stati con più esattezza definiti i principali terreni, le più urgenti priorità, i necessari presupposti economici e culturali, le forme politiche e giuridiche di traduzione operativa. In merito esiste ormai una cospicua pubblicistica scientifica – prodotta da economisti, antropologi e altri

scienziati sociali, da filosofi e da naturalisti, da giuristi e da politologiⁱⁱ –, sono state avanzate precise proposte operative, vanno costituendosi importanti movimenti collettivi.

Il principale terreno in cui la “questione dei beni comuni” ha raggiunto una evidente maturazione culturale e si è tradotta un po’ ovunque nel mondo in numerose iniziative e in forme aperte di organizzazione rivendicativa, è quello di un più egualitario accesso all’acqua disponibile e di un deciso superamento delle attuali tendenze a ulteriori forme di privatizzazione. Ma altri terreni stanno rapidamente maturando, mettendo ad esempio in discussione la crescente privatizzazione delle conquiste scientifiche e tecnologiche, le conseguenze economiche, sociali e culturali di un tale processo e le sue implicazioni in termini di concentrazione dei poteriⁱⁱⁱ.

Così, da più parti e in diversi modi sta prendendo forma l’idea che **anche la salute**, e i suoi presidi, siano da considerare un bene comune e debbano porsi come un comune obiettivo di ognuno e di tutti gli uomini la loro difesa e la loro promozione.

Peraltro, **l’articolo 32 della nostra Costituzione repubblicana già caratterizzava nel 1948 la salute come “diritto di ciascun individuo e interesse della collettività”^{iv}.**

2. La salute come bene comune: perché e in che senso

Numerose ricerche, a livello internazionale, hanno messo in luce i diffusi limiti e i gravissimi guasti prodotti direttamente o indirettamente in questi decenni sulla qualità e, talora, sulla durata stessa della vita umana, sulla salute individuale e collettiva e sull’equilibrio generale dell’ambiente, a causa del prevalere di politiche orientate dalla semplice logica di mercato e, in generale, dalla ideologia e dalle pratiche di tipo neo-liberista^v

Queste politiche hanno fortemente aggravato in ogni Paese, e fra i vari Paesi, la forbice delle diseguaglianze sociali sia per quanto riguarda i fattori di rischio delle più diverse patologie e di alcuni preoccupanti disturbi psichici^{vi} sia per quanto riguarda l’accesso e l’effettivo utilizzo dei servizi sanitari di base e ospedalieri^{vii}. Una situazione, questa, denunciata peraltro da numerosi documenti dell’Organizzazione mondiale della sanità^{viii} e, più recentemente e in modo specifico, dalla sua Commissione sui determinanti di salute, che ha reso pubblico nel 2008 un proprio *Rapporto conclusivo* in cui viene testualmente dichiarato che «l’assistenza sanitaria è da considerare un bene comune e non una merce dipendente dal mercato»^{ix}.

Appare sempre più chiaro, dunque, che il superamento delle ipoteche poste dalle semplici “leggi di mercato” sulla difesa e la promozione della salute richiede coerenti politiche tese a considerare la salute come un vero “bene comune”.

Certo, la difesa della propria salute costituisce, in linea di principio, un bisogno e un compito che – nell’ambito delle possibili opzioni consentite dal proprio sistema sanitario – ogni cittadino affronta come persona: è in questo senso e in questo quadro che si configurano una serie di “diritti individuali”: concernenti, ad esempio, una corretta

e “riservata” informazione sul proprio stato di salute e il consenso relativo alle proprie cure, alla gestione della propria morte e al possibile utilizzo postumo di parti del proprio corpo. E tuttavia la “risposta” al bisogno di difesa della salute è comunque, in larghissima misura, un prodotto sociale, come è sociale la dimensione in cui si producono i determinanti oggettivi e soggettivi di salute, i saperi e i presidi per la sua difesa, i livelli di consapevolezza e gli stessi vissuti di salute/malattia; ed è solo ad una scala sociale peraltro, e dunque collettiva, che possono prendere forma le operazioni contro i fattori patogeni e di contagio e la costruzione di contesti ambientali e condizioni di vita funzionali alla difesa e promozione della salute.

È però importante chiarire in che senso la rivendicazione della salute come un bene *comune* assuma in sé anche quella della salute come un bene *globale e indivisibile* e come un *diritto egualitario* per tutti gli uomini, e proponga qualcosa di più, e forse di diverso, dall’attuale *gestione pubblica* dei servizi sanitari, che ha pur segnato una conquista decisiva circa trent’anni fa anche nel nostro Paese.

In effetti, che la salute costituisca un *bene globale e indivisibile* sembra ormai, almeno in prima approssimazione, largamente acquisito: le sempre più estese e profonde interconnessioni di ogni tipo, ad un livello ormai planetario, non consentono ad alcuno di pensare che la propria salute o quella della propria comunità possa difendersi alla sola scala locale^x. Ma sempre più chiaramente, emerge di pari passo, proprio in rapporto ad alcuni clamorosi casi recenti, l’esigenza di sottrarre le decisioni sovranazionali a potenti centri non controllabili di potere e di impedire che le strategie di difesa della salute – ormai planetarie, appunto – vengano stabilite nel sostanziale interesse di potenti concentrazioni industriali multinazionali oggi peraltro in grado di allarmare artificialmente e rapidamente l’opinione pubblica in ogni parte del mondo e di condizionare gli stessi organismi internazionali di controllo^{xi}. Nei Paesi che hanno costruito un sistema sanitario pubblico, anche il *diritto egualitario* di tutti gli uomini alla difesa della propria salute appare ufficialmente riconosciuto. Tuttavia anche in tali paesi esso appare manifestamente limitato da un gran numero di diseguaglianze sociali di vario ordine, che pesano fortemente sia in relazione ai fattori di rischio sia in relazione all’accesso e ai benefici dei servizi sanitari. Ed è una forbice di diseguaglianze, questa, come si è prima osservato, che negli ultimi anni si è andata gravemente divaricando in ogni parte del mondo.

È ben chiaro che la promozione della salute investe quasi ogni settore della programmazione socio-politica. E tuttavia, anche in questo orizzonte sembra importante domandarsi se, per quanto specificamente le concerne, la gestione della sanità possa essere in grado, nelle sue forme attuali e nelle attuali condizioni, di affrontare gli odierni compiti della difesa e della promozione della salute per tutti i cittadini.

3. Problemi e compiti attuali del servizio sanitario

Certamente, la gestione pubblica della sanità rappresenta una conquista irrinunciabile, esito, soprattutto, delle grandi ed estese battaglie di riforma – culturali, sindacali e politiche – condotte negli anni ‘60 e ‘70. Essa si conferma tuttora come un punto di non ritorno, ancor più a fronte delle diffuse politiche di più o meno esplicita

riprivatizzazione di compiti e di servizi e, soprattutto, a fronte del palese fallimento delle politiche neo-liberiste di delega al “privato” dove queste sono state effettivamente attuate.

Occorre d'altronde considerare che rispetto al momento in cui fu approvata la legge 833 che istituì in Italia il sistema sanitario nazionale – era il 23 dicembre 1978 – sono mutate in modo significativo parecchie situazioni di vario ordine e di notevole portata.

Sono mutati, innanzitutto, il quadro nosografico e quello demografico. La speranza di vita si è in effetti allungata: e tuttavia – come è ormai largamente documentato – si manifesta un grande scarto, tra le varie fasce sociali, sia rispetto ai fattori di rischio sia rispetto al reale accesso ai servizi^{xiii}. A causa di molteplici fattori ma anche, largamente, in correlazione con il cosiddetto invecchiamento della popolazione, è aumentato in modo notevole il peso delle patologie di lungo periodo e dei fenomeni di cronicizzazione – una vita più lunga ma segnata da infermità e disagi –: con la conseguenza di un enorme incremento delle esigenze di impegno e di spesa richieste ai servizi sanitari, e della necessità, ormai indilazionabile, di un deciso sviluppo e di uno spostamento dell'attenzione e dell'allocazione di risorse verso i momenti della prevenzione e della medicina di base e verso il coinvolgimento “competente” degli utenti e di tutti i cittadini nella gestione dei fattori di rischio e delle stesse patologie in atto.

Appare peraltro sempre più chiara la complessità dei determinanti che entrano in gioco, interagendo sinergicamente, nel prodursi di ogni tipo di patologie: fattori oggettivi e soggettivi in cui intervengono pesantemente condizioni e dinamiche sociali o socialmente prodotte (come nel caso di numerose situazioni ambientali), le quali si intrecciano, in forma “sistemica”, con le condizioni e le dinamiche di matrice biologico-naturalistica^{xiiii}. Il che allarga di molto, e ben al di là dei compiti dei servizi e delle professioni strettamente sanitarie, l'orizzonte strategico – e dunque anche politico – in cui va promossa e costruita giorno per giorno in una prospettiva di medio e lungo periodo la difesa e la promozione della salute.

Più in generale, sono significativamente mutati in questo periodo nel nostro Paese la struttura della società – i suoi fondamenti economici e la sua composizione sociale, cioè –, i suoi livelli di coesione, il suo sistema di valori e di mete individuali e collettive, l'organizzazione del potere e le forme e i canali dei processi di egemonia. E si sono aggravate le disuguaglianze di classe e gli squilibri fra le diverse aree regionali, anche nel campo della salute e dei servizi sanitari.

Al fondo di un tale mutamento sembrano porsi almeno tre macro-processi: (*a*) si è passati da una produzione in cui lo spezzettamento delle mansioni individuali poteva ricomporsi oggettivamente e soggettivamente nella dimensione del luogo di lavoro, a una frantumazione e disseminazione di processi produttivi e a una finanziarizzazione pervasiva di “produzione globale” che sovverte i cardini del welfare e rende assai difficile ai territori di dominare concettualmente e operativamente i processi e i loro fattori; (*b*) si è passati dalla dimensione degli stati-nazione a quello, sempre più “irraggiungibile”, degli stati-rete; (*c*) si è passati, infine – con conseguenze disastrose ormai chiaramente visibili ma non per questo con sufficienti ripensamenti della loro matrice neo-

liberista – da politiche pubbliche di regolamentazione e contenimento del privato a un suo patente e sempre più esteso e subalterno sostegno.

Ogni discorso strategico sulla difesa e la promozione della salute deve comunque tenere in conto questi macro-processi e l'insieme delle trasformazioni intercorse nell'ultimo trentennio, il conseguente peggioramento di molte situazioni ambientali e delle diseguaglianze sociali – aggravate dalla perdurante crisi economica mondiale – anche per quanto riguarda i fattori di rischio, il possibile utilizzo dei servizi e dunque la speranza di vita.

Al tempo stesso, in questo nuovo contesto storico e a fronte degli odierni problemi di sanità pubblica non possiamo non tenere in conto che in questo trentennio nel nostro sistema sanitario si sono verificati più o meno espliciti tentativi di privatizzazione e, comunque – malgrado il passaggio dalla gestione statale al decentramento regionale – un preoccupante processo di verticalizzazione di tutte le sue strutture e di parallelo affievolirsi dei meccanismi di controllo “dal basso” – previsti invece dalla legge 883 – per l'effetto convergente di un generale indebolimento della partecipazione collettiva, in tutto il Paese, e del progressivo affermarsi delle procedure di cosiddetta aziendalizzazione. Una situazione, questa, cui si aggiungono le prospettive, seppure ancora nebulese, poste in particolare alla spesa sanitaria dai progetti del “federalismo fiscale” e dalle misure economiche promosse dall'attuale governo nazionale come propria risposta alla perdurante crisi economica.

4. Per una caratterizzazione del servizio sanitario come un bene comune

Per tutto ciò, la proposta della salute e della sanità come “beni comuni” non può non comportare, inevitabilmente, qualcosa di più di una generica gestione pubblica della sanità e, comunque, il superamento dell'attuale modello economicistico/aziendalistico di sistema sanitario pubblico.

Ci sembra, in sostanza, che almeno in prima approssimazione tale proposta (dal “pubblico” al “comune”) possa così caratterizzarsi:

(a) essa concerne, anzitutto, processi di difesa e promozione della salute che vanno molto al di là dell'ambito di lavoro delle professioni sanitarie, si fondano su saperi e su pratiche che superano largamente il campo della biomedicina, e investono i più diversi orizzonti del vivere sociale e dei contesti ambientali: ciò significa non solo superare il vecchio modello bio-medico per adottarne uno di tipo bio-psico-sociale, ma assumerne tutte le implicazioni in un orizzonte di saperi e di strategie tecniche e politiche che riqualifichino la formazione e le modalità di lavoro dei professionisti della salute, adeguino al nuovo modello le competenze e le procedure delle strutture sanitarie, definendone così la funzione *specificata* e *fondamentale* in un ambito, tuttavia, di iniziative politiche *complessivamente coerenti e di assai più larga portata*.

(b) deve ormai riferirsi a strategie di lavoro che partendo dalla concretezza delle situazioni e dei bisogni locali si muovano tuttavia in un orizzonte di riferimenti assai più ampio e tengano anche in conto la progressiva multiculturalità delle utenze dei nostri servizi;

(c) comporta una forte enfasi sulla soggettività sociale e, soprattutto, sull'attiva partecipazione collettiva – pur variamente organizzata – ai vari processi decisionali e operativi concernenti la salute: comporta cioè l'utilizzazione e la messa in campo della soggettività dei cittadini, delle loro varie forme di organizzazione collettiva e di rappresentanza locale e settoriale, delle attività e dei movimenti per la riduzione delle diseguaglianze di opportunità e per la costruzione di contesti ambientali più vivibili, l'utilizzazione e la messa in campo, dunque, delle allargate risorse che ne possono risultare e che vengono oggi complessivamente definite con il termine (pur discutibile) di “capitale sociale”^{xiv};

(d) assume, in modo deciso, che l'esperienza viva dei pazienti, dei care-givers e di tutti i cittadini, e le acquisizioni e i punti di vista che ne conseguono, costituiscono un sapere prezioso e insostituibile che deve entrare a far parte, *a pieno titolo*, dell'orizzonte culturale e dei presupposti operativi del sistema sanitario e delle sue articolazioni;

(e) richiede la messa in atto di una serie di processi di informazione e formazione in vista del costituirsi di una “coscienza scientifica di massa” e di un alto numero di “cittadini competenti” in grado di dialogare e contare – anche sul terreno delle scelte prioritarie – con i centri istituzionali di programmazione e gestione della sanità in merito alla elaborazione delle linee di lavoro e alle conseguenti opzioni sulle priorità di allocazione delle risorse.

In questo senso la “salute come bene comune” (che esprime perciò anche l'esigenza di una “salute globale”) travalica il significato di un bene esistente e posseduto “in comune” e si allarga a una definizione di “comune” in quanto opera che viene via via “costruita insieme”.

In tale prospettiva occorre lavorare intorno a un gran numero di problemi e di dimensioni – economiche, giuridiche, organizzative, culturali, ... – che richiedono ancora approfondimenti e diffuse concrete verifiche. Ne esemplifichiamo qui solo alcuni di evidente portata.

(a) A quali scale territoriali e settoriali si colloca volta a volta il riferimento al “bene comune” e ai relativi meccanismi di partecipazione/intervento? con quale flessibilità? e con quali pesi relativi? Chi è “comune” nelle attività e nelle decisioni relative a un centro di salute, ad esempio? e nella programmazione sanitaria regionale? chi è “comune” nelle scelte relative alla collocazione delle risorse concernenti, ad esempio, la risposta dei servizi ai pazienti colpiti da una determinata patologia? E come garantire, con queste procedure, l'integrazione fra le differenti strutture e la unitarietà complessiva del sistema (e delle sue disponibilità finanziarie)?

(b) Se intorno alle linee fissate dalla programmazione si drenano saperi, attività e procedure di verifica di eterogenea matrice, anche “privata”, come regolamentare il riconoscimento dei possibili investimenti finanziari “non pubblici” fuori dalle pure e semplici “leggi di mercato”? e quale controllo di compatibilità con la programmazione sanitaria complessiva il “comune” può esercitare rispetto al “privato”? Possibili effetti perversi

già affiorano, peraltro, anche nelle pratiche di ricorso pubblico alla cosiddetta “sussidiarietà”. E come contenere, in generale, le potenti spinte private – pensiamo ad esempio al peso delle multinazionali farmaceutiche – nei confronti del “governo della salute”?

(c) Quali precondizioni e quali possibili modelli giuridico-operativi sono da mettere a punto, validare e praticare, in questo articolato passaggio dal semplice “pubblico” al “comune”?

La messa in campo del progetto di una “salute come bene comune” comporta perciò nel nostro Paese – contro gli evidenti e multiformi tentativi di restaurazione privatistica oggi in atto – non solo una astratta difesa del carattere pubblico del sistema sanitario, ma anche una revisione e un deciso superamento delle sue attuali strutture verticistiche e una sua forte apertura alla soggettività sociale e a nuove forme di discussione, partecipazione e gestione comunitaria “dal basso”, a partire dalle decisioni sulle scelte strategiche fino alla valutazione concreta dei risultati raggiunti.

E’ questo un compito complesso, non facile né di breve durata, giacché esso comporta – come si è visto – la progettazione di un nuovo, più avanzato ed efficace modello di sistema sanitario – centrato sulla prevenzione e sul territorio – e la costruzione delle relative strutture organizzative e politiche, nuovi equilibri tra le sue diverse componenti e tra il momento delle valutazioni tecniche e quello delle decisioni operative, la sua radicazione nel tessuto delle comunità locali e dei relativi strumenti di informazione e controllo democratico, la individuazione delle necessarie risorse umane e finanziarie e della loro più efficace allocazione. Nonché la messa a punto di adeguati modelli giuridici e di coerenti procedure politico-gestionali. E, certo, progressive e attente sperimentazioni.

In quest’ultima direzione si sono mosse alcune esperienze, i cui risultati vanno appunto attentamente valutati. I “patti per la salute” hanno costituito, ad esempio, un primo tentativo di ricostruire una più larga base istituzionale democratica alle politiche locali e regionali sanitarie. Ma ci pare che un particolare impulso e una particolare attenzione siano da rivolgere alla costruzione delle cosiddette “case della salute”, già in parte avviata, in cui si concentrano sinergicamente – in modo unitario, visibile e “partecipato” – tutte le risorse (e le risposte) socio-sanitarie umane e tecniche di un limitato e concreto territorio: e ne risultano superate, così, le differenti matrici istituzionali degli operatori e il tradizionale isolamento dei singoli professionisti, potenziate le strumentazioni, operativamente e culturalmente costituito un luogo territoriale di riferimento per tutte le attività sanitarie e per i relativi processi di informazione e partecipazione.

Una grossa sfida, dunque. Ma questa prospettiva sembra l’unica alternativa a un preoccupante processo di progressiva sfiducia dei protagonisti, di disimpegno aggravato dalla dilagante precarietà del lavoro e dalla conseguente incertezza sul proprio futuro, di svuotamento burocratico delle strutture, e dunque di una ridotta efficacia dell’intero sistema. O, peggio, a una vera e propria restaurazione della logica privatistica delle diseguaglianze.

Di fatto, la difesa e la promozione della salute sono ormai da considerare un compito di cui la società deve farsi carico in quanto bene essenziale e insostituibile, svincolato dalla semplice logica del profitto – al pari del diritto all'istruzione –. **La tutela della salute è indissociabile dall'insieme dei cosiddetti “diritti umani”**: ne costituisce, anzi, un nodo preliminare ed essenziale.

Note

Questo sogno e queste esperienze ricorrono appunto, numerose, pressoché in tutte le civiltà e in tutto il percorso storico del “nostro” mondo a partire dagli Esseni, nell’antica Palestina, e poi verso la fine del medioevo con i movimenti ereticali e semi-ereticali e infine le rivolte contadine nell’epoca della Riforma. Per riferirci a situazioni più vicine, e di “casa nostra”, sono note le gravi vicende seguite al processo ottocentesco verso la cosiddetta “proprietà terriera perfetta”, che cancellò numerosi diritti tradizionali collettivi a una (seppur assai limitata) disponibilità di taluni beni ubicati dentro possedimenti pubblici o privati – i diritti di pascolo o legnatico, ad esempio, o anche la “spigolatura” del grano –: e dunque le reazioni e le resistenze drammatiche che ne risultarono e che finirono per moltiplicare a dismisura, in forma individuale e clandestina, pratiche di prelievo ormai giuridicamente rubricate come “furti campestri” (si vedano in merito le abbondanti cronache giudiziarie e i numerosi studi politico-sociali di quel periodo). È peraltro significativo che questo sogno ricorrente costituisca il tema centrale, in un gran numero di società stratificate, sin dall’Antichità, di quelle manifestazioni periodiche che celebrano una volta all’anno le gioie di un “mondo alla rovescia” e che in Occidente hanno preso il nome di “carnevali”: nel corso delle quali cadono simbolicamente le differenze di classe e di potere, si infrangono i divieti e vi è abbondanza di cibo per tutti.

In merito è almeno da vedere Elinor OSTROM, *Governing the Commons. The evolution of institutions for collective action*, Cambridge University Press, Cambridge (UK) - New York, 1990, XVIII+298 pp. [ediz. ital.: *Governare i beni collettivi. Istituzioni pubbliche e iniziative delle comunità*, a cura di Paolo FERRI, Marsilio, Venezia, 2006, XLVI+353 pp.].

Non è peraltro senza significato che di recente – con evidenti parallelismi rispetto alla linea di elaborazioni e proposte intorno al modello del “bene comune” – sia andata affermandosi, per opera di autorevoli economisti, una riflessione su possibili mutamenti degli attuali assetti economico-sociali, in cui viene tematizzata come nodo e obiettivo di fondo la “questione della felicità”: in merito si possono ad esempio vedere la antologia curata da Luigino BRUNI e Pier Luigi PORTA, *Felicità ed economia. Quando il benessere è ben vivere*, prefazione di Giacomo BECATTINI, Guerrini e Associati, Milano, 2004, 302 pp., e il volume di Richard LAYARD, *Happiness. Lessons from a new science*, Penguin Press, New York, 2005, 310 pp. [ediz. ital.: *Felicità. La nuova scienza del benessere comune*, Rizzoli, Milano, 2005, 362 pp.]. In questo orizzonte è del resto da considerare, in certo senso, tutta la linea di riflessioni e proposte sviluppata a partire dalla fine degli anni '70 dal ben noto economista indiano Amartya Kumar SEN, premio Nobel per l’economia nel 1998.

Elinor OSTROM - Charlotte HESS (curatrici), *Understanding knowledge as a Commons. From theory to practice*, The MIT Press, Cambridge (Massachusetts, Usa), 2006, XIV+ 367 pp. [ediz. ital.: *La conoscenza come bene comune. Dalla teoria alla pratica*, Bruno Mondadori, Milano, 2009, LIV+409 pp.].

Nella dottrina giuridica il diritto alla salute viene infatti configurato, oggi, come un “diritto fondamentale assoluto”, caratterizzato dunque dalla inviolabilità, dalla intrasmissibilità, dalla inalienabilità, dalla irrinunciabilità, dalla indisponibilità: più in particolare, come un “diritto soggettivo e assoluto pubblico”, suscettibile, proprio perché corrispondente ad un fondamentale interesse collettivo, di tutela diretta da parte del giudice ordinario anche nei confronti della pubblica amministrazione, che non ha il potere di affievolirlo o pregiudicarlo.

Non è il caso di riprendere, qui, evidenze ben note. Basti solo ricordare, per il suo valore emblematico, il vero e proprio crollo della vita media e della speranza di vita – largamente documentato dall’Organizzazione mondiale della sanità e da molte altre fonti – verificatosi in Russia con il venir meno del sistema sanitario sovietico e della rete di protezione sociale in cui esso era inserito. Nella Federazione russa, ad esempio, la speranza di vita maschile è caduta da 63,8 anni nel 1990 a 57,6 nel 1994: più di sei anni in un quinquennio (si veda a p. 11 l’ampio studio di Ellie TRAGAKES - Suszi LESSOF, *Health care systems in transition. Russian Federation*, a cura di Suszi LESSOF, prodotto come vol. 5, n. 3, della propria collana di testi da The European Observatory on Health Systems and Policies [presso il WHO Regional Office of Europe], Copenhagen, 2003, 202 pp.). In merito, anche Judith L. TWIGG, *Russian health status in the 1990s: national trends in regional variation*, The National Council for Eurasian and East European Research [NCEEER], Washington (D.C.), 2000, ...pp. / Vladimir M. SHKOLNIKOV - Martin MCKEE - David A. LEON, *Changes in life expectancy in Russia in the 1990s*, “Lancet”, n. 357, 2001, pp. 917-921 / Evgueni M. ANDREEV - Martin MCKEE - Vladimir M. SHKOLNIKOV, *Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide Europe*, “Bulletin of the World Health Organization”, vol. 81, n. 11, novembre 2003, pp. 778-787 / Martin MCKEE, *The health effects of the collapse of the Soviet Union*, pp. 17-36, in David A. LEON - Gill WALT (curatori), *Poverty, inequality and health: an international perspective*, Oxford University Press, Oxford, 2001, 358 pp. / Dina C. BALABANOVA - Jane FALKINGHAM - Martin MCKEE, *Winners and losers: expansion of insurance coverage in Russia in the 1990s*, “American Journal of Public Health”, vol. 93, n. 12, dicembre 2003, pp. 2124-2130.

Si consideri, ad esempio, l’impressionante aumento del consumo di farmaci antidepressivi – per non parlare del complessivo consumo di sostanze psicoattive – in tutti i Paesi cosiddetti “avanzati”.

Si veda in merito, ad esempio, Giovanni BERLINGUER, *Le disuguaglianze di salute: un'emergenza globale*, “Educazione Sanitaria e Promozione della Salute”, vol. 31, n. 1, gennaio-marzo 2008, pp. 10-17. E per la sola Europa, Marco GEDDES DA FILICIAIA - Gavino MACIOCCO, *Diseguaglianze nella salute in Europa*, “Prospettive Sociali e Sanitarie”, anno XXXVII, n. 7, 15 aprile 2007, pp. 1-9. Peraltro, già nel 2000 l’Associazione italiana di epidemiologia (AIE) aveva dedicato uno dei suoi annuali convegni a “Epidemiologia della diseguaglianza nei Paesi del Mediterraneo” (Roma, 18-21 aprile 2000). Dalla abbastanza vasta letteratura internazionale è forse il caso di segnalare, per il suo serio impianto, la sua ampiezza e la sua “ufficialità”, l’indagine condotta negli Stati Uniti dal Committee on understanding and eliminating racial and ethnic disparities in health care dell’Institute of medicine of the National academies per verificare il peso della appartenenza a una “minoranza etnica o razziale” in termini di «a lower quality of healthcare than non-minorities» (cfr. p. 1): Brian D. SMEDLEY - Adrienne Y. STITH - Alan R. NELSON (curatori), *Unequal treatment. Confronting racial and ethnic disparities in health care*, The National Academies Press, Washington (D.C.), 2003, XVI+764 pp. [di cui le pp. 417-738 sono date solo sul cd-rom allegato al volume]. Si veda anche David A.

LEON - Gill WALT - Lucy GILSON, *International perspectives on health inequalities and policy*, "British Medical Journal", n. 322, marzo 2001, pp. 591-594.

Sui problemi dell'equità in salute, già agli inizi degli anni '90 l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS pubblicò due documenti rispettivamente dedicati il primo alla formulazione di concetti e principi e il secondo alle strategie e alle politiche di promozione: Margareth WHITEHEAD - Göran DAHLGREN, *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up Part 1*, World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990, 34 pp., e Göran DAHLGREN - Margareth WHITEHEAD, *Policies and strategies to promote social equity in health*, World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991, poi rivisto e ripubblicato dall'Institute for Future Studies, 2007, 67 pp.

«The Commission considers health care a common good, not a market commodity» (Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, World Health Organization, Geneva, 2008, 248 pp., cfr. p. 95).

La questione dei possibili contagi provenienti "dal'esterno" si è venuta ponendo in Europa, in modo evidente e drammatico già alla fine del Medioevo, in particolare a fronte del rischio di nuove possibili epidemie di peste portate da navi provenienti dall'Oriente. «Fu Venezia la prima a proibire nel 1374 l'accesso nella città a uomini ed a merci infette o anche semplicemente sospette» (Arturo CASTIGLIONI, *Storia della medicina*, nuova ediz. riveduta e ampliata, A. Mondadori, Milano, 1936, XXX+825 pp., cfr. p. 309). Poco dopo, nel 1377, la piccola repubblica adriatica "veneta" di Ragusa (oggi Dubrovnik, Croazia) stabilisce «un punto d'approdo lontano dalla città e dal porto, ove tutti coloro che sono sospetti di essere affetti dal morbo devono passare un mese all'aria e al sole e prescrive che chiunque venga in contatto con loro debba essere isolato. E poiché ben presto si dimostra che il termine di trenta giorni non è sufficiente, si stabilisce un'epoca di quaranta giorni; e questa è la prima disposizione *quaranteneria*, alla quale ben presto seguono quelle di altre città, fra le quali Marsiglia, che erige nel 1383 un'apposita stazione di quarantena, e Venezia, che saggiamente codifica tutte le misure di difesa contro la peste in un'esemplare legislazione sanitaria» (*ibidem*, cfr. p. 309). Un breve riferimento alla iniziativa presa nel 1377 dalla città di Ragusa/Dubrovnik si trova anche in Henri H. MOLLARET, nel capitolo *I grandi flagelli* (pp. 425-468, cfr. p. 458) a lui affidato da Mirko D. GRMEK (curatore), *Storia del pensiero medico occidentale*, 3 voll., vol. II: *Dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento*, Laterza, Roma-Bari, 1996, 603 pp. Per un sintetico esame storico della "globalizzazione microbica" conseguente alla scoperta dell'America da parte degli Europei e alle successive tappe di una globalizzazione delle difese sanitarie cfr. Giovanni BERLINGUER, *Globalizzazione e salute globale: un prologo (1492), tre atti (XIX e XX secolo), e un epilogo incerto*, "Epidemiologia & Prevenzione", anno 26, n. 2, 2002, pp. 55-59.

Appare emblematico il caso dell' "allarme pandemia" avallato dalla Organizzazione mondiale della sanità in riferimento alla cosiddetta influenza a/h1n1 nell'inverno 2009-2010 e recentemente denunciato dal "British Medical Journal": si vedano prima la urgente richiesta di una sufficiente documentazione (Editor's choice, Fiona GODLEE, *We want raw data, now*, e per le aperte accuse almeno: Editorial, Fiona GODLEE, *Conflict of interest and pandemic flu*, "BMJ", vol. 340, 3 giugno 2010, pp., e Deborah COHEN e Philip CARTER, *WHO and the pandemic flu "conspiracies"*, "BMJ", vol. 340, 12 giugno 2010, pp. 1274-1279.

Per tutta questa tematica il rinvio più organico è al fascicolo monografico dedicato a *Diseguaglianze di salute in Italia*, a cura di Giuseppe COSTA - Teresa SPADEA - Mario CARDANO, supplemento a "Epidemiologia & Prevenzione", anno 28, n. 3, maggio-giugno 2004, 162 pp. Su questa stessa tematica è tornato a riflettere il Convegno internazionale "Salute e diseguaglianze sociali" (Pescara, 23-25 novembre 2006) organizzato dalla Sezione "Sociologia della salute e della medicina" della Associazione italiana di sociologia (AIS). In merito, si veda anche il recente volume di Giovanni PADOVANI, *Il diritto negato. La salute e le cure sono uguali per tutti?*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2008, 169 pp., e anche il breve articolo dello stesso Autore, *La salute e le cure sono uguali per tutti?*, "Prospettive Sociali e Sanitarie", anno XXXVIII, n. 14, 1-15 agosto 2008, pp. 1-5. Sulle diseguaglianze sociali in salute, sul modello concettuale che vi è sotteso, sulle evidenze empiriche di tali diseguaglianze a livello internazionale, europeo e italiano (con alcuni specifici approfondimenti per la Toscana), è da vedere l'ampia recente relazione conclusiva redatta da Gavino MACIOCCO e Elisa SCOPETANI per il Gruppo di lavoro "Diseguaglianze sociali nella salute e sanità d'iniziativa", presentata al Convegno "La sanità toscana. Un bilancio per il futuro" tenuto a Cortona il 19-20 febbraio 2010 e organizzato dal Centro di promozione della salute "Franco Basaglia" (documento di 29 pagine). Una sintesi di questa relazione è stata poi pubblicata, sempre a cura di Gavino MACIOCCO e Elisa SCOPETANI, *Diseguaglianze nella salute. Lo stato dell'arte*, "Prospettive Sociali e Sanitarie", anno XL, n. 11-12, 15 giugno - 1 luglio 2010, pp. 16-27. Sulle diseguaglianze in salute va anche segnalato il *Manifesto per l'equità*, prodotto nel 2004 da un gruppo di lavoro coordinato da Cesare CISLAGHI e Giuseppe COSTA, promosso dalla Associazione italiana di epidemiologia (AIE) e fatto proprio dalla Associazione italiana di economia sanitaria (AIES), dalla Società italiana di epidemiologia psichiatrica (SIEP) e dalla Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (SItI). In effetti, già nel 2001 il nostro Comitato nazionale per la bioetica aveva reso pubblico un suo documento intitolato *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*. E ancor prima, le principali situazioni che determinano diseguaglianze di opportunità rispetto ai servizi sanitari erano state partitamente delineate nel secondo capitolo (*Violazione di diritti, lesione di interessi, delusione di legittime aspettative e non attuazione di micro-diritti*) del ben noto volume prodotto dal Movimento federativo democratico e dal Tribunale per i diritti del malato, a cura del C.E.R.F.E., *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1992, XVI+481 pp.

Sui determinanti sociali di salute e sul fallimento delle pratiche neoliberiste è da vedere di Vicente NAVARRO, *Cosa intendiamo per determinanti sociali di salute*, "Educazione Sanitaria e Promozione della Salute", vol. 32, n. 4, novembre-dicembre 2009, pp. 274-290, che ha costituito il discorso inaugurale alla VIII Conferenza europea della Unione internazionale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria (International union for health promotion and education [IUHPE]) tenuta a Torino dal 9 al 13 settembre 2008: in questo suo discorso

Vicente Navarro accoglie positivamente, pur evidenziandone alcuni limiti, il *Rapporto conclusivo* della Commissione dell'OMS sui determinanti di salute, pubblicato nel 2008 (di cui vedi qui alla *nota 9*).

Sul dibattuto concetto di “capitale sociale” e sulla relativa poliedricità di significati con cui esso è stato definito nell'ultimo trentennio (Pierre BOURDIEU, James COLEMAN, Robert PUTNAM, Nan LIN, Pierpaolo DONATI,...) si può vedere l'ampia bibliografia preceduta da una introduzione storico-critica, prodotta da Massimiliano MINELLI, *Capitale sociale e salute. Una bibliografia ragionata*, presentazione di Paolo BARTOLI, Morlacchi Editore, Perugia, 2007, 108 pp. Della ampia introduzione storico-critica (*Capitale sociale e salute*, pp. 13-56) è qui da segnalare il capitolo II: *Capitale sociale, diseguali e livelli di salute*, pp. 29-40. In merito si possono anche vedere Roberto CARTOCCI, *Chi ha paura dei valori? Capitale sociale e dintorni*, “Rivista Italiana di Scienza Politica”, anno XXX, n. 3, dicembre 2000, pp. 423-474, Roberto CARTOCCI, *Mappe del tesoro. Atlante del capitale sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2007, 168 pp., Luigi TRONCA, *Una grandezza rilevante per la salute: il capitale sociale e la sua distribuzione in Italia*, “Educazione Sanitaria e Promozione della Salute”, vol. 32, n. 4, novembre-dicembre 2009, pp. 291-317, tutti con ampie bibliografie e saggi di individuazioni empiriche sui caratteri e il peso del capitale sociale nelle varie regioni italiane.

Riorganizzazione del SSR umbro: problemi di salute e modelli organizzativi per la sostenibilità.

Un contributo per il miglioramento del SSR di componenti delle società scientifiche:

- *CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto)*
- *SIQUAS (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria)*
- *SITI (Società Italiana di Igiene, medicina preventiva e sanità pubblica)*
- *AIE (Associazione Italiana di Epidemiologia)*
- *SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa)*
- *SIRN (Società Italiana di Riabilitazione Neurologica)*

Premessa

Gli estensori di questo documento hanno piena consapevolezza che la spinta odierna alla riorganizzazione del SSR è determinata dalla riduzione delle risorse, ma sono convinti che la congiuntura economica può rappresentare, se partiamo dai problemi di salute della popolazione umbra, un'occasione di miglioramento del sistema.

Quali sono i problemi di salute degli umbri

La popolazione in Umbria è sempre più anziana e gli umbri hanno bisogno di assistenza soprattutto per malattie croniche (ipertensione, diabete, ictus e insufficienza cardiaca, malattie broncopolmonari croniche-BPCO, tumori, malattie infiammatorie e neurodegenerative).

Si tratta di malattie di lunga durata, sempre più curabili, anche se non guaribili, che "accompagnano" le persone per molti anni della loro vita. Esse necessitano solo in minima parte di ricoveri ospedalieri, mentre:

- sono prevenibili, attraverso la promozione di stili di vita appropriati;
- sono curabili soprattutto ambulatorialmente o a domicilio o presso strutture intermedie.

Inoltre, soprattutto tra i sempre più numerosi anziani, queste patologie si accompagnano a disabilità e non-autosufficienza, problemi che vedono l'Umbria ai primi posti in Italia.

A fronte di ciò, i cambiamenti sociali ed economici che attraversano anche l'Umbria rendono le famiglie sempre più fragili e impossibilitate a sostenere il carico assistenziale che viene loro silenziosamente assegnato, soprattutto attraverso il lavoro delle donne.

1. Le criticità del SSR umbro

E' chiaro che gli interventi sulla sostenibilità economica della Sanità umbra debbono necessariamente riconsiderare la rete ospedaliera, ma è inefficace concentrarsi pressoché esclusivamente sugli ospedali, a fronte di una situazione epidemiologica caratterizzata dalla crescente presenza di anziani e di patologie croniche.

Il documento regionale evidenzia soprattutto queste criticità:

- troppi ricoveri di media-bassa specialità nelle AO
- troppa mobilità passiva.

L'analisi su dati ministeriali 2010¹ evidenzia che

- l'Umbria ha più ricoveri ordinari per acuti della media nazionale (Umbria 119,37/1000 abitanti contro Italia 115,58); ed il confronto con la Toscana, regione confinante e affine che ha attivato percorsi di sanità di iniziativa, indica un eccesso importante di ricoveri (Toscana: 104,53 ricoveri x 1000 abitanti): 15 ricoveri in più ogni 1000 abitanti, cioè circa 13.500 ricoveri in più all'anno (su un totale di 122.326 ricoveri ordinari per acuti nel 2010);

- questo eccesso è in parte dovuto a ricoveri per patologie croniche; difatti i dati ministeriali evidenziano un tasso di ospedalizzazione più elevato della media nazionale:

- per insufficienza cardiaca (ricoveri x100.000 ab.>18aa- Umbria: 384,50; Italia 344,93; Toscana 323,26); ricoveri x100.000 ab.>65aa - Umbria 1286,71; Italia 1267,05; Toscana 1078,30)
- per asma nell'adulto-ricoveri x100.000 ab -Umbria: 15,35; Italia 11,24; Toscana 7,65);
- per il diabete i ricoveri x100.000 ab. in Umbria sono più bassi della media nazionale (17,58 vs Italia 22,63), ma sono oltre il doppio di quelli della Toscana (7,32);

- quanto alla questione della mobilità passiva essa è generata in primo luogo da ricoveri per interventi ortopedici (es: protesi d'anca e ginocchio) e da ricoveri riabilitativi (verosimilmente collegati).

Nella ASL 2 ad esempio questi ricoveri hanno rappresentato circa il 50% dei costi (6 milioni di euro) per mobilità passiva 2010.

2. La sostenibilità del SSR umbro

A fronte di questo quadro epidemiologico i sistemi sanitari più avanzati - anche italiani - si sono posti il problema di gestire in modo più appropriato le malattie croniche e le condizioni acute più diffuse.

Questo per garantire sostenibilità economica, evitare di frammentare e duplicare gli interventi e di ricoverare inutilmente in ospedale.

Come ? Riorganizzando i servizi attraverso:

- la definizione di percorsi assistenziali condivisi
- azioni di sanità d'iniziativa

¹ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1565_allegato.pdf

- il rafforzamento dei servizi territoriali.

Anche l'Umbria, per un SSR sostenibile, dovrebbe adottare un modello di sanità che punta ad assistere le persone il più possibile nel loro ambiente di vita, coinvolgendole nell'autogestione della patologia, a partire dalla prevenzione fino all'autocura.

Questo perché è dimostrato che

- costa meno alla comunità
- risulta essere più efficace
- è più gradito ai cittadini.

3. Le cose efficaci che non facciamo abbastanza

In primo luogo quindi:

- sono necessari percorsi assistenziali e riabilitativi territorio - ospedale-territorio che forniscano a ciascuna persona un appropriato contesto di cura. Ed in cui i professionisti gestiscano in maniera coordinata i malati, evitando così frammentazioni e duplicazioni degli interventi. La priorità è costruire percorsi riabilitativi ed assistenziali per: ictus, infarto, frattura di femore, protesi d'anca/ginocchio, scompenso cardiaco, diabete, broncopneumopatie croniche;
- deve essere attivata la **sanità di iniziativa**, in cui i professionisti non si limitano a rispondere alla richiesta di assistenza, ma effettuano interventi attivi per prevenire le complicanze e per ridurre le riacutizzazioni e i re-ricoveri ospedalieri. Ad esempio una modalità organizzativa è l' "*Expanded Chronic Care Model*", che integra aspetti che riguardano la prevenzione primaria collettiva e i determinanti di salute, per la presa in carico globale del percorso di salute dei cittadini;
- si deve puntare, oltre che sulle **cure domiciliari**, anche sulle **cure intermedie**;
- le **strutture ospedaliere ed extraospedaliere di Riabilitazione intensiva ed estensiva** per le persone che possono trarre vantaggio da programmi riabilitativi;
- le RSA/residenze sanitarie assistite, l'hospice, gli ospedali di comunità, vengono incontro ai cittadini sia alla dimissione ospedaliera sia quando necessitano di un'assistenza complessa, che non può essere garantita a domicilio, ma non richiede un ricovero in ospedale per acuti;
- l'ospedale di comunità costituisce una struttura intermedia flessibile, che può essere utilizzata per riabilitazione estensiva post-ictus, frattura di femore, protesi d'anca e di ginocchio, per cure palliative e per assistere soggetti in stato vegetativo;
- i servizi per l'Alzheimer (centri diurni, consultori Alzheimer) svolgono un importante ruolo riabilitativo e di sostegno alle famiglie.

Deve essere sviluppata la **prevenzione attiva** per ridurre l'incidenza di malattie croniche e l'evoluzione delle cronicità, utilizzando modelli di intervento ormai sperimentati anche in Italia come ad esempio:

- azioni comunitarie e di ri-progettazione dell'ambiente urbano, per rendere facili le scelte salutari (come ad esempio Gruppi di cammino, Pedibus, Percorsi salute ecc);
- programmi di Attività Fisica Adattata per specifiche patologie (ad esempio mal di schiena, morbo di Parkinson);
- gruppi di auto aiuto per l'educazione e sostegno ai malati cronici.

Condizioni perché tutto questo si concretizzi sono:

- attivazione di un modello organizzativo di cure primarie che veda il cittadino veramente al centro del sistema, con la costruzione di una rete di professionisti che opera secondo ruoli e funzioni ben definite, creando **team assistenziali multiprofessionali** (mmg, pls, medici di continuità assistenziale, infermiere, specialista, medico di distretto ecc) che si prendono carico del malato e garantiscono una **assistenza 24 ore 7 giorni su 7**, agendo sulla base di Linee Guida condivise.

Guida condivise.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali previste dall'ultima convenzione della Medicina Generale possono costituirne la base di partenza. Collegandosi con queste aggregazioni i Centri di salute possono così rappresentare una base di partenza verso l'evoluzione in Case della Salute.

- attivazione di un modello organizzativo per la definizione dei percorsi assistenziali/riabilitativi ospedale-territorio attraverso la presenza in ogni ospedale di emergenza di un servizio di riabilitazione che possa effettuare il "trriage riabilitativo" in fase acuta collegato con la rete della riabilitazione territoriale

- **sistemi di comunicazione e condivisione dei dati clinici** informatizzati fra professionisti dell'ospedale e del territorio (e col cittadino), con l'obiettivo di creare una rete assistenziale informativa intorno al paziente, per evitare duplicazioni e rendere più agevole l'utilizzo dei dati clinici necessari per la continuità delle cure e **sistemi informativi** per la documentazione e la valutazione delle cure primarie, anche attraverso la integrazione dei sistemi già operanti.

3. Le cose non efficaci che dobbiamo cambiare

Sarà impossibile questo cambiamento se non si interviene in maniera decisa rilanciando la funzione territoriale e razionalizzando la funzione ospedaliera.

Come ?

a. **riducendo ridondanze ospedaliere** in termini di numeri di strutture ospedaliere. Ad esempio:

- **riducendo** da tre ad una centrale 118 e razionalizzando la rete dell'emergenza, eliminando punti di primo soccorso inutili e pericolosi e sostituendoli con postazioni di 118 efficacemente collegate con i DEA
- **rivedendo** la rete dei punti nascita secondo le linee guida ministeriali (che prevedono la chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti ed un riassetto di quelli che hanno un numero di parti compreso tra 500-1000) ed organizzando un adeguato sistema di trasporto neonatale

- **riducendo** da sette a quattro le rianimazioni, da due ad una cardiocirurgia, da due ad una neurochirurgia.

b. **ridefinendo alcune funzioni ospedaliere rispetto al bacino d'utenza**; ad esempio (secondo documenti dell'AGENAS e del Ministero della Salute) sono da prevedere:

- una emodinamica ogni 300-600.000 abitanti, riducendo da quattro a due le emodinamiche, ma rendendole attive h 24

- una ortopedia e traumatologia per 100.000 - 200.000 abitanti (attualmente ad esempio nel territorio della ASL 2 ne esiste 1 per 360.000 abitanti)

- più letti di Stroke Unit (e meno di Medicina) come già precisato dal PSR 2003-2005, come risposta efficace per la cura dell'ictus, che è la II causa ricovero medico in Umbria; nella ASL 2 ad esempio, dove si verificano circa 1000 ictus/anno, meno di 500 sono assistiti in Stroke Unit, mentre gli altri sono ricoverati in reparti di medicina.

- un Servizio di riabilitazione nell'Azienda Ospedaliera di Perugia che definisca i percorsi riabilitativi per le persone con disabilità secondaria ad eventi acuti, soprattutto per l'ictus e gli esiti di chirurgia ortopedica traumatologica e protesica dell'arto inferiore collegato con la Rete della riabilitazione regionale

c. **definendo con le regioni viciniori un piano per le alte specialità**, in cui tenere conto:

- che il numero di residenti in Umbria ne preclude di norma l'attivazione;

- che quelle esistenti sono attive solo se ricevono pazienti da altre regioni;

- che accordi ben fatti garantiscono buoni esiti, sostenibilità e scambio di clinici

d. **trasformando ospedali di territorio in strutture territoriali**: case della salute e/o strutture per le cure intermedie

e. **utilizzando un sistema di finanziamento che alimenti un ciclo**

virtuoso di appropriatezza anche a livello ospedaliero, abbandonando il sistema a tariffa per prestazione/ricovero, in cui paga la malattia, per adottare un sistema a **global budget**, in cui paga la salute

In ultimo una considerazione sulla soluzione di **far gestire tutti gli ospedali di territorio dalle AO**.

Le Aziende Ospedaliere sono anche gli ospedali di territorio dei due capoluoghi (circa 280.000 abitanti, un terzo degli umbri !); e l'AO di PG è anche l'unico ospedale dell'emergenza per gli abitanti della ASL 2 (360.000 abitanti).

L'utilizzo dei posti letto delle AO per ricoveri di media-bassa specialità è connaturato con la storia, la cultura e le tradizioni locali e non potrà essere eliminato semplicemente con una legge regionale. Inoltre questi ricoveri, soprattutto per pazienti anziani e cronici, debbono trovare una risposta anche geograficamente vicina.

Perciò il ruolo di **ospedale di città** deve essere preso in carico delle AO come componente essenziale della missione aziendale, alla pari con l'alta specialità e la ricerca.

Come ?

Assumendo alla stregua delle ASL la responsabilità di lavorare per la costruzione di **percorsi assistenziali** che accompagnino i cittadini da un appropriato ricovero ospedaliero al domicilio, garantendo la continuità delle relazioni fra professionisti e fra servizi e **riallineando interessi ed obiettivi**

fra ospedale e territorio, con obiettivi comuni, procedure/percorsi comuni, sistemi di comunicazione clinica informatizzata comuni.

REVISIONE I - 19.12.2011

Firmato

- Filippo Bauleo - Presidente CARD Umbria
- Daniela Ranocchia - SIQUAS
- Guido Guarnieri - Presidente SITI Umbria
- Marco Petrella - Coordinatore AIE Umbria
- Maurizio Massucci e Mauro Zampolini - direttivi nazionali SIMFER e SIRN

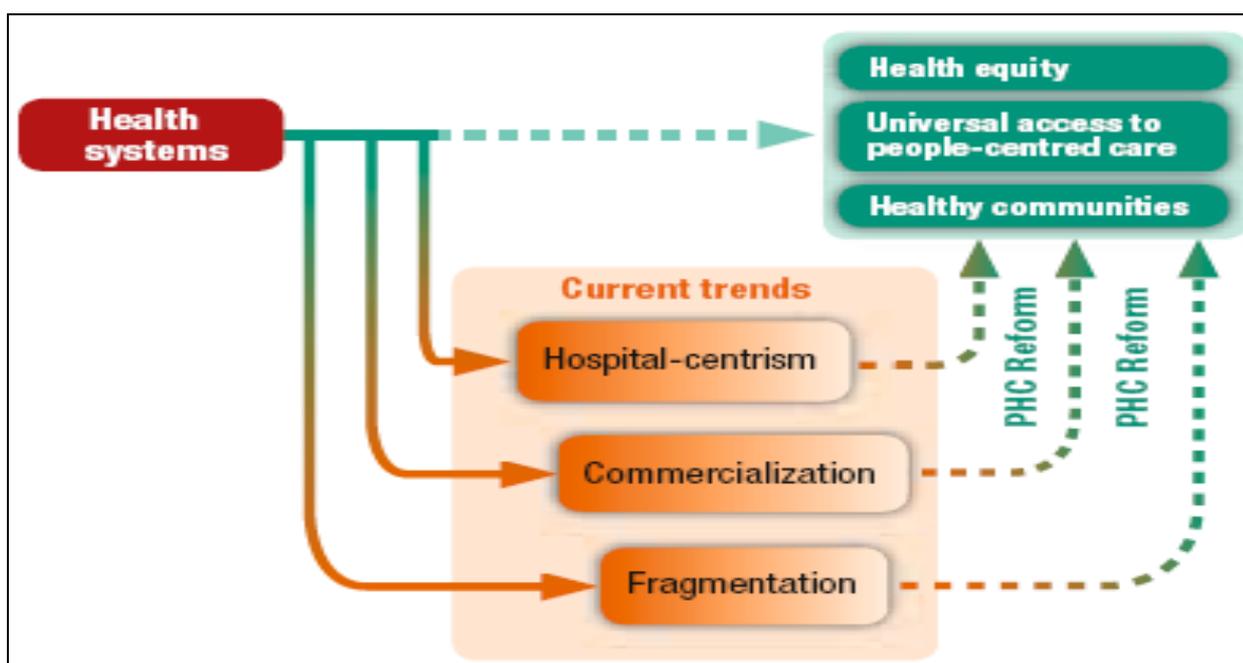
***Sulla riorganizzazione del SSR:
contro la centralità dell'ospedale nel servizio sanitario,
per interventi efficaci e sostenibili
e per la riduzione degli sprechi***

Revisione del 08/11/2011

"Presupposto di una vera critica è l'assenza di ogni riguardo"
(Karl Marx)

Indice:

- 1) Pars destruens:** perché la proposta della Giunta è ospedalocentrica, epidemiologicamente disallineata, non documentata rispetto ai modelli scelti e quindi gestionalmente inappropriata
- 2) Pars costruens:** le cose efficaci ed efficienti che ora non facciamo e gli "sprechi" su cui si potrebbe intervenire (primi elenchi)



Sostituzione dei fini nei servizi sanitari (Fonte: OMS 2008b)

1) Pars destruens

1) **Manca** in primo luogo una **visione nuova e complessiva**, come quella sviluppata su “Salute sanità come beni comuni. Per un nuovo SSR” (<http://www.latramontanaperugia.it/public/documents/Salute%20bene%20comune.pdf>)

2) **Manca una visione conseguente con la situazione epidemiologica**, che in Umbria -come altrove- vede prevalere le malattie cronic degenerative (che diverranno nel 2030 ancora più di quanto non lo siano oggi, le più rilevanti cause di disabilità e morte della popolazione) e vede

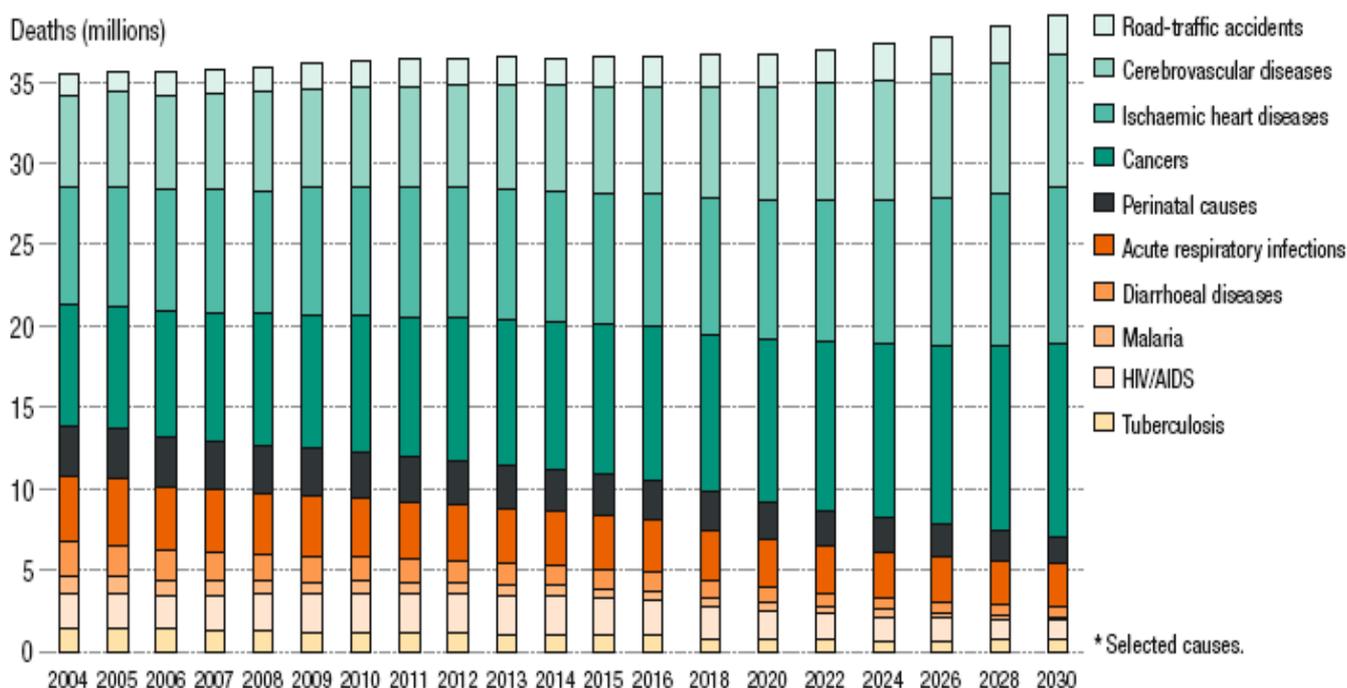


Fig 1. Proiezione al 2030 del peso di grandi gruppi di cause di morte nel contribuire alla mortalità generale. (Fonte OMS 2008a)

crescere il numero di anni di vita passati in disabilità (pochi interventi di promozione salute e prevenzione delle malattie cronic degenerative, insufficiente capacità di costruire percorsi assistenziali integrati ed efficaci, eccesso di attenzione ad una funzione ospedaliera isolata dal contesto, ecc).

3) La **prevenzione** viene trattata **marginalmente** e la **promozione** della salute **ignorata**

4) Così come è mancato nella elaborazione, **mancano le indicazioni sul percorso partecipativo** della riorganizzazione del nostro SSR;

5) il **distretto** viene ridotto alla sola **funzione erogatrice**;

6) manca qualsiasi riferimento alle **cure intermedie**, il livello che, opportunamente organizzato permetterebbe di evitare ricoveri inappropriati e costosi

5) Sono **“ospedalocentriche” ed ideologiche** perché non **supportate da letteratura scientifica**:

a) la **proposta di affidare alle AO** (modello lombardo?) sottraendoli alle ASL, gli **ospedali di territorio**, che invece sono stati proposti da ben due **PSR** (tra cui quello **vigente**) per l'integrazione tra ospedale e territorio dei percorsi assistenziali per le malattie cronico degenerative;

b) il mantenimento di **sistemi tariffari in cui "paga la malattia"**, come la sovra tariffazione (+ 30%!!) alle AO per il trattamento delle patologie a medio bassa complessità che invece dovrebbero essere trattate negli ospedali di territorio, ingolfando le prime (che così però fanno cassa a costo di mettere le barelle per i corridoi) e sottraendo ai secondi la propria funzione e risorse preziose;

c) la proposta (**non prevista** nel PSR attuale) di integrare organizzativamente AO ed Università, in un contesto in cui:

- la **mobilità passiva** che cresce indica una difficoltà ad avere **clinici di qualità**, sulla cui cooptazione le **facoltà bio-mediche** non danno sufficienti garanzie, anche perché permeabili agli **"interessi extraorganizzativi"**;

- le **facoltà bio- mediche**, a differenza del SSR **non** hanno **mai brillato per qualità della gestione** (due corsi di medicina con 75 studenti l'uno!) e mantenimento degli equilibri finanziari;

- si va verso una **università basata sulla ricerca** il che comporta **minori capacità assistenziali**.

d) la scelta di **non intervenire** sulla sempre più **artificiosa separazione degli ospedali dalle ASL a PG e TR, la vera integrazione da conquistare**;

6) Il modello che ispira la **riduzione del numero delle ASL: nelle Marche** l'esperienza della ASL unica non deve essere andata tanto bene, se **hanno riattivato le aree vaste** (una per provincia).

7) Molte delle **misure che consentono di risparmiare** soldi sono previste da ormai **più di due PSR**, ma poiché **mancano i piani attuativi locali** le "direzioni aziendali" non hanno fatto granchè!

8) **la crisi finanziaria è solo iniziata** e potrebbero mancare a breve ben altre risorse: se non si attiva un processo di reciprocità e coinvolgimento dei cittadini, i risparmi da accentrato servono a ben poco..

9) Sulla **partecipazione nelle condizioni della contemporaneità** (vedi la Toscana che fa partecipare on line sul proprio PSR), **non c'è nulla**. Eppure il **referendum ha dimostrato** la voglia e la maturità dei cittadini nel partecipare, l'audit civico ha evidenziato enormi carenze nella applicazione delle e norme vigenti e non si può proprio dire che in Umbria non ci siano problemi di uso privato del pubblico....

2) Pars costruens (elenco provvisorio)

Gli elenchi che seguono sono provvisori e limitati perché pensati da poche teste.

Se volessimo fare una con ricerca (sui social network, per esempio) coinvolgendo professionisti, operatori, e cittadini sulle cose importanti per rendere sostenibile il nostro SSR gli elenchi sarebbero infinitamente più ricchi e la loro applicazione (anche in termini di controllo dal basso) sarebbe sicuramente più facile da attivare e mettere a regime.

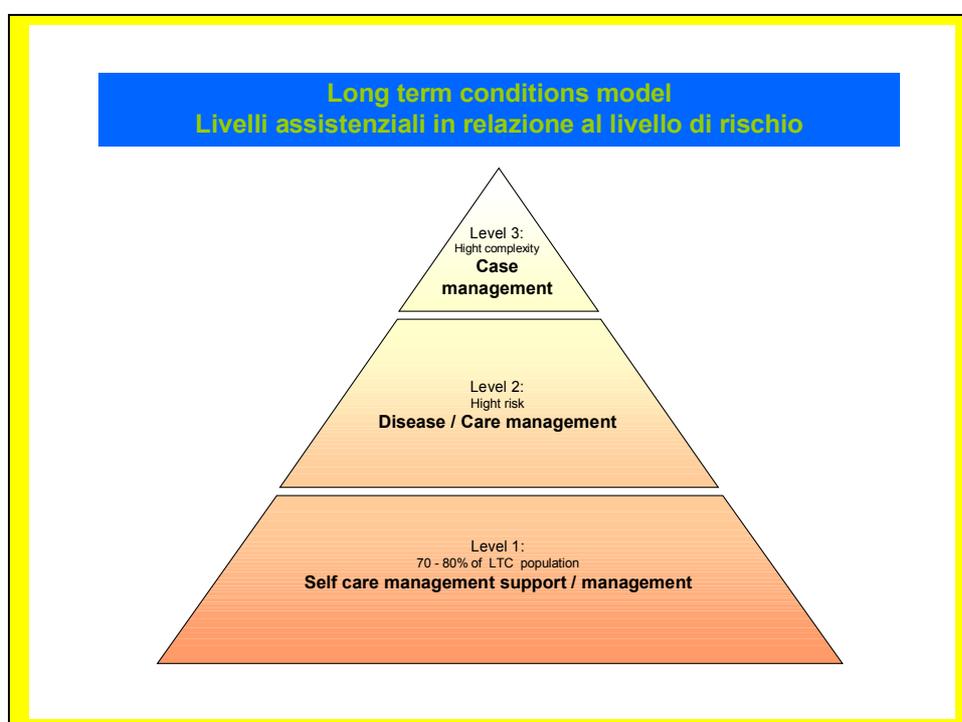
In ogni caso la riorganizzazione dovrebbe essere sia in una nuova legge che in un nuovo PSR

2.1) Le cose efficaci ed efficienti che ora non facciamo (elenco provvisorio)

2.1.1.) Aspetti legati alla operatività del SSR

a) La promozione con azioni multilivello di attività motoria e dieta congrua in pz ipertesi, diabetici, iperlipidemici e in donne osteoporotiche è estremamente costo efficace e consente

- la sostituzione dei trattamenti farmacologici nei pz complianti entro sei mesi dall'attivazione con risparmi attesi di un quinto della spesa per farmaceutica territoriale;
- b) La imposizione di una “fat tax” sulle bevande zuccherate viene ritenuta una misura efficace per ridurre obesità, sovrappeso e impatto sulla salute della dieta incongrua.
 - c) Interventi sulla coltivazione del tabacco e sulla commercializzazione dei suoi prodotti sono in grado di produrre, ove si abbia la capacità politica di adottarli, rilevanti benefici per la salute e altrettanto rilevanti benefici sulle spese sanitarie; la promozione della disuasione al fumo di tabacco è estremamente costo efficace, anche se su un piano temporale medio lungo
 - d) Attivazione di un modello di cure primarie che vede un team assistenziale (MMG, infermiere, specialista, medico di distretto, medici di CA, ecc) che si prende carico dell'assistito e garantisce una assistenza 24 ore 7gg su 7, attraverso la realizzazione su un piano organizzativo ad esempio delle AFT/UCCP e che applichi modelli assistenziali condivisi per la gestione delle patologie croniche (CCM);
 - e) La attivazione del Chronic care model e dei relativi percorsi per autogestione assistita da



infermieri di territorio, presa in carico da parte di mmg e affidamento dei soli casi più complessi agli specialisti è estremamente costo efficace e permette di riorientare il SSR verso una piena reciprocità tra cittadini ed SSR, una condizione centrale per la sostenibilità sul breve e medio periodo e ridurre il ruolo dispendioso, foriero di liste di attesa e non equo degli specialisti;

- ƒ) Migliore organizzazione delle cure intermedie (il livello assistenziale che prende in carico le patologie cronico degenerative quando l'ospedale ha garantito gli interventi efficaci ma il domicilio non garantisce una appropriata risposta sanitaria²).

² Monitor, 47/2011: pag 84 allegato 2 “Proposta di struttura di cure intermedie”

Proposta di “Struttura di Cure Intermedie”

Posti letto	modulo da 30 posti letto
Standard di personale	la dotazione di personale deve rispettare i seguenti parametri minimi: - 1 coordinatore infermieristico e 0,625 n° di personale di assistenza per ogni ospite, per esempio: - 1 infermiere ogni 8 ospiti - 1 O.S.S. ogni 2 ospiti - il corrispondente di un specialista ogni 20 ospiti secondo le esigenze degli ospiti per esempio terapeuta/logopedista.
Assistenza medica	L'assistenza medica durante la settimana è garantita dalla presenza di un medico curante (preferenzialmente con specializzazione in Geriatria o Medicina Interna, o esperienza almeno triennale equivalente) almeno corrispondente a quella di un tempo pieno equivalente Devono poter essere assicurate le principali consulenze specialistiche "on-site", fra cui quella del geriatra, del palliativista e del fisiatra. È preferibile che geriatra e fisiatra si occupino della selezione degli ospiti nei reparti ospedalieri. La continuità assistenziale è assicurata dalla convenzione con i medici del servizio di Continuità Assistenziale, che possono effettuare anche accessi programmati nei giorni di sabato e domenica per garantire una maggiore integrazione con l'équipe assistenziale.
Modalità di remunerazione	Il costo giornaliero ha un valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera (cod 60) e quello delle strutture Residenziali. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera la quale può essere o meno a carico dell'utente
Durata del ricovero	Il tempo massimo di permanenza è di 60 giorni continuativi. In caso di comprovate situazioni di carattere eccezionale può essere concessa una proroga di massimo ulteriori 30 giorni (tempo complessivo totale 90 giorni) Il tempo di permanenza minimo è di 20 giorni La permanenza media è di circa 20-25 giorni
Possibili “nodi” in via di risoluzione	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio
Strumenti di valutazione in ingresso/dimissione	L'ingresso è regolato attraverso Unità di Valutazione Multidimensionale, attivata dal medico selettore cui partecipano Medico Curante, Caposala, Responsabile UV MD, infermiere delle Cure Primarie titolari del percorso Dimissioni Protette, Assistente Sociale del Comune di residenza del paziente, eventualmente la Famiglia. L'ingresso è subordinato alla compilazione: - della scheda di Valutazione Multidimensionale - della scheda di sintesi delle problematiche rilevate, completa della descrizione del Progetto Assistenziale e della tempistica dello stesso (data di ingresso, durata prevista del ricovero, rientro previsto al domicilio) - del piano di assistenza personalizzato che preveda il successivo rientro a domicilio, stipulando con la Famiglia un accordo in termini di modalità e tempi dell'assistenza. Alternativi al rientro a domicilio, sono l'inserimento temporaneo in RSA di cura o riabilitazione o l'inserimento definitivo in RSA di base. La struttura viene valutata sulla capacità di dimettere effettivamente a domicilio (indicatori utili: % dimessi a domicilio sul totale dei dimessi; % dei pazienti residenti a domicilio 3 mesi dopo la dimissione) A discrezione del medico specialista selettore possono essere compilate ulteriori schede (test e/o scale di valutazione) atte a seguire il follow up dell'intervento. Alla dimissione viene nuovamente compilata la scheda di Valutazione Multidimensionale per valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati in ingresso
Lavoro multidisciplinare e multidimensionale	Presso la struttura vengono usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale. La definizione per tutti i pazienti del Piano di Assistenza individualizzato, la sua rivalutazione e la gestione clinica e assistenziale sono gestiti dalla struttura e prevedono un approccio multidimensionale e multidisciplinare
Decisore programma cure	Il programma di cure è deciso in modo collegiale dalla UVM che precede l'ingresso nella struttura
Controllore programma cure	Il medico coordinatore è garante del programma assistenziale e terapeutico all'interno della struttura
Esplicitazione dei risultati attesi	La definizione dei risultati attesi viene fatta dalla UVM (o UVO) che precede l'ingresso nella struttura
Valutazione del raggiungimento risultati attesi	Il Distretto di appartenenza verifica i risultati ottenuti dalla struttura, attraverso il medico coordinatore con il supporto dei colleghi medico curante e specialisti incaricati della selezione dei pazienti

- g) La attivazione di centri diurni in sostituzione della residenzialità è estremamente costo efficace per i pz coinvolti, perché li mantiene nel contesto di riferimento; la residenzialità, salvo casi specifici, offende la dignità del soggetto istituzionalizzato, ne annulla la relazionalità e non è sostenibile finanziariamente;
- h) La attività fisica adattata è efficace nel ridurre la disabilità da osteo, artro e muscolopatie nei pazienti anziani
- i)

2.1.2) Aspetti legati alla gestione del SSR

- a) Democratizzare il SSR ed evitare l'autoreferenzialità dei programmatori e l'uso privato del pubblico, dando voce effettiva ai cittadini:
 - a. nella scelta condivisa delle priorità
 - b. nella valutazione in regime di terzietà di qualità, efficienza ed efficacia del SSR
 - c. Sottoporre a valutazione della qualità in regime di terzietà (tipo audit civico) almeno
 - i. Mmg e continuità assistenziale
 - ii. DSM
 - iii. Ospedali
 - iv. Attività di DG e dirigenti di struttura complessa
 - v. il PSR ed i PAL, i DG ed i responsabili di struttura complessa per
 - vi. Altri...
- b) Ove si decida, sbagliando, di mantenere le Aziende ospedaliere, occorre definire con grande chiarezza le loro relazioni con la committenza (AUSL di riferimento) e mettere questa ultima in grado di negoziare efficacemente global budget e percorsi assistenziali integrati, ad oggi inesistenti (vedi modello figura 2)

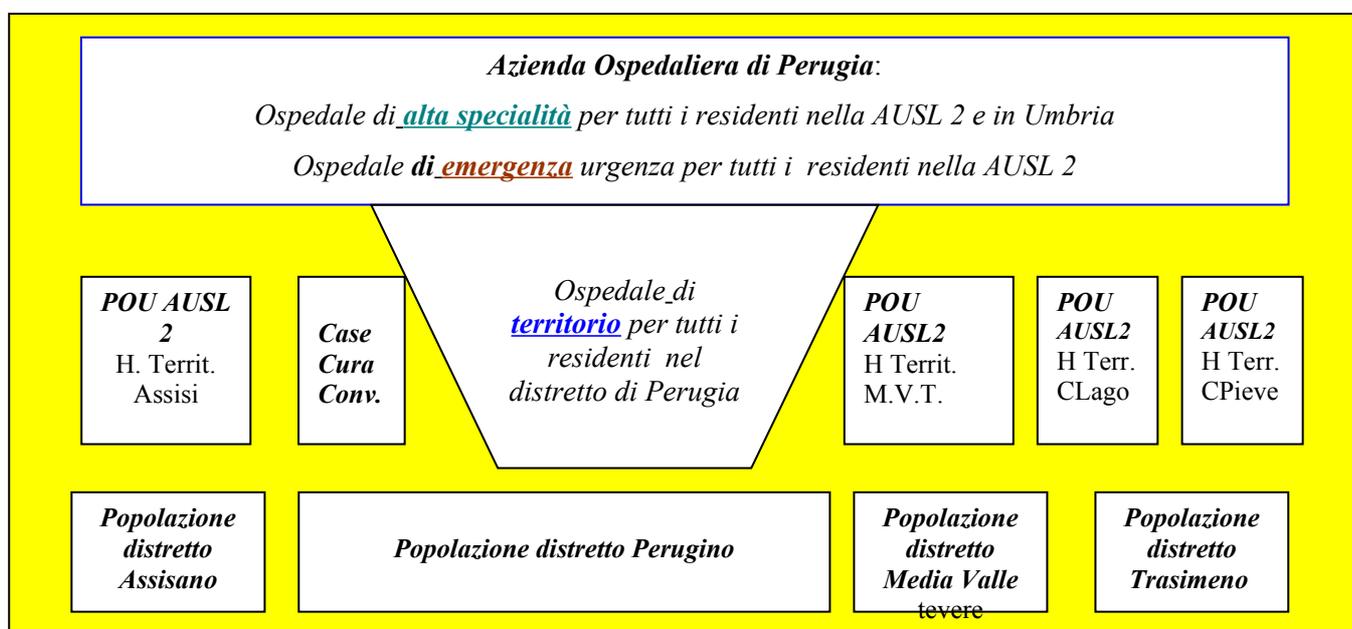


Fig. 2) Integrazione tra POU ed AOPG nel garantire l'assistenza ospedaliera nella AUSL 2.

- c) Adottare sistemi di retribuzione in cui paga la salute:
 - a. A livello di medicina generale occorre applicare la convenzione e puntare sul pagamento a quota capitaria, in assenza di evidenze sui benefici prodotti dagli accordi convenzionali basati sul pagamento a prestazione che produce costi e inappropriatezza;
 - b. A livello ospedaliero occorre abbandonare il sistema a tariffa, in cui paga la malattia, verso il sistema a global budget, in cui paga la salute. Lo sviluppo dei sistemi di contabilità analitica rende ingiustificata sul piano gestionale l'esistenza delle AO, il vero lusso del sistema;
- d) Definizione con le regioni viciniori di un piano per le alte specialità, in cui tenere conto:
 - a. che il numero di residenti in Umbria ne preclude di norma l'attivazione;
 - b. che quelle esistenti sono attive solo se ricevono pz da altre regioni;

c. Che accordi ben fatti garantiscono buoni esiti, sostenibilità e scambio di clinici

a) Definizione di cosa è una struttura complessa con relativi bacini di utenza e pl (min e max)³

Tabella 12 - Bacino di utenza per specialità e PL indicativi per struttura complessa (S.C.)

Acu	Area	Diffusione	Specialità	Bacino di Utenza pubblico e privato (milioni di abitanti) (*)				PL/ S.C.
				Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		
				Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo	
0	1	1	1 Allergologia			2	1	
0	7		2 Day hospital (multispecialistico)					0
0	7		3 Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15	0
0	7		5 Angiologia					0
0	2	1	6 Cardiocirurgia infantile	6	4			16
0	2	1	7 Cardiocirurgia	1	0,5			16
0	1	3	8 Cardiologia	0,3	0,15			20
0	1	2	8 Emodinamica (SS)			0,6	0,3	
0	2	3	9 Chirurgia generale	0,2	0,1			24/32
0	2	1	10 Chirurgia maxillo-facciale	2	1			16
0	2	1	11 Chirurgia pediatrica	2	1			20
0	2	1	12 Chirurgia plastica	2	1			16
0	2	1	13 Chirurgia toracica	1,5	0,8			16
0	2	2	14 Chirurgia vascolare	0,8	0,4			16
0	7		15 Medicina sportiva			attività territoriale		0
0	1	2	18 Ematologia	0,8	0,4			20
0	1	2	19 Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	0,8	0,4			20
0	1	1	20 Immunologia e centro trapianti			4	2	0
0	1	2	21 Geriatria	0,8	0,4			20
0	1	1	24 Malattie infettive e tropicali	1	0,5			20
0	1	1	25 Medicina del lavoro	2	1			20
0	1	3	26 Medicina generale	0,15	0,075			24/32
0	7		27 Medicina legale			attività territoriale		0
1	6	1	28 Unità spinale	4	2			20
0	1	2	29 Nefrologia	0,8	0,4			20
0	2	1	30 Neurochirurgia	1	0,5			20
0	3	3	31 Nido					0
0	1	3	32 Neurologia	0,3	0,15			20
0	3	2	33 Neuropsichiatria infantile			0,8	0,3	0
0	2	3	34 Oculistica	0,3	0,15			16
0	2	2	35 Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4			20
0	2	3	36 Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1			24/32
0	3	3	37 Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15			24/32
0	2	3	38 Otorinolaringoiatria	0,3	0,15			16
0	3	3	39 Pediatria	0,3	0,15			20
0	5	3	40 Psichiatria	0,3	0,15			16
0	7		41 Medicina termale			n/a		0
0	7	1	42 Tossicologia			6	4	0
0	2	3	43 Urologia	0,3	0,15			20
0	4	1	46 Grandi ustioni pediatriche					8

(*) il numero di posti letto, ordinari e day hospital, è indicativo per il pubblico; per il privato si farà riferimento a corrispondenti volumi di attività

³ Monitor n. 47/2011: “Il piano di riorganizzazione dell’assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro. Tab. 12: Bacino di utenza per specialità e PL indicativi per struttura complessa (S.C.)”

Tabella I 2 - Bacino di utenza per specialità e PL indicativi per struttura complessa (S.C.)

Acu	Area	Diffusione	Specialità	Bacino di Utente pubblico e privato (milioni di abitanti)				PL/ S.C.
				Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		
				Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo	
0	4	1	47 Grandi ustionati	6	4			8
0	2	1	48 Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2			20
0	4	3	49 Terapia intensiva	0,3	0,15			8
0	4	3	50 Unità coronarica	0,3	0,15			8
0	4	3	51 Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	0,3	0,15			8
0	1	1	52 Dermatologia	1	0,5			20
0	7	2	54 Emodialisi (vedere anche nefrologia cod 29)			0,5	0,3	0
0	7		55 Farmacologia clinica			n/a		0
1	6	3	56 Recupero e riabilitazione funzionale	0,07	0,04			24/32
0	1	1	57 Fisipatologia della riproduzione umana	4	2			20
0	1	2	58 Gastroenterologia	0,8	0,4			20
1	6	3	60 Lungodegenti (vedi medicina generale)					24/32
0	7		61 Medicina nucleare			1	0,5	0
0	3	1	62 Neonatologia (in alternativa a cod. 73)	1	0,5			20
0	1	3	64 Oncologia	0,8	0,4	0,3	0,15	16
0	1		65 Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)	0				0
0	1	1	66 Oncoematologia pediatrica	4	2			20
0	7		67 Pensionanti (multispecialistico)			n/a		0
0	1	2	68 Pneumologia	0,8	0,4			20
0	7	3	69 Radiologia			0,3	0,15	0
0	1		70 Radioterapia (vedere codice 74)					0
0	1	1	71 Reumatologia	1	0,5			20
0	4	1	73 Terapia intensiva neonatale	1	0,5			8
0	1	1	74 Radioterapia oncologica			1	0,5	0
1	6	1	75 Neuroriabilitazione	2	1			20
0	2	1	76 Neurochirurgia pediatrica	6	4			20
0	1	1	77 Nefrologia pediatrica	6	4			20
0	2	1	78 Urologia pediatrica	6	4			20
0	7		82 Anestesia e rianimazione (Serv. ambulatoriale vedere 49)			In rapporto all'articolazione della rete dei pronto soccorso		0
0	7		97 Detenuti					0
0	7		98 Day surgery					0
0	7	3	Laboratorio d'analisi			0,3	0,15	0
0	7		DS Direzione sanitaria di presidio			1 SC per HUB e spoke, SS nei presidi di base		
0	7		F Farmacia ospedaliera			SC per HUB e spoke.		
0	7		Servizio trasfusionale			0,3	0,15	
0	7		Microbiologia e virologia			1	0,5	

(*) il numero di posti letto, ordinari e day hospital, è indicativo per il pubblico; per il privato si farà riferimento a corrispondenti volumi di attività

e) Integrazione tra livelli territoriali ed ospedalieri per gli screening a Pg e Tr

- f) Piano energetico regionale per il SSR (nemmeno il recente ospedale di Pantalla ha rispettato le previsioni di legge) e verifica dei consumi elettrici e telefonici
- g) Obbligo di dichiarazione da parte di responsabili di servizio, DS, DA e DG e dirigenti regionali:
 - a. di assenza di conflitto di interessi nello svolgimento dell'attività professionale
 - b. della iscrizione a logge o altre strutture coperte
- h) *ASL, opportunamente democratizzate e organizzate in distretti e con ospedali tutti al loro interno, potrebbero garantirci la sostenibilità nel medio periodo.*
- i)

2.2) Gli “sprechi su cui si potrebbe intervenire (primo elenco)

2.2.1) Livello ospedaliero

- a) Riduzione immediata:
 - a. Da tre ad una centrale 118
 - b. Da sette a quattro dipartimenti di emergenza urgenza
 - c. Da due ad una cardiocirurgia
 - d. Da due ad una neurochirurgia
 - e. Da quattro a due emodinamiche
- b) Riduzione dei punti nascita in base alla loro concentrazione lungo determinati assi viari che garantiscono una appropriata accessibilità
- c) Verifica professionale periodica sulla base della casistica per le discipline chirurgiche;
- d) Verifica professionale periodica sulla base della casistica per le rianimazioni
- e) La spesa per la farmaceutica ospedaliera va riportata sotto controllo, come in Emilia Romagna;
 - a. controlli a campione sui medici specialisti ospedalieri così come dovrebbe avvenire per i mmg/pls
- f)

2.2.2) Livello distrettuale

- a) La farmaceutica territoriale rappresenta tuttora un campo in cui la prescrizione inappropriata pesa almeno un sesto della spesa generale. Misure:
 - a. maggiore uso dei farmaci generici;
 - b. controlli a campione:
 - i. sui farmaci ad alto costo erogati dalle farmacie territoriali;

- ii. sulla contiguità tra studi medici e farmacie private convenzionate (Terni!!);
 - c. distribuzione diretta in nome e per conto da parte delle farmacie;
 - d. sperimentazione gestionali per le farmacie di ASL..... ;
 - e. definizione di linee guida concordate tra mmg/pls e medici specialisti ospedalieri

- b) La percentuale di tecnici nei servizi veterinari del DP è estremamente bassa, a differenza che negli ISP, negli IAN, negli PSAL con costi non indifferenti

- c) “Continuità assistenziale”:
 - a. verifica parametri punti di erogazione;
 - b. passante telefonico unico con il 118;
 - c. integrazione con i primi/pronto soccorsi, per i codici bianchi
 - d. integrazione vera con la medicina generale attraverso la realizzazione delle AFT/UCCP

- d) Integrare nel DSM i dipartimenti per le dipendenze

- e) Ulteriore centralizzazione della diagnostica di laboratorio con integrazione tra i sistemi informativi al fine di ridurre la ripetizione di esami, dando la possibilità di consultazione ai diversi professionisti.” Tale Possibilità dovrebbe essere permessa anche ai MMG.

- f) Ulteriore centralizzazione della diagnostica strumentale con integrazione tra i sistemi informativi al fine di ridurre la ripetizione di esami, dando la possibilità di consultazione ai diversi professionisti.” Tale Possibilità dovrebbe essere permessa anche ai MMG.

- j) Integrazione a livello regionale dei servizi:
 - a. farmaceutico,
 - b. eme trasfusionale,
 - c. dialisi,
 - d. istologia ed anatomia patologica,
 - e. centri di lettura degli screening

- k) Integrazione della attività di riabilitazione neurologica nei presidi dell'emergenza dotati di spazi congrui (es.: Trevi > Foligno)

La disabilità nel riassetto regionale Umbro

Bozza, Perugia, 10/3/12

Premessa

Lo spostamento epidemiologico dalla medicina dell'acuto alla medicina della cronicità ha cambiato anche la prospettiva dei processi di cura, di prevenzione secondaria terziaria e di riabilitazione. In questo contesto la condizione esitale della malattia che non guarisce viene definita disabilità. La disabilità diventa quindi l'elemento cui incentrare le azioni della cosiddetta fase di cronicità. Subito dopo l'evento occorre intervenire sulla disabilità al fine di ridurla al minimo per far riconquistare alla persona la piena autosufficienza. L'intervento standardizzato in questa direzione è quello riabilitativo. Una volta ottenuto il miglioramento la sfida della medicina moderna è quella di mantenere l'autonomia raggiunta nel tempo. Per far questo occorre garantire una continuità di processo con l'ambito sociale per sostenere le abilità del paziente nella normale attività quotidiana e relazionale. Conciliare stili di vita, promuovere attività che possono mantenere la forma fisica, mettere in campo attività di prevenzione secondaria che possono prevenire il peggioramento dell'autonomia della persona disabile.

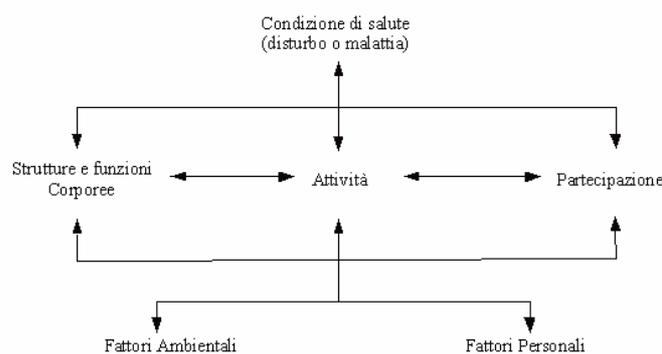
La nuova definizione di disabilità secondo lo schema ICF

In questo schema è difficile distinguere l'intervento puramente sanitario da quello puramente sociale, è più corretto pensare ad un intervento integrato biopsicosociale.

Proprio questo viene dall'organizzazione della sanità con la nuova (in decennale) classificazione internazionale sul funzionamento e la (ICF). Con questo sistema classificate le conseguenze malattia in termini di menomazione, limitazione attività personali e della partecipazione sociale

identificando i fattori relativi alla capacità personale e i fattori ambientali che sono alla base della disabilità della persona. La disabilità, secondo questo moderno schema, è il prodotto delle conseguenze della malattia in termini di limitazione delle attività della vita quotidiana e di fattori ambientali che possono facilitare o limitare le potenzialità di una persona.

Intervenire a favore della disabilità in termini moderni significa quindi portare al massimo le capacità della persona tenendo conto degli esiti della malattia e agire sui fattori ambientali per migliorarne l'autonomia e limitare quindi la non autosufficienza. I Fattori ambientali non sono



proposto
mondiale
realtà ormai

disabilità
vengono
della

delle
restrizione

intesi solo come fattori fisici ma anche come atteggiamenti culturali delle persone che circondano la persona disabile e addirittura le politiche di promozione dell'autonomia che vengono messi in campo.

Il riassetto regionale e la disabilità

Il riassetto regionale umbro deve quindi tener conto di questa visione moderna della disabilità. Occorre prevedere la prevenzione primaria degli esiti disabilitanti della malattia, promuovere la riabilitazione come strumento per migliorare il più possibile le capacità della persona, mettere in campo politiche culturali e organizzative per strutturare un ambiente che possa facilitare l'autonomia delle persone disabili.

Per fare questo occorre effettuare un intervento riabilitativo precoce fin dalle prime fasi della malattia, definire le capacità di miglioramento della persona e indirizzarla nel percorso di recupero o assistenziale migliore possibile. In altre parole occorre garantire una reale continuità assistenziale dalla fase ospedaliera dell'acuto, alle strutture intermedie fino al territorio. Parte dell'intervento è anche quello di predisporre un ambiente migliore possibile per facilitare l'autonomia del paziente. A questo fine la funzione del territorio è assolutamente fondamentale per ottenere il pieno recupero della persona e garantire il livello di salute massimo possibile. A livello territoriale si sintetizza l'aspetto del recupero funzionale con la dimensione assistenziale. Perseguire questi obiettivi significa fare un investimento sul bene-persona ma anche ridurre le spese assistenziali contribuendo alla riduzione delle spese relative. Una persona più autonoma, infatti, è anche una persona che richiede meno risorse assistenziali. Inoltre, promuovere adeguati stili di vita (come ad esempio l'attività fisica adattata) risultano avere un grosso impatto in termini di mantenimento della condizione di salute a fronte di un minimo investimento economico.

La condizione di disabilità va intesa nel senso più ampio possibile, si va dalle condizioni che hanno alla base una menomazione fisica a quelle mentali relative a patologie di ordine psichiatrico. Anche il termine di riabilitazione, sia medica che sociale, va intesa nei termini più ampi possibili uscendo dall'intervento relativo alla singola patologia e alla singola specialità per andare a costituire un intervento mirato alla persona nella sua globalità.

Nel recente World Report on Disability (2011) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità si legge: "La disabilità è parte della condizione umana. Quasi tutti saranno temporaneamente o permanentemente compromessa ad un certo punto nella vita, e coloro che sopravvivono alla vecchiaia incontreranno difficoltà crescenti nel funzionamento. La maggior parte delle famiglie estese hanno un membro disabile, e molte persone non disabili si assumono la responsabilità per il sostegno e la cura per i loro parenti e amici con disabilità. Ogni epoca ha affrontato la questione morale e politica nel modo migliore per comprendere e sostenere le persone con disabilità. Questo problema diventerà più acuto poiché, a causa della demografia del cambiamento delle società sempre più persone vivono fino a tarda età."

La disabilità è quindi una perdita dello stato di salute che investe non solo la persona interessata ma anche le persone che le stanno attorno e che spesso devono assumersi, direttamente o indirettamente, la responsabilità dell'assistenza del sostegno. Nella vecchia civiltà contadina la persona disabile risultava automaticamente integrata nei processi di gestione complessiva della famiglia allargata, in una condizione protetta e contestuale che mi facilitava l'inserimento nelle attività della vita quotidiana. La famiglia moderna, dove spesso tutti i membri sono impegnati in attività lavorative e non, non prevede un sistema automatico di sostegno della persona disabile la quale spesso rimane relegata casa, magari assistita da una badante talvolta poco qualificata. Il risultato è la scarsa stimolazione cognitiva, la scarsa stimolazione all'attività fisica con accelerazione della progressione della disabilità sia psichica e fisica. Diventa quindi fondamentale pensare a politiche di sostegno e addestramento di coloro che prestano assistenza per renderli capaci

di applicare quotidianamente verso la persona disabile strategie di contrasto al peggioramento della disabilità e dell'autonomia.

Questo approccio diventa fondamentale per le persone anziane, in continuo aumento, dove la disabilità si compone delle conseguenze della malattia, dell'età, delle malattie intercorrenti.

Disabilità come diritto all'inclusione

Il processo cura, riabilitazione e assistenza delle persone disabili implica un loro coinvolgimento attivo inteso sia come diritto della persona di poter scegliere consapevolmente il tipo di intervento da effettuare sia come strategia e vocazionale tendente a promuovere strategie di prevenzione secondaria terziaria possano impedire l'ulteriore perdita di autonomia e il mantenimento delle abilità raggiunte.

Questa modalità è alla base dei principi di inclusione della persona disabile che sono il superamento del vecchio principio di inserimento. L'inserimento, infatti, prevede un intervento esterno dove la persona disabile viene pilotata all'interno di un processo. Inclusione significa rendere la persona disabile protagonista consapevole della sua condizione di salute e capace di scegliere la migliore strategia compatibile con la sua volontà i suoi desideri e le sue aspirazioni.

Il processo di riabilitazione della persona disabile non dovrebbe fermarsi quindi alla facilitazione del miglior recupero possibile ma anche agire e indicare quali fattori ambientali intervenire e proporre un processo assistenziale per il paziente e chi lo aiuta.

Indicazioni operative

La disabilità non va intesa solo come non autosufficienza, un termine che indica nel linguaggio comune una condizione di stazionarietà dove si può intervenire solo con il supporto economico da distribuire in base a specifici criteri.

La disabilità è una condizione modificabile sia in fase acuta che cronica per cui occorre mettere in campo una serie di interventi finalizzati a migliorare la disabilità e l'autonomia della persona.

La riabilitazione, gli stili di vita, l'educazione, l'addestramento, la modifica delle condizioni ambientali sono le attività da promuovere al fine di aiutare la persona disabile.

I servizi andrebbero tarati secondo queste esigenze.

Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER)-sezione dell'Umbria.

Riordino del SSR umbro 2012: proposte per la razionalizzazione ed il miglioramento dei servizi di riabilitazione

Il viraggio epidemiologico in Umbria

Nella popolazione dell'Umbria si sta verificando, come del resto in Italia, un viraggio epidemiologico. L'efficacia degli interventi sanitari in acuto e l'allungamento dell'aspettativa di vita fanno sì che le persone condizioni di cronicità da malattia o traumi stiano aumentando di numero. La cronicità costituisce oggi una sfida per il SSR. Parallelamente a questo dato e contrariamente alla media nazionale, la disabilità in Umbria negli ultimi anni sta crescendo (dati Istat indagine multiscopo). Questo nonostante già il PSR 2003-2005 si ponesse tra gli obiettivi di salute quello di ridurre la disabilità evitabile nelle persone con più di 65 anni. Evidentemente le risposte di tipo sanitario e sociale che il SSR ha finora fornito alle persone con esiti invalidanti di malattia o traumi ed alle loro famiglie non è stato adeguato. Tra queste risposte un posto di primo piano spetta alla Medicina Riabilitativa come materia d'intervento volto al miglioramento funzionale delle persone con disabilità. Essa costituisce un tassello importante della rete riabilitativa e si deve integrare con la fase acuta per prendere in carico la persona disabile per accompagnarla verso il pieno reinserimento sociale. In questo secondo aspetto l'integrazione deve essere con l'ambito sociale e sanitario. In questo senso giocano un ruolo chiave le Unità di Valutazione Multidisciplinare.

In un'ottica di riordino del SSR motivato dalla grave congiuntura economica del paese e della regione, riorganizzare e razionalizzare la rete dei servizi riabilitativi regionali può essere un'occasione non solo di risparmi ma soprattutto di razionalizzazione e miglioramento dei servizi forniti al cittadino.

Problematiche attuali della riabilitazione in Umbria

Riabilitazione ospedaliera

In Umbria esiste una consolidata tradizione riabilitativa basata sulla presenza di reparti ospedalieri, prevalentemente di natura pubblica, con posti letto di riabilitazione intensiva (Unità Spinale unipolare dell'Azienda ospedaliera di Perugia, i reparti di Trevi, Foligno e Cascia nella ASL3, quello di Passignano e Pantalla nella ASL2, Umbertide nella ASL1 e Terni nella ASL4). Accanto alle strutture pubbliche esiste una quota minore di posti letto di strutture private accreditate. Queste strutture sono state create a partire dagli anni '90 ed hanno saputo consolidare positivamente il loro ruolo a la loro identità nel contesto del SSR. Non esiste tuttavia uniformità nei criteri di ricoveri in riabilitazione intensiva. Anche le modalità operative interne ai vari reparti di riabilitazione (standard di personale e di struttura, tempi e modalità di trattamento, obiettivi e modalità della valutazione di esito) non sono uniformi. Infine è carente la riabilitazione nei reparti per acuti che è fondamentale soprattutto per definire il successivo percorso riabilitativo unico delle persone con disabilità (Piano d'indirizzo per la Riabilitazione, Conferenza stato-regioni 2011). Nell'Azienda ospedaliera di Perugia a tutt'oggi la riabilitazione per acuti è fornita solo da fisioterapisti che effettuano

prestazioni fisioterapiche nei reparti. Si tratta di interventi utili ma parcellari. Manca un servizio riabilitativo strutturato e la figura del medico specialista in Riabilitazione che coordini il progetto riabilitativo e soprattutto definisca il percorso riabilitativo alla dimissione al pari di quanto succede normalmente negli ospedali per acuti italiani.

Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare

Nel territorio sono presenti i Poli di Riabilitazione Territoriale, istituiti con DGR 893/2002 con lo scopo di passare anche sul territorio da un lavoro a prestazione su disabilità segmentarie croniche ad una presa in carico della persona nella sua complessità da parte dell'equipe riabilitativa per fatti post-acuti. In realtà la presa in carico della complessità avviene ancora oggi con grosse difficoltà e prevale il trattamento di condizioni osteoarticolari di tipo cronico sotto forma di cicli fisioterapici periodici. È frammentaria la presa in carico dagli ospedali per acuti del paziente neurologico complesso (necessitante di più interventi riabilitativi), spesso intempestiva quella del paziente ortopedico, del tutto carente quella del paziente cardiorespiratorio. Il raccordo tra territorio ed ospedale per acuti non avviene con percorsi certi ovunque, equi ed accessibili a tutti.

La riabilitazione domiciliare è stata profondamente riorganizzata dalla DGR 120/2006 che ha razionalizzato e migliorato l'appropriatezza degli interventi riducendoli sostanzialmente a counselling per la famiglia ed interventi sul contesto ambientale. Tuttavia in quest'opera drastica di razionalizzazione sono state escluse di fatto dalla possibilità di recupero categorie di cittadini con disabilità di tipo motorio (es. fratture di femore dimessi dai reparti di ortopedia e traumatologia), non trasportabili, che possono ottenere benefici oggettivi da un trattamento riabilitativo domiciliare specifico. In alcune regioni italiane questo succede con buoni risultati.

Strutture extraospedaliere di riabilitazione estensiva e strutture intermedie

La riabilitazione estensiva in Umbria è passata da ospedaliera a extraospedaliera (DGR 1570/2009). La DGR 1090/2010 ha stabilito la funzione delle strutture di riabilitazione estensiva extraospedaliera ma queste non sono ancora andate a regime in Umbria. Si tratta di una risorsa potenzialmente utile per i percorsi riabilitativi ma manca una definizione puntuale delle tipologie di intervento possibili in queste strutture e delle risorse organizzative che esse devono mettere in campo per la gestione del paziente. Ne deriva una potenziale inappropriatazza dei ricoveri in riabilitazione estensiva extraospedaliera.

Nella nostra regione mancano di fatto strutture intermedie tra i reparti ospedalieri per acuti e quelli di riabilitazione dove possano trovare posto persone con disabilità complessa (es. malati di SLA o soggetti anziani con forte comorbilità dimessi dai reparti per acuti) non gestibili a domicilio per complessità degli interventi ed instabilità clinica. Queste strutture devono avere un team in grado di gestire l'instabilità clinica senza far ricorso al ricovero nei reparti per acuti e con la possibilità di erogare anche interventi di riabilitazione ove necessario.

Percorsi riabilitativi ospedale territorio

Mancano nella nostra regione percorsi riabilitativi standardizzati ed uniformi tra ospedale (soprattutto le Aziende ospedaliere) da un lato e la rete della riabilitazione ospedaliera post-acuzie e territoriale dall'altro. In mancanza di ciò il passaggio dei malati con disabilità dall'acuzie alla riabilitazione avviene molte volte per interessamento personale dei medici per acuti o delle famiglie presso i servizi di riabilitazione. La situazione dei percorsi dall'acuzie direttamente agli ambulatori territoriali è ancora più carente. In questo caso manca spesso una qualsiasi forma di comunicazione tra i servizi se non l'indicazione alla presa in carico riabilitativa, spesso inappropriata, posta in lettera di dimissione.

Mobilità passiva

Stanti queste problematiche, soprattutto mancanza di percorsi riabilitativi chiari, standardizzati ed equamente accessibili ai cittadini, l'Umbria soffre di una rilevante spesa per la mobilità passiva (7

mln di euro nel 2010). Si tratta prevalentemente di persone che si fanno operare di chirurgia ortopedica in ospedali extraregionali e che nelle stesse sedi usufruiscono anche della riabilitazione post-acuta.

La politica per la riabilitazione della regione Umbria

Nonostante le dichiarazioni di intenti presenti negli ultimi PSR sullo sviluppo della riabilitazione in Umbria, in realtà si esistono molte cose da fare. La riabilitazione deve ancora affermare la propria identità di Medicina della disabilità. I cittadini conoscono poco che cosa sia la riabilitazione e quali siano i loro diritti in materia. Non sanno come si accede ai percorsi riabilitativi e quale siano i benefici che ne possono derivare. Anche tra gli stessi operatori sanitari in generale non si conosce appieno la funzione della riabilitazione nel SSR laddove addirittura non si pensi che sia una sorta di attività ancillare della fase acuta di tipo palliativo o meramente assistenzialistico.

Proposte di riordino del SSR in ambito riabilitativo

Rete della Riabilitazione ed organizzazione dipartimentale

Il riordino del SSR necessita innanzitutto di una revisione organizzativa della riabilitazione a livello regionale. In questa ottica un passo in avanti è stato fatto con la istituzione della Rete Regionale della Riabilitazione (DGR 114/2010) a garanzia dell'affermazione della riabilitazione come Medicina della disabilità, della uniformità dei modelli organizzativi e della corretta implementazione della politica sanitaria regionale per la riabilitazione. Occorre tuttavia, a supporto della Rete, anche un'organizzazione dipartimentale della riabilitazione a livello aziendale ed interaziendale. Il Dipartimento di riabilitazione governa gli interventi locali garantendo un collegamento funzionale tra ospedale e territorio e l'integrazione degli interventi delle Direzioni aziendali con le linee programmatiche regionali. Esso "fornisce la garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che ne hanno bisogno e rappresenta lo snodo reale della clinica governante" (Piano d'indirizzo per la Riabilitazione" - Conferenza stato-regioni 2011). Si tratta di un'esigenza organizzativa indispensabile soprattutto nel momento in cui si verificherà l'accorpamento delle Aziende sanitarie.

Posti letto di riabilitazione

Occorre proseguire nello sviluppo della riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera secondo quanto stabilito nella la DGR 1570/2009 raggiungendo la dotazione complessiva di posti letto prevista a regime. In questo ambito vanno individuati posti letto anche per la riabilitazione cardiorespiratoria vista la loro evidente carenza nel territorio regionale. È necessario proseguire il lavoro del tavolo regionale istituito per definire gli standard organizzativi della riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera superando anche il finanziamento a quota giornata di ricovero attraverso forme di finanziamento in grado di pesare la reale complessità del paziente.

Percorsi riabilitativi ospedale territorio

E' urgente definire percorsi riabilitativi dalla fase acuta ospedaliera a quella riabilitativa post-acuta e territoriale per le patologie a maggiore impatto epidemiologico (ictus cerebrale, frattura di femore, BPCO riacutizzata, interventi cardiocirurgici). Può essere da subito sperimentato il percorso riabilitativo domiciliare per la chirurgia ortopedica programmata e traumatologica in alcuni distretti di riferimento. Per questo occorre che ogni ospedale per acuti, comprese le Aziende ospedaliere, possano usufruire di un team riabilitativo che prenda in carico precocemente il paziente e definisca il piano il setting riabilitativo alla dimissione. Nel team deve essere presente un medico specialista in Riabilitazione quale responsabile del percorso unico riabilitativo (Piano di indirizzo per la riabilitazione)

Strutture intermedie

Occorre identificare strutture intermedie appropriate ed utili ai percorsi riabilitativi. Possono essere utilizzate sperimentalmente RSA e le strutture di riabilitazione estensiva extraospedaliera ridefinendone la mission e la dotazione organizzativa.

Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare

Bisogna migliorare l'appropriatezza della presa in carico riabilitativa ambulatoriale attraverso un standardizzazione delle tipologie di disabilità prese in carico e dei trattamenti effettuati. In questo ambito diventa estremamente utile la presenza di un sistema informativo comune che metta in rete gli ambulatori di ogni ASL sia per l'ambito della valutazione dei pazienti che per quello della prenotazione degli interventi garantendo al cittadino efficienza e tempestività della presa in carico.

Occorre rivedere l'assetto della riabilitazione domiciliare individuando risorse per la presa in carico riabilitativa di pazienti selezionati e suscettibili di miglioramento funzionale con trattamento domiciliare. Può essere subito sperimentato il percorso riabilitativo domiciliare del paziente ortopedico direttamente dimesso dalle Aziende ospedaliere e dagli ospedali di emergenza e di territorio dove vengono eseguiti interventi di chirurgia ortopedica.

Riguardo all'assistenza protesica è necessario unificare tutte le procedure nel territorio della regione attraverso una cabina di regia costituita dal centro ausili aziendale in collegamento con la Direzione della ASL e con gli uffici di assistenza protesica dei Distretti sanitari.

Assistenza protesica e centri ausili

La Regione ha dimostrato negli ultimi anni una grande attenzione verso questa materia producendo svariati documenti finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza, all'unificazione delle procedure ed alla riduzione della spesa (es. DGR 333/2003, DGR 777/2007, DGR 138/2009). L'implementazione di queste direttive non è stata uniforme nelle Aziende sanitarie locali. Non è garantita la presenza di un Centro ausili in ogni Azienda sanitaria come stabilito nella DGR 33372003.

Si potrebbero utilizzare i Centri ausili attualmente operativi come "cabine di regia" per la standardizzazione delle procedure nella regione. Si potrebbe pensare ad un centro ausili unico regionale strutturato su una federazione di centri ausili aziendali, ognuno dei quali esprime un funzione hub o spoke in base alle sue peculiarità.

3. Contributi di “cittadini competenti”

Ragionamenti sulla sanità, oggi e ieri

Fuori dalla crisi con più welfare

Gianni Barro – Perugia Dicembre 2011

Sommario

Introduzione	p. 2
Welfare sì o welfare no?	p. 3
Il Welfare come trade off	p. 3
Semplicità delle domande e aporie delle risposte	p. 4
Politics e policy nelle politiche delle salute	p. 5
Il welfare come collante	p. 5
La più grande conquista pacifica del Novecento	p. 6
Le politiche welfariane dell'OMS	p. 6
Alma Ata	p. 7
Rio de Janeiro I	p. 7
Un intervallo di crisi latente	p. 8
Il declino dell'OMS – Raggi di luce	p. 9
Il Consensus paper di Gothenburg	p. 9
Il temporale – Sussulti	p. 9
Arriva la bufera	p. 10
Un nuovo soggetto sociale	p. 11
Lo scontro di Rio de Janeiro II	p. 11
Beni comuni, nuova frontiera della democrazia e per i diritti sociali	p. 12
Sintesi finale e istruzioni per l'uso	p. 13

Introduzione

Queste riflessioni sull'**evoluzione-involuzione** delle strategie del welfare e della cultura che le sottende vogliono essere una **bussola** per giudicare le decisioni che la regione Umbria sta assumendo in materia di **riforma endoregionale** ivi compresa la riforma del servizio sanitario pubblico.

Decisioni rese quanto mai difficili dal precipitare della situazione economica e finanziaria con tutte le sue ripercussioni sulle condizioni di vita degli umbri e sulle possibilità di tutelarli da parte del **governo** nazionale regionale e locale.

Ma fondamentali per il futuro, da assumere nel pieno di una crisi che sta mettendo in discussione i **capisaldi** del diritto alla salute come faticosamente innalzati in **sessant'anni** di lotte per livelli di civiltà più alti, siamo di fronte ad un rischio più **temibile** ancora di qualsiasi misura regressiva cui governo e regioni si vedano costrette a sottostare per vincoli anche internazionali: il **décalage della salute** da questione di **evidenza sociale** a problema di **interesse individuale**, da **obiettivo epocale** su cui mobilitare la cultura settecentesca e ottocentesca dei **diritti** e farla confluire con il messaggio universale di **solidarietà** umana consegnatoci dal Cristianesimo, a **compromesso personale** da difendere chiudendosi negli egoismi personali.

Ma **paradossalmente** è proprio la crisi ad aggiungere carburante al motore della civiltà a patto di non volerla risolvere con il combustibile che l'ha accesa.

Non è tutto oro quello che è stato estratto dall'OMS e dalle politiche nazionali di welfare, spetta ai protagonisti di oggi individuare i **filoni** di metallo prezioso e isolarli da **amalgami** ingombranti.

Le riflessioni che seguono tracciano una **pista di lettura** di mezzo secolo abbondante di vicende culturali e politiche dalla quale emerge che la **salute** non è salvaguardabile con la sanità e basta, ma è condizionata dall'**ambiente** rispetto al quale è condizionante: un ambiente in cui l'uomo è **immerso** "dalla culla alla tomba".

Nient'altro che pista di lettura, appunto. Ma che si riallaccia all'anima originaria del **welfare**.

Nient'altro che pista di lettura. Ma che si rende necessario percorrere dai tanti che a livello scientifico, politico e amministrativo continuano a coltivare nella loro testa le **idee** per fecondarla

Welfare sì o welfare no?

Ogni politica pubblica ha un **impatto** sulla società e sui suoi membri, positivo o negativo. Non esistono politiche a impatto zero.

I termini *positivo* e *negativo* corrispondono alle posizioni estreme di un'escursione dal valore migliore a quello peggiore.

Si può stabilire convenzionalmente di chiamare *bianco* il valore migliore e *nero* quello peggiore, ma bianco e nero sono colori sui generis, il primo perché i colori della luce si sommano annullandosi, il secondo perché non raggiungono l'occhio.

Nei fenomeni sociali non esiste il bianco e non esiste il nero. Perché la vita degli uomini è **policroma**.

L'escursione dell'ago lungo l'arco che va dal meglio al peggio percorre tutte le composizioni dei colori della luce. Ogni politica pubblica è una policromia, che richiede venga stabilito dove si vuole posizionare l'ago.

Dopo di che bisogna dare un “**valore**” al punto di impatto, un valore che combina dati oggettivi e dati soggettivi, numeri e sensazioni, quantità e qualità, realtà e attese. Ogni politica pubblica parte da numeri e arriva a numeri, ma tra questi due momenti c'è tutto quello che gli uomini e le donne desiderano per distaccarsi sul bisogno e attestarsi sul benessere.

È la traccia del cammino verso il **welfare sì**.

Il Welfare come trade off

Il welfare non è un valore **assoluto**, è un **trade off politico-sociale** di varie condizioni che agiscono nel tempo e nello spazio.

Tutti hanno bisogni da colmare e tutti hanno **traguardi** da raggiungere. Ma non tutti i bisogni sono difendibili e non tutti i traguardi sono raggiungibili. In una visione classicamente liberale, che si rifa all'Illuminismo e che oggi è evoluta verso la liberaldemocrazia, sono difendibili solo i bisogni il cui raggiungimento non ostacola gli altri nella loro libertà. In una visione solidamente welfarista sono perseguibili solo quegli obiettivi che non ostacolano gli altri nel conseguire la parità di diritti di tutti i cittadini.

Libertà e diritti, questo è lo **stato moderno** (che non coincide automaticamente con lo stato contemporaneo).

Su questi pilastri si basa la **Costituzione** italiana, una costituzione repubblicana nel senso della *citoyenneté*, la più moderna delle costituzioni moderne.

Semplicità delle domande e aporie delle risposte

Tornando alla metafora iniziale, ogni politica pubblica deve misurarsi con **obiettivi welfariani, repubblicani**.

Perseguendo il *meglio* e scansando il *peggio*. Valorizzando i colori intermedi. Che si prezzano usando come unità di misurazione la domanda: *con le risorse, finanziarie ed umane, dedicate alle politiche pubbliche, si è raggiunto o no il risultato di far star meglio la gente?* i livelli di **welfare** sono aumentati dall'inizio del cammino, sono rimasti stabili o sono peggiorati?

Questa domanda al di là di ogni sofisticazione tecnicistica, è il succo della **valutazione**.

È una domanda tanto fondamentale nelle strategie di welfare quanto sottorappresentata nelle loro traduzioni politiche, anche perché la risposta è ardua per almeno due **aporie**:

- Aporie per **non condivisione** dei contorni e dei contenuti del **benessere**, e quindi delle politiche per salvaguardarlo;
- Aporie per **debole condivisione** degli indicatori per misurarlo, e quindi incertezze sui **percorsi** da rispettare nell'operatività in termini di fattori sia di rischio che protettivi, assunti complessivamente come **determinanti di benessere**.

Questa distinzione rispecchia quella che gli anglosassoni indicano come **politics**, attività di carattere istituzionale, distinguendola dalla **policy**, che consiste nelle azioni poste in essere dai vari attori delle politiche sociali⁴.

Sul primo punto, riassumibile nel concetto di “politics”, osservatori politici avveduti ed economisti avanzati ci dicono che se parliamo di **benessere** gli aggettivi non servono anzi disturbano perché sono – appunto – aggiuntivi, non ampliano ma restringono il lemma di base. Nella vita degli uomini e delle donne c'è la salute, ci sono le malattie, c'è l'ambiente, c'è l'inclusione sociale, c'è la cultura, c'è la formazione, c'è l'assistenza, c'è l'occupazione, c'è la previdenza, tutti confluenti su ciascuna persona. Il *benessere* sono tutte queste cose insieme. Una politica di welfare le deve tenere insieme. Spetta al *trade off*, alla negoziazione sociale, fissare cammino e scadenze. Anche in rapporto alle risorse disponibili.

Quanto al secondo punto, quello delle “policies”, la logica del *trade off* scatta dal punto in cui compare - fino a prevalere - la **variabile “popolazione”**, con la sua soggettività, i rapporti sociali e quelli di potere. Cioè da **subito**.

Politics e policy nelle politiche delle salute

⁴ L'adozione della terminologia anglosassone è giustificata dal fatto che è da questi paesi – e specialmente dagli USA - che provengono i maggiori contributi all'analisi delle politiche sociali. Basta ricordare per tutti il nome di John Rawls.

In un servizio sanitario nazionale, che riguarda in Italia 60 milioni di cittadini, più gli immigrati che fino a prova contraria sono esseri umani con pari diritti salvo - forse - quelli elettorali, e che comunque – sempre in Italia – rappresentano una cifra a sei zeri, *le politiche* (“politics”) sono altrettanto importanti *della politica* (“policy”). Per cui, ad esempio, una riforma come quella sanitaria non è solo una **legge**, assolutamente indispensabile e determinante come ha saputo essere la **legge 833**, e non è solo un insieme di atti amministrativi che rendono esigibili e praticabili i diritti; ma è anche un sistema **partecipato** di gestione che coinvolge **chi gestisce e chi è gestito**.

Gli stessi indicatori di salute, quali che siano, che incolonniamo nelle tabelle di un annuario statistico, sono la risultante di fattori che devono essere governati giorno per giorno. Dal Parlamento e dai governi ma anche e più dalle comunità e dagli individui⁵.

E allora un sistema di protezione della salute non può limitarsi a contrastare la malattia sia pure misurata nel suo **peso globale**, il *global burden of disease* degli autori anglosassoni⁶. Non può limitarsi a combattere la mortalità cosiddetta precoce. Non può essere disgiunto dal controllo di ciò che avviene come determinante (col segno *più* e col segno *meno*) prima di ammalarsi e prima di morire. Ogni abitante trascorre mediamente circa due giorni dentro l'ospedale e 363 fuori.

Il welfare come collante

Controllare e gestire unitariamente **il prima del dopo** è possibile solo in un sistema di **welfare universalistico**.

Così è stato nel primo welfare moderno, in quel **piano Beveridge** con cui la Gran Bretagna si risollevò dalle ferite inflittele dalla guerra. Era il 1945 quando il **governo laburista**, vinto le elezioni contro **Churchill** che aveva guidato vittoriosamente la difesa e la salvezza del Regno Unito, impiantò un **sistema** di sicurezza sociale, in cui c'era il servizio sanitario nazionale insieme a un piano per il pieno impiego, un piano per la casa, un piano per la lotta al bisogno sociale, un piano per le pensioni. E via dicendo.

Il *welfare state* britannico era un sistema di piani **coerenti**, legati insieme dal collante della **solidarietà**. E sostenuti da una cornice di **equità fiscale** che consentiva di ripartire gli oneri in modo da renderli sostenibili per tutti⁷.

Ugualmente fecero tutti quei paesi **scandinavi** che seguirono le tracce della Gran Bretagna.

⁵ Anche se la situazione va migliorando a livello scientifico, a livello pratico si continua a misurare la salute in base agli eventi di danno. Ma in una concezione dinamica della salute, cioè di *promozione* e non solo di difesa, è importante anche l'assenza del danno atteso, che si dovrebbe valutare in base ai non-eventi, alle ragioni che li hanno evitati e al modo come evitarli. Che è la sfida della moderna epidemiologia.

⁶ È espresso con l'indice DALY - disability-adjusted life year. Tra i più recenti riferimenti vedi: *The evolution of the Global Burden of Disease framework for disease, injury and risk factor quantification: developing the evidence base for national, regional and global public health action*, Alan D. Lopez, School of Population Health, The University of Queensland, Brisbane, Australia

⁷ Rawls John - *Una teoria della giustizia*. A cura di Sebastiano Maffettone, Feltrinelli 1999

“Sono un liberale che persegue un programma radicale”, disse **Lord Beveridge** di fronte ai suoi contestatori di destra.

La più grande conquista pacifica del Novecento

Il Welfare è **la più grande conquista** del secondo Novecento⁸. È la vittoria del pensiero politico di **John Rawls** e dei neocontrattualisti (vedi nota 5).

Il Servizio sanitario nazionale: universale, solidaristico, gratuito, a carico della fiscalità nazionale, è **la più grande realizzazione di welfare** nel secondo Novecento. Lo hanno attuato *in primis* la Gran Bretagna e i Paesi scandinavi. Lo hanno attuato in seguito l'Italia e la Spagna. Stop.

L'OMS ne fece la **bandiera** della sua politica per la salute fin dal 1948 nel suo preambolo allo **statuto**, dove venne formulata una definizione **memorabile** della salute⁹, basata sullo spostamento delle **strategie** dalla malattia al benessere e dall'individuo alla collettività.

Le politiche welfariane dell'OMS

La dichiarazione costitutiva dell'OMS preludeva ad una **conseguenza che non si è verificata** né a livello internazionale (della *Comunità europea* per quello che ci riguarda), né a livello nazionale e neppure a quello locale (alias *regionale* per l'Italia): la collocazione dell'uomo al **centro del “pubblico”** come **fine** delle politiche sociali di programmazione e **unità di misura** dei suoi effetti.

Nonostante questo **gap** la definizione dell'OMS/1968 si mantiene ancora **esemplare** nella sua **impostazione** welfariana, pur richiedendo **aggiornamenti** per fronteggiare **l'evoluzione del welfare state** in senso ancora più globale rispetto all'immediato dopoguerra¹⁰. E anche per non farsi schiacciare dalle involuzioni in epoche in cui ogni giorno ha la sua pena.

⁸ Pennacchi L. - *L'etica del welfare*. Contro il neoliberalismo populista. Donzelli Editore 2008

⁹ “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità”

¹⁰ Globale richiama globalizzazione, e globalizzazione viene abbinata (impropriamente) alla crisi finanziaria dei sistemi sociali mondiali scoppiata nel 2008, che non a caso ha colpito tutta la sicurezza sociale ed oltre. Ed ecco allora il sopravvento della finanza mondiale e sopranazionale nelle politiche sociali, con un circolo vizioso per cui la crisi finanziaria viene affrontata – a livello di UE ma non solo – con il trasferimento di quote importanti della spesa sociale sulla spesa privata, con ciò aumentando le diseguaglianze sociali e con il rischio che le classi socialmente più deboli siano espulse dal sistema universalistico della sicurezza sociale.

Ma *globalizzazione* è anche, e prima ancora, una rivoluzione nello sviluppo del pianeta, che ha due apripista: Gutenberg e Cristoforo Colombo, il primo per avere abbattuto le frontiere alla diffusione del sapere e l'altro per avere aggiunto pagine inedite all'atlante geografico del globo terrestre.

Tra gli aggiornamenti spiccano per estensione **spaziale** e proiezione **temporale** la *Conferenza Internazionale di [Alma Ata](#) sull'Assistenza Sanitaria di Base* (1978)¹¹, e la *Conferenza di Rio de Janeiro sull'Ambiente e lo Sviluppo* (1982)¹².

Alma Ata

E' la capitale del Kazakistan, allora Unione Sovietica. E' famosa internazionalmente per una **dichiarazione finale** che è il **faro** per le politiche della salute a valere per il lungo periodo. Sanciva al primo punto che la salute è un fondamentale **diritto umano**, che tutelarla è un **impegno sociale collettivo**, che i **Governi** sono responsabili verso i propri cittadini della sua **governance**, e che i cittadini a loro volta hanno il diritto-dovere di **partecipare individualmente e collettivamente** “alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno”, da cui il messaggio a **spostare la centralità delle politiche dall'ospedale al territorio**.

“Salute per tutti al 2000” fu il motto adottato (con un po' troppo ottimismo) al termine dei lavori.

Rio de Janeiro I

La **Conferenza di Rio** (la prima, vedere oltre) fu promossa dall'ONU sotto la spinta di una commissione presieduta dal Primo ministro norvegese Gro Harlem **Brundtland**¹³; produsse dichiarazioni che sono diventate **punti di riferimento** ufficiali per le politiche della salute, anche se di applicazione travagliata: la **Dichiarazione di Rio sull'ambiente e sullo sviluppo**, l'**Agenda 21** (ossia del Ventunesimo secolo), la **Convenzione sulla Diversità Biologica**, i **Principi sulle foreste**, la **Convenzione sul cambiamento climatico** (madre del protocollo di **Kyoto**) e il **principio di precauzione**, delizia di tutti i movimenti ambientalisti e croce per i loro oppositori.

Alla Conferenza di Rio cominciò ad affacciarsi la problematica dei **beni comuni**, destinata a divenire di lì a pochi anni il punto di **coagulazione** di tutte le politiche riferite alle comunità umane. Venne anche delineata in quella sede la strategia dello **sviluppo sostenibile**.

Un intervallo di crisi latente

¹¹ Conferenza Internazionale di [Alma Ata](#) ([Kazakistan](#), 1978, presenti ufficialmente 134 paesi e 67 organizzazioni internazionali) che si concluse con la *Alma Ata Declaration on primary health care*, Tra parentesi il 1978 è l'anno della riforma sanitaria italiana che istituisce il Servizio sanitario nazionale.

¹² Detta *Summit delle nazioni* perché vi parteciparono 172 governi, 2.400 rappresentanti di [organizzazioni non governative](#) e oltre 17.000 aderenti al Forum delle ONG (Organizzazioni non Governative)

¹³ Dal 1998 al 2003 Direttrice generale dell'OMS

Fin qui siamo ancora agli **albori** dello scoppio della **globalizzazione**¹⁴ avviata da Margaret Thatcher nel Regno Unito e da Ronald Reagan negli Usa. Il merito – se così si può dire – appartiene però alle teorie ultraliberiste di Milton **Friedman**¹⁵ e di Friedrich von **Hajek**¹⁶, che sbarazzarono dal tavolo quanto era rimasto delle dottrine di John Maynard **Keynes**¹⁷ e del **New Deal**¹⁸ dominando le successive scelte di politica economica di tutto l'Occidente capitalistico.

Molti economisti nel fare la storia dell'attuale grande crisi anziché di **scoppio** parlano di **accelerazione** (vedi nota 11) e girano all'indietro le lancette dell'orologio, spostandolo di vent'anni dal 2008 quando la frenesia dello sviluppo ad ogni costo (è il caso di dirlo) portò l'**indebitamento** delle nazioni ricche ad una esposizione dei bilanci nazionali così vertiginosa e ad una finanza così "allegra" (per i detentori del manico) che alla lunga avrebbe finito con lo spezzare l'elastico della sostenibilità finanziaria. Storia di oggi

Di certo, e solo per registrare i **fatti**, durante la lunga amministrazione Reagan il bilancio degli USA vide allontanarsi **stratosfericamente** l'obiettivo principe dell'economia neoliberista ossia il **pareggio**.

Alle politiche economiche degli Stati Uniti e della Gran Bretagna si adeguarono la **Banca Mondiale** e il **Fondo Monetario Internazionale** sostanzialmente sbilanciate a supporto dei paesi industrializzati anche per l'importanza crescente assunta **dall'Organizzazione Mondiale del Commercio** (WTO) e – in Europa – da una politica dell'**Unione Europea** cadenzata dalla Germania, dalla Francia e dalla Gran Bretagna.

Non mancarono le **opposizioni** soprattutto nei Paesi dell'allora Terzo Mondo. Vi fu la rumorosa entrata in scena dei **movimenti ambientalisti** locali e il loro coordinamento a livello mondiale. Ne fu influenzata la Conferenza di Rio del 1992 ma senza incidere più di tanto sulla politica mondiale. Era però l'**alba** di una giornata che si sarebbe oltremodo movimentata.

Il declino dell'OMS – Raggi di luce

A questa fase di rimescolamento delle carte corrisponde l'**appannamento** dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ridotta ad **organismo tecnico** subissato dallo strapotere del trio BM - FMI e WTO. Chiusa in questo triangolo, l'OMS subì le ripercussioni di una leadership mondiale fondata sulla **primazia del mercato**, per il quale la salute era un qualsiasi fattore produttivo da sviluppare o comprimere a seconda delle proprie convenienze.

¹⁴ Targetti F. e Fracasso A - Le sfide della globalizzazione. Storia, politica e istituzioni, Francesco Brioschi 2008

¹⁵ Premio Nobel per l'Economia nel 1976

¹⁶ Premio Nobel per l'Economia nel 1974

¹⁷ Ispiratore della [teoria generale dell'occupazione](#), caposaldo del New Deal

¹⁸ Nuova politica economica lanciata da F. D. Roosevelt nel 1933 dopo la grande depressione del 1929. Ma è anche la Nuova Alleanza delle Scritture.

Da **popolazione** a **utenti** a **pazienti** a **clienti**: la dinamica delle terminologie adoperate per nominare i destinatari delle politiche sanitarie sintetizza il passaggio del sistema da presidio di civiltà welfariana a erogatore di servizi pubblici e a produttore di profitti privati.

In un panorama di **grigiore** complessivo emergono però alcune significative **eccellenze**. Una di esse fu *il consensus Paper dell'OMS/Europa* sulla valutazione di impatto sulla salute (**Gothenburg 1999**)¹⁹, che merita un'analisi particolare non tanto per gli effetti a breve termine, al limite dello zero, quanto per avere alzato l'asticella delle politiche ad impatto sulla salute nonostante l'epoca di dominio del mercato.

Il Consensus paper di Gothenburg

A contrastare la riduzione delle politiche sanitarie a mero intervento tecnico per la circolazione della “merce salute”, il *consensus paper* mise in campo una definizione di **impatto sulla salute** come “*effetto complessivo, diretto o indiretto, delle ricadute sulla salute di qualsiasi politica, strategia, programma o progetto*”. Con effetti virtuosi lungo quattro **traiettorie**:

- la democrazia
- l'equità
- lo sviluppo sostenibile
- l'eticità dell'evidenza scientifica²⁰.

Le seguenti condizioni venivano considerate **essenziali** per pervenire alla valutazione di impatto:

- utilizzare **evidenze** prima di stabilire relazioni tra proposte e salute della popolazione
- utilizzare **opinioni**, esperienze ed attese di coloro che sono destinatari di queste proposte
- utilizzare livelli adeguati di **informazione** e di conoscenze da parte dei decisori e della popolazione circa gli effetti delle proposte
- disporre di scelte integrative e/o **alternative** per massimizzare gli effetti di impatto positivi e minimizzare quelli negativi.

¹⁹ *Gothenburg consensus paper, December 1999*. Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach European. Centre for Health Policy, WHO: Regional Office for Europe

²⁰ *Democrazia*: sottolinea il diritto dei popoli a partecipare in maniera trasparente ai processi di formulazione, implementazione e valutazione delle politiche (“policies”) che riguardano la loro esistenza, sia direttamente che attraverso decisori da loro eletti;

Equità: la Valutazione di impatto sulla salute riguarda non solo l'impatto diretto ma anche quello indiretto consistente nella distribuzione dei suoi effetti all'interno di una popolazione in termini di sesso, età, etnia, stato socioeconomico
Sviluppo sostenibile: sono da prendere in considerazione non solo gli effetti a breve ma anche quelli a termine medio-lungo

Uso etico delle evidenze quantitative e qualitative: le evidenze devono essere stabilite rigorosamente su base interdisciplinare e mediante metodologie di valutazione integrate degli effetti di impatto.

Il *consensus paper*, in sintesi, era un tentativo di **raddrizzare il timone** delle politiche sanitarie (come *politics* e come *policies*) riportandolo sulla rotta dei **primi decenni dell'OMS**.

La sua genesi però lo ancorava all'interno di una logica **settoriale** di salute, **vaso di coccio** tra i vasi di ferro di un'economia globalizzata, per giunta gravata dalla debolezze delle politiche welfariane. Ma si era ormai nel 1999, e molte cose stavano maturando nel mondo a rendere **accidentata** la strada trionfante del **neoliberismo**.

Il temporale - Sussulti

Il fuoco covava infatti sotto la cenere, sfogandosi con qualche **fiammata** legata alle competenze ambientali e paesistiche acquisite dall'**Unione Europea**, che prevedevano l'innalzamento dei livelli di integrazione con la salute.

In particolare fu emanata al tornante dell'anno 2000 una direttiva per la **valutazione di impatto ambientale**²¹ con la quale si uniformavano a livello europeo le procedure amministrative di autorizzazione e controllo sulle attività produttive a forte impatto ambientale, l'ambiente essendo declinato in un **notevole arco di fattori di rischio** per la salute delle popolazioni²². Questo concetto fu spinto più in là in alcune realtà territoriali: merita di essere ricordata **la Regione Umbria**, che pervenendo nel 2009 alla attuazione della direttiva²³, introdusse un capoverso fortemente contiguo alla **valutazione di impatto sulla salute** (suo acronimo nella terminologia anglosassone: HIA ossia Health Impact Assessment,)²⁴.

²¹ Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 27 giugno 2001, 2001/42/CE "Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio, concernente la valutazione degli effetti di determinati piani e programmi sull'ambiente" (Gazzetta Ufficiale delle comunità europee n. L 197 del 21 luglio 2001)

²² 1. I piani e i programmi di cui ai paragrafi 2, 3 e 4, che possono avere effetti significativi sull'ambiente, sono soggetti ad una valutazione ambientale

2. Fatto salvo il paragrafo 3, viene effettuata una valutazione ambientale per tutti i piani e i programmi,
- a) che sono elaborati per i settori agricolo, forestale, della pesca, energetico, industriale, dei trasporti, della gestione dei rifiuti e delle acque, delle telecomunicazioni, turistico, della pianificazione territoriale o della destinazione dei suoli, e che definiscono il quadro di riferimento per l'autorizzazione dei progetti elencati negli allegati I e II della direttiva 85/337/CEE, o
 - b) per i quali, in considerazione dei possibili effetti sui siti, si ritiene necessaria una valutazione ai sensi degli articoli 6 e 7 della direttiva 92/43/CEE.

²³ Legge regionale 16 febbraio 2010 n. 12 *Norme di riordino e semplificazione in materia di valutazione ambientale strategica e valutazione di impatto ambientale*.

²⁴ "La valutazione ambientale dei progetti ha la finalità di proteggere la salute umana, contribuire alla qualità della vita, provvedere al mantenimento della specie, conservare la capacità di autoriproduzione dell'ecosistema e salvaguardare il paesaggio. Attraverso la Via sono individuati, descritti e valutati gli impatti diretti ed indiretti di un progetto sui seguenti fattori:

- 1) uomo, fauna, flora
- 2) suolo, acque, aria, clima
- 3) beni materiali, patrimonio culturale, paesaggio
- 4) interazione tra i fattori suddetti".

Arriva la bufera

Si entra finalmente nel **primo decennio** del nuovo secolo, che verrà probabilmente ricordato come la fase storica in cui fu sferrato il più forte **assalto** all'impianto complessivo del *welfare* dal suo inizio, con una marcata retrocessione delle condizioni di sicurezza sociale; una fase – che perdura – in cui le condizioni di equità sociale sono fatte **scricchiolare** sinistramente su tutto il pianeta.

Affrontare questo argomento fuoriesce dai limiti del documento, oltre a tutto trattandosi di eventi che stanno scorrendo sotto i nostri occhi. Basta menzionare che la crisi monetaria e i suoi contraccolpi sull'economia reale diventano il **cavallo di battaglia** per lanciare il mercato, anche il mercato della salute, a briglia sciolte verso la completa **liberalizzazione** del sistema politico-economico e finanziario mondiale. Da **ricaduta virtuosa** dello sviluppo economico il welfare viene trasformato in **causa del suo arresto**, dimenticando che le due grandi realizzazioni sociali della prima metà del secolo scorso, il **New Deal** rooseveltiano e il **National Health Service** di Aneurin Bevan, sono state le carte vincenti con cui le economie dei due pilastri del capitalismo mondiale si sono risollevate dopo le grandi depressioni, quella del 1929 e quella del secondo dopoguerra.

Un nuovo soggetto sociale

L'addensarsi delle nubi e lo scoppio della tempesta non potevano non riflettersi sulle capacità di resistenza interne al sistema, a cominciare da quelle espresse dai movimenti che hanno acquistato una fisionomia sempre più precisa, avvalendosi anche dei mezzi di informazione e di comunicazione che hanno preso corpo sulla scia dell'espansione di Internet. Si moltiplicano così i canali di informazione "orizzontale" da parte di *social network* che nascono come funghi caratterizzandosi per la mancanza di leadership (i tradizionali partiti politici faticano a tenerne il passo). Salvo emergere impetuosamente come nel Maghreb e in Egitto dove sono alla testa delle rivoluzioni contro le dittature. O come in Italia nella inedita mobilitazione di base per le recenti campagne referendarie.

Cercando di fare sintesi su fenomeniche magmatici, si può racchiudere il discorso dentro l'osservazione che in questi anni emerge la questione dei diritti (diritti senza aggettivi ma soprattutto diritti politici e diritti di equità sociale) con la riconfigurazione del concetto dei **beni primari**, distinti dai beni pubblici, globali anch'essi ma con ben altra **ricaduta** sul fronte della partecipazione.

Lo scontro di Rio de Janeiro II

Questo pullulare di problematiche a **dispiegamento panoramico globale** (bisognerà finalmente usare il termine "globalizzazione" anche riferito a questa faccia della medaglia!) ha trovato una vetrina e un forte punto di aggregazione e di scontro nella Prima [Conferenza Mondiale sui Determinanti Sociali di Salute](#),

che si è svolta a **Rio de Janeiro**, dal 19 al 21 ottobre **2011**²⁵, promossa congiuntamente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (**OMS**) e dal **Governo Brasiliano**. Fu preceduta da un intenso lavoro di documentazione sulla situazione dell'**equità nel mondo**, riassunto nel documento “*Closing the gap in a generation*” (**chiudere il divario nel corso di una generazione**) che venne preparato nel 2008 da una Commissione dell'OMS sui determinanti sociali di salute, presiedeva Michael **Marmot**, un sorta di *guru* dell'equità nel mondo²⁶.

Il draft della commissione Marmot **esemplificava** icasticamente la situazione col rilevare che la **speranza di vita** è di 17 anni più breve per i neri dello stato di Washington che tra i bianchi della vicina contea di Montgomery, che in Indonesia la **mortalità materna** è di tre volte superiore tra i poveri rispetto ai ricchi, che in Inghilterra e Scozia la **mortalità generale negli adulti** è doppia nelle classi maggiormente deprivate. E via diseguagliando.

Nella successiva conferenza di Rio le delegazioni ufficiali e quelle delle associazioni più radicali (più di mille delegati in tutto) **si scontrarono** sul *documento Marmot*, fatto proprio dal padrone di casa, il governo brasiliano. Le prime sponsorizzavano un documento ristrettamente tecnico e **depoliticizzato**, mentre le altre spingevano per una forte presa di posizione che entrasse nel merito delle cause delle **diseguaglianze**. Un particolare importante è che il direttore pro-tempore dell'OMS, **Margaret Chan**, abbia fatto un discorso “tecnico” a favore delle tesi radicali contro le multinazionali riacciandosi alla storica **conferenza di Alma Ata** (1978) dove la partecipazione e la prevenzione erano state individuate come unica via di uscita da una crisi che cominciava a delinarsi già da allora.

Non importa registrare quale delle tesi abbia prevalso trattandosi di una conferenza internazionale non deliberativa, ma **gli atti** della conferenza – quando verranno pubblicati - andranno letti sotto la luce di una **netta presa di posizione** contro il **prevalere** a livello mondiale delle **impostazioni ospedalocentriche** funzionali alle **grandi tecnologie** (oramai inclusive anche dei farmaci moderni) come traino di **grandi profitti** più che di grandi risultati di salute.

Beni comuni, nuova frontiera della democrazia e per i diritti sociali

Con un occhio alle date, la situazione ad oggi vede da un lato le economie mondiali correre in acque melmose alla ricerca di **soluzioni** della crisi laddove stanno le **cause**, mentre dall'altro **crece** una **coscienza** “**reattiva**”, ancorché gracile e minoritaria ma capace di **esplosioni** clamorose.

²⁵ Nel documento viene intitolata come “Seconda conferenza di Rio” per distinguerla da quella dell'ONU del 1992.

²⁶ *Closing the gap in a generation* - Michael Marmot, UCL. Chair of WHO Commission on Social Determinants of Health. Santiago, Chili September 2008.

Come **in Italia** nella primavera di quest'anno con i già ricordati **referendum** che hanno annullato al di là di ogni dubbio interpretativo **scelte** già compiute dal **Parlamento** e dal **Governo** in direzione di una tendenziale **privatizzazione** dei beni comuni, nel caso specifico: acqua salute e aria.

Non ne sono uscite scelte definitive, tant'è che i **provvedimenti imposti dall'Unione Europea** all'Italia per recuperare la stabilità finanziaria le stanno **sbocconcellando**, però questi *caveat* a contestazione di un pensiero politico "unico" hanno tutta l'aria di segnare una **strategia** quanto meno di **difesa** che va presa in carico attentamente.

Anche perché non si tratta solo di *vox populi* ma di prese di posizione della **cultura** politico-economica come testimoniano l'assegnazione del Premio **Nobel 2009** per l'economia agli studi di **Elinor Ostrom** sui "*commons*"²⁷ e la risonanza assunta anche nel mondo occidentale dall'economista **Amartya Sen**²⁸.

Che trovano **echi** sul versante antropologico e della programmazione regionale²⁹.

Sintesi finale

Viene detto da più parti che la crisi può e deve essere un'occasione obbligata per cambiare gli indirizzi politici del paese laddove la globalizzazione finanziaria ha massimizzato il suo taglio **mercaticistica** riducendo la popolazione al ruolo di consumatori passivi all'interno di un sistema non più sopportabile perché **troppo costoso** a causa dei suoi sprechi. Senza garanzie di welfare.

Molti negli Stati Uniti in Europa e in Italia ci si stanno sforzando di **raddrizzare** la crisi usando gli strumenti che l'hanno provocata trasformando il welfare in **corporazioni** di clienti al servizio della moltiplicazione di **profitti** privati.

E'una spirale che va spezzata restituendo al **welfare** la sua qualità di comunità di **cittadini** capaci di gestire i reali **bisogni** di salute e sicurezza sociale in termini di **partecipazione** ed **empowerment**.

Che sono prima di tutto bisogni di prevenzione e non di mercato.

Gianni Barro, novembre 2011

²⁷ Ostrom Elinor. *Governare i beni collettivi. Istituzioni pubbliche e iniziative delle comunità*, a cura di Paolo FERRI, Marsilio, Venezia, 2006

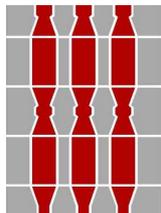
²⁸ Amartya K. Sen. *La libertà individuale come impegno sociale*. Laterza 1998. Nonché: *La democrazia degli altri*, Mondadori 2004

²⁹ Su un piano locale rileva un recente documento della Fondazione Celli di Perugia "Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario" – Perugia 2011 (circolazione interna). Vedi anche il documento di Regione Umbria e Dipartimento universitario di sanità pubblica "Valutazione dell'impatto sulla salute nei programmi dell'Umbria. Programma regionale per la ricerca finalizzata alla programmazione sanitaria Anno 2009/2010, (circolazione interna).

Svedo Piccioni

(invia testo a breve)

Allegato



Regione Umbria
Direzione regionale Salute, Coesione sociale
e Società della conoscenza

**Linee di indirizzo per il riordino
del Sistema Sanitario Regionale**

*Documento politico-programmatico
della Giunta Regionale*

26 Settembre 2011

Linee di indirizzo per il riordino del Sistema Sanitario Regionale

PREMESSA

1.

Il Servizio Sanitario umbro, a partire dalla sua istituzione e fino ad oggi, ha dato prova d'essere all'altezza delle funzioni e dei compiti ad esso affidati dalla Riforma Sanitaria e dalle successive modificazioni intervenute per effetto sostanzialmente di leggi nazionali quali i D.Lgs. n. 502/1992, n. 517/1993 e n. 229/1999, facendo registrare una notevole capacità di adattamento ai profondi mutamenti imposti sia dal rapido evolversi del quadro demografico che dalla introduzione, nel sistema sanitario, di sostanziali innovazioni in ambito strutturale, professionale, tecnologico, terapeutico-assistenziale, farmacologico e riabilitativo.

Sono stati anni connotati da profondi rimodellamenti che hanno riguardato, da una parte, l'ammodernamento anche strutturale della rete ospedaliera regionale - tesa ad assicurare sia prestazioni di alta specialità che la continuità dei percorsi assistenziali - e, dall'altra, la diffusione uniforme nel territorio di strutture e servizi sanitari e socio-sanitari.

I risultati conseguiti, in termini di efficacia delle prestazioni e di efficienza nell'erogazione degli interventi, ha consentito all'Umbria, nel confronto con le altre Regioni, di ben figurare, soprattutto relativamente a:

- qualità delle risposte assistenziali;
- quantità delle strutture e dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali;
- diffusione degli screening per la diagnosi precoce di patologie neoplastiche;
- capacità di gestione economico-finanziaria delle risorse assegnate dal Fondo Sanitario Nazionale.

A questo proposito sono decisamente significativi i dati dell'ultimo "Rapporto SaniRegio 2011" del CeRM, che individuano l'**Umbria** come modello per la **gestione della Sanità** e la collocano al **primo posto tra le Regioni** italiane sia per la capacità di controllo della spesa (**spesa pro-capite più bassa**) che per l'**alta qualità delle prestazioni erogate** (efficacia degli interventi sanitari, livello di soddisfazione dell'assistenza sanitaria, andamento della mobilità e rischio di ospedalizzazione).

Un Sistema Sanitario Regionale che, fino ad oggi è stato capace, pur collocato al livello di eccellenza delle prestazioni, di non gravare sulle finanze dei propri cittadini attraverso l'introduzione di tasse regionali e ticket: a conferma dell'eccellenza raggiunta sui livelli di spesa, secondo i dati della stessa Corte dei Conti, emerge, infatti, come solo l'Umbria e la Lombardia, uniche due Regioni a statuto ordinario, siano riuscite a conseguire risultati economici positivi **con le sole risorse ripartite per il SSN** evitando il ricorso ad altri fondi regionali o prelievi fiscali per il finanziamento della Sanità.

Oggi, la capacità del Servizio Sanitario Regionale di continuare a fornire ai cittadini risposte eque, efficaci ed efficienti è sottoposta a nuove e più complesse sfide generate, da un lato, dall'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico e dall'altro, dalla progressiva diminuzione delle risorse economiche messe a disposizione delle Regioni italiane. Elementi questi che costringono l'Umbria a ripensare in maniera sostanziale sia il modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale che le modalità di erogazione delle prestazioni e degli interventi sanitari e socio-sanitari, cercando di migliorare ulteriormente l'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni nel contesto di risorse economiche disponibili limitate.

2.

Una analisi che non può non prendere avvio dalla considerazione delle profonde e rapide trasformazioni che, in questo momento, caratterizzano il quadro sociale, con il continuo invecchiamento della popolazione, il crescente peso degli anni di vita vissuti in condizioni di non autosufficienza, l'incremento delle persone immigrate, la scomposizione della famiglia con l'aumento dei nuclei unipersonali e di nuclei di anziani soli o in coppia, le difficoltà di inserimento occupazionale stabile per le giovani generazioni,

Le tendenze demografiche attualmente in atto in Italia mostrano, oltre che in senso assoluto, un aumento degli anziani anche in senso relativo, legato al declino dei segmenti più giovani. Questo fenomeno demografico che investe ed interessa anche la popolazione Umbria ha importanti ripercussioni nei settori sociali e sanitari.

L'aumento delle malattie croniche che inevitabilmente accompagna l'invecchiamento della popolazione infatti comporta una crescente domanda di assistenza continuativa.

Le malattie croniche sono caratterizzate da eziologia incerta, fattori di rischio multipli, lungo periodo di latenza, lunga durata, cause non infettive, disabilità funzionale associata, incurabilità.

Nei loro confronti sono pertanto ipotizzabili interventi tesi a diminuirne l'incidenza, a posporre l'insorgenza di disabilità, ad alleviare la gravità della patologia e a prolungare la vita del paziente affetto.

L'evoluzione descritta della cronicità, unita alla progressiva diminuzione delle risorse economiche per la non autosufficienza impone l'assunzione di misure volte a pianificare adeguati interventi sia in termini di prevenzione che di trattamento.

3.

Mutamenti altrettanto radicali in ordine alle risorse finanziarie disponibili stanno condizionando la capacità degli Stati, in particolare nell'area dell'Euro, di garantire e sviluppare adeguate politiche pubbliche e sostenere i sistemi di Welfare esistenti.

La presente e drammatica congiuntura economica, caratterizzata dalla pressione sui debiti sovrani da parte della speculazione finanziaria, ha determinato nel nostro paese ripetuti interventi di riduzione della spesa pubblica, che hanno drasticamente ridotto le dinamiche di finanziamento del SSN, passando da incrementi medi del 5% nel triennio 2004/2006 al +1,2% previsto nel triennio 2012/2014, con una punta di caduta

dell'incremento per il 2013 dello 0,5%, dati che fanno ipotizzare, in assenza di interventi, seri problemi di sostenibilità dei sistemi sanitari regionali.

La stessa OCSE, pur confermando nel Report 2011 buoni livelli di spesa conseguiti dall'Italia rispetto alla qualità dei servizi e una notevole capacità di controllo della stessa, nei documenti strategici (Health care systems: getting more value for money - 12/2010), partendo dall'assunto che "il sistema migliore non è per forza quello più costoso", ipotizza che i governi nella congiuntura data debbano incrementare non la spesa ma l'efficacia dei sistemi. Per questa strada "si potrebbe raggiungere nell'area OCSE un risparmio della spesa pubblica pari a quasi il 2% del PIL entro il 2017".

Tale indirizzo di riduzione dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, declinato sotto forma di "universalismo selettivo" e cofinanziamento a carico dei cittadini, costituisce il nucleo delle elaborazioni in materia di livello governativo (libro bianco sul welfare del Ministro del lavoro) e sarà quasi sicuramente oggetto dei prospettati futuri interventi di correzione dei conti pubblici.

Per la nostra regione, che rimane, come detto, una delle poche regioni italiane in equilibrio economico-finanziario senza integrazioni con fondi propri e con buoni livelli di qualità del sistema, visto il livello del finanziamento per gli anni 2013 e 2014, emerge la situazione sintetizzata nelle tabelle seguenti:

SANITA' - Valutazione impatto economico L. 111/2011

(in milioni di euro)

	2012	2013	2014
ITALIA - Livello del finanziamento del settore sanitario a legislazione vigente	108.780	111.794	116.236
Variazione %		+ 2,8%	+ 4,0%
MANOVRA FINANZIARIA		- 2.500	- 5.450
ITALIA - Livello del finanziamento del settore sanitario dopo la manovra finanziaria	108.780	109.294	110.786
Variazione %		+ 0,5%	+ 1,4%

REGIONE UMBRIA - Valutazione impatto economico L. 111/2011

(in milioni di euro)

	2012	2013	2014
SANITA' ITALIA - Impatto economico manovra finanziaria		- 2.500	- 5.450
SANITA' REGIONE UMBRIA Impatto economico manovra finanziaria		- 38	- 83

Si rileva che, sulla base degli effetti della manovra finanziaria pari a 2.500 milioni di Euro per l'anno 2013 e 5.450 milioni di Euro per l'anno 2014 rispetto alla spesa tendenziale, alla Regione Umbria vengono a mancare sulla base della quota d'accesso attuale rispettivamente 38 milioni di Euro nel 2013 e 83 milioni di Euro nel 2014, per un totale di oltre 120 milioni di Euro nel biennio.

Si tratta di riduzioni di finanziamento che, ancorché supportate da misure già abbozzate e che dovranno essere oggetto di specifica intesa tra Stato e Regioni, appaiono difficilmente sostenibili, soprattutto dopo una fase prolungata di contenimento dei finanziamenti che ha interessato il triennio 2009-2011 e che possono indurre preoccupanti scadimenti di qualità e, di fatto, una contrazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'APPROPRIATEZZA E LA QUALITÀ

1.

Per fornire nuove risposte alla profonda modifica della tipologia e dell'intensità dei bisogni e alla prospettiva di risorse decrescenti, è necessario individuare un nuovo modello assistenziale, che da una parte chiama in causa il sistema sanitario, con una serie di innovazioni ormai ineludibili sul piano organizzativo e gestionale, dall'altra attribuisce un ruolo altrettanto determinante alla comunità e all'assistito competente e attivo. Anche la componente sanitaria privata viene chiamata a svolgere una funzione assistenziale integrata più incisiva nel sistema salute.

L'obiettivo prioritario della Regione Umbria rimane il mantenimento di un sistema sanitario "universalistico", che garantisca i livelli essenziali di assistenza e quelli aggiuntivi previsti dalla normativa regionale a tutta la popolazione residente, senza distinzioni di genere, età, reddito, lavoro.

Il processo inevitabile di razionalizzazione della spesa sanitaria deve garantire sostenibilità all'intero sistema, ma nel contempo rafforzare l'equità del servizio sanitario regionale, garantendo uniformità nell'accesso e omogeneità nel trattamento, superando disomogeneità assistenziali, duplicazioni di servizi, eterogeneità delle prestazioni.

L'appropriatezza diventa così un aspetto fondamentale della qualità assistenziale, in una relazione fortemente dinamica con le altre componenti della qualità: sicurezza, efficacia, equità, continuità assistenziale, coinvolgimento del cittadino, efficienza.

Il servizio sanitario deve cercare di ottenere gli effetti desiderati e ridurre gli sprechi, facendo in modo che i benefici attesi in termini di salute-benessere eccedano, con un margine di probabilità sufficientemente ampio, le potenziali conseguenze negative dell'intervento stesso.

Mentre il miglioramento dell'appropriatezza clinica garantisce l'effettivo miglioramento della qualità dell'assistenza, l'uso efficiente delle risorse (appropriatezza organizzativa) riduce i costi e rende massimo il numero di cittadini che possono accedere a interventi efficaci.

E' indubbio che interventi appropriati producono anche effetti equitativi, permettendo di contrastare i fattori di rischio e di ostacolo all'accesso che potrebbero penalizzare i più svantaggiati. Proprio per questo l'appropriatezza include la presa in considerazione della soddisfazione del paziente e il suo coinvolgimento.

2.

Il Servizio Sanitario Regionale deve individuare interventi mirati sul tema dell'appropriatezza, per superare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale, con conseguente riduzione del livello di copertura di altri livelli assistenziali, disattendendo in tal modo i diritti da garantire a tutti i cittadini.

I LEA rappresentano l'ambito delle garanzie che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna ad assicurare a tutta la popolazione in condizione di uniformità su tutto il territorio nazionale; si tratta di attività e di prestazioni finanziate con risorse pubbliche che devono essere garantite a tutti i cittadini.

I LEA non sono un "vincolo", ma un impegno "programmatico per il SSN" e un "diritto per i cittadini".

La definizione dei LEA è materia dello Stato centrale, che indica i macrolivelli di assistenza sanitaria uniforme e la domanda sanitaria da soddisfare, ma la responsabilità di garantirli su tutto il territorio è di competenza regionale.

Le regioni devono definire assetti e modalità organizzative per assicurarli in funzione delle specifiche esigenze del territorio, stabilendo anche specifici impegni regionali per eventuali LEA aggiuntivi, distribuendo le risorse secondo l'organizzazione prescelta.

Pertanto l'erogazione e il mantenimento dei LEA richiede, accanto alla esplicita definizione degli stessi ed all'attivazione di un sistema di monitoraggio e di garanzia, un importante impegno da parte delle Regioni a livello programmatico.

E' compito delle regioni, tenendo conto dei vincoli finanziari, definire le condizioni di erogabilità delle prestazioni LEA, considerando i criteri di particolare tutela della urgenza/complessità, della fragilità sociale e della accessibilità territoriale, definendo assetto organizzativo e modelli di attuazione personalizzati.

LO STATO DELL'ARTE

1.

In Umbria (alla pari di quanto è avvenuto in numerose altre realtà regionali), a partire dal D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, è stato avviato un processo di riorganizzazione dell'assetto istituzionale del servizio sanitario regionale, caratterizzato da un progressivo ridimensionamento del numero delle USL territoriali, il cui numero è stato ridotto da 12 a 5 (LR n. 1/1995) e successivamente all'attuale assetto cioè a quattro Aziende USL (Az. USL di Orvieto è stata integrata nella Az. USL di Terni LR n. 3/1998).

La riduzione delle USL non ha assolutamente penalizzato le strutture di coordinamento e di erogazione delle attività e delle prestazioni sanitarie: infatti il numero dei Distretti sanitari (nei primi tempi socio-sanitari) è rimasto invariato, legato ad una articolazione territoriale che individua 12 zone sanitarie, che si identificano con altrettanti Ambiti sociali e altrettanti Distretti scolastici (Alto Tevere, Eugubino-Gualdese, Perugino, Assisano, Trasimeno, Tuderte-Marscianese, Folignate, Spoletino, Valnerina, Ternano, Narnese-Amerino, Orvietano).

Altrettanto non può dirsi per i Dipartimenti di Prevenzione, la cui organizzazione sebbene determinata da quanto stabilito dall'articolo 7 del D.Lgs. n. 502/1992, in realtà è andata diversificandosi nelle quattro aziende USL, senza che questo rispondesse a specifiche esigenze territoriali, rivelandosi talvolta inadeguata a rispondere da un lato alle necessità di miglioramento dell'efficienza, attraverso un recupero di risorse ottenibile con il potenziamento reale dei livelli di integrazione, dall'altra ai nuovi bisogni di salute.

2.

Un'ulteriore misura di razionalizzazione della spesa sanitaria, coerente con gli indirizzi nazionali, è stata perseguita attraverso la centralizzazione dei processi gestionali tecnico-amministrativi delle aziende sanitarie regionali soprattutto con l'unificazione, a livello sovraziendale degli approvvigionamenti. Dapprima è stata costituita la società consortile (L.R n. 17/2005: "Costituzione di una società per la gestione integrata di funzioni tecnico-amministrative in materia di sanità pubblica") successivamente, trasformata in Agenzia Umbria Sanità - AUS (LR n. 16/2007) che ha assorbito anche le competenze della soppressa Agenzia SEDES.

Con l'istituzione dell'Agenzia Umbria Sanità sono stati individuati obiettivi finalizzati a favorire processi di integrazione e gestione unitaria delle funzioni tecnico amministrative delle aziende sanitarie quali, la centralizzazione degli acquisti, l'ottimizzazione della logistica, la gestione di programmi concernenti gli investimenti, il patrimonio e le tecnologie sanitarie, lo sviluppo e la gestione del sistema informativo e delle tecnologie informatiche, nonché dei relativi servizi di supporto.

In questa prima fase l'obiettivo dell'Agenzia Umbria Sanità, è stato realizzato soprattutto nell'area degli acquisti con la centralizzazione delle procedure di gara per gli appalti di forniture e servizi, conseguendo quindi una parziale razionalizzazione del sistema.

In tale contesto si ritiene necessario proseguire l'azione di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria operata con l'istituzione dell'Agenzia Umbria Sanità, rivedendo però l'attuale assetto giuridico-istituzionale, per privilegiare un assetto più leggero caratterizzato da una spiccata flessibilità organizzativa coerente con la rimodulazione delle competenze.

3.

L'organizzazione del SSR dell'Umbria è stata inoltre recentemente aggiornata con l'attivazione delle prime reti cliniche regionali, che hanno proposto una maggiore integrazione tra strutture e servizi sanitari, valorizzando le sinergie potenzialmente disponibili tra attori caratterizzati da missioni diverse, una più marcata omogeneità delle prestazioni, indicazioni più puntuali e vincolanti su appropriatezza ed efficacia. Pur essendo funzionali, hanno proposto modalità di coordinamento e di raccordo trasversali e anche sovraziendali. Questa esperienza, di fatto oggi contraddittoria con il sistema vigente, può essere salvaguardata e potenziata, facendone un effettivo strumento di governo clinico che però può e deve interfacciarsi con una governance aziendale in grado di garantire "fattibilità" a quanto è ritenuto "opportuno" nell'ambito delle reti cliniche.

UN NUOVO PROGETTO

Di fronte a questo quadro in veloce trasformazione e di estrema complessità si pone l'esigenza di garantire maggiore capacità programmatoria, nel senso di definire con più puntualità e con la più ampia condivisione le priorità di intervento, le modalità e gli strumenti organizzativi, l'allocazione delle risorse. Così come è necessario ridefinire il sistema di governance in Umbria, che ha il compito di utilizzare al meglio, con adeguata autonomia, le risorse affidate per raggiungere in concreto i risultati di salute programmati. Sul piano strettamente assistenziale è necessario il definitivo superamento di un sistema focalizzato sugli erogatori di prestazioni ed il passaggio ad un sistema centrato sulla persona, in modo che l'intervento socio-sanitario venga a perdere la frammentarietà di un approccio legato alla erogazione della singola prestazione per assumere il carattere di un percorso assistenziale integrato.

Tutto ciò porta ad ipotizzare alcuni passaggi chiave, quali il ridefinire il ruolo di indirizzo e coordinamento della Direzione Regionale, la rimodulazione degli ambiti territoriali delle Aziende USL, accompagnata da una revisione degli assetti organizzativi e una ridefinizione della "mission" delle Aziende Ospedaliere, anche per realizzare un progettualità omogenea e di scala appropriata non condizionata da interessi di tipo prevalentemente localistico.

1.

L'esigenza del rafforzamento della capacità programmatoria, di coordinamento, di valutazione e di controllo impone un ***potenziamento della Direzione Regionale Salute, Coesione sociale e Società delle Conoscenza***, al fine di garantire al sistema un governo più efficace dei livelli gestionali/operativi e maggiori livelli di cooperazione, confermando una logica di azione dei vari livelli di indirizzo di "gruppo" e la scelta di un modello di programmazione dinamico.

Per raggiungere questo obiettivo è necessaria una riorganizzazione dell'intera Direzione, soprattutto per acquisire competenze tecniche, non solamente amministrative, rispetto ad aree innovative e funzionali al nuovo assetto organizzativo, quali l'osservazione epidemiologica, l'Health Technology Assessment,

la valutazione di performance e di qualità fornita e percepita, l'empowerment e la partecipazione dei cittadini, la ricerca finalizzata e la formazione.

2.

Dopo una fase caratterizzata dalla specializzazione dei sistemi regionali sia istituzionale che organizzativa, coincidente sostanzialmente con gli anni '90, le organizzazioni sanitarie regionali, a partire dai primi anni 2000, si sono evolute attraverso forme di integrazione istituzionale con l'obiettivo di evitare ridondanze e duplicazioni, fino a giungere negli ultimi anni ad affrontare il problema del coordinamento di reti cliniche complesse.

Tale movimento è sintetizzato, ad esempio, dalla riduzione sostanziale del numero delle aziende sanitarie locali su base nazionale, che sono passate dalle 228 del 1996 alle 146 del 2010, con una popolazione media che passa dai circa 250.000 abitanti agli attuali 413.000.

La teoria, evidenziando come il problema centrale dei sistemi regionali attuali sia quello della ricerca del bilanciamento tra esigenze di specializzazione e competizione e quelli di coordinamento e integrazione, nel valutare gli scenari sottolinea che le scelte relative ai livelli di integrazione istituzionale e organizzativa non sono neutrali rispetto alla tipologia di orientamento all'utente del sistema stesso e delle dinamiche relazionali tra i soggetti che lo compongono.

La tendenza alla specializzazione e lo sviluppo di dinamiche competitive tendono alla frammentazione del sistema e degli interventi, l'integrazione istituzionale e organizzativa privilegiano invece la cooperazione tra le componenti del sistema e la continuità delle cure.

L'esigenza di rafforzamento dei livelli di governance del sistema, al fine di conseguire maggiori livelli di integrazione e la continuità delle cure, può essere perseguita attraverso la **revisione degli attuali ambiti delle Aziende USL, passando da quattro a due aziende territoriali con l'accorpamento delle attuali USL1 - USL2 (Az. USL Umbria 1) e USL3 - USL4 (Az. USL Umbria 2)**, partendo dal criterio di evitare eccessive differenze di estensione territoriale e demografica tra di essi, perché una eccessiva sperequazione o una dimensione eccessivamente ridotta compromette una equa ed efficace erogazione da parte dei servizi.

Le due nuove ASL si attestano tra i 400.000 e 500.000 abitanti in linea con la media nazionale.

Le maggiori dimensioni aziendali comporteranno una revisione degli attuali assetti organizzativi, non solo come risultato della semplice sommatoria delle strutture esistenti.

Sarà quindi necessario riconfermare il ruolo essenziale del **Distretto sanitario**, quale soggetto erogatore, ripensandone la "mission", anche alla luce delle eventuali e possibili evoluzioni, legate ad esempio alla realizzazione delle Case della Salute o alla individuazione di nuove e più funzionali forme di coinvolgimento dei MMG e PLS, attraverso l'utilizzo di nuovi modelli associativi, che garantiscano lo sviluppo di una medicina di iniziativa.

Per il **Dipartimento di Prevenzione** si ritiene necessario superare l'assetto organizzativo attuale, giungendo alla individuazione di sole quattro aree di intervento:

- 1. la sanità pubblica
- 2. la prevenzione nei luoghi di lavoro
- 3. la sicurezza alimentare
- 4. la sanità pubblica veterinaria

Il processo di cambiamento descritto deve essere sostenuto anche da altre azioni di riorganizzazione, quali l'assoluta necessità di prevedere un nuovo modello organizzativo che permetta di ridefinire la "mission" di **Umbria Soccorso 118**, a fronte della attribuzione, sempre più centralizzata, ai DEA di 1 e 2 livello di funzioni e competenze specifiche per la Emergenza e per l'alta specialità.

Pertanto l'originaria scelta di tre centrali operative, perseguita per l'avvio del sistema, deve oggi essere rivista. La "regia" del nuovo sistema infatti non può che essere la Centrale Operativa 118, a questo punto unica a livello regionale, deputata a porsi come interlocutore unico e qualificato per l'utenza e per le strutture collegate, in termini di ricezione e valutazione delle richieste e come momento di coordinamento, gestione e verifica della attività di trasporto e di ricovero.

Inoltre è necessario rivedere l'organizzazione della **rete assistenziale del percorso nascita** ed in particolare della rete dei punti nascita.

A supporto di questi cambiamenti si citano "il Patto per la Salute 2010-2012" siglato il 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi ed a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema, nonché l'Accordo Stato - Regioni del dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali del percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Quest'ultimo lavoro fornisce specifici criteri per l'individuazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi puntuali cui devono adeguarsi tutti i punti nascita.

3.

Il sistema ospedaliero si caratterizza per alcuni fenomeni evolutivi relativamente comuni a tutti gli altri contesti nazionali: graduale e costante riduzione dei posti letto disponibili, costanza o lieve incremento del numero dei ricoveri, riduzione della durata della degenza per i pazienti acuti. Lo sviluppo del nuovo sistema ospedaliero umbro previsto dal PSR 2009-2011 con il progetto delle reti cliniche, non è riuscito pienamente a favorire la realizzazione di un sistema ospedaliero integrato capace di produrre sinergie contenendo i fenomeni di mobilità passiva e migliorando i costi di produzione.

In particolare, si è assistito nelle Aziende Ospedaliere umbre ad un ampliamento della funzione di ospedale di territorio con oltre il 76% dei ricoveri provenienti dalle Aziende USL di riferimento (AO PG - USL 2 e AO TR - USL 4), con una prevalenza della media e bassa assistenza ed un incremento dei ricoveri di ultrasessantenni nelle degenze di area medica e nel settore dell'ortopedia e traumatologia, accompagnato

dal fenomeno di letti aggiunti. Contemporaneamente, si è osservata una riduzione della funzione assistenziale per acuti negli ospedali di territorio e la necessità di attivare convenzioni che prevedono l'accesso di numerosi specialisti delle Aziende Ospedaliere negli ospedali di territorio con percorsi burocratici e costi aggiuntivi.

In tale contesto, le due **Aziende Ospedaliere di Perugia e di Terni**, dovranno essere maggiormente interconnesse, chiamate a condividere finalità, obiettivi ed ambiti di azione e risorse professionali, anche all'interno della rivisitazione dei rapporti tra SSR e Università, come contemplato dalla recente *intesa propedeutica all'attuazione del modello di azienda ospedaliero-universitaria di cui al D.Lgs. n. 517/1999* (DGR n. 826/2011).

Lo strumento per l'integrazione sarà il Dipartimento Interaziendale, che avrà il compito fondamentale di sviluppare sinergie ed eliminare duplicazioni, di presiedere l'attività assistenziale, quella formativa e di ricerca.

I **presidi ospedalieri delle Aziende USL** già individuati dalla programmazione regionale all'interno del sistema di emergenza urgenza e **sedes di DEA** (Città di Castello, Branca Gubbio - Gualdo Tadino, Foligno, Spoleto e Orvieto), con le necessarie precisazioni e sviluppi che saranno definite nel nuovo modello organizzativo di *Umbria Soccorso 118*, continueranno a mantenere la loro articolazione ed operatività anche con la funzione di ospedali di territorio.

Inoltre, le Aziende Ospedaliere dovranno assicurare la competenza gestionale anche degli Ospedali di Territorio del bacino territoriale di riferimento, con l'obiettivo di:

- garantire la continuità assistenziale tra il trattamento in acuzie e la presa in carico della post-acuzie;
- mantenere elevati standard di qualità in ogni punto della rete ospedaliera con profili di cura omogenei e scientificamente validati;
- ottimizzare l'attività dei professionisti senza necessità di strumenti burocratici, favorendo sinergie ed integrazioni ed evitando duplicazioni di strutture e funzioni;
- assicurare il decentramento di alcune attività assistenziali, con particolare riferimento a quelle dell'area delle chirurgie specialistiche al fine di contenere il fenomeno della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri.

A dare un contributo a questo assetto, in particolare per l'alta tecnologia diagnostica e per la riduzione della mobilità passiva ospedaliera, dovrà essere chiamata anche la componente sanitaria privata accreditata, che dovrà garantire una idonea integrazione con il sistema pubblico.

5.

Il progressivo superamento del ruolo dell'Agenzia Umbria Sanità, per privilegiare un assetto più leggero caratterizzato da una spiccata flessibilità organizzativa coerente con la rimodulazione delle competenze, si potrebbe identificare con l'istituzione di una Centrale di committenza¹.

Già negli anni '90 uno dei campi individuati dal legislatore nazionale, per razionalizzare la spesa, è stato quello della centralizzazione degli acquisti e della programmazione degli stessi, mettendo anche a disposizione concreti strumenti. Infatti viene istituita una centrale di committenza nazionale la Consip a cui le

amministrazioni centrali debbono aderire per l'acquisizione di beni e servizi mentre le altre pubbliche amministrazioni debbono assumere a riferimento i prezzi.

Inoltre diverse leggi finanziarie che si sono succedute negli anni, hanno previsto strumenti di centralizzazione delle procedure di gara che operano a livello locale con diverse modalità per i Comuni, per le Province, per le Regioni.

Recentemente, con il DPCM 30 giugno 2011, di attuazione dell'art. 13 della L. n. 136/2010, recante il "*Piano straordinario contro le mafie, nonché la delega al Governo in materia di normativa antimafia*", è stato individuato il modello regionale di Stazione Unica Appaltante definendo la natura giuridica (che è quella di Centrale di Committenza), le competenze e il funzionamento.

Le centrali di committenza sono uno strumento di centralizzazione degli acquisti che evitano il replicarsi delle procedure e permettono di ottenere risparmi sia in termini di prezzi che di costi di gestione della procedura (per personale, per pubblicazioni, per contenzioso, etc.).

Conseguentemente la Centrale di committenza oltre che a gestire completamente la procedura di gara, dovrà armonizzare il proprio programma di acquisizione di beni e servizi con quello del Sistema a rete della Consip e delle centrali di committenza regionali, affinché si possa ottenere un ruolo di impulso e proposizione nel selezionare, all'interno del mercato elettronico e nelle convenzioni stipulate, i settori merceologici ritenuti più rilevanti da parte delle amministrazioni regionali e locali.

L'aspetto considerato si lega con la realizzazione di uno specifico processo di analisi della domanda, non per singolo ente quanto rispetto alla misura complessiva dei partecipanti alla rete. Così facendo, infatti, sarà possibile individuare i reali fabbisogni delle predette amministrazioni nonché realizzare, in una seconda fase, un sistema utile a verificare il controllo dei consumi dalle stesse effettuati.

Altri interventi di razionalizzazione, in base al modello istituzionale del Servizio sanitario regionale che si andrà prefigurando, è quello legato alla funzione della ottimizzazione della logistica delle aziende sanitarie regionali, coerente con l'organizzazione a rete dei servizi sanitari regionali.

Parimenti le infrastrutture tecnologiche e i sistemi informativi, vanno reingegnerizzati per favorire economie di scala e per supportare il sistema di organizzazione a rete dei servizi sanitari prescelto. L'obiettivo a tendere sarà quello di sviluppare una sanità elettronica che ha come scopo l'integrazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nei processi del sistema sanitario e nelle cure dei pazienti.

6.

L'impatto economico-finanziario dell'accorpamento delle aziende sanitarie e delle altre modifiche alla organizzazione del SSR, oltre ad una complessità intrinseca di valutazione, evidenzia un andamento correlato al fattore tempo, della coerenza e cogenza dei processi riorganizzativi nonché dei livelli di variabilità attesi.

La valutazione del potenziale risparmio di costi conseguente alla riorganizzazione, per il primo anno, è stata stimata in circa 7,1 milioni di Euro; tale importo aumenta

tuttavia negli esercizi successivi per l'effetto montante dovuto alla riduzione della spesa per il personale ed il beneficio economico del primo triennio è stimato in circa 25 milioni di Euro. Una prima voce di risparmio risulta conseguente alla riduzione del management e degli organi di revisione delle Aziende Sanitarie (circa 1,1 milioni di Euro), segue la riduzione del costo del personale derivante dal mancato reintegro delle cessazioni (1,3 milioni di Euro), ulteriori economie sono infine previste dalla razionalizzazione dei costi relativi ai servizi appaltati, alle utenze e alle spese generali (circa 4,6 milioni di Euro).

La razionalizzazione organizzativa sopra descritta appare ineludibile anche alla luce della manovra estiva approvata dal Governo la quale riduce pesantemente le risorse destinate al SSN. A fronte dell'insufficiente finanziamento, vengono individuate una serie di misure che dovrebbero consentire alle Regioni di realizzare la prevista riduzione della spesa.

Il processo di miglioramento ed efficientamento, anche alla luce delle sovra esposte valutazioni, dovrebbe consentire alla nostra Regione sia di compensare le carenze della manovra nazionale (i cui risultati sono fortemente condizionati dalla diversa distribuzione territoriale dei cittadini esenti), sia di liberare risorse da destinare al potenziamento dell'assistenza e al rafforzamento del Sistema nel suo complesso.

IL RUOLO DELLA COMUNITA' LOCALI

Non è solo il Servizio Sanitario Regionale che deve essere rivisitato ma va definita un'azione di sistema che restituisca ruolo a stakeholder diversi dalla Regione.

1.

I Comuni sono i garanti dell'insieme delle persone e delle relazioni sociali che appartengono ad un medesimo ambito geografico-territoriale, entro il quale vi sono attività, riflessioni, trasformazioni, affetti e scambi tra individui, gruppi, istituzioni. In tali ambiti le istituzioni locali sono in grado di riconoscere i bisogni, le domande e le aspettative dei cittadini e di mobilitare e impiegare le risorse economiche, strutturali e professionali necessarie per soddisfarli. Sono altresì nelle condizioni di prendere coscienza degli elementi che hanno generato difficoltà e crisi al proprio interno e di avviare un confronto per individuare le strategie più idonee alla soluzione dei problemi che via via emergono.

Una piena interlocuzione con i Comuni e la possibilità che essi esercitino un ruolo di "controllo" istituzionale e sociale sono passaggi che vanno contemplati all'interno dell'ipotesi di riordino, integrando e anche superando quanto già previsto dalla legislazione regionale a proposito di concertazione con il partenariato istituzionale.

2.

Accanto alla verifica della competenza di una comunità c'è anche la verifica della capacità di orientarsi, grazie a conoscenze puntuali nel campo della cronicità, dell'assistito o del paziente o meglio ancora del cittadino, membro e partecipe di una

comunità, che chiede una corretta informazione per assumere decisioni informate riguardo alla scelte di prevenzione e di cura, non solo per sé ma per tutti.

Le farmacie di comunità possono svolgere un ruolo fondamentale nell'empowerment del cittadino con l'obiettivo di ridurre i costi del SSN attraverso corretti stili di vita.

In tal senso vanno coinvolte anche le scuole per una corretta formazione ed informazione dei giovani e le associazioni dei cittadini per la partecipazione competente e attiva della popolazione.

¹ Sono centrali di Committenza le amministrazioni aggiudicatrici che acquistano forniture o servizi o aggiudicano appalti di lavori o accordi quadro di forniture e servizi per altre amministrazioni aggiudicatrici.

ⁱ Questo sogno e queste esperienze ricorrono appunto, numerose, pressoché in tutte le civiltà e in tutto il percorso storico del “nostro” mondo a partire dagli Esseni, nell’antica Palestina, e poi verso la fine del medioevo con i movimenti ereticali e semi-ereticali e infine le rivolte contadine nell’epoca della Riforma. Per riferirci a situazioni più vicine, e di “casa nostra”, sono note le gravi vicende seguite al processo ottocentesco verso la cosiddetta “proprietà terriera perfetta”, che cancellò numerosi diritti tradizionali collettivi a una (seppur assai limitata) disponibilità di taluni beni ubicati dentro possedimenti pubblici o privati – i diritti di pascolo o legnatico, ad esempio, o anche la “spigolatura” del grano –: e dunque le reazioni e le resistenze drammatiche che ne risultarono e che finirono per moltiplicare a dismisura, in forma individuale e clandestina, pratiche di prelievo ormai giuridicamente rubricate come “furti campestri” (si vedano in merito le abbondanti cronache giudiziarie e i numerosi studi politico-sociali di quel periodo). È peraltro significativo che questo sogno ricorrente costituisca il tema centrale, in un gran numero di società stratificate, sin dall’Antichità, di quelle manifestazioni periodiche che celebrano una volta all’anno le gioie di un “mondo alla rovescia” e che in Occidente hanno preso il nome di “carnevali”: nel corso delle quali cadono simbolicamente le differenze di classe e di potere, si infrangono i divieti e vi è abbondanza di cibo per tutti.

ⁱⁱ In merito è almeno da vedere Elinor OSTROM, *Governing the Commons. The evolution of institutions for collective action*, Cambridge University Press, Cambridge (UK) - New York, 1990, XVIII+298 pp. [ediz. ital.: *Governare i beni collettivi. Istituzioni pubbliche e iniziative delle comunità*, a cura di Paolo FERRI, Marsilio, Venezia, 2006, XLVI+353 pp.].

Non è peraltro senza significato che di recente – con evidenti parallelismi rispetto alla linea di elaborazioni e proposte intorno al modello del “bene comune” – sia andata affermandosi, per opera di autorevoli economisti, una riflessione su possibili mutamenti degli attuali assetti economico-sociali, in cui viene tematizzata come nodo e obiettivo di fondo la “questione della felicità”: in merito si possono ad esempio vedere la antologia curata da Luigino BRUNI e Pier Luigi PORTA, *Felicità ed economia. Quando il benessere è ben vivere*, prefazione di Giacomo BECATTINI, Guerrini e Associati, Milano, 2004, 302 pp., e il volume di Richard LAYARD, *Happiness. Lessons from a new science*, Penguin Press, New York, 2005, 310 pp. [ediz. ital.: *Felicità. La nuova scienza del benessere comune*, Rizzoli, Milano, 2005, 362 pp.]. In questo orizzonte è del resto da considerare, in certo senso, tutta la linea di riflessioni e proposte sviluppata a partire dalla fine degli anni ’70 dal ben noto economista indiano Amartya Kumar SEN, premio Nobel per l’economia nel 1998.

ⁱⁱⁱ Elinor OSTROM - Charlotte HESS (curatrici), *Understanding knowledge as a Commons. From theory to practice*, The MIT Press, Cambridge (Massachusetts, Usa), 2006, XIV+ 367 pp. [ediz. ital.: *La conoscenza come bene comune. Dalla teoria alla pratica*, Bruno Mondadori, Milano, 2009, LIV+409 pp.].

^{iv} Nella dottrina giuridica il diritto alla salute viene infatti configurato, oggi, come un “diritto fondamentale assoluto”, caratterizzato dunque dalla inviolabilità, dalla intrasmissibilità, dalla inalienabilità, dalla irrinunciabilità, dalla indisponibilità: più in particolare, come un “diritto soggettivo e assoluto pubblico”, suscettibile, proprio perché corrispondente ad un fondamentale interesse collettivo, di tutela diretta da parte del giudice ordinario anche nei confronti della pubblica amministrazione, che non ha il potere di affievolirlo o pregiudicarlo.

^v Non è il caso di riprendere, qui, evidenze ben note. Basti solo ricordare, per il suo valore emblematico, il vero e proprio crollo della vita media e della speranza di vita – largamente documentato dall’Organizzazione mondiale della sanità e da molte altre fonti – verificatosi in Russia con il venir meno del sistema sanitario sovietico e della rete di protezione sociale in cui esso era inserito. Nella Federazione russa, ad esempio, la speranza di vita maschile è caduta da 63,8 anni nel 1990 a 57,6 nel 1994: più di sei anni in un quinquennio (si veda a p. 11 l’ampio studio di Ellie TRAGAKES - Suszi LESSOF, *Health care systems in transition. Russian Federation*, a cura di Suszi LESSOF, prodotto come vol. 5, n. 3, della propria collana di testi da The European Observatory on Health Systems and Policies [presso il WHO Regional Office of Europe], Copenhagen, 2003, 202 pp.). In merito, anche Judith L. TWIGG, *Russian health status in the 1990s: national trends in regional variation*, The National Council for Eurasian and East European Research [NCEEER], Washington (D.C.), 2000, ...pp. / Vladimir M. SHKOLNIKOV - Martin MCKEE - David A. LEON, *Changes in life expectancy in Russia in the 1990s*, “Lancet”, n. 357, 2001, pp. 917-921 / Evgueni M. ANDREEV - Martin MCKEE - Vladimir M. SHKOLNIKOV, *Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide Europe*, “Bulletin of the World Health Organization”, vol. 81, n. 11, novembre 2003, pp. 778-787 / Martin MCKEE, *The health effects of the collapse of the Soviet Union*, pp. 17-36, in David A. LEON - Gill WALT (curatori), *Poverty, inequality and health: an international perspective*, Oxford University Press, Oxford, 2001, 358 pp. / Dina C. BALABANOVA - Jane FALKINGHAM - Martin MCKEE, *Winners and losers: expansion of insurance coverage in Russia in the 1990s*, “American Journal of Public Health”, vol. 93, n. 12, dicembre 2003, pp. 2124-2130.

^{vi} Si consideri, ad esempio, l’impressionante aumento del consumo di farmaci antidepressivi – per non parlare del complessivo consumo di sostanze psicoattive – in tutti i Paesi cosiddetti “avanzati”.

^{vii} Si veda in merito, ad esempio, Giovanni BERLINGUER, *Le disuguaglianze di salute: un’emergenza globale*, “Educazione Sanitaria e Promozione della Salute”, vol. 31, n. 1, gennaio-marzo 2008, pp. 10-17. E per la sola Europa, Marco GEDDES DA FILICIAIA - Gavino MACIOCCO, *Diseguaglianze nella salute in Europa*, “Prospettive Sociali e Sanitarie”, anno XXXVII, n. 7, 15 aprile 2007, pp. 1-9. Peraltro, già nel 2000 l’Associazione italiana di epidemiologia (AIE) aveva dedicato uno dei suoi annuali convegni a “Epidemiologia della diseguaglianza nei Paesi del Mediterraneo” (Roma, 18-21 aprile 2000). Dalla abbastanza vasta letteratura internazionale è forse il caso di segnalare, per il suo serio impianto, la sua ampiezza e la sua “ufficialità”, l’indagine condotta negli Stati Uniti dal Committee on understanding and eliminating racial and ethnic disparities in health care dell’Institute of medicine of the National academies per verificare il peso della appartenenza a una “minoranza etnica o razziale” in termini di «a lower quality of healthcare than non-minorities» (cfr. p. 1): Brian D. SMEDLEY - Adrienne Y. STITH - Alan R. NELSON (curatori), *Unequal treatment. Confronting racial and ethnic disparities in health care*, The National Academies Press, Washington (D.C.), 2003, XVI+764 pp. [di cui le pp. 417-738 sono date solo sul cd-rom allegato al volume]. Si veda anche David A. LEON - Gill WALT - Lucy GILSON, *International perspectives on health inequalities and policy*, “British Medical Journal”, n. 322, marzo 2001, pp. 591-594.

^{viii} Sui problemi dell'equità in salute, già agli inizi degli anni '90 l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Oms pubblicò due documenti rispettivamente dedicati il primo alla formulazione di concetti e principi e il secondo alle strategie e alle politiche di promozione: Margareth WHITEHEAD - Göran DAHLGREN, *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up Part 1*, World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990, 34 pp., e Göran DAHLGREN - Margareth WHITEHEAD, *Policies and strategies to promote social equity in health*, World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991, poi rivisto e ripubblicato dall'Institute for Future Studies, 2007, 67 pp.

^{ix} «The Commission considers health care a common good, not a market commodity» (Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, World Health Organization, Geneva, 2008, 248 pp., cfr. p. 95).

^x La questione dei possibili contagi provenienti «dal'esterno» si è venuta ponendo in Europa, in modo evidente e drammatico già alla fine del Medioevo, in particolare a fronte del rischio di nuove possibili epidemie di peste portate da navi provenienti dall'Oriente. «Fu Venezia la prima a proibire nel 1374 l'accesso nella città a uomini ed a merci infette o anche semplicemente sospette» (Arturo CASTIGLIONI, *Storia della medicina*, nuova ediz. riveduta e ampliata, A. Mondadori, Milano, 1936, XXX+825 pp., cfr. p. 309). Poco dopo, nel 1377, la piccola repubblica adriatica «veneta» di Ragusa (oggi Dubrovnik, Croazia) stabilisce «un punto d'approdo lontano dalla città e dal porto, ove tutti coloro che sono sospetti di essere affetti dal morbo devono passare un mese all'aria e al sole e prescrive che chiunque venga in contatto con loro debba essere isolato. E poiché ben presto si dimostra che il termine di trenta giorni non è sufficiente, si stabilisce un'epoca di quaranta giorni; e questa è la prima disposizione *quarantenaria*, alla quale ben presto seguono quelle di altre città, fra le quali Marsiglia, che erige nel 1383 un'apposita stazione di quarantena, e Venezia, che saggiamente codifica tutte le misure di difesa contro la peste in un'esemplare legislazione sanitaria» (*ibidem*, cfr. p. 309). Un breve riferimento alla iniziativa presa nel 1377 dalla città di Ragusa/Dubrovnik si trova anche in Henri H. MOLLARET, nel capitolo *I grandi flagelli* (pp. 425-468, cfr. p. 458) a lui affidato da Mirko D. GRMEK (curatore), *Storia del pensiero medico occidentale*, 3 voll., vol. II: *Dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento*, Laterza, Roma-Bari, 1996, 603 pp. Per un sintetico esame storico della «globalizzazione microbica» conseguente alla scoperta dell'America da parte degli Europei e alle successive tappe di una globalizzazione delle difese sanitarie cfr. Giovanni BERLINGUER, *Globalizzazione e salute globale: un prologo (1492), tre atti (XIX e XX secolo), e un epilogo incerto*, «Epidemiologia & Prevenzione», anno 26, n. 2, 2002, pp. 55-59.

^{xi} Appare emblematico il caso dell' «allarme pandemia» avallato dalla Organizzazione mondiale della sanità in riferimento alla cosiddetta influenza a/h1n1 nell'inverno 2009-2010 e recentemente denunciato dal «British Medical Journal»: si vedano prima la urgente richiesta di una sufficiente documentazione (Editor's choice, Fiona GODLEE, *We want raw data, now*, e per le aperte accuse almeno: Editorial, Fiona GODLEE, *Conflict of interest and pandemic flu*, «BMJ», vol. 340, 3 giugno 2010, pp., e Deborah COHEN e Philip CARTER, *WHO and the pandemic flu "conspiracies"*, «BMJ», vol. 340, 12 giugno 2010, pp. 1274-1279.

^{xii} Per tutta questa tematica il rinvio più organico è al fascicolo monografico dedicato a *Diseguaglianze di salute in Italia*, a cura di Giuseppe COSTA - Teresa SPADEA - Mario CARDANO, supplemento a «Epidemiologia & Prevenzione», anno 28, n. 3, maggio-giugno 2004, 162 pp. Su questa stessa tematica è tornato a riflettere il Convegno internazionale «Salute e diseguaglianze sociali» (Pescara, 23-25 novembre 2006) organizzato dalla Sezione «Sociologia della salute e della medicina» della Associazione italiana di sociologia (AIS). In merito, si veda anche il recente volume di Giovanni PADOVANI, *Il diritto negato. La salute e le cure sono uguali per tutti?*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2008, 169 pp., e anche il breve articolo dello stesso Autore, *La salute e le cure sono uguali per tutti?*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», anno XXXVIII, n. 14, 1-15 agosto 2008, pp. 1-5. Sulle diseguaglianze sociali in salute, sul modello concettuale che vi è sotteso, sulle evidenze empiriche di tali diseguaglianze a livello internazionale, europeo e italiano (con alcuni specifici approfondimenti per la Toscana), è da vedere l'ampia recente relazione conclusiva redatta da Gavino MACIOCCO e Elisa SCOPETANI per il Gruppo di lavoro «Diseguaglianze sociali nella salute e sanità d'iniziativa», presentata al Convegno «La sanità toscana. Un bilancio per il futuro» tenuto a Cortona il 19-20 febbraio 2010 e organizzato dal Centro di promozione della salute «Franco Basaglia» (documento di 29 pagine). Una sintesi di questa relazione è stata poi pubblicata, sempre a cura di Gavino MACIOCCO e Elisa SCOPETANI, *Diseguaglianze nella salute. Lo stato dell'arte*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», anno XL, n. 11-12, 15 giugno - 1 luglio 2010, pp. 16-27. Sulle diseguaglianze in salute va anche segnalato il *Manifesto per l'equità*, prodotto nel 2004 da un gruppo di lavoro coordinato da Cesare CISLAGHI e Giuseppe COSTA, promosso dalla Associazione italiana di epidemiologia (AIE) e fatto proprio dalla Associazione italiana di economia sanitaria (AIES), dalla Società italiana di epidemiologia psichiatrica (SIEP) e dalla Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (SIP). In effetti, già nel 2001 il nostro Comitato nazionale per la bioetica aveva reso pubblico un suo documento intitolato *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*. E ancor prima, le principali situazioni che determinano diseguaglianze di opportunità rispetto ai servizi sanitari erano state partitamente delineate nel secondo capitolo (*Violazione di diritti, lesione di interessi, delusione di legittime aspettative e non attuazione di micro-diritti*) del ben noto volume prodotto dal Movimento federativo democratico e dal Tribunale per i diritti del malato, a cura del C.E.R.F.E., *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1992, XVI+481 pp.

^{xiii}

Sui determinanti sociali di salute e sul fallimento delle pratiche neoliberiste è da vedere di Vicente NAVARRO, *Cosa intendiamo per determinanti sociali di salute*, «Educazione Sanitaria e Promozione della Salute», vol. 32, n. 4, novembre-dicembre 2009, pp. 274-290, che ha costituito il discorso inaugurale alla VIII Conferenza europea della Unione internazionale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria (International union for health promotion and education [IUHPE]) tenuta a Torino dal 9 al 13 settembre 2008: in questo suo discorso Vicente Navarro accoglie positivamente, pur evidenziandone alcuni limiti, il *Rapporto conclusivo* della Commissione dell'Oms sui determinanti di salute, pubblicato nel 2008 (di cui vedi qui alla nota 9).

^{xiv}

Sul dibattuto concetto di “capitale sociale” e sulla relativa poliedricità di significati con cui esso è stato definito nell’ultimo trentennio (Pierre BOURDIEU, James COLEMAN, Robert PUTNAM, Nan LIN, Pierpaolo DONATI,...) si può vedere l’ampia bibliografia preceduta da una introduzione storico-critica, prodotta da Massimiliano MINELLI, *Capitale sociale e salute. Una bibliografia ragionata*, presentazione di Paolo BARTOLI, Morlacchi Editore, Perugia, 2007, 108 pp. Della ampia introduzione storico-critica (*Capitale sociale e salute*, pp. 13-56) è qui da segnalare il capitolo II: *Capitale sociale, disuguaglianze e livelli di salute*, pp. 29-40. In merito si possono anche vedere Roberto CARTOCCI, *Chi ha paura dei valori? Capitale sociale e dintorni*, “Rivista Italiana di Scienza Politica”, anno XXX, n. 3, dicembre 2000, pp. 423-474, Roberto CARTOCCI, *Mappe del tesoro. Atlante del capitale sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2007, 168 pp., Luigi TRONCA, *Una grandezza rilevante per la salute: il capitale sociale e la sua distribuzione in Italia*, “Educazione Sanitaria e Promozione della Salute”, vol. 32, n. 4, novembre-dicembre 2009, pp. 291-317, tutti con ampie bibliografie e saggi di individuazioni empiriche sui caratteri e il peso del capitale sociale nelle varie regioni italiane.

