

Direttore responsabile
Mariella Crocellà

Redazione

Antonio Alfano
Gianni Amunni
Alessandro Bussotti
Francesco Carnevale
Bruno Cravedi
Laura D'Addio
Gian Paolo Donzelli
Claudio Galanti
Marco Geddes
Valtere Giovannini
Carlo Hanau
Gavino Maciocco
Mariella Orsi
Daniela Papini
Paolo Sarti
Luigi Tonelli
Alberto Zanobini

Collaboratori

Marco Biocca, *Centro Documentazione Regione Emilia-Romagna*
Eva Buiatti, *Osservatorio Epidemiologico, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana*
Ivan Cavicchi, *Università La Sapienza e di Tor Vergata - Roma*
Giuseppe Costa, *Epidemiologia - Grugliasco, Torino*
Nerina Dirindin, *Assessore alla Sanità, Regione Sardegna*
Luca Lattuada, *Agenzia Regionale della Sanità - Friuli*
Pierluigi Morosini, *Istituto Superiore di Sanità - Roma*
Emanuele Scafato, *Istituto Superiore di Sanità - Roma*

Comitato Scientifico

Giovanni Berlinguer, *Professore Emerito Facoltà di Scienze - Roma*
Giorgio Cosmacini, *Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospitaliera - Reggio Emilia*
Silvio Garattini, *Istituto Negri - Milano*
Donato Greco, *Direttore Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute*
Elio Guzzanti, *Docente di Organizzazione Sanitaria - Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" - Roma*

Segreteria di redazione

Simonetta Piazzesi

Segreteria informatica

Marco Ramacciotti

Direzione, Redazione

Via Delle Belle Donne, 13 - 50123 Firenze
Tel. 055/211875
salute.territorio@virgilio.it
<http://www.salute.toscana.it>

Edizioni ETS s.r.l.

Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa
Tel. 050/29544 - 503868 - Fax 050/20158
info@edizioniets.com
www.edizioniets.com

Distribuzione

PDE, Via Tevere 54, I-50019 Sesto Fiorentino [Firenze]
Questo numero è stato chiuso in redazione
il **15 gennaio 2007**

159 Rivista bimestrale di politica-socio-sanitaria fondata da L. Gambassini
Giunta Regionale Toscana

Anno XXVII - Novembre-Dicembre 2006

Sommario

322 M.T. D'Urso, M. Pini Lo stress occupazionale

Spazio Toscana

328 E. Balocchini, D. Bartolini, Studio Passi 2005
R. Bartolini, A. Cappelletti,
R. Cecconi, C. Fiumalbi,
G. Garofalo, F. Mazzoli Marradi,
G. Taffuri

Monografia

334 A. Alfano
339 C. Collicelli
349 L. Turco
355 I. Cavicchi
358 P.N. Mengozzi

L'integrazione sociosanitaria

Lo scenario internazionale
I costi della mancata integrazione
Il paradigma della sostenibilità
La crescita della spesa sanitaria
Piani di zona e accordi di programma

Interventi territoriali

Indirizzi regionali
Indirizzi comunali
Indirizzi a livello ospedaliero
Indirizzi a livello di ASL

362 E. Rossi
364 M. Moioli, C. De Albertis
367 P. Saltari
370 F. Rao
375 V. Contini

Esperienze dal territorio

377 B. Benigni La Casa della salute
378 M. Colonna Dal Distretto alla Casa della salute

383 Recensioni

Abbonamenti 2006

Italia € 41,32
Estero € 46,48

Fotocomposizione e stampa

Edizione ETS - Pisa

I versamenti devono essere effettuati sul c/c postale 14721567 intestato a Edizioni ETS s.r.l. specificando nella causale "abbonamento a Salute e Territorio".

Maria Teresa D'Urso
Mauro Pini

Direttore UO Psicologia ASL 6,
Livorno
Psicologo, UF SerT, ASL 6,
Livorno

Lo stress occupazionale

Lo studio dello stress occupazionale nelle *helping professions*, ed in particolare nel personale della sanità pubblica, sta registrando un crescente interesse, evidenziato dal cospicuo numero di contributi pubblicati negli ultimi quindici anni. Numerosi autori hanno sottolineato che la netta discrepanza tra le aspettative legate al ruolo e le concrete opportunità di realizzare le proprie potenzialità e competenze, frequentemente riscontrata negli operatori sanitari e riconducibile alla frattura fra l'immagine idealizzata e l'immagine reale del proprio ruolo, può determinare una crisi del senso di identità professionale che aumenta la vulnerabilità alla sindrome del *burnout* (Payne, Firth-Cozen, 1987; Rossati, Magro, 1999; Thompson et al., 1999; Farinelli, Li Calzi, Erolani, 2004; Brown, Gundersman, 2006).

Come è noto, la sindrome del *burnout* definisce una risposta disadattiva allo stress occupazionale cronico che si esprime in un complesso di manifestazioni sintomatiche comprendenti una condizione di esaurimento emotivo e demotivazione, associata ad una sensibile riduzione dell'efficienza lavorativa, nervosi-

simo, disturbi somatoformi, uso di alcol e psicofarmaci (Maslach, 1992; Gabassi-Mazon, 1995; Pellegrino, 2000; Steinhilber, Coralli, Barale, 2001; Maslach, Leiter, 2002). La ricerca sul *burnout* negli operatori sanitari ha prevalentemente approfondito i profili di rischio individuale (personalità, eventi stressanti, stili di *coping*, aspetti motivazionali) ed organizzativo (orari di lavoro, natura del compito, variabili strutturali); riteniamo, tuttavia, che il porre l'attenzione ai fattori di gruppo possa fornire un contributo significativo per la individuazione delle situazioni a rischio e per la pianificazione delle modalità di intervento preventivo e riabilitativo. Non di rado, infatti, si manifestano conflitti, alleanze e coalizioni fra operatori che spesso non vengono esplicitate e risolte, limitando le occasioni di crescita e le risorse individuali e gruppal, con una inevitabile ricaduta negativa sulle prestazioni lavorative. Nel processo di aziendalizzazione dei Servizi sanitari pubblici, avviato dal DL 502/92, è divenuta centrale la dialettica autonomia-responsabilità e, con l'introduzione di nuovi moduli organizzativi attraverso il PSR 1999/2001, tale dinamica è diventata ancor più

... *Identità professionale e livelli di "burnout"*
... *negli operatori dei servizi di Salute mentale*
... *e delle Tossicodipendenze*

complessa. Nel rapporto tra Unità funzionale e Unità operativa, infatti, sono stati reimpostati i tradizionali livelli gerarchici e posti in secondo piano i riferimenti della identità professionale. I dirigenti delle strutture sanitarie pubbliche non hanno potuto sufficientemente usufruire di modelli comportamentali che facilitassero il passaggio da "clinico" a "dirigente-manager" (Costantini et al., 1999), né del tempo per una maturazione personale-professionale, né di una formazione propedeutica per acquisire gli strumenti ed un nuovo modo di pensare, adeguato alle trasformazioni del contesto istituzionale di appartenenza.

Nell'ambito delle applicazioni del sistema *Quality Management* al settore sanitario pubblico, il modello europeo di "Eccellenza sostenibile" sviluppato dalla *European Foundation for Quality Management* (EFQM) (Venero, 2005; Franchi, 2005) sottolinea che la qualità delle prestazioni erogate all'utenza si determi-

na in base ad una complessa ed eterogenea molteplicità di fattori che chiamano simultaneamente in causa la dimensione cognitiva, emotiva e motivazionale degli operatori e gli aspetti organizzativi dell'Azienda sanitaria locale ed il contesto sociale, ma soprattutto il risultato della loro inte(g)razione. Accanto alla implementazione delle procedure amministrative e dei protocolli operativi, e allo studio delle caratteristiche dell'operatore e dello staff multiprofessionale, è necessario porsi l'interrogativo di come prevenire ed affrontare le situazioni di blocco nel funzionamento (e, conseguentemente, nella produttività) di una *équipe*, in quanto momento fondamentale per l'avvio del processo decisionale e per la messa in atto di appropriate strategie di cambiamento nella dinamica organizzativa (Quaglino, 2004). La presente indagine si propone di esaminare alcune problematiche dell'identità professionale dell'operatore sanitario pubblico e le sue re-

lazioni con i livelli di *burnout*, quale fase di acquisizione di dati finalizzata alla progettazione di interventi preventivi e/o riabilitativi nei confronti dello stress occupazionale, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dei servizi (Flego, Pozzi, Manzan, 2005).

Il questionario "self-report" Metodo

Ad un gruppo pilota di 30 operatori della Salute mentale (sezione Adulti - UF SMA -

e Infanzia-Adolescenza - UF SMIA) e del Servizio tossicodipendenze (UF SerT) della ASL6 di Livorno (Zone di Livorno, Cecina, Piombino e Isola d'Elba) è stato somministrato un questionario *self-report* volto a rilevare la rappresentazione del senso di identità professionale, operazionalizzato in quattro dimensioni, relative: a) alla motivazione della scelta professionale; b) alle ragioni della soddisfazione professionale (veniva richiesto di indicare un

ordine di priorità fra le seguenti voci: tipo di orario, sicurezza economica, ragioni ideologiche, possibilità di lavoro interdisciplinare, riconoscimento sociale della professione, carriera, casuali); c) alla percezione del contesto organizzativo e delle relazioni interpersonali nell'ambito della UO e UF (*rating scale*); d) alla percezione della situazione lavorativa futura (*rating scale*). Dall'analisi delle risposte ottenute è stata elaborata la formulazione defi-

nitiva degli *items*.

Per la misurazione dei livelli di *burnout* è stato impiegato il *Maslach Burnout Inventory* (MBI), che fornisce punteggi relativi a tre scale:

Esaurimento emotivo (EE): descrive una condizione cronica di affaticamento, tensione, stanchezza e demotivazione).

Depersonalizzazione (DP) rileva una percezione negativa del proprio lavoro associata ad una modalità di rapporto con l'utenza emotivamente

		range: -5 (assente) + 5 (efficace)			
Come valuta la comunicazione con		DSM (N=60)	SERT (N=24)	TOTALE (N=84)	
Amministrazione		-0,66	-0,96	-0,75	media
Colleghi		2,67	2,58	2,64	media
Pazienti		3,53	3,13	3,41	media
Familiari dei pazienti		2,55	2,38	2,50	media
Cittadinanza		0,32	0,04	0,23	media
Altri Enti/Istituzioni		0,00	1,00	0,29	media
		range: -5 (scarsa) + 5 (ottima)			
Come percepisce la chiarezza di		DSM (N=60)	SERT (N=24)	TOTALE (N=84)	
Obiettivi		0,12	0,75	0,30	media
Regole/procedure		-0,17	1,25	0,24	media
Ruoli		0,76	1,83	1,07	media
Valori		0,35	1,65	0,73	media
		range: -5 (minima) + 5 (massima)			
Come valuta la propria condizione rispetto a		DSM (N=60)	SERT (N=24)	TOTALE (N=84)	
Autonomia operativa		2,30	1,33	2,02	media
Opportunità di proporre innovazioni		1,42	0,48	1,16	media
Possibilità di svolgere compiti coerenti con la professione		2,47	1,96	2,33	media
Possibilità di adeguare gli impegni al ruolo svolto		1,25	1,04	1,19	media
Progressione di carriera		-1,12	-1,50	-1,23	media
		range: -5 (per nulla) + 5 (molto)			
Come sono valutati i seguenti aspetti nell'attuale contesto organizzativo?:		DSM (N=60)	SERT (N=24)	TOTALE (N=84)	
Qualità personali		0,50	-0,33	0,26	media
Capacità di comunicazione		0,75	0,46	0,66	media
Livello della formazione acquisita		0,86	-0,04	0,60	media
Capacità professionale		1,02	0,00	0,72	media
Motivazione nello svolgimento dei propri compiti		1,07	0,58	0,93	media
Disponibilità nei rapporti interpersonali		1,10	1,08	1,10	media

Tab. 1. Percezione del contesto organizzativo.

	range: -5 (per nulla) 0 (neutro) + 5 (molto)			
	DSM (N=60)	SERT (N=24)	TOTALE (N=84)	
All'interno della UO di appartenenza professionale si sente				
Ascoltato e stimato come professionista	1,62	-0,22	1,11	
In rapporto di collaborazione con gli altri componenti della UO	1,73	0,83	1,48	media
Stimolato a collaborare con le altre professionalità	1,62	0,39	1,28	media
Invitato ad allargare il campo delle esperienze professionali	1,73	-0,57	1,10	media
Sollecitato a migliorare i rapporti con l'utenza	1,63	0,04	1,19	media
Impegnato a proporre miglioramenti organizzativi	1,30	0,30	1,02	media
Interessato ad influenzare positivamente i rapporti interpersonali e la comunicazione nella UO	1,85	1,30	1,70	media
	range: -5 (per nulla) 0 (neutro) + 5 (molto)			
Se lavora in un gruppo multidisciplinare (Unità funzionale ecc.), all'interno del gruppo di lavoro si sente:				
Ascoltato e stimato come professionista	1,85	2,00	1,89	media
In rapporto di collaborazione con gli altri componenti della UO	1,74	1,91	1,79	media
Stimolato a collaborare con le altre professionalità	2,06	2,17	2,09	media
Invitato ad allargare il campo delle esperienze professionali	1,57	1,35	1,50	media
Sollecitato a migliorare i rapporti con l'utenza	1,60	1,52	1,58	media
Impegnato a proporre miglioramenti organizzativi	1,64	1,83	1,70	media
Interessato ad influenzare positivamente i rapporti interpersonali e la comunicazione nel gruppo interdisciplinare	2,00	2,43	2,13	media

Tab. 2. Percezione delle relazioni interpersonali.

distaccata e formale). *Realizzazione personale* (PA) valuta il grado di soddisfazione e l'adattamento alle condizioni lavorative.

Il campione definitivo è composto da 84 operatori sanitari (32 maschi, 52 femmine) di diverse professionalità (24 psichiatri, 23 psicologi, 19 infermieri, 7 assistenti sociali, 4 fisioterapisti, 3 medici, 3 logopedisti, 1 sociologo), così distribuiti: 36 dirigenti dei Servizi di salute mentale e 14 del SerT; 24 dipendenti del

Comparto dei Servizi di salute mentale e 10 del SerT. L'anzianità media di servizio in Azienda è di 17,5 anni, quella di servizio in UO-UF di 10,5 anni.

Risultati e discussione

Le risposte al questionario

Gli operatori intervistati riferiscono di aver scelto il servizio pubblico prevalentemente in base a motivazioni di natura ideologica e per la possibilità di lavoro interdisciplinare, collocate, rispettiva-

mente, al primo (media ranghi=2,6) e al secondo posto (media ranghi=2,7) della graduatoria. Queste stesse ragioni vengono indicate anche come motivo di soddisfazione professionale, con una lieve prevalenza del lavoro interdisciplinare (2,5) sulla componente ideologica (2,7); la carriera viene collocata all'ultimo posto.

Per quanto riguarda la percezione del contesto organizzativo (Tabella 1) gli operatori della salute mentale si dimo-

strano incerti sulla conoscenza degli obiettivi, delle regole, dei ruoli e dei valori, mentre risultano lievemente più chiari al SerT. Sono pressoché assenti le aspettative di carriera, limitate le opportunità di adeguare gli impegni al ruolo svolto e di proporre innovazioni. Le qualità personali, la capacità di comunicazione, il livello di formazione acquisita, la capacità professionale, la motivazione nello svolgimento dei propri compiti e la disponibilità nei rap-

porti interpersonali vengono ritenute scarsamente valorizzate dal contesto lavorativo. L'aspetto considerato decisamente soddisfacente (unico item con media > di 3) è la comunicazione con i pazienti, in misura minore quella con i colleghi e con i familiari, scarsa con la cittadinanza, pressoché assente con l'Amministrazione aziendale (Tabella 2).

Nel complesso, si registra una scarsa fiducia nella possibilità di produrre miglioramenti nel contesto organizzativo, vista anche la insufficiente chiarezza degli aspetti strutturali; se ne ricava l'impres-

sione che l'identità professionale assuma contorni sfumati, maggiormente legati alla routine piuttosto che alla iniziativa personale. La realizzazione professionale dell'operatore sembra incentrarsi sul rapporto soggettivo con l'utente anziché fondarsi nella dimensione del progetto multiprofessionale.

Circa la percezione della propria condizione lavorativa nei prossimi cinque anni (Tabella 3), pur non ritenendo sostanzialmente a rischio il proprio posto di lavoro, ci si aspetta un aumento degli impegni e la necessità di aggiornarsi per affrontare i

nuovi compiti; non si prevede di essere valutati per i risultati conseguiti, di avere la possibilità di dimostrare le proprie capacità e di essere apprezzati dai superiori o dalla opinione pubblica, né si aspettano significativi vantaggi economici e di carriera. Emerge, infine, la sensazione di poter scarsamente modificare l'assetto organizzativo o incidere sulle opinioni dei cittadini nei confronti del servizio pubblico.

Tali prospettive sembrano delineare una previsione sostanzialmente pessimistica della propria attività lavorativa, caratterizzata da una ri-

duzione della componente motivazionale e delle aspettative di realizzazione professionale. La percezione di inadeguatezza delle proprie risposte è connessa al senso di impotenza e di mancanza di controllo degli eventi (Seligman, 1975) che, se non compensata dal riconoscimento del proprio valore (quindi in assenza di rinforzi positivi), potrebbe innescare un circolo vizioso basato sull'aspettativa negativa, incremento dell'ansia, sensazione di fallimento e, di nuovo, concezione negativa di sé, con conseguente abbassamento dell'autostima.

Come immagina la sua situazione lavorativa tra cinque anni (indipendentemente dalla eventualità del pensionamento)	range: -5 (è molto difficile) 0 (non so) + 5 (è molto probabile)			media
	DSM (N=60)	SERT (N=24)	TOTALE (N=84)	
Avrò un aumento della retribuzione	-0,53	-0,52	-0,52	media
Potrei subire una diminuzione della funzione di responsabilità	-0,53	-1,57	-0,82	media
Avrò l'occasione di dimostrare quanto valgo	0,19	0,13	0,17	media
Potrei rischiare la perdita del lavoro	-2,79	-2,91	-2,83	media
Dovrò svolgere compiti nuovi	1,68	2,13	1,80	media
Aumenteranno i contatti con la Direzione	-1,07	-0,48	-0,90	media
Sarò valutato per i miei risultati professionali	0,76	0,88	0,80	media
Potrebbe essere necessario un trasferimento di sede	-0,31	0,61	-0,05	media
Il lavoro sarà una routine	-1,56	-0,35	-1,22	media
Potrò dare sfogo alla mia creatività	-0,84	-0,26	-0,68	media
Migliorerà il rapporto con gli utenti	1,10	1,39	1,18	media
Aumenteranno gli impegni di lavoro	2,41	2,52	2,44	media
Sarò apprezzato dai miei superiori	0,10	0,35	0,17	media
Dovrò studiare e aggiornarmi per essere adeguato ai futuri impegni	2,79	3,26	2,93	media
Disporrò di una maggiore autonomia operativa	0,19	0,52	0,28	media
La gente avrà un'opinione migliore del Servizio pubblico	-0,17	0,04	-0,11	media

Tab. 3. Percezione della situazione lavorativa futura.

	EE	DP
Alto	>23	>6
Medio	14-22	3-5
Basso	0-13	0-2
Campione ASL6	20,00	3,7

Indicatori di "burnout" e dimensioni dell'identità professionale

Nel campione totale si osservano livelli medi nelle tre subscale dell'Inventario di Maslach: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale rientrano nel range normativo (Tabella 4) pur rilevando un valore di EE vicino al cut-off del livello medio-alto.

Dall'analisi dei coefficienti di correlazione (Spearman rank correlation) fra le subscale del MBI e le variabili del questionario sull'identità professionale (rating scales) si nota che l'esaurimento emotivo (EE) è elevato quando viene valutata negativamente la comunicazione con i colleghi (p<.01) e con i pazienti (p<.01), in presenza di scarsa autonomia operativa (p<.05), quando si ritiene di non poter svolgere compiti coerenti con la propria professione (p<.001), di non poter adeguare gli impegni al ruolo svolto (p<.001), dimostrare il proprio valore (p<.01) e dare sfogo alla propria creatività (p<.01), oltre che col credere che la gente non avrà una opinione migliore del servizio (p<.01). L'EE si associa, inoltre, alla sensazione che le qualità personali (p<.05) e la motivazione allo svolgimento dei compiti (p<.05) non siano valutate dal contesto organizzativo, al ritenere difficile un aumento di retribuzione (p<.05), dei contatti con la

Direzione (p<.05), di non poter migliorare il rapporto con l'utenza (p<.05) e di non potersi aggiornare (p<.05).

La depersonalizzazione aumenta quando viene valutata negativamente la comunicazione sia con i colleghi (p=.01) che con i pazienti (p<.05), con il non poter svolgere compiti coerenti con la propria professione (p<.05), ma soprattutto quando si ritiene di rischiare la perdita del lavoro (p<.001).

Valori elevati di realizzazione personale (PA) si associano al sentirsi apprezzato dai superiori (p<.01) e alle possibilità di aggiornamento (p<.01), ma è nell'ambito dei rapporti all'interno della UO/UF che la PA registra le relazioni più significative: la subscale che misura l'indice di realizzazione personale nel lavoro aumenta quando ci si sente stimati ed ascoltati (p<.05), in collaborazione con gli altri componenti (p<.05), stimolati a collaborare con le altre professionalità (p<.05), impegnati a proporre miglioramenti organizzativi (p<.01), interessati ad influenzare positivamente i rapporti interpersonali e la comunicazione (p<.05).

L'esaurimento emotivo sembra dunque connesso alla mancata corrispondenza tra il modello ideale di professionista (sé ideale) e la possibilità di attuarlo concretamente nell'ambiente di lavoro (sé reale), che determina una di-

Tab. 4. Valori normativi di riferimento della versione italiana del MBI: livelli di "burnout".

screpanza fra le aspettative e la performance effettiva, confermandosi come uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza del burnout. La soddisfazione professionale appare strettamente legata agli aspetti relazionali, mentre il mantenimento di una eccessiva distanza emozionale dall'utenza, che talvolta può esprimersi nell'indifferenza e nel cinismo (rilevati dalla scala DP), non può che testimoniare la presenza di un assetto difensivo disadattivo per l'operatore delle helping professions. Ciò rimanda alle modalità di funzionamento del gruppo e alle problematiche dei rapporti nell'ambito dell'equipe multiprofessionali sopra discusse.

Confronti fra Dirigenza e Comparto

La Dirigenza presenta valori significativamente superiori a quelli del Comparto circa la comunicazione con i familiari dei pazienti (t=2,1 p<.05), nel sentirsi ascoltato e stimato come professionista in equipe (t=2,2 p<.05) e, con valori comunque piuttosto bassi, relativamente alla probabilità di essere apprezzato dai superiori (t=2,3 p<.05), alla progressione di carriera (t=4,1 p<.001) e all'aumento della retribuzione (t=3,2 p<.001). Viceversa, il Comparto riporta medie significativamente maggiori riguardo alla comunicazione con i colleghi (t=2,6 p<.01) e con altri enti-istitu-

zioni (t=1,9 p=.06), alla percezione della chiarezza dei valori (t=2,3 p<.05) e della valutazione da parte del contesto organizzativo circa le qualità professionali (t=2,1 p<.05), il livello di formazione acquisita (t=2,1 p<.05), le capacità professionali (t=2,2 p<.05), la motivazione allo svolgimento dei propri compiti (t=2 p=.05) e la disponibilità nei rapporti interpersonali (t=2,7 p=.01). Il Comparto prevede, infine, che possa essere necessario un cambiamento di sede in misura superiore alla Dirigenza (t=2,3 p<.05).

Confronti fra operatori della Salute mentale e del SerT

Per quanto riguarda le ragioni della soddisfazione professionale, il SerT attribuisce maggiore importanza all'orario lavorativo (t=2,7 p<.01), alla sicurezza economica (t=1,8 p=.07) e alle aspettative di carriera (t=2,2 p<.05). La comunicazione con gli altri enti-istituzioni (t=1,7 p=.09), la percezione della chiarezza delle regole-procedure (t=2,4 p<.05) e, anche se in misura minore, di ruoli (t=1,8 p=.08) e valori (t=1,8 p=.07) sono ritenute migliori nel SerT. Le relazioni all'interno della UO risultano migliori nei servizi di Salute mentale, in particolare gli items riguardanti l'essere ascoltato e stimato come professionista (t=2,6 p=.01), stimolato a collaborare con altre professionalità (t=3,3 p<.01) e sollecitato a migliorare i rapporti con l'utenza (t=2,3 p<.05). Non si rilevano differenze significative tra le UUFF sulla rappresentazione della situazione lavorativa futura.

Al MBI si notano valori superiori di *burnout* al SerT in tutte le dimensioni rispetto alla Salute mentale (EE=21,5 vs 19,6; DP=4,9 vs 3,4; PA=33,7 vs 36.3), che tuttavia non raggiungono la significatività statistica. Gli indici delle subscale EE, e in particolar modo DP, degli operatori SerT si collocano vicino al *cut-off* del *range* medio-alto (cfr. valori Tabella 4).

Conclusioni

Il disagio relativo al contesto organizzativo, rilevato dai risultati della presente indagine, potrebbe fornire uno stimolo per l'attivazione di un percorso di autodiagnosi e,

auspicabilmente, favorire il passaggio dalla espressione di un vissuto (condiviso) di insoddisfazione professionale alla consapevolezza delle dinamiche disfunzionali (istituzionali e relazionali) come tappa preliminare per la messa in atto di adeguati cambiamenti organizzativi.

La percezione del ri-conoscimento della propria identità professionale da parte del personale intervistato sembra focalizzarsi prevalentemente sulla relazione clinica duale (sia essa con l'individuo o con la famiglia), probabile tentativo di scotomizzare una condizione lavorativa vissuta come insoddisfacente

e frustrante che comporta il rischio di stabilire un rapporto collusivo con l'utenza.

L'importanza attribuita alla allocazione delle risorse finanziarie da parte della sanità pubblica, espressione del processo di aziendalizzazione, può contribuire ad alimentare dinamiche competitive disfunzionali fra gli operatori, incrementando lo stress occupazionale ed un senso di incertezza della propria identità professionale, storicamente fondata sull'attività clinica o, più in generale, assistenziale. L'appropriazione esclusiva di un progetto, più che l'inclusione di altri operatori o la sua esten-

sione ad altri gruppi (mono o multiprofessionali), rischia di rappresentare nel futuro (se non lo è già) un valore che cadrebbe come un macigno sulla qualità delle prestazioni sanitarie. Riteniamo, piuttosto, che la collaborazione e la integrazione fra i diversi sottosistemi di una Azienda sanitaria, troppo spesso minacciata dalla indifferenza o da una eccessiva spinta alla competizione, sia la migliore strada per rendere i servizi effettivamente accessibili e fruibili dai cittadini, i quali si trovano troppo spesso di fronte ad un mosaico di interventi difficile da ricomporre.

Bibliografia

Brown S., Gunderman R.B. (2006), *Viewpoint: enhancing the professional fulfillment of physicians*, Academy of Medicine, 81 (6): 577-82.

Costantini A., Raggio F., Sparsoli M., Bosco A., Barbi A. (1999), *Fase iniziale di aziendalizzazione e stress lavorativo nell'assistenza psichiatrica pubblica*, Rivista di Psichiatria, 34 (1): 32-41.

Farinelli S., Li Calzi, S., Ercolani M. (2004), *Lavorare stanca, il fenomeno del burnout*, in Rossi N. (a cura di), *Psicologia clinica per le professioni sanitarie*, Il Mulino, Bologna.

Flego A., Pozzi A., Manzan A. (2005), *Il miglioramento continuo della qualità e il modello EFQM: l'applicazione ai servizi e dipartimenti per le dipendenze*, Medicina delle Tossicodipendenze, 48/49: 15-23.

Franchi P. (2005), *Il progetto "Percorsi di Qualità" per l'applicazione del modello EFQM nel settore pubblico italiano: esperienze passate e sviluppi futuri*, Medicina delle Tossicodipendenze, 48/49: 25-29.

Gabassi P.G., Mazzon M. (1995), *Burnout: 1974-1994. Venti anni di ricerche sullo stress degli operatori socio-sanitari*, FrancoAngeli, Milano.

Maslach C., Leiter P. (2002), *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*, Feltrinelli, Milano.

Maslach C. (1982), *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*, tr. it. Cittadella Editrice, Roma 1997, seconda edizione.

Payne R., Firth-Cozens J. (1987), *Lo stress negli operatori della sanità*, tr. it. Kappa, Roma 1999.

Pellegrino F. (2000), *La sindrome del burnout*, Centro Scientifico Torinese, Torino.

Quaglino G.P. (2004), *La vita organizzativa. Difese, collisioni e ostilità nelle relazioni di lavoro*, Cortina, Milano.

Rossati A., Magro G. (1999), *Stress e burnout*, Carocci, Roma.

Steinhilberg C.P.C., Coralli E., Barale F. (2001) *Burnout: una riflessione*, Giornale Italiano di Psicopatologia, 1: 112-19.

Thompson S., Soares J., Nolan P., Dallender J. Arnetz B. (1999), *Feelings of professional fulfillment and exhaustion in mental health personnel: the importance of organizational and individual factors*, Psychotherapy and Psychosomatics, 68: 157-64.

Vernero S. (2005), *Il modello EFQM applicato alla gestione della salute*, Medicina delle Tossicodipendenze, 48/49: 7-14.

Studio PASSI 2005

Risultati della sperimentazione in Toscana di un sistema di sorveglianza della salute su un campione di popolazione fra i 18 e i 69 anni

E. Balocchi,
D. Bartolini*,
R. Bartolini**,
A. Cappelletti*,
R. Cecconi*, C. Fiumalbi*,
G. Garofalo*,
F. Mazzoli Marradi***,
G. Taffuri**

Regione Toscana - Responsabile
Settore Igiene pubblica

* Dipartimento di Prevenzione
ASL 10 Firenze

*** Dipartimento di Prevenzione
ASL 3 Pistoia

** Scuola di Specializzazione in
Igiene e Medicina preventiva -
Università degli studi di Firenze

Lo studio PASSI si è posto l'obiettivo di sperimentare un sistema di monitoraggio dei comportamenti a rischio associati alle principali cause di mortalità e morbidità e dei possibili interventi effettuati dai medici o da altro personale sanitario e delle attività da intraprendere per modificarli.

L'adozione di stili di vita non corretti viene considerata un'emergenza sanitaria, comportando l'aumento di rischio di malattie cardiovascolari, tumori e diabete, che insieme rappresentano le principali cause di mortalità e morbidità nella popolazione adulta.

Nel Piano sanitario nazionale 2003-2005 viene affrontato il tema della prevenzione e della promozione della salute, dedicando un'apposita sezione agli stili di vita sani e all'importanza di sottoporsi a periodici controlli e test di *screening*.

Nell'accordo Stato-Regioni del 6.4.2004, viene indicata la prevenzione attiva del rischio

cardiovascolare e delle complicanze del diabete e l'implementazione dei programmi di *screening* oncologici.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 individua lo studio PASSI quale strumento fondamentale per il monitoraggio dei fattori di rischio comportamentali e della diffusione dei dati di ritorno per intraprendere le opportune misure di prevenzione.

Il Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) riconosce tra i propri obiettivi l'adozione di stili di vita sani attraverso l'individuazione dei modelli operativi più efficaci e la verifica del raggiungimento di tali obiettivi di salute. Il Ministero della salute e diverse Regioni, tra cui la Toscana, hanno identificato la necessità di testare una sorveglianza di alcuni aspetti riguardanti la salute della popolazione e una forma di monitoraggio sia delle abitudini favorevoli la salute che dei risultati di programmi di intervento.

Al Centro nazionale di Epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNE-SPS) dell'Istituto superiore di sanità, e in particolare al gruppo PROFEA, è stato affidato l'incarico di sperimentare un sistema di sorveglianza per tutto il Paese.

Attualmente alcune informazioni relative ai principali determinanti di salute e all'adozione di misure di prevenzione sono raccolte, su scala nazionale, attraverso l'Indagine multiscope-ISTAT, con cadenza quinquennale e con stime su scala nazionale e regionale. Si è ritenuta quindi necessaria la sperimentazione di un sistema di sorveglianza capace di raccogliere dati utili per fornire informazioni sui progressi di salute della popolazione, di essere tempestivo e di dare un dettaglio di informazione a livello locale.

Il sistema di sorveglianza deve poter essere condiviso da tutte le Regioni partecipanti, flessibile, di rinforzo al Sistema sanitario nazionale ed in-

tegrato, in modo che i dati ottenuti siano confrontabili con quelli già esistenti.

L'obiettivo generale dello Studio PASSI è quello di monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana di età compresa tra i 18 ed i 69 anni in rapporto ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive.

Il PASSI è uno studio trasversale di prevalenza puntuale ottenuto tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato. La popolazione è costituita da soggetti di 18-69 anni iscritti nelle liste dell'anagrafe sanitaria delle ASL (aggiornata al 31.12.2004), residenti nel territorio di competenza dell'ASL.

I criteri di rimpiazzo sono rappresentati dalla non disponibilità di un recapito telefonico, da ricovero o istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine, ed infine dalla non reperibilità del soggetto campionato (es. turi-

smo, lavoro, motivi di studio, etc.).

I principali argomenti scelti per questo studio includono: attività fisica, fumo, abitudini alimentari, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione ed ipercolesterolemia, *screening* del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto; inoltre sono stati raccolti dati riguardanti alcune variabili demografiche e sulla percezione dello stato di salute.

Questi sono i risultati emersi dallo studio PASSI effettuato nella Regione Toscana.

Descrizione del campione

In Toscana sono state intervistate 752 persone; la popolazione dello studio comprende soggetti di ambo i sessi nati tra il 1 gennaio 1935 e il 31 dicembre 1986, cioè di età compresa tra 18 ed i 69 anni, al 31 dicembre 2004. Per garantire un numero adeguato di donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni, al fine di rendere significativi i risultati dell'indagine relativi agli *screening* oncologici, il campione è stato ampliato con 152 donne. La popolazione in studio è costituita dal 55,7% da donne e dal 44,3% da uomini; l'età media è di 47 anni. Il 45,7% del campione ha un livello di istruzione alto, in prevalenza nelle classi di età giovani e comunque inferiori a 49 anni; oltre il 60% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute

In Toscana il 95% della popolazione ha una percezione positiva della propria salute (molto buona, buona, discre-

ta) e solo il 4,5% delle persone intervistate ritiene di stare male o molto male.

Nella valutazione dello stato di salute di una persona assume sempre più importanza l'analisi della qualità di vita percepita, cioè il grado di benessere complessivo avvertito.

Le misure della qualità della vita possono costituire una banca di dati utili nell'individuazione e attuazione di interventi di sanità pubblica.

Attività fisica

In Toscana risulta che circa il 20% del campione conduce uno stile di vita completamente sedentario (donne nel 66% dei casi e persone con più di 50 anni nel 63,2%) e solo il 18,2% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In circa la metà dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Esiste un consenso unanime verso le indicazioni espresse dal *Department of Health and Human Services* degli USA circa il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione (30 minuti di attività

moderata per almeno 5 giorni alla settimana). L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima infatti che riduca di circa il 10% la mortalità per tutte le cause; le persone attive presentano un rischio notevolmente ridotto di andare incontro a patologie di tipo cardiovascolare, ictus ischemico, diabete mellito di tipo 2, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta.

Abitudine al fumo

In Toscana i fumatori (ovvero coloro che dichiarano di aver fumato più di 100 sigarette nella loro vita e attualmente fumano tutti i giorni) rappresentano il 25,4% dei soggetti intervistati, gli ex-fumatori (coloro che dichiarano di aver fumato più di 100 sigarette nella loro vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi) il 21,7% e i non fumatori (chi ha fumato meno di 100 sigarette e attualmente non fuma) il 52,9%.

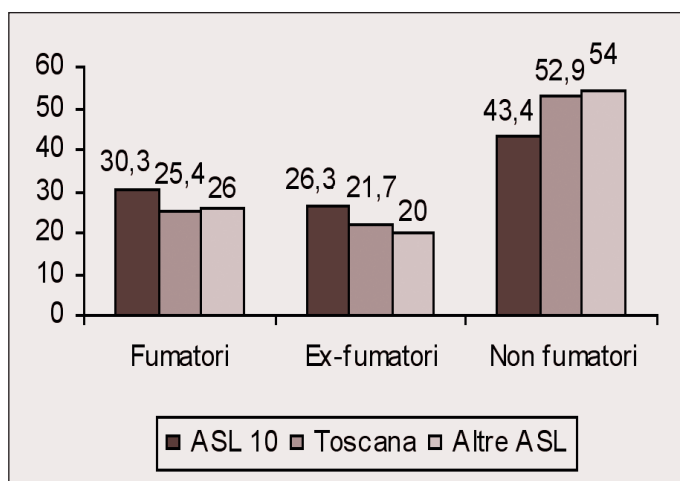
La distribuzione dell'abitudine al fumo evidenzia tassi più alti tra i giovani (18-34

anni), gli uomini e le persone con livello d'istruzione più alto. Tra gli ex-fumatori, quasi tutti hanno smesso di fumare da soli e appena il 4% dichiara di aver avuto aiuto da parte di un operatore sanitario.

A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa, il 54,2% dichiara che sul luogo di lavoro viene sempre rispettato il divieto sul fumo. Il fumo di tabacco rappresenta il principale fattore di rischio evitabile di morte precoce ed è uno dei principali responsabili dell'insorgenza di patologie a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Si stima che l'abitudine al fumo determini una perdita media di 21 anni di vita nella fascia di età media (35-69 anni) e di 8 sopra i 70 anni. Anche l'esposizione al fumo passivo è associata a morbilità e mortalità.

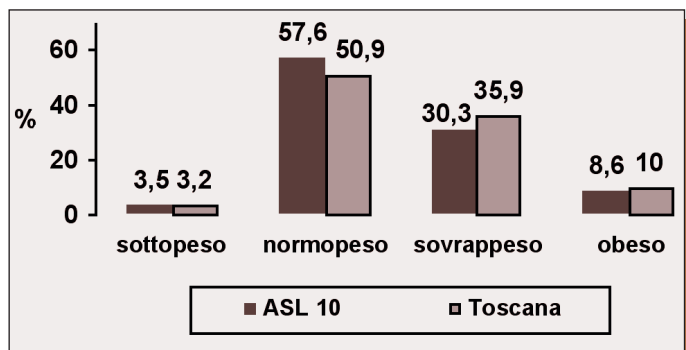
Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale è risultata tale per cui la proporzione di soggetti con eccesso ponderale è del 45,9% (sovrappeso 35,9% e obesi 10%).



Distribuzione dell'abitudine al fumo.

Regione Toscana - Passi, 2005.



Caratteristiche ponderali della popolazione.

Regione Toscana - Passi, 2005.

Abitudini alimentari

In Toscana il 90% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno e il 16,6% aderisce alle raccomandazioni internazionali, consumando 5 porzioni al giorno di frutta e verdura ("five a day"). Il 54% degli intervistati dichiara di conoscere il "five a day" ma solamente il 14% ha ricevuto l'informazione da un operatore sanitario.

Le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei Paesi industrializzati; le malattie per le quali la dieta gioca un ruolo importante sono la cardiopatia ischemica, alcuni tipi di neoplasie, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito di tipo 2.

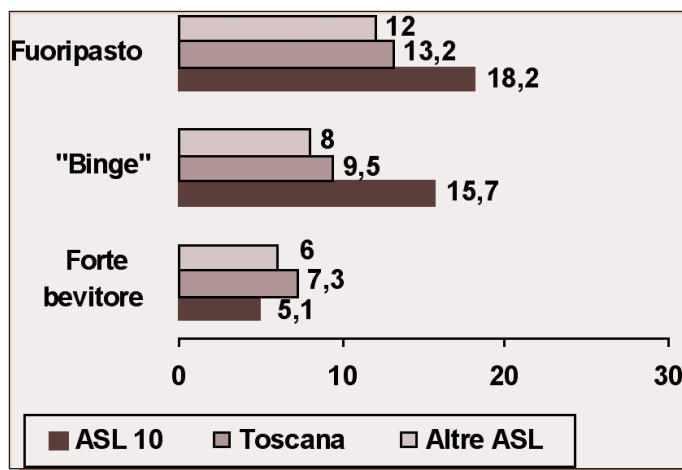
almeno 1 volta la settimana, il 9,5% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione) e il 7,3% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

L'alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che l'uso eccessivo di bevande alcoliche può avere tra i consumatori, soprattutto i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti ad alto rischio individuale e per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti

sessuali a rischio e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate). Inoltre l'abuso cronico di alcol è responsabile di patologie croniche e di aumentato rischio di insorgenza di tumore (fegato, mammella, stomaco cavo orale, faringe e prime vie aeree).

Sicurezza stradale

In Toscana la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'85,2% mentre l'uso della cintura posteriore è ancora poco diffuso (14,3%). Tra le persone che utilizzano motocicli o ciclomotori, il 96,6% riferisce di usare sempre il casco. Il 16,7% degli intervistati che hanno guidato

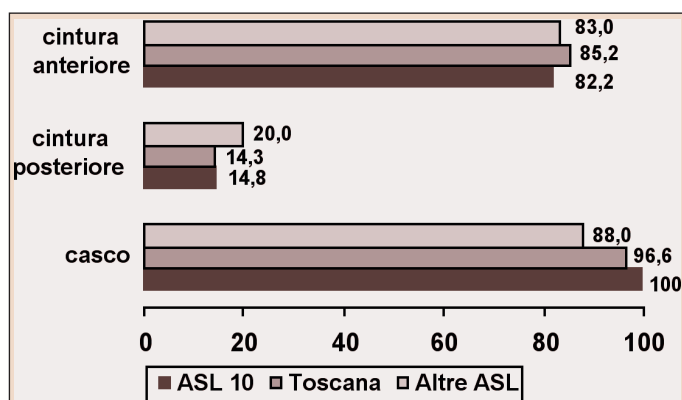


Bevitori a rischio per categorie.

Regione Toscana - Passi, 2005.

Consumo di alcol

Il consumo di alcol è risultato pari al 73,1%: tale percentuale rappresenta i soggetti intervistati che hanno dichiarato, nel mese precedente all'intervista, un consumo di almeno una unità di bevanda alcolica (una lattina di birra, o un bicchiere di vino, o un bicchierino di liquore); in un mese il 13,2% della popolazione ha bevuto fuori pasto



Uso dei dispositivi di sicurezza.

Regione Toscana - Passi, 2005.

dichiara di averlo fatto dopo aver assunto alcolici.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 individua gli incidenti stradali come un'emergenza sanitaria, da affrontare in modo radicale per raggiungere l'obiettivo fissato dall'OMS per l'anno 2020 (riduzione di almeno il 50% di mortalità e disabilità).

Gli incidenti stradali rappresentano infatti la nona causa di morte nel mondo e in assenza di un'inversione di tendenza costituiranno entro il 2020 la terza causa globale di morte e disabilità.

Vaccinazioni negli adulti: influenza e rosolia

In Toscana il 20,1% del campione riferisce di essersi vaccinato contro l'influenza; la percentuale sale al 58,6% tra i 65-69enni; tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 35,8% ha eseguito tale vaccinazione.

Per quanto riguarda la rosolia, è possibile quantificare lo stato immunitario di appena il 68,1% delle donne in età fertile: in particolare, il 37,5% riferisce di essere stato vaccinato e il 30,6% di avere eseguito un rubeotest (con esito positivo il 28,8%; negativo il 1,8%). Pertanto, la percentuale di donne in età fertile suscettibile alla rosolia è ancora sensibilmente superiore ai valori ritenuti necessari per l'eradicazione della rosolia congenita. L'obiettivo dei programmi vaccinali contro la rosolia è la prevenzione dell'infezione nelle donne gravide e della rosolia congenita. La rosolia è infatti una malattia esantematica generalmente

benigna, ma che può avere conseguenze drammatiche per il feto. Il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita ha proposto delle strategie di vaccinazione specifiche per la prevenzione della rosolia nelle donne in età fertile. L'obiettivo specifico è ridurre e mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100.000 nati vivi entro il 2007.

Ipertensione

I dati sull'ipertensione arteriosa evidenziano come sia iperteso un quarto della popolazione tra i 18 e 69 anni, di cui il 66,7% sono sotto trattamento farmacologico.

Colesterolemia

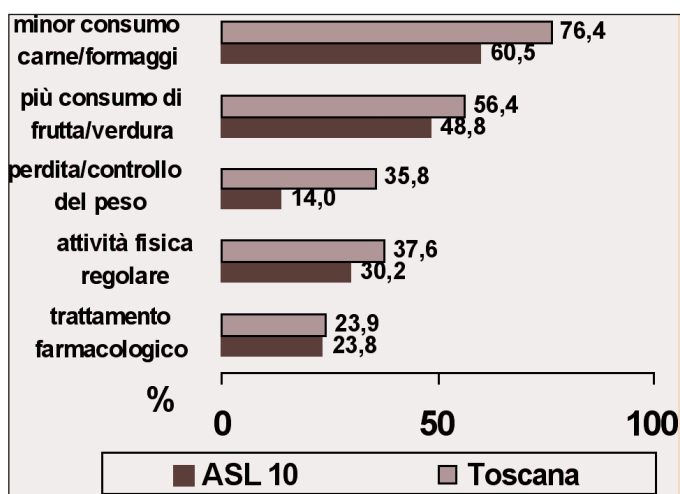
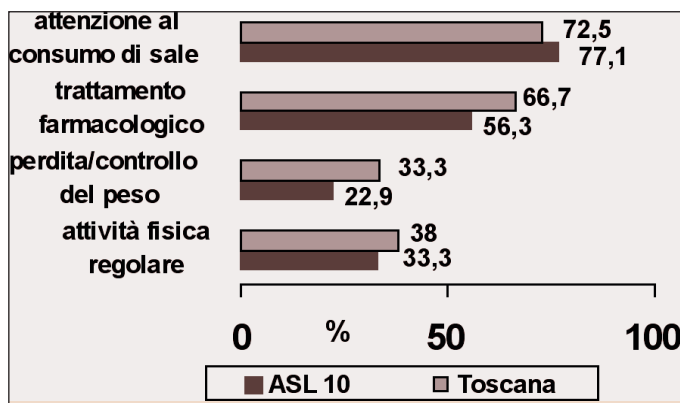
In Toscana più di un quarto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolo e di questi il 23,9% dichiara di essere sotto trattamento farmacologico. Uno su cinque dichiara di non aver mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

Punteggio di rischio cardiovascolare

Solo al 7,5% delle persone intervistate sopra i 40 anni (età dalla quale si utilizza lo strumento) è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare; ciò evidenzia come questo strumento sia ancora utilizzato in minima parte dai medici.

Screening neoplasia del collo dell'utero

In Toscana l'85,3% delle donne tra i 25 e i 64 anni ha eseguito almeno un Pap test nel corso della propria vita e il 75,7% l'ha eseguito negli ultimi 3 anni, come raccomandato. Il motivo prevalente dell'esecuzione dell'ultimo Pap test è la lettera invito dell'ASL (38,1%), seguito dal consiglio del medico (32%) e dall'iniziativa personale (29,1%). Il Pap test è l'unico test di screening per il carcinoma della cervice uterina ed è raccomandato alle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni con cadenza triennale e comporta una riduzione dell'incidenza della neoplasia del

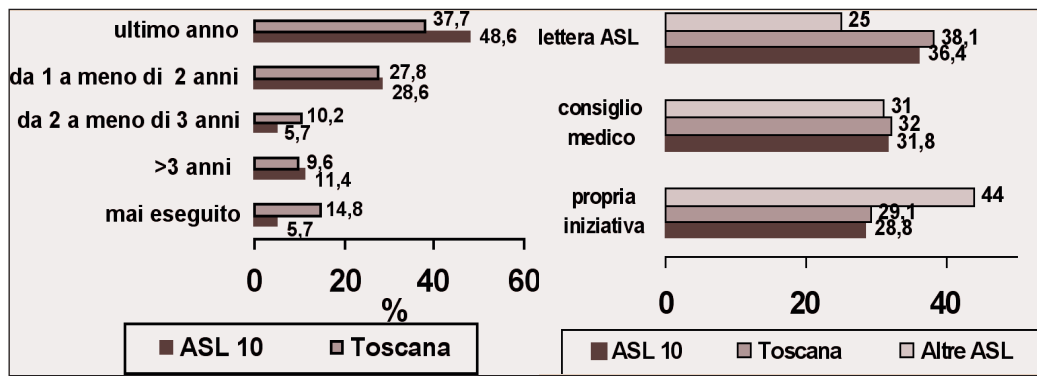


Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa (ognuna considerata indipendentemente).

Regione Toscana - Passi, 2005.

Ipercolesterolemici: trattamento e stili di vita (ognuna considerata indipendentemente).

Regione Toscana - Passi, 2005.



Pap test e periodicità.

Regione Toscana - Passi, 2005.

Ultimo Pap test: motivo dell'esecuzione

Regione Toscana - Passi, 2005.

90% tra le donne sottoposte al test.

Screening neoplasia della mammella

In Toscana l'84,6% delle donne tra i 50 e i 69 anni ha effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo e il 67,1% l'ha eseguita negli ultimi 2 anni. Il motivo principale dell'esecuzione è la lettera invito dell'ASL (57,9%), seguito dall'iniziativa personale (27,9%) e dal consiglio del medico (18,2%).

La mammografia è il test di

screening per il carcinoma mammario ed è raccomandato alle donne tra i 50 e i 70 anni; riduce infatti del 30% la mortalità ed è in grado di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi.

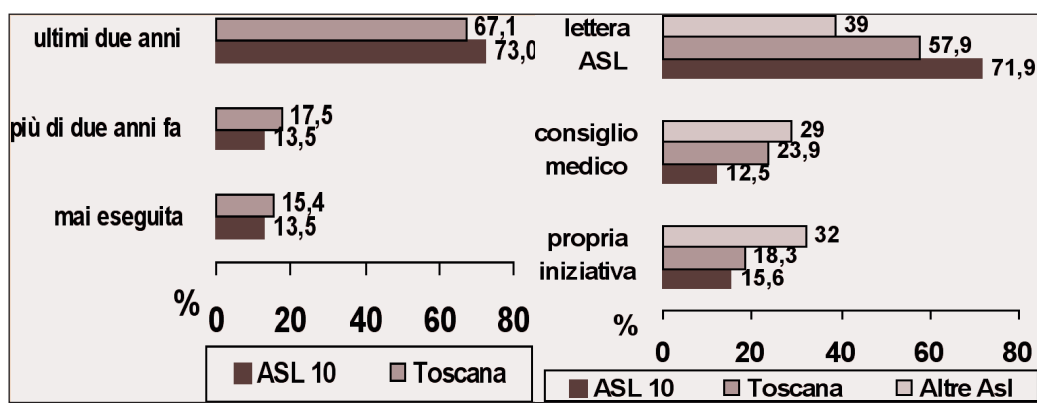
Screening neoplasia del colon retto

In Toscana il 39,1% degli intervistati tra i 50 e i 69 anni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo; il 30,7% l'ha

eseguito negli ultimi 2 anni. Il Piano nazionale di prevenzione attiva 2004-2006, in linea con la Raccomandazione del Consiglio dell'Unione europea sullo screening dei tumori, propone come strategia di screening per il cancro del colon retto la ricerca del sangue occulto nelle feci negli uomini e nelle donne di età compresa tra i 50 e 69 anni, con frequenza biennale.

I risultati dello studio PASSI in Toscana 2005 confermano la necessità di intensificare gli interventi di prevenzione mi-

rati alla promozione di stili di vita adeguati, in particolare per consumo di alcol, abitudini al fumo e attività fisica; inoltre tale sistema di sorveglianza, grazie ad un ritorno tempestivo e rappresentativo dei dati, sottolinea l'importanza del fatto che il progresso sanitario di un sistema di salute debba passare attraverso una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure, incentrandosi sulle priorità di salute e sui risultati degli interventi adottati.



Mammografia e periodicità

Regione Toscana - Passi, 2005.

Ultima mammografia: motivo dell'esecuzione.

Regione Toscana - Passi, 2005.

*Investimenti, progetti, risorse
per il raggiungimento
di un obiettivo fondamentale*

L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

*Gli ostacoli da superare
per la realizzazione di una sinergia
fra due settori che non hanno assunto
la stessa importanza nella tutela
della salute dei cittadini*

*Il ruolo degli Enti locali:
esperienze a livello comunale,
regionale, ospedaliero e di ASL*

Antonio Alfano

Direttore Servizio
programmazione, controllo
di gestione, qualità, progetti
speciali - Area Staff Direzione
strategica dell'Azienda
ospedaliera "S.M. degli Angeli" -
Pordenone.

Lo scenario internazionale

Le politiche sanitarie a livello internazionale, in particolare quelle ispirate dalla Comunità europea, ormai da tempo rivolgono la loro attenzione allo sviluppo del *welfare state*, inteso come stato del benessere della popolazione, ma anche come stato sociale nel suo complesso.

L'Unione europea ha pienamente riconosciuto e valorizzato il ruolo dei sistemi assistenziali di fronte alle grandi sfide sociali, come la riduzione del rischio di povertà e di malattia. Sostanziale l'apporto allo sviluppo della coesione sociale, rispetto a problematiche scottanti come l'occupazione o le conseguenze dell'invecchiamento demografico.

Una prima risposta pubblica alla solidarietà, da parte dei diversi Stati europei, risale al XVIII secolo, in occasione delle grandi trasformazioni economiche collegate ai processi innovativi del mercato e all'industrializzazione. La nascita del *welfare*, è comune a tutti gli Stati dove gli interventi assistenziali pubblici risultano funzionali sia al controllo sociale dell'emarginazione e della povertà che come supporto per il passaggio dall'economia di tipo feudale a quella della moderna so-

cietà industriale.

Anche l'attuale fenomeno della globalizzazione rappresenta un'altra sfida epocale per il sistema economico e istituzionale a livello mondiale. I Paesi si trovano inseriti in mercati sempre più aperti, con concorrenti più numerosi e competitivi, innovazioni tecnologiche, possibile causa della nascita o repentina scomparsa di interi settori economici, con importanti riflessi anche sull'organizzazione e la gestione dei servizi sociosanitari.

Con l'ampliamento dell'UE a nuovi Stati membri anche il processo di integrazione e di sviluppo e di relazione tra i diversi sistemi sanitari è destinato a crescere, così come è destinata ad aumentare la mobilità tra Stati europei di operatori sociosanitari e cittadini.

Una efficace risposta a queste complesse problematiche presuppone innovative scelte di programmazione strategica, caratterizzate dalla massima integrazione, che prevedano uno stretto collegamento con le attività sociali per la realizzazione di servizi sociosanitari, dinamici e flessibili, rivolti ai differenziati bisogni del cittadino-utente. In pratica, una rete con processi socio-

Le indicazioni dell'Organizzazione mondiale
della sanità sulla comunità assistenziale

assistenziali efficaci, sicuri ed integrati con dei servizi tecnici ed amministrativi efficienti e sostenibili che si basi su una forte alleanza tra decisori, programmatori, professionisti, operatori sociosanitari ai vari livelli.

Lo scenario

I principali obiettivi dell'OMS puntano, da tempo, a rafforzare l'integrazione dei servizi, con particolare attenzione all'assistenza sanitaria primaria. L'obiettivo 15 dell'Ufficio regionale per l'Europa, riserva massima attenzione alla continuità assistenziale basata sull'integrazione dei servizi sanitari e sociali e di altri servizi alla persona.

Secondo l'OMS nel 2010 la popolazione dovrà avere un migliore accesso a delle cure sanitarie primarie basate sulla famiglia e l'ambiente locale, sostenute da un sistema ospedaliero flessibile ed atto a far fronte alle diverse situazioni.

Almeno il 90% dei Paesi dovrà avere realizzato dei servizi di cure sanitarie primarie complete, che assicurino la continuità delle cure e di

orientamento del paziente, basati su una integrazione tra i servizi ospedalieri e sistemi territoriali.

In almeno il 90% dei Paesi i medici e le infermiere di famiglia dovranno fornire il nucleo dei servizi integrati di cure sanitarie primarie. I servizi integrati dovranno fare ricorso a delle équipes pluridisciplinari, composte da professionisti del settore sanitario, di assistenza sociale e di altri settori, con la partecipazione della popolazione locale.

Almeno il 90% dei Paesi, poi, dovrà aver realizzato dei servizi sanitari con efficienti percorsi di partecipazione alle cure.

In una recente analisi sulla "Valutazione della *performance* dei sistemi sanitari", l'Organizzazione mondiale della sanità, evidenzia come una non sufficiente valutazione dell'integrazione dei bisogni sociosanitari possa limitare le caratteristiche di universalismo e di equità del sistema stesso. A proposito dell'accesso all'assistenza sanitaria primaria, viene evidenziato come "i sistemi sa-

nitari hanno complessivamente fallito nell'intento di ridurre il divario di salute che ha differenziato i ricchi e poveri negli ultimi 100 anni. Questa distanza sta attualmente aumentando con un fenomeno correlato al progresso economico...".

"Trovare nuovi indirizzi di successo per i sistemi sanitari, costituisce una potente arma nella lotta alla povertà e tutti i Paesi, nell'interesse delle future generazioni, devono disporre di sistemi che proteggano indistintamente i cittadini contro i rischi economico sociali, legati alla malattia". Strategia fondamentale è l'integrazione delle attività, in grado di "influenzare enormemente la performance".

Un valido sistema sanitario, per l'OMS, deve puntare a migliorare la salute della popolazione, dare risposte alle aspettative delle persone (*responsiveness*) e provvedere alla protezione finanziaria contro i costi della malattia, evidenziando come "questi due ultimi aspetti non siano risultati sanitari (*non - health outcomes*) del sistema".

I modelli sanitari europei

Il quadro di riferimento delle scelte di programmazione sociosanitaria è collegato a percorso evolutivo dei diversi modelli sanitari presenti in Europa, con caratteristiche socio-economiche differenziate.

A partire dagli anni '70 l'assicurazione malattia è estesa a tutti i cittadini europei. Un incremento della domanda corrisponde ad un aumento dell'offerta di cure, con una crescita, in molti casi, superiore alle possibilità economi-

che di molti Paesi, con conseguenti difficoltà "budgetarie" pubbliche e sociali.

Gli anni '80-'90 segnano, quasi in tutta Europa, una fase di ridimensionamento e trasformazione dei sistemi di protezione sociale, con un passaggio da una conduzione di tipo politico ad una manageriale. In questo periodo è evidente la grave fase congiunturale restrittiva, tesa ad un contenimento della spesa pubblica. Nel nostro Paese per regolare la spesa si fece ricorso al tristemente famoso sistema delle tre T (tagli, ticket, tetti) con crescenti e spesso inique e confuse partecipazioni di spesa da parte dei cittadini.

È possibile osservare i modelli di protezione sociale europei sotto diverse angolature: *situazione geografica* (sistemi continentali, anglosassoni, scandinavi e simili al sistema sovietico); *finanziamento* (costi, imposte, contributi volontari); *obiettivi sanitari* (massimalisti, minimalisti o di solidarietà); *interventi tecnici* (assicurazione sociale, perequazione); *accessibilità alle cure* (secondo la condizione sociale, l'urgenza sanitaria o il diritto di cittadinanza); *modalità di rimborso* (proporzionali, in rapporto alle risorse, forfettarie) e *modalità di gestione* (cogestione medica, partecipazione di *partners* sociali, terzo pagante o a rimborso, decentralizzazione).

L'Ocse ha stimato che la spesa totale media dei Paesi dell'Europa occidentale per la *long-term care* ai soggetti non autosufficienti è pari a circa l'1,5% del PIL annuo. Nei Paesi dell'Unione europea gli anziani ultrassessantacin-

quenni ricoverati in istituzione sono compresi mediamente fra il 5 e il 7% mentre quelli assistiti a domicilio sono compresi fra il 5 e il 17% secondo i vari Paesi.

Il coordinamento tra i servizi sanitari e i servizi sociali è problematico quasi dovunque; tutti lamentano una qualche forma di separazione fra i servizi sanitari e quelli sociali salvo forse in Paesi come la Norvegia e la Svizzera. Gli utenti dei servizi sociali sono presi in carico in funzione del loro stato di dipendenza. Di conseguenza, i servizi sociali non hanno come base lo stesso fondamento medico. Questo serve in parte a spiegare perché i servizi sanitari e quelli sociali si sono evoluti separatamente.

I sistemi sanitari dei Paesi della Comunità europea si sono negli anni sviluppati storicamente seguendo due particolari tipologie socio-economiche. Una, definita di tipo "bismarckiano" - dal nome del Cancelliere tedesco Bismarck che per primo nel 1883 l'adottò nel suo Paese - e l'altra detta "beveridgiana", in quanto sviluppata nel 1942 da Lord Beveridge in Gran Bretagna.

Nel sistema sanitario "bismarckiano" la protezione sociale risultava legata alla forza lavoro e finanziata mediante quote e gestita insieme ai *partners* sociali interessati. Mentre nel sistema "beveridgiano" l'accesso all'assistenza sanitaria è considerato di tipo "universalistico" ed i servizi venivano finanziati mediante il sistema di tassazione.

A seguito delle naturali evo-

luzioni politiche e sociali proprie dei diversi Stati, i sistemi sanitari attualmente realmente in vigore nei diversi Stati della Comunità europea, possono essere sinteticamente classificati in tre grandi tipologie, tenendo conto dei particolari sviluppi di tipo economico - sociale.

1. Sistema articolato in assicurazioni sociali obbligatorie, sotto il controllo dello Stato (Austria, Belgio, Francia, Germania, Lussemburgo e Paesi Bassi)

Ad esso aderiscono i Paesi dell'area continentale caratterizzati da un'ispirazione di tipo bismarckiano. La protezione sociale è legata all'attività lavorativa ed alla conseguente appartenenza ad un gruppo professionale, anche se dagli anni '70 in poi l'articolazione diviene progressivamente meno rigida e tende ad estendersi a tutta la popolazione, come ad esempio, la realizzazione in Francia con la riforma "Juppé" del 1996, dell'assicurazione malattia universale legata ad un'unica cassa. Le prestazioni sono finanziate mediante contributi sociali, differenziati per gruppi lavorativi e gestiti dalle diverse parti sociali, che ricoprono in questo tipo di sistema assicurativo un ruolo estremamente importante.

2. I Servizi sanitari nazionali del Nord Europa (Danimarca, Finlandia, Gran Bretagna, Irlanda e Svezia)

Si rifanno ad una teoria di tipo "beveridgiano" di ispirazione social-democratica e sono stati realizzati verso la metà del XX secolo. Sono ca-

ratterizzati da una copertura universale da parte dello Stato con possibilità di usufruire di ampie prestazioni e servizi. Il finanziamento del *welfare* avviene tramite la fiscalità generale, con integrazione organizzativa tra i diversi comparti del sistema che fanno riferimento a livello della pubblica amministrazione centrale o locale. Il modello di Servizio sanitario nazionale fu messo in atto dopo la guerra in Gran Bretagna, adottato prima in Irlanda e successivamente negli altri Paesi del nord Europa. In particolare in Gran Bretagna con la riforma del 1989, ma anche in Finlandia ed in Svezia si modificano parzialmente le procedure di ripartizione del *budget* sanitario introducendo dei meccanismi di concorrenza interna.

3. I Servizi sanitari nel Sud Europa (Grecia, Italia, Portogallo e Spagna)

Per le loro specificità questi sistemi sanitari oltre a caratteristiche di tipo "beveridgiano", in qualche caso presentano aspetti di tipo "bismarckiano". Con i cambiamenti avviati tra la fine degli anni 70 e la metà degli anni 80, la copertura universalistica è più sviluppata in ambito sanitario con la realizzazione di un Servizio sanitario nazionale; mentre l'integrazione sociosanitaria appare di più difficile realizzazione in termini di efficacia ed efficienza. In Italia, con la legge di riforma 833/78 viene istituito il Servizio sanitario nazionale. Come vedremo più diffusamente in seguito, cambia ra-

dicalmente lo scenario della sanità pubblica, rispetto agli anni precedenti, collegandosi direttamente all'art. 32 della Costituzione che sostiene che la tutela della salute fisica e psichica del cittadino viene garantita attraverso il Servizio sanitario nazionale nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. La tutela della salute (fisica e psichica) del cittadino diventa pertanto non solo un fondamentale diritto dell'individuo, ma anche un interesse della collettività.

Le indicazioni dell'Unione europea

"Favorire l'accesso alle cure sanitarie per tutti i gruppi della popolazione, rafforzare i diritti dei pazienti, riflettere sul futuro delle politiche sanitarie e associarvi più strettamente i cittadini". Il Consiglio d'Europa ha centrato la propria attenzione a questi grandi principi, favorendo i criteri che tengano conto di un utilizzo ottimale delle risorse stanziare per la salute.

L'accesso alle cure sanitarie di persone e gruppi emarginati o deboli costituisce una delle priorità del Consiglio d'Europa. La miseria, l'analfabetismo o la mancanza di informazioni non devono privare i pazienti più vulnerabili delle cure necessarie alla loro condizione, e i servizi sociosanitari devono essere in grado di fornire risposta ai bisogni.

Già nel 1992, con una raccomandazione del Consiglio, si chiedeva agli Stati membri di "provvedere al mantenimento e, all'occorrenza, allo sviluppo di un sistema di assistenza di

qualità, adeguato all'evoluzione delle esigenze della popolazione, in modo particolare quelle legate alla dipendenza delle persone anziane, all'evoluzione delle patologie e delle terapie e alla necessaria intensificazione della prevenzione".

Nel 1999 l'assistenza sanitaria è stata identificata dal Consiglio come uno dei quattro settori della protezione sociale nei quali occorre consolidare la cooperazione consolidata tra Stati membri. In seguito ai Consigli europei di Lisbona nel marzo 2000 e di Göteborg, che hanno riconosciuto la necessità di riformare ed adeguare i sistemi di protezione sociale, compresa l'assistenza sanitaria per far fronte all'invecchiamento demografico e garantire la coesione sociale, la Commissione ha identificato tre punti fermi per un processo di riforma, approvati dal Consiglio europeo di Barcellona nel marzo 2002.

Sono stati ritenuti di fondamentale importanza gli aspetti riguardanti:

- *l'accessibilità dell'assistenza*, in base a principi di universalità, equità e solidarietà per tener conto dei bisogni e delle difficoltà dei gruppi e degli individui più svantaggiati, ma anche di coloro che hanno bisogno di cure lunghe e costose;
- *l'offerta di un'assistenza di qualità*, che stia al passo con la ricerca scientifica, si adegui alle diverse esigenze legate al processo d'invecchiamento e si basi su una valutazione dei vantaggi per la salute;

- *la sostenibilità finanziaria*, con provvedimenti che assicurino a lungo termine assistenza ed una maggiore efficienza del sistema.

Con una relazione congiunta della Commissione e del Consiglio per "Sostenere le strategie nazionali per il futuro dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza alle persone anziane" del 10 marzo 2003 ed una successiva del 2004, è stato evidenziato come le innovazioni tecnologiche e terapeutiche, il miglioramento del benessere e dell'informazione dei pazienti nonché l'invecchiamento demografico sollevino questioni nuove in merito alla capacità dei sistemi nazionali di assicurare accessibilità e qualità, e di garantire la loro sostenibilità finanziaria a lungo termine. Si tratta di aspetti comuni a tutti i sistemi, che evidenziano problemi quali le disuguaglianze e le difficoltà di accesso che persistono nonostante l'universalità garantita in linea di massima dai sistemi, l'offerta di servizi di qualità talvolta insufficiente rispetto alle esigenze della popolazione, con periodi di attesa eccessivi, e gli squilibri finanziari che si creano in taluni sistemi.

Al tempo stesso l'integrazione dell'Unione determina un'interazione crescente dei sistemi assistenziali legata al crescente impiego del diritto alla mobilità da parte dei cittadini dell'Unione per stabilirsi in altri Stati membri, trasferirvisi temporaneamente o addirittura per usufruirvi di assistenza sanitaria.

In concomitanza di tale interazione si è avuto a livello d'Unione lo sviluppo di poli-

tiche che incidono sui sistemi sanitari, e, più in generale, sulla salute dei cittadini europei. Queste trasformazioni meriterebbero l'adozione di una strategia globale rivolta ad importanti aspetti quali lo sviluppo e la modernizzazione dell'offerta e del finanziamento dei servizi sanitari, la mobilità dei pazienti e dei professionisti in seno all'Unione allargata, la cooperazione tra Regioni e sistemi sanitari, ma anche l'integrazione nelle politiche comunitarie per un elevato livello di protezione della salute.

Una particolare attenzione è riservata agli aspetti riguardanti l'invecchiamento demografico, con due possibili effetti sul settore sanitario e della presa in carico delle persone anziane: l'aumento del numero delle persone con più di 65 anni (+64 % tra il 2002 e il 2050, secondo lo scenario di base di Eurostat) e l'aumento del numero delle persone di più di 80 anni (che passeranno da 14,8 a 37,9

milioni nello stesso periodo). Tali evoluzioni, che testimoniano innanzitutto il miglioramento dello stato di salute degli Europei, significano anche un numero maggiore di patologie legate all'età e fanno emergere la questione dell'assistenza a lungo termine. All'invecchiamento della popolazione si accompagna un numero crescente di persone anziane che vivono sole, per via di una mobilità delle proprie famiglie, nonché a causa di un incremento del tasso di occupazione delle donne, principali prestatrici di "assistenza informale". La risposta alle esigenze di questa popolazione passa pertanto attraverso lo sviluppo di un'offerta diversificata, che comprende l'assistenza a domicilio, che sarà sempre più la scelta di una maggioranza di persone ed istituzioni specializzate, e che necessita di un coordinamento tra i diversi servizi come quelli di terapia intensiva, cure primarie, servizi sociali.

Governance e benchmarking: la ricetta dell'UE

La strategia dei sistemi sanitari europei rivolge particolare attenzione allo sviluppo dell'*integrated governance*, come sistema manageriale in grado di favorire l'integrazione professionale tra servizi sociosanitari, la verifica dell'appropriatezza dei servizi erogati, la possibilità di realizzare percorsi di cura specifici per l'utente, maggiore efficacia dell'attività svolta e un ottimale impiego delle risorse impegnate, in un'ottica di sviluppo della qualità.

Questa scelta strategica, che richiede un ampio cambiamento del contesto culturale ed organizzativo, introduce un concetto più attuale di *governance clinical e integrated* che può essere definita come "il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati e assicurano elevati livelli di assistenza, realizzan-

do un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica".

Il percorso dell'integrazione sociosanitaria in una logica di *governance* si concretizza in una comunicazione della Commissione europea del 20 aprile 2004 su come "*Moderizzare la protezione sociale per sviluppare un'assistenza sanitaria ed un'assistenza a lungo termine di qualità, accessibili e sostenibili: come sostenere le strategie nazionali grazie al metodo aperto di coordinamento*", indirizzata al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo ed al Comitato delle Regioni.

Nel documento vengono individuati una serie di obiettivi comuni, finalizzati a sviluppare e modernizzare l'offerta e il finanziamento dei servizi sanitari e sociali.

Gli orientamenti riguardano in particolare: l'accessibilità all'assistenza, rispettando principi di universalità, equità e solidarietà, l'offerta di un'as-

	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Austria	12,0	14,1	15,4	14,9	15,1	15,2	15,3	15,3	15,4	15,5
Belgio	12,0	13,4	14,4	14,9	15,9	16,1	16,3	16,6	16,8	17,0
Danimarca	10,6	12,3	14,4	15,6	15,3	15,2	15,1	15,1	15,0	15,0
Finlandia	7,2	9,2	12,0	13,4	14,2	14,4	14,5	14,6	14,8	14,9
Francia	11,6	12,9	14,0	14,0	15,1	15,3	15,5	15,7	15,8	16,0
Germania					15,5	15,6	15,7	15,9	16,1	16,4
Grecia	8,3	11,1	13,1	13,7	15,6	16,0	16,4	16,8	17,2	17,6
Irlanda	11,2	11,2	10,7	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4	11,3	11,3
Italia	9,3	10,9	13,1	15,3	16,6	16,9	17,2	17,5	17,8	18,1
Lussemburgo	10,8	12,5	13,5	13,4	14,0	14,1	14,2	14,3	14,3	14,4
Paesi Bassi	9,0	10,2	11,5	12,8	13,2	13,3	13,4	13,5	13,6	13,7
Portogallo	8,0	9,2	10,5	13,6	14,6	14,8	15,0	15,2	15,4	15,6
Regno Unito	11,7	12,9	15,1	15,7	15,7	15,7	15,7	15,7	15,7	15,8
Spagna	8,2	9,8	10,7	13,8	15,3	15,6	16,0	16,3	16,7	17,0
Svezia	12,0	13,7	16,3	17,8	17,5	17,4	17,4	17,4	17,4	17,4
Stati Uniti	9,2	9,8	11,2	12,4	12,5	12,4	12,4	12,4	12,3	12,3

Tab. 1. % di popolazione con età superiore ai 65 anni (sulla popolazione totale).

sistenza sanitaria di qualità e la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari nel lungo periodo (*long-term care*).

Secondo gli indirizzi comunitari, la definizione di un quadro globale comune e il rispetto degli orientamenti possono contribuire a far fronte a sfide future quali, in particolare, l'invecchiamento demografico, i persistenti problemi di accessibilità legati alla differenze di accesso ai servizi e alle cure sanitarie, lo scompensamento tra la qualità dei servizi offerti e le esigenze dei cittadini e gli squilibri finanziari tipici di alcuni sistemi.

La soluzione metodologica è orientata verso un "metodo

aperto di coordinamento", da considerare come strumento innovativo di *governance* dell'Unione europea puntando a:

- garantire l'accesso ad una assistenza di qualità, fondata sui principi di universalità, equità e solidarietà;
- prevenire il rischio di povertà o di esclusione sociale legato alla malattia, agli incidenti, all'invalidità o all'assistenza resa necessaria dall'età avanzata, sia per i beneficiari dell'assistenza che per le loro famiglie;
- promuovere un'assistenza di qualità per migliorare lo stato di salute e la qualità di vita delle persone;
- assicurare la sostenibilità

finanziaria a lungo termine di assistenza accessibile a tutti e di qualità.

Il processo prevede la definizione di indicatori che dovranno essere elaborati a partire da dati già accessibili e numericamente non eccessivi in modo da non comportare un aumento inaccettabile del carico di lavoro per gli Enti locali e regionali.

Fondamentale l'adozione di criteri di analisi comparativa (*benchmarking*) da svolgersi nel pieno rispetto della responsabilità degli Stati membri in materia di erogazione e gestione dei servizi sanitari, tenendo conto delle diverse e talvolta divergenti condizioni di ciascuno Stato membro.

Gli Stati membri, a loro volta, devono presentare piani nazionali d'azione, volti all'attuazione degli obiettivi, con valutazione "inter pares" degli stessi (*peer review*).

La strategia di sviluppo e di riforma dell'assistenza sanitaria e di lunga durata, della Commissione europea prevede un preciso percorso attuativo per il periodo 2006-2009 le cui conclusioni saranno presentate all'interno della *Relazione congiunta sulla protezione sociale e sull'inclusione sociale* prevista per il 2007, che prevede un'attività di cooperazione con le altre con organizzazioni internazionali, quali l'OCSE e l'OMS.

Bibliografia

Alfano A., *La Formazione continua in Sanità Pubblica: indirizzi internazionali*, Salute e Territorio, anno XXIV n. 138, maggio-giugno 2003.

Beresniak A., Duru G., *Économie de la Santé*, Masson, Paris, 2001.

Commissione delle Comunità europee, *Comunicazione su Modernizzare la protezione sociale per sviluppare un'assistenza sanitaria ed un'assistenza a lungo termine di qualità, accessibili e sostenibili: Come sostenere le strategie nazionali grazie al "metodo aperto di coordinamento"*, Bruxelles, 20 aprile 2004 COM (2004) 304 definitivo.

Commissione Europea, *Programma comunitario nel campo della Sanità 2000-2008*.

Department of Health, *The news NHS, modern and dependable For Health*, London Stationary Office, 1997.

OECD, *Health Data 2005*, giugno 2005, Paris.

Ovretveit J., *What are the advantages and limitations of different quality and safety tools for health care?*, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2005.

Scally G., Donaldson L.J., *Clinical governance and the driver for quality improvement in the new HHS in England*, BMJ 1998, 317: 61-65.

Segouin C., Bréchat P.H., Bertrand D., *Formation en santé publique. Une situation à l'étranger*, Adsp, Revue du Haut Comité de la santé publique, Paris juin 2006.

Vandenbroucke F., *Intégration européenne et systèmes nationaux de soins de santé: un défi pour la politique sociale*, Revue Médicale de l'Assurance Maladie. Volume 33, n. 1, janvier-mars 2002, Paris.

World Health Organization, *The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance*. Geneva 2000.

Carla Collicelli
Vice Direttore Censis

I costi della mancata integrazione

Che i costi della sanità tendano ad aumentare in maniera vertiginosa è dato acquisito. L'ultima previsione del *PricewaterhouseCoopers Health Research Institute* stima il triplicarsi dell'incidenza sul PIL entro quindici anni, fino a raggiungere il 21% in Usa ed il 16% nella media degli altri paesi Ocse. La posizione relativamente vantaggiosa dell'Italia, con il suo 8,5%, tenderà comunque ad essere erosa, se non altro per effetto della tendenziale convergenza globale dei consumi sanitari, dei sistemi di offerta e dei relativi costi. Per quanto riguarda gli equilibri interni al sistema italiano, poi, l'aumento dei finanziamenti alla salute previsto dalla Finanziaria 2006 non basterà ad evitare un passivo compreso tra i 3,1 e i 10,6 miliardi di Euro, secondo le recenti stime del Ceis-Tor Vergata, con l'aumento dei rischi conseguenti per le famiglie ed i cittadini, dalla spesa *out of pocket*, all'impoverimento, alla inappropriatazza, alla perdita di salute, ai costi sociali connessi ad una copertura inadeguata. Per la spesa *out of pocket*, le stime parlano di un 50% di

quella pubblica, a partire dai dati sulla utilizzazione della specialistica privata e di altre strutture a totale carico dell'utente (circa il 37% degli italiani per anno secondo l'ultimo dato Censis), dei ricoveri in regime privato (3,3%), della odontoiatria (49%), della medicina non convenzionale (20%), delle assicurazioni sanitarie integrative, fortemente cresciute negli ultimi anni (15%), della assistenza ai non autosufficienti (85%)¹. Sui costi sociali, diretti ed indiretti, non esistono studi né stime affidabili. Indagini, condotte dal Censis negli anni passati su campioni rappresentativi di malati cronici e sulle rispettive famiglie, hanno permesso di mettere in evidenza come l'onere delle cure per queste patologie sia decisamente consistente e ricada in larga misura sulla società e i parenti degli ammalati. Negli ultimi decenni la incidenza delle cure prestate ai disabili ed ai non autosufficienti da parte delle famiglie di appartenenza è del 70-80% in maniera costante. Solo una minima parte, inferiore al 5%, di queste categorie di sofferenti viene assistita in istituti

... *L'esigenza di superare modelli di intervento acquisiti coinvolgendo "clinical governance" e terzo settore in una visione integrata*

specializzati. Una ulteriore quota minoritaria, quella rimanente, è data da ammalati che vengono assistiti a casa, con il supporto di operatori esterni alla famiglia. Da un punto di vista economico le ricerche effettuate negli anni scorsi hanno permesso di arrivare a stimare in termini generali l'ammontare delle risorse destinate alla cura di queste patologie. Come evidenzia la Tab. 1, si tratta di diverse decine di migliaia di miliardi di lire, relative in particolare alle patologie tipiche dell'età anziana. Indagini condotte sui costi della malattia di Alzheimer hanno stimato, ad esempio, la presenza nel 2000 di 500.000 malati in Italia, con un carico economico di costi sociosanitari diretti e indiretti di quasi 40 mila miliardi di lire annui. Di questi, circa tre quarti erano da attribuire ai costi indiretti, vale a dire alla perdita di risorse economiche in termini di ore di lavoro. Il

rimanente quarto, pari a circa 10 mila miliardi di lire, era relativo ai costi diretti, cioè alle spese pubbliche e private direttamente monetizzabili sostenute per l'acquisto di beni e servizi. Analoghi calcoli sono stati effettuati sugli anziani non autosufficienti di oltre 65 anni, stimati nella misura di quasi 2 milioni, e per i quali i costi sociosanitari annui complessivi sarebbero ammontati a quasi 22 mila miliardi di lire, ripartiti tra un 57% di costi diretti ed un 43% di costi indiretti. Quote inferiori ma significative riguardano altre importanti patologie croniche, come le nefropatie, con un totale di 2.700 miliardi di lire di esborso annuo, di cui il 75% in costi diretti; la sclerosi multipla, con 50 mila soggetti coinvolti, ed una cifra oscillante tra 2 mila e 2.500 miliardi di lire di costi sociosanitari collegati; l'asma bronchiale, con un milione e

¹ Monitor Biomedico 2002, Fbm-Censis.

Patologie	Soggetti coinvolti (Anni 1998-2000)	Costi sociosanitari annui (in miliardi di lire)		
		Totale	Costi diretti *	Costi indiretti **
			val. %	val. %
Alzheimer	500.000	39.500 (1)	24%	76%
Nefropatie croniche	39.000	2.700	74%	26%
Sclerosi multipla	50.000	2.000 - 2.500	75%	25%
Disabili gravi	733.000	nd	nd	nd
Anziani (oltre 65 anni) disabili	1.967.000	21.652 (2)	56,7%	43,3%
Asma bronchiale	1.710.000	2.686	67%	33%
Osteoporosi	5.000.000	1.000 (3)	nd	nd

* Indicano le spese pubbliche e private direttamente monetizzabili sostenute per l'acquisto di beni e servizi.

** Non prevedono una spesa vera e propria ma sono la conseguenza di una perdita di risorse.

(1) Co.Dem, Studio longitudinale sui costi della malattia di Alzheimer in Italia 1998 e Centro di Farmacoeconomia, Università di Milano.

(2) Costi diretti: spesa assistenziale pubblica e privata - non di tipo sanitario; Costi indiretti: Valore economico degli aiuti prestati in casa dalle famiglie - CNR 1998.

(3) Costo diretto.

Fonte: elaborazione FBM-Censis su dati Istat, Ministero della Sanità, Aism, Bocconi.

Tab. 1. I costi della cronicità (val. %).

Regioni e ripartizioni	Prevenzione primaria		Diagnosi precoce e terapia		Igiene e assistenza sanitaria		Tutte le cause evitabili	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	129,0	35,9	2,9	24,0	54,8	18,6	186,7	78,5
Valle d'Aosta	168,5	35,6	3,4	23,5	63,4	18,7	235,3	77,8
Lombardia	131,1	32,6	2,8	24,2	58,9	18,4	192,8	75,2
Prov. Aut. di Bolzano	133,8	30,9	2,3	22,4	51,1	15,6	187,2	68,9
Prov. Aut. di Trento	143,4	30,2	1,8	21,0	57,1	16,6	202,3	67,8
Veneto	135,8	33,8	2,7	21,4	53,6	15,7	192,1	70,9
Friuli-Venezia Giulia	145,0	39,0	3,8	27,5	53,7	19,0	202,5	85,5
Liguria	101,3	27,0	3,0	21,1	52,8	17,4	157,1	65,5
Emilia-Romagna	119,2	34,4	2,1	22,3	53,0	17,0	174,3	73,7
Toscana	104,2	29,1	2,2	18,8	47,0	15,8	153,4	63,7
Umbria	99,2	28,4	2,3	19,9	52,7	19,6	154,2	67,9
Marche	101,3	26,3	2,3	20,3	46,5	13,3	150,1	59,9
Lazio	104,7	31,1	2,6	21,4	59,4	19,7	166,7	72,2
Abruzzo	94,8	24,2	1,8	18,2	54,2	16,1	150,8	58,5
Molise	105,6	28,8	1,8	18,4	60,2	23,2	167,6	70,4
Campania	116,5	31,8	2,7	21,3	71,9	27,5	191,1	80,6
Puglia	107,3	25,7	2,1	21,4	51,4	20,6	160,8	67,7
Basilicata	104,9	25,1	2,0	16,4	56,6	23,5	163,5	65,0
Calabria	100,9	26,4	1,9	18,3	53,8	21,7	156,6	66,4
Sicilia	106,0	30,0	2,1	21,9	60,4	23,0	168,5	74,9
Sardegna	130,8	26,2	2,6	22,3	58,2	17,3	191,6	65,8
Italia	117,0	30,8	2,5	21,9	56,6	19,2	176,1	71,9

Tab. 2. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause e per sesso - 5-69 anni - Tassi x 100.000 ab.

Fonte: Prometeo, 2000.

700 mila soggetti coinvolti per le forme più serie, ed un'incidenza dei costi sociosanitari annui di quasi 3 mila miliardi, di cui quasi il 70% in costi diretti.

Ancora, lo studio Prometeo curato dalla Università di Tor Vergata, ha calcolato negli anni scorsi in Italia le morti evitabili per causa, arrivando a stimare la massima inciden-

za a carico della prevenzione primaria (117 morti evitabili per 100.000 abitanti maschi e 31 per 100.000 femmine) contro valori nettamente più bassi di diagnosi precoce e igiene (Tab. 2).

Nonostante l'approssimazione delle cifre, e la assoluta parzialità delle tipologie di cronicità considerate, i dati mettono in evidenza con suf-

ficiente chiarezza come, accanto ai costi del Servizio sanitario nazionale pubblico, esista una quota considerevole di risorse impiegate per tutto ciò che il sistema pubblico non copre, ed accanto ai costi economici esistono costi sociali non indifferenti addebitabili alle carenze del sistema.

Per non parlare dei costi so-

cio-culturali e politici più generali, che lo squilibrio dell'offerta sanitaria comporta. Moltissime delle donne straniere presenti in Italia, ad esempio, lavorano presso le famiglie: le lavoratrici domestiche iscritte all'Inps erano nel 2002 103.348, contro i 23.031 stranieri maschi e i 98.023 italiani (e italiane) e le nazionalità prevalenti del-

le lavoratrici domestiche sono ucraina, rumena, filippina, polacca, ecuadoregna e peruviana.

In questo ambito la domanda di lavoro delle famiglie italiane col passare del tempo si è "allargata": dalla cura della casa si è passati all'assistenza ai bambini, agli anziani, ai disabili, ai malati cronici e ai non autosufficienti. Da una recente indagine del Censis risulta che il 2,4% degli ultrasessantacinquenni italiani vive con una "badante" (Tab. 3), e l'odierna domanda di servizi alle persone, soddisfatta dalla componente femminile dell'immigrazione proveniente dall'Africa, dal Sud America e oggi anche dall'Europa dell'est, testimonia l'esistenza di un fabbisogno di servizi non forniti o non sufficientemente forniti dalle strutture pubbliche, anche sanitarie. La richiesta di assistenza domiciliare non arriva, infatti, solo dalle famiglie benestanti e cittadine, ma anche da quelle della piccola-media borghesia e non necessariamente dalle grandi città. Ma soprattutto i lunghi turni di lavoro, insieme alle situazioni di residenza presso l'abitazione del datore di lavoro, rendono la componente femminile dell'immigrazione poco visibile, ed il già complesso processo di integrazione, il mantenimento di legami con la comunità di appartenenza e la costituzione di nuovi legami con le comunità locali, difficoltosi.

La "badantizzazione" della

	Val. %
Con il coniuge o convivente	39,3
Da solo	26,3
Con il coniuge e figli/o	13,0
Con la famiglia del figlio/a	11,9
Con altri parenti	4,0
Con badante	2,4

cura degli anziani, d'altra parte, tende col tempo ad aggravare la situazione generale della assistenza, in quanto comporta un disimpegno conseguente delle famiglie e degli stessi servizi: cala ad esempio la disponibilità delle figlie adulte e delle nuore a prendersi cura degli anziani della famiglia, che vivono più a lungo, e stentano ad emergere nuovi investimenti, progetti e soluzioni alternative di assistenza domiciliare, semplice o integrata, o di residenzialità assistita.

Una possibile lettura interpretativa della situazione che si viene a creare è quella del *paradigma postfemminista*, che vede la liberazione delle donne italiane a spese della libertà delle *colf*², le quali rinunciano alla propria vita familiare per permettere alla datrice di lavoro di lavorare e contemporaneamente di avere una famiglia, non compatibile invece per le donne straniere, che rinunciano perciò spesso alla riproduzione, abortendo, o lasciando i figli con i parenti nel Paese di origine o in Italia, con evidenti conseguenze negative sul piano socio-culturale e politico.

A ben vedere, però, i dati citati, sia quelli economici che quelli sociali, non sono ineluttabili, conseguenza inevitabile della anzianizzazione e

cronicizzazione delle condizioni di salute. In realtà gli squilibri tra domanda ed offerta e tra risorse utilizzate ed impatto sulla salute dipendono soprattutto da una carenza strategica nella utilizzazione delle risorse, non solo economiche, che la società ha a disposizione di fronte ai problemi della salute, e da inefficienze e sprechi risultanti da una gestione non ottimale e spesso obsoleta.

Per quanto riguarda gli anziani e le patologie croniche, ad esempio, è indubbio che gli anziani siano grandi consumatori di servizi e prestazioni sanitarie e ovviamente di farmaci, e che sia alto il rischio che la spesa pubblica per sanità cresca in parallelo con l'aumento del loro peso relativo sulla popolazione. Eppure occorre tenere presente una molteplicità di fattori diversi che potrebbero pesare sugli scenari futuri modificando un simile assunto. Ad esempio la *longevità attiva*, che ha alla sua base la diffusione di stili di vita salutari, nonché il nuovo attivismo sociale degli anziani, che significa moltiplicazione di relazioni, progetti, attività, con impatti positivi anche sulla loro salute.

Spesso si sottovaluta l'impatto possibile della *rimodulazione* dell'offerta sanitaria, con

Tab. 3. Con chi vive l'anziano (65 anni in poi) (val. %).

Fonte. Censis, 2004.

la progressiva trasformazione degli Ospedali in punte tecnologiche avanzate del sistema e lo sviluppo di strutture e servizi territoriali a più bassa intensità tecnologica, così da garantire continuità assistenziale e prestazioni appropriate ai reali bisogni dei cittadini; tale processo consentirebbe un *trriage* più efficace della domanda sanitaria, emancipandola dalla componente più sociale e riducendo la pressione delle richieste sulle strutture di ricovero.

Insomma, il nesso invecchiamento-sanità è particolarmente complesso e merita risposte non semplificate o di facile impatto, ma piuttosto analisi lucide, pacate e con finalità operative chiare, e forse è proprio questa la sfida fondamentale per i processi di modernizzazione della sanità. In merito poi all'efficienza ed alla qualità, i dati della ricerca empirica dimostrano che non sempre la valutazione dei cittadini va nel senso della richiesta di prestazioni più care³. Il problema prioritario in sanità, secondo gli italiani, è rappresentato dalla eccessiva lunghezza delle liste di attesa (il 62,8% lo considera il problema più grave della sanità pubblica), seguito dalla bassa qualità dei servizi (30,4%), dalla mancanza di assistenza sufficiente per

² J. Andall, *Gender, Ethnicity and migration: Domestic work in Italy*, 1999.

³ Monitor Biomedico 2002, FBM-Censis.

malati cronici, anziani non autosufficienti ed handicappati (19,3%) e dall'elevatezza della spesa privata a carico dei cittadini (14,1%) (Tab. 4). Con riferimento all'età degli intervistati, tra i più giovani si riscontra una maggiore attenzione ai problemi della bassa qualità dei servizi (36,6% di contro al 30,4% valore totale), dello squilibrio nell'offerta tra le diverse Regioni (17,8% di contro al 12,8%) e della mancanza di attenzione alla soddisfazione dei cittadini (12,6%, 9,7%); tra gli anziani, invece, oltre alla comprensibile preoccupazione per la carenza di servizi per non autosufficienti, spic-

ca la percentuale relativa alla mobilità sanitaria (11,4% di contro al 7,0%). In merito alle proposte considerate più importanti per una riforma della sanità pubblica, i risultati della stessa indagine evidenziano un pacchetto di quattro proposte, sulle quali convergono le opinioni: l'assistenza domiciliare ai malati cronici (27,9%), il collegamento tra Ospedali generali e Centri di alta specialità (27,8%), l'assistenza domiciliare invece del ricovero ospedaliero quando possibile (27,1%), ed il potenziamento della medicina dell'urgenza e dell'emergenza (27,0%) (Tab. 5).

Si tratta di linee operative che disegnano un'organizzazione della sanità che richiede modifiche sostanziali nell'allocazione delle risorse e nei modelli operativi, con il potenziamento dei servizi territoriali in un'ottica di continuità assistenziale, che riduca l'ospedalizzazione ai soli casi gravi e di effettiva necessità, e con l'introduzione delle nuove tecnologie dell'informazione e della telemedicina per accrescere l'offerta a distanza di assistenza specialistica di qualità, riducendo al contempo la mobilità dei pazienti. Un'ulteriore importante proposta di intervento, su cui

convergono le opinioni degli intervistati, concerne l'introduzione di nuove fonti di finanziamento. Le esigenze di bilancio e la necessità di contenere la spesa sanitaria pubblica, a fronte della crescente domanda di prestazioni sanitarie, infatti, pongono in modo stringente la questione dell'articolazione degli strumenti di finanziamento della spesa sanitaria. Un interessante strumento in tal senso è rappresentato dall'introduzione di un fondo per le persone non autosufficienti, su cui il 52,5% degli intervistati si dichiara molto o abbastanza d'accordo, con una percentuale significativamente più alta

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Le liste di attesa	63,1	73,0	64,5	55,9	62,8
La bassa qualità dei servizi	21,6	26,5	22,0	44,4	30,4
La mancanza di assistenza per malati cronici, anziani non autosufficienti	13,8	20,6	28,5	17,5	19,3
L'elevata spesa privata a carico dei cittadini	13,4	11,6	17,5	13,9	14,1
Lo squilibrio dei servizi tra le diverse Regioni	6,7	20,1	9,0	15,7	12,8
La mancanza di attenzione alla soddisfazione dei cittadini	15,7	6,9	8,0	7,7	9,7
La scarsa qualità professionale degli operatori	10,8	6,9	7,5	10,7	9,3
Gli spostamenti da una zona all'altra dei malati per farsi curare	5,2	3,7	6,5	10,7	7,0
Danni alla salute determinati dall'inquinamento	4,5	7,9	4,5	5,0	5,3
La mancanza di informazioni adeguate per scegliere i servizi	4,1	2,1	4,5	4,1	3,8
Altro	3,0	0,5	0,0	0,0	0,9

Tab. 4. Problemi più gravi della sanità pubblica italiana, per ripartizione territoriale (val. %).

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.
Fonte: indagine FBM-Censis, 2002.

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
L'assistenza domiciliare ai malati cronici	25,9	39,0	19,9	28,0	27,9
Il collegamento tra Ospedali e Centri di alta specialità	34,6	33,2	25,4	20,8	27,8
L'assistenza domiciliare invece del ricovero ospedaliero, quando possibile	20,5	23,0	26,9	34,5	27,1
Il potenziamento della medicina dell'urgenza, dell'emergenza	27,4	28,3	33,3	22,0	27,0
La trasformazione dei piccoli Ospedali di zona in Centri per la prima diagnosi, la riabilitazione, la convalescenza, la prevenzione	21,7	17,6	23,4	22,3	21,5
La costruzione di nuovi Ospedali	13,3	15,0	7,0	28,0	17,3
Le mutue integrative per le prestazioni non coperte dal SSN	8,4	16,0	15,9	5,4	10,3
Le cure palliative per i malati terminali, perché non soffrano e muoiano dignitosamente	8,0	5,3	12,4	6,8	8,0
La telemedicina e teleassistenza	2,3	2,1	2,5	5,1	3,2
Altro	2,3		3,5	1,5	1,8

Tab. 5. Le proposte più importanti per una riforma della sanità pubblica, per ripartizione territoriale (val. %).

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.
Fonte: indagine FBM-Censis, 2002.

Servizi	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Italia
Medicina di base	72,9	75,1	64,7	80,3	74,5
Assistenza farmaceutica	69,1	81,1	64,7	72,0	71,5
Medicina specialistica	59,1	58,4	59,9	52,8	56,8
Pronto soccorso	61,8	57,3	50,8	54,4	56,3
Ricovero ordinario	57,7	61,1	47,6	47,5	52,7
Day hospital	52,3	67,0	42,8	48,9	52,1
Servizi domiciliari	45,0	44,9	41,1	30,0	38,8
Tutela degli alimenti	43,9	50,2	33,7	27,8	37,3
Servizi territoriali	51,5	41,1	18,7	18,1	31,3
Totale servizi	57,0	59,6	47,1	48,0	52,4

Tab. 6. Cittadini che valutano come adeguati i servizi sanitari, per area geografica (val. %).

Fonte: indagine FBM-Censis, 2003.

tra i laureati (65,8%) e tra i più giovani (69,5%), tra i residenti al Nord-Ovest (55,1%) ed al Nord-Est (54,9%).

Una successiva indagine del Forum per la ricerca biomedica mostra la netta distinzione che sussiste nelle opinioni degli italiani tra i giudizi sulla medicina ospedaliera e ambulatoriale tradizionale da una lato e sulla medicina del territorio dall'altro⁴.

Dai dati si rileva che se per il 52,4% degli italiani i servizi e le strutture sanitarie risultano genericamente adeguate, percentuali molto elevate di adeguatezza emergono per la medicina di base (il 74,5%) e per l'assistenza farmaceutica (il 71,5%) (Tab. 6).

Meno alte, ma comunque superiori al 50%, risultano le quote di intervistati che giudicano adeguati i servizi di medicina specialistica (56,8%), di Pronto soccorso (56,3%), di ricovero ordinario (52,7%) e di day hospital (52,1%). Valutati in maniera meno positiva, risultano invece i servizi domiciliari (38,8%), i servizi di tutela degli alimenti (con il 37,3%) ed i servizi territoriali (31,3%). La distribuzione dei dati per ripartizione geografica non mostra una linearità netta, anche se conferma il

peso maggiore, con qualche eccezione, delle valutazioni di adeguatezza espresse dal Nord e la interscambiabilità nel grado di minor soddisfazione tra Centro e Sud.

I dati ufficiali confermano, d'altra parte, le differenze territoriali ed anche le lacune su alcuni fronti, come quello della prevenzione e quello della soddisfazione degli utenti, come emerge da una elaborazione per indici sintetici, realizzata a partire da dati Istat (Tab. 7).

Nonostante, quindi, la spontanea propensione a sostenere una sanità integrata, che emerge dalle opinioni e dagli atteggiamenti degli italiani citati sopra, la realtà squilibrata in termini di risorse e di qualità tra sanità tradizionale (Ospedale, centri diagnostici, ecc.) e sanità del territorio, che pure i cittadini devono costantemente constatare, determina distorsioni evidenti nei giudizi e di conseguenza nelle propensioni individuali all'accesso ai servizi, che determinano a loro volta ulteriori costi e sprechi, sia per le strutture che per gli utenti stessi, e sia dal punto di vista economico che da quello strategico, sociale e politico.

Secondo il Monitor Biomedico 2004⁵ il 28,7 % degli intervistati attribuisce gli accessi impropri alla struttura ospedaliera alla "sicurezza" riposta nella stessa. E secondo l'Osservatorio della terza età i ricoveri impropri incidono sulla spesa sanitaria per più di 5 milioni di euro all'anno.

La sicurezza ricercata nell'Ospedale deriva da quattro punti essenziali, per il rapporto tra italiani e Ospedale:

- la funzione di *rassicurazione* dell'Ospedale: avere un luogo fisico facilmente raggiungibile, dotato della potenza tecnologica e professionale adeguata, è considerato un fattore di tranquillità, che incide, nei fatti, anche sulla qualità della vita;
- il rifiuto da parte dei cittadini di uno *scambio*, percepito come ineguale, tra contrazione dell'attuale rete ospedaliera e futuro sviluppo di servizi alternativi sul territorio, come l'assistenza domiciliare integrata;
- la valutazione complessivamente *positiva* del rapporto con l'Ospedale, con particolare riguardo alla professionalità di medici e infermieri, all'esito delle

cure ricevute e alla dotazione tecnologica;

- la prevalenza tra i cittadini di una *cultura bipolare* del sistema salute, fondata sulla adozione di stili di vita salutari, da un lato, e sulle cure ospedaliere come risposta insostituibile per gran parte delle patologie dall'altro.

Il dato fondamentale è che l'Ospedale agli occhi degli italiani è il perno del sistema di cure perché, nei fatti, non ha alternative credibili e di fronte all'ipotesi "meno Ospedale più servizi sanitari sul territorio, dalla riabilitazione all'assistenza domiciliare, alla lungodegenza", i cittadini diventano diffidenti, preoccupati e si arroccano in difesa dell'esistente, magari perfettibile, ma da salvaguardare.

Accanto a ciò, i cittadini ritengono che occorra ridurre la pressione della domanda sanitaria puntando sulla *prevenzione*. Gli incrementi di spesa sanitaria, secondo il 48,3% degli intervistati, devono essere destinati alla prevenzione, mentre il 31,1% vuole più soldi per gli Ospedali e solo il 18% per i servizi sociosanitari (Tab. 8).

È chiaro perciò che esiste un *gap* nella cultura sanitaria

⁴ Monitor Biomedico 2003, FBM-Censis.

⁵ Monitor Biomedico 2004, Fbm-Censis.

Regioni	Indice di:						
	Stato di salute (1)	Assenza di cronicità (2)	Offerta per disabilità e cronicità (3)	Prevenzione (4)	Modernizzazione (5)	Attrazione (6)	Soddisfazione e buona risposta alla domanda (7)
Piemonte	96	99	118	128	117	134	116
Valle d'Aosta	92	103	62	139	140	126	131
Lombardia	100	101	128	119	95	121	118
Bolzano	106	106	68	92	117	131	147
Trento	108	105	149	112	62	96	161
Veneto	101	101	158	114	102	143	117
Friuli-Venezia Giulia	94	97	93	150	86	118	131
Liguria	95	96	93	85	73	132	110
Emilia-Romagna	96	96	156	104	92	114	120
Toscana	99	99	146	77	121	129	124
Umbria	102	99	103	83	111	110	89
Marche	100	99	68	72	142	95	107
Lazio	99	100	58	99	100	157	82
Abruzzo	102	99	108	57	113	105	84
Molise	103	101	67	57	168	130	83
Campania	107	104	59	110	101	57	82
Puglia	103	102	57	80	84	72	68
Basilicata	99	97	107	56	89	59	56
Calabria	97	96	61	58	100	56	66
Sicilia	100	99	68	85	89	51	74
Sardegna	101	98	51	96	109	104	79
ITALIA	100	100	100	100	100	100	100

Tab. 7. Indici regionali di performance, Anno 2002.

(*) Gli indici sono costruiti come medie standardizzate degli indicatori semplici che li definiscono; attraverso una combinazione lineare viene attribuito all'Italia il valore 100 e valori proporzionalmente decrescenti o crescenti alle Regioni.

(1) Forniscono una valutazione buona del proprio stato di salute.

(2) Con almeno una malattia cronica e non in buono stato di salute.

(3) Strutture per disabili e spesa assistenziale.

(4) Mortalità evitabile per prevenzione primaria e diagnosi precoce.

(5) Ecotomografi, tac e risonanze magnetiche, centri unificati prenotazione, unità mobile di rianimazione, servizio trasporto dialisi.

(6) Mobilità inter-regionale, degenza media per case mix.

(7) Comodità orari, durata liste di attesa, soddisfazione per i servizi ospedalieri, ricorso al Tribunale dei malati.

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, Prometeo, Ministero della salute.

degli italiani, poiché mentre risulta molto evoluto l'approccio all'impatto degli stili di vita e ben radicata la necessità della prevenzione, la cultura dei servizi è ancora arroccata sulla centralità dell'Ospedale come luogo d'eccellenza, e la prevalenza di patologie cronic-degenerative ad alto e prolungato impatto sociosanitario non ha ancora scalfito la gerarchia mentale e operativa degli italiani: *curare è soprattutto un fatto da Ospedale*, e i servizi sul territorio non possono sostituirsi ad esso.

Come corollario a ciò, dalle ricerche emerge che, specie in alcuni contesti territoriali, il

consumo dei farmaci è spinto verso l'alto dalle carenze dei servizi sanitari e dal fatto che esso costituisce la prima e più facile risposta all'insorgere dei sintomi di malattia, che lo porta ad operare, nei fatti, come un vero e proprio *ammortizzatore sanitario*. Il rapporto biunivoco tra classe d'età e consumo farmaceutico non è infatti un dogma, ma qualcosa che viene influenzato da una serie complessa ed articolata di fattori, e l'associazione tra invecchiamento ed alta propensione al consumo di medicinali si articola in modo diversificato tra le varie Regioni, manifestando in alcuni casi dinamiche in con-

trotendenza.

Un caso esemplare, in tal senso, è rappresentato dal Friuli-Venezia Giulia, regione che presenta un consumo farmaceutico ben inferiore al dato medio nazionale (-6% nel 2002 e -5% nel 2003-2004), pur avendo un indice di vecchiaia molto elevato per tutto il triennio considerato (186,6 nel 2002, 186,0 nel 2003, 185,3 nel 2004) e pur prevedendo forme di *ticket* o compartecipazione alla spesa tra le più basse in Italia per lo stesso periodo temporale.

Altre realtà con indici di vecchiaia elevati sono Toscana, Emilia-Romagna e Umbria, che presentano consumi

prossimi al dato medio nazionale, pur prevedendo, anch'esse, un livello impositivo di compartecipazioni assai inferiore rispetto alle altre Regioni.

Per converso, la Campania, Regione "giovane" per eccellenza e che presenta gli indici di vecchiaia più bassi in assoluto (77,2 nel 2002, 79,8 nel 2003, 81,9 nel 2004), spicca per i suoi alti livelli di consumo farmaceutico (+9% nel 2002, +10% nel 2003, +11% nel 2004), alla luce di un livello di *ticket* molto basso per tutti e tre gli anni considerati. Ancora più specifico è il caso della Sicilia, che pur avendo bassi indici di vecchiaia (99,1

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Spendere di più per la prevenzione	42,7	52,6	54,6	46,9	48,3
Spendere di più per gli Ospedali	36,9	29,8	23,0	31,7	31,1
Spendere di più per i servizi sociosanitari territoriali (medicina di base, ambulatori, assistenza domiciliare integrata, ecc.)	17,7	14,4	20,2	19,0	18,0
Non so	2,7	3,2	2,2	2,4	2,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 8. Modalità preferita per l'impiego dei soldi pubblici per la sanità, per ripartizione territoriale (val. %).

Fonte: indagine FBM-Censis, 2004.

Su 10 persone che vanno dal medico quante ci vanno:	Licenza elementare	Licenza media	Diploma scuola media superiore	Laurea	Totale
Per malattie molto gravi	3,1	2,8	2,6	2,4	2,7
Per malattie di una certa gravità ma curabili	2,9	2,9	3,0	2,6	3,0
Per malattie poco gravi ma fastidiose	2,4	2,6	2,5	2,7	2,5
Per malesseri derivanti da "piccole paure e insicurezze" o sensazione di disagio	1,6	1,7	1,9	2,3	1,8
Totale	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0

Tab. 9. Opinioni sul ricorso al medico per tipo di patologia, per titolo di studio degli intervistati (valori medi).

Fonte: indagine Censis, 1999.

nel 2002, 102,1 nel 2003, 104,5 nel 2004) e alti livelli di *ticket* procapite, presenta scostamenti nei consumi farmaceutici abbondantemente al di sopra della media nazionale. Articolazione diversa, ma altrettanto esemplificativa, presenta il Lazio, che manifesta consumi farmaceutici molto consistenti, pur in presenza di indici di vecchiaia e livelli di *ticket* pressoché in linea con il dato medio italiano, diversamente dalla Puglia, Regione molto "giovane", con livelli però mediamente elevati di *ticket* e consumi prossimi alla media italiana.

Infine la Liguria, la Regione più "vecchia" del Paese, e con il rapporto tra ultrasessantacinquenni e minori di 14 anni più elevato in assoluto, unitamente alla presenza di alti carichi di compartecipazione alla spesa farmaceutica, si colloca ad un livello di consumo procapite poco al di sotto dell'andamento nazionale.

Appare quindi quantomai opportuno considerare tra i fattori indiretti che incidono sui livelli di consumo e sulla spesa farmaceutica, il contesto

di offerta dei servizi, e la relazione inversa che sussiste tra adeguatezza dell'offerta di strutture e servizi sanitari e dinamica di consumi e spesa farmaceutica, che fa sì che il farmaco finisca per esercitare, in contesti con offerta inadeguata, la funzione di ammortizzatore sanitario che dicevamo, vale a dire di punto di caduta di quote di domanda sanitaria che potrebbero rivolgersi ad altri segmenti di offerta.

È evidente di nuovo, quindi, che l'evoluzione del sistema sanitario con un diverso "peso specifico" dei servizi sul territorio ed una loro razionalizzazione in termini di tipologia di prestazioni garantite e in funzione della continuità assistenziale, potrebbe ridefinire la stessa articolazione della domanda, dei consumi e della spesa.

Ciò risulta chiaro anche alla luce dei *nuovi contenuti ed obiettivi* della assistenza sanitaria a partire dalla domanda e dai comportamenti degli utenti. Su 100 italiani che si rivolgono alla sanità, 27 lo fanno per malattie molto gravi, 30 per malattie serie ma

curabili, 25 per malattie leggere e 18 per malesseri ed insicurezze (Tab. 9). Gli italiani concepiscono la *assistenza sanitaria come integrata tra "nucleo hard"* della medicina ufficiale e tecnologica e area del *benessere allargato*. Tra medici-scienziati, medici-ingegneri, medici-psicologici, medici-amministratori, medici-imprenditori, gli italiani preferiscono un medico che abbia ottime capacità professionali ed esperienza (58%), capacità di rapporto umano con il paziente (35%), amore per la professione (30%), attenzione per la prevenzione (15%), reperibilità (15%), impegno nell'aggiornamento (11%). Ma vogliono anche (71%) che la ricerca scientifica e farmacologica costituisca una priorità importante per gli investimenti pubblici.

Il campo della salute è, dunque, sia per i pazienti che per gli operatori, un campo più largo e ricco di quello definito dai confini tradizionali, un campo nel quale la molecolarizzazione dei vissuti configura una domanda articolata in forme diverse l'una dall'altra e date da *mix* differenti di

integrazione tra fattori organici e psichici, clinici e sociali, individuali ed ambientali, quantitativi e qualitativi.

A fronte di ciò sta una situazione di *scarsa integrazione* dell'offerta e dei relativi modelli. Nonostante si parli da molto tempo di integrazione, permangono una burocrazia settoriale, un sistema a canne d'organo, appartenenze esclusive (il mio personale, il mio ambulatorio, la mia attrezzatura), specializzazione della formazione, "sanitarizzazione" dei bisogni sociali. Né si lavora seriamente all'ampliamento della dimensione socio-relazionale dell'assistenza, lasciando in sostanza il sistema in un limbo di indeterminazione e di settorialismi di stampo tradizionale (salve ovviamente le eccezioni), falsamente integrato o integrato solo grazie al lavoro di ricostruzione dello stesso paziente svolto con le proprie forze e con i propri mezzi (paziente come "fattorino della salute").

Una simile riflessione si colloca peraltro in un momento particolarmente delicato per la sanità italiana, nel quale

importanti snodi e processi di trasformazione si accavallano:

- dal trasferimento delle competenze dal centro alle Regioni;
- al ripensamento del significato del diritto costituzionale alla salute e della relative funzioni di garanzia (dai Lea alle valutazioni di esito);
- alla impostazione di verifiche e di confronti sull'attività regionale e locale;
- alla urgenza della individuazione di modalità adeguate di controllo della spesa e di reperimento di risorse aggiuntive;
- a quella dello sviluppo della ricerca biomedica.

E tutto ciò in una fase nella quale le aspettative rispetto al riposizionamento del settore, nell'ambito delle politiche pubbliche per il benessere e lo sviluppo, sono elevate. Basti pensare al fatto che gli elettori indicano la sanità ai primi posti tra i settori in cui si rende opportuna una riforma radicale e urgente e vorrebbero vedere maggiore innovazione e maggiori investimenti nelle politiche sociali. A ciò va aggiunto che la ventata di soddisfazione, determinata dai risultati diffusi nel 2000 dall'Organizzazione mondiale della sanità sulle performance dei diversi sistemi sanitari, che collocava l'Italia al secondo posto dopo la Francia, si è rapidamente esaurita. Anche con l'aiuto delle analisi del Censis, è infatti stato possibile evidenziare che, tra gli indicatori utilizzati dall'OMS in quel lavoro, grande peso avevano quelli relativi allo stato di salute ed alla spesa sanitaria,

buono il primo e bassa la seconda nel nostro Paese, ma per motivi non strettamente collegati alla qualità delle politiche e dei servizi. E che, se si guarda piuttosto alla capacità del sistema di rispondere alle esigenze dei cittadini, le performance italiane sono assai meno lusinghiere (22° posto per l'indicatore di "risposta ai bisogni") (Tab. 10). È d'altra parte quanto emerge dalla diretta esperienza di liste di attesa e spesa *out of pocket*.

In realtà è dal lontano 1978, con la Conferenza di Alma Ata in Kazakistan, che l'Organizzazione mondiale della sanità ha lanciato la sua campagna internazionale per l'assistenza sanitaria primaria, da sviluppare non solo nei Paesi in via di sviluppo, ma anche in quelli sviluppati, e centrata sul lavoro di comunità, sull'educazione sanitaria ed alimentare, sull'igiene pubblica, sull'assistenza materna ed infantile, sulla prevenzione, sulla continuità assistenziale e soprattutto sulla collaborazione con gli altri settori della vita nazionale e sul lavoro di squadra centrato sull'infermiere di famiglia, sul volontariato e sulla responsabilizzazione personale (*integrated care e managed care*).

Gli studi integrati sul sociale hanno sottolineato l'incoerenza di un sistema che da un lato inquina e dall'altro vorrebbe disinquinare; che provoca l'aumento di determinate malattie e fa crescere la spesa per la sanità; che causa, con poco attente politiche economiche, l'emarginazione e pretende di superarla con la previdenza e l'assistenza sociale (Tav. 1). Obiettivo prioritario dovrebbe essere allora quello di ritrovare coerenza, agendo in tutti i comparti (energia, agricoltura, occupazione, economia, educazione, politiche sociali, politiche sanitarie) ed evitando di scaricare sul solo *welfare* tutte le disfunzioni ed i *diswelfare* che si generano negli altri comparti.

L'Italia ha a tale proposito ben più da recuperare di altri Paesi, in quanto alla fine del ciclo della "grande crescita", negli anni 70, si è trovata a convivere con un modello di *welfare* e di sanità fortemente protettivo, per metà universalistico (sanità, scuola ed assistenza sociale di base) e per metà categoriale (previdenza ed assistenza sociale integrativa), in cui l'impronta di forte tutela pubblica e di garanzia statalista intrecciava e rimescolava al proprio interno le tre anime storiche

della protezione sociale italiana: la beneficenza cattolica, con i suoi Ospedali fondati nel corso dei secoli da congregazioni religiose, e con le sue opere assistenziali; la mutualità operaia, sviluppata a seguito della industrializzazione, attraverso casse e mutue di previdenza ed assistenza per i lavoratori e le loro famiglie; le assicurazioni pubbliche e le mutue sanitarie, nate nel novecento, per la tutela statale dei principali bisogni e delle diverse categorie di lavoratori e cittadini. Un ruolo fondamentale nella creazione del reticolo di garanzie hanno avuto i grandi soggetti di rappresentanza e tutela degli interessi, dai sindacati ai partiti, agli enti previdenziali ed assistenziali pubblici e privati, alle mutue sanitarie, ai Ministeri e, dopo il 1978, al Servizio sanitario nazionale e ai Comuni per la assistenza di base. Per la loro natura questi enti hanno privilegiato le forme di copertura monetaria (come le pensioni e gli assegni per i poveri) ed istituzionale (come gli Ospedali, gli ambulatori e le scuole). Mentre poco spazio hanno avuto, ed ancora oggi hanno, nel sistema di protezione sociale ufficiale, gli interventi a sostegno della fa-

Rendimento globale*		Livello di risposta**	
1	Francia	1	Usa
2	Italia	2	Svizzera
3	San Marino	3	Lussemburgo
4	Andorra	4	Danimarca
5	Malta	5	Germania
6	Singapore	6	Giappone
7	Spagna	7	Norvegia
8	Oman	8	Canada
9	Austria	9	Olanda
10	Giappone	10	Svezia
11	Norvegia	11	Cipro
12	Portogallo	12	Australia
13	Monaco	12	Austria
37	Usa	22	Italia

Tab. 10. Rendimento e risposte dei sistemi: le valutazioni dell'Oms.

(*) Riunisce l'insieme degli indicatori utilizzati dall'Oms.
 (**) Indice rivolto a sondare la capacità del sistema di rispondere alle aspettative dei cittadini secondo:
 a) il rispetto delle persone;
 b) l'orientamento al paziente.
 Fonte: Organizzazione mondiale della sanità (Oms) 2000.

Energia	Agricoltura	Occupazione	Economia	Educazione	Politiche sociali	Politiche sanitarie
- automobili più lente, meno inquinanti e maggiori limiti di velocità	- diete più leggere (meno carni e grassi, più vegetali e frutta)	- pieno impiego, con enfasi sui fattori sociali piuttosto che sui criteri di produttività economica	- mezzi di produzione e consumo su piccola scala, a livello locale	- insegnare che il nostro stato di salute dipende da un corretto stile di vita, mostrando come realizzare una vita sana e come questo può contribuire al benessere personale e della comunità	- incoraggiare le comunità locali, lo scambio e la <i>self-reliance</i> , creando strutture produttive a livello locale	- <i>focus</i> sulla prevenzione, anziché sulla cura
- enfasi sui trasporti pubblici	- riduzione dei raccolti di tabacco e piante per la produzione di alcolici e sostituzione con piante più benefiche per la salute	- enfasi su tipi di lavoro significativi, rilevanti e soddisfacenti per chi li svolge	- incoraggiare la <i>self-reliance</i> locale, allo scopo di rafforzare i vincoli comunitari	- facilitare reti sociali di sostegno, per soddisfare i bisogni dei membri della comunità	- promuovere lo scambio tra le generazioni	- insegnamento dei rudimenti di cura personale a tutti
- minori fonti di energia basate su carbone e petrolio, maggiori controlli dell'inquinamento (spec. ossidi di nitrogeno e zolfo)	- pratiche agricole ecologiche (rotazione delle colture)	- luoghi di lavoro più salubri	- minimizzare il consumo come obiettivo, costruendo una economia basata su prodotti durevoli, suscettibili di riparazione che sono a maggiore intensità di lavoro	- promuovere il senso di responsabilità, autostima e competenza in tutti i membri della comunità	- promuovere lo scambio tra le generazioni	- sviluppo di programmi di cura a domicilio
- ricorso a risorse energetiche più benevole verso l'ambiente e a maggiore intensità di occupazione	- produzione di cibo a livello locale, con minori esigenze di trasporto, conservazione e lavorazione dei prodotti		- proteggere la biosfera, il suolo e l'acqua dall'inquinamento			- diminuzione del ruolo dei medici e accrescimento di quello dei paramedici e delle nuove professioni (come aiuti sanitari a livello di comunità)
			- diminuire le disparità tra ricchi e poveri, migliorando lo status economico dei poveri			- sviluppo di centri sanitari a livello di comunità locali

Tav. 1. Aree di intervento secondo una concezione integrata del welfare.

Fonte: Hancoch Trevor (1982), *Beyond Health Care, "The Futurist"* (agosto).

miglia, quelli per l'occupazione, le forme di assistenza decentrata territoriale e domiciliare e gli interventi per le nuove povertà ed i nuovi bisogni, dalla droga, alla solitudine degli anziani, ai disagi psichici, ai maltrattamenti dell'infanzia, agli immigrati extracomunitari. Per tutti questi bisogni un ruolo fondamentale è stato giocato dal *terzo settore* e dalle associazioni di volontariato, che hanno supplito alle carenze di un sistema generoso, ma molto istituzionalizzato e centralistico.

Un *terzo settore* anch'esso espressione di una antica concezione caritativa e filantropica assunto a terzo settore come mezzo di contenimento dei fenomeni di esclusione

e di lenimento degli effetti più feroci del capitalismo e a moderna via per affermare una nuova economia sociale.

E mentre dal 2° dopoguerra le organizzazioni di *terzo settore* dei Paesi europei hanno svolto soprattutto un ruolo di *advocacy* e quelle degli Stati Uniti un ruolo redistributivo, a partire degli anni '80 tutte hanno rafforzato soprattutto il ruolo di produttori stabili di servizi.

Anche grazie a questo ruolo, il passaggio che il Paese sta vivendo in questa fase, può essere definito come passaggio "dalla protezione pubblica al mercato sociale". Mentre rimane ferma, cioè, la centralità della funzione di sostegno alla coesione sociale ed

alla identità collettiva da parte delle politiche di *welfare*, cambiano le ipotesi ed i modi attraverso cui tale funzione viene identificata e progettata. E da una funzione prevalentemente centralizzata e statalista si tende a passare ad una funzione decentrata e mixata tra pubblico e privato e tra sociale e sanitario, spostando l'asse su un reticolo di iniziative e servizi decentrati e tarati su bisogni in continua modificazione.

Ciò significa puntare su un *welfare incrementale*. Gli italiani di oggi sono essi stessi i primi a pretendere una protezione dinamica e non statica, che consideri non solo gli aspetti riparativi, di ristabilimento di una situazione di equilibrio perduto, ma anche

gli aspetti promozionali, di accrescimento del benessere, sia che si tratti di salute, che di ricchezza, che di opportunità culturali o lavorative.

Ma significa anche puntare su *responsabilità* ed *autodeterminazione*. In qualche caso si hanno comportamenti di vera e propria *non compliance* e ribellione nei confronti del potere esercitato dai rappresentanti ufficiali del sistema di protezione. In qualche altro caso si hanno lodevoli esempi di iniziative nate dal basso, prevalentemente a livello locale, che danno vita a processi di miglioramento del benessere collettivo, come le iniziative locali a favore della tutela ambientale o del verde pubblico, o quelle di animazione culturale.

La *devolution* ha attivato, o in qualche caso accelerato, alcuni processi di responsabilizzazione, dando vita ad una nuova stagione di sviluppo di modelli e processi, anche se non si può non ricordare il rischio di neocentralismo burocratico in capo alle Regioni, a seguito della devoluzione. Il trasferimento pieno delle responsabilità normative e di controllo dei servizi sanitari dal Ministero della sanità, e poi della salute, alle Regioni ha infatti provocato una spinta alla centralizzazione di numerose funzioni a livello degli Assessorati regionali alla sanità. Contemporaneamente, la crescita del peso delle responsabilità di bilancio e di amministrazione, sempre in capo agli Assessorati, ha prodotto in molti casi un irrigidimento delle funzioni regionali sul livello tecnico-amministrativo, con contemporanea perdita di terreno su aspetti più squisitamente politici e di contenuto, una sorta di nuovo "economicismo".

La conflittualità tra centro e Regioni e tra Regioni e Aziende sanitarie e ospedaliere è in molti casi cresciuta, e contemporaneamente si è verifi-

cato uno slittamento delle funzioni verso diversi e spesso più articolati soggetti di riferimento, dalle Agenzie regionali, alla Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali, agli Osservatori epidemiologici, alle Università, ai Centri di ricerca, all'Istituto superiore di sanità, con un effetto di pluralizzazione funzionale.

Guardando al sistema nel suo complesso, d'altra parte, dalla analisi emerge come gli anni più recenti abbiano visto un significativo trasferimento dell'impegno istituzionale in sanità dagli obiettivi più tipicamente aziendalistici, propri della prima parte degli anni 90, ad obiettivi più strettamente e direttamente legati alla pratica clinica ed al suo governo.

Con il termine *clinical governance*, entrato ormai nell'uso per indicare l'obiettivo principe della gestione sanitaria e di conseguenza anche il principale punto di condensazione delle azioni valutative, si intende proprio "il complesso dei mezzi attraverso i quali il sistema sanitario assicura la disponibilità di cure cliniche di qualità, rendendo gli operatori responsabili dello stabilire, mantenere e monitora-

re standard di rendimento"⁶.

In giorni nei quali le sorti della riforma della sanità sembrano risiedere nelle scelte di bilancio e di cassa, appare opportuno quindi ricordare come il processo di trasformazione in corso abbia origini ben più complesse e discenda logicamente e temporalmente da una lunga stagione di analisi e proposte.

Il rischio evidente è che le contraddizioni di fondo non vengano portate completamente a galla e non ci sia il tempo e la forza politica di elaborare un nuovo modello di intervento, sulla base di un processo di concertazione e di riforma partecipata.

In sostanza, il dibattito attuale rischia di configurarsi come un dibattito centrato ancora prevalentemente sugli aggiustamenti progressivi piuttosto che sulla revisione sostanziale del modello, e sul sistema quale esso è oggi con i suoi diritti acquisiti e le sue procedure standardizzate piuttosto che sulle necessarie innovazioni e sulle soggettualità e gli istituti nuovi.

In particolare occorre che:

- le *parti sociali* abbraccino un'ottica di responsabilità concertative decentrate, di

poliarchia, di ridefinizione continuata dei modi della rappresentanza, di attenzione alle nuove forme di bisogno ed ai soggetti tradizionalmente non rappresentati;

- gli *individui e le famiglie*, le imprese elaborino una cultura del rischio e della sussidiarietà sociale di tipo attivo e promozionale, abbandonando la "cultura del *welfare dovuto*", il garantismo ed il corporativismo;
- lo *Stato* si predisponga a sgonfiarsi nel livello gestionale, a cedere il passo ad altri soggetti, e ad assumere un ruolo di coordinamento più forte in un assetto di servizi e di prestazioni articolato e pluralistico, dove il centralismo lasci il posto alla distinzione di ruoli e funzioni tra soggetti;
- si lavori seriamente a progetti di *welfare locale* e territoriale autogestiti dal basso, contro le logiche rigidamente piramidali e contro i conflitti interistituzionali, a forte impegno di rappresentanza, partecipazione e sussidiarietà e con *empowerment* di tutti i soggetti validi e attivi.

⁶ *Le parole della nuova sanità, Dizionario per gli operatori del sistema sanitario*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2002.

Livia Turco
Responsabile *welfare* DS,
Ministro della salute

Il paradigma della sostenibilità

Quando si dice che in sanità "si spende troppo" o "troppo poco" o quando si fanno i confronti con l'Europa dicendo, a proposito di PIL, che siamo "sotto" o "sopra" rispetto ai suoi valori medi, pensiamo di riferirci alle caratteristiche della spesa, cioè ai suoi attributi, in realtà, non dobbiamo mai dimenticare che la quantificazione della spesa sanitaria è sempre una funzione delle politiche economiche di un Paese. Noi riteniamo che le politiche pubbliche di *welfare* devono avere un grande ruolo nelle politiche economiche di un Paese. Noi siamo convinti, così come la Confindustria, che la sanità pubblica rappresenta una formidabile "volano per lo sviluppo".

Quello che noi proponiamo è, in pratica, di rimettere al centro dell'elaborazione politica, il rapporto bisogni/risorse, etica/economia, sviluppo economico/sviluppo sociale, ricchezza/salute, domanda/offerta, valori d'uso/valori di scambio, e lavorare sulle loro relazioni, non sulle loro contrapposizioni. Questo è il nuovo paradigma. Il paradigma della sostenibilità.

Ciò non vuol dire che non siamo attenti alle politiche del risparmio, della buona gestione aziendale, della lotta

agli sprechi e alle improprietà. Diciamo che non bastano, che bisogna mettere in campo politiche di vera e propria costruzione della salute e del benessere sociale non per ridurre i costi del sistema pubblico, ma per evitare, da un lato, che la loro crescita diventi antieconomica e, dall'altro, per innescare sinergie di ripresa dello sviluppo e di stabilità dell'economia.

Questa idea di sostenibilità e sviluppo è stata la matrice di tutta la legislazione sociosanitaria che abbiamo messo in campo negli anni di governo (1996/2001): dalla riforma dell'assistenza per un nuovo sistema sociale (legge 328/2000) alla riforma Ter in campo sanitario, la riforma Bindi, i cui principi ispiratori risiedevano nella riforma del '78. Riforma che il programma dell'Unione conferma nella loro validità.

Le riforme del *welfare* vanno concepite *in progress*, in modo modulare, prevedendo periodici aggiornamenti delle politiche attuative e, nello stesso tempo, prevedendo un'evoluzione sia degli apparati concettuali che degli strumenti disponibili.

Dunque, la nostra proposta politica ruota intorno a due grandi idee-chiave: l'integrazione e la sostenibilità.

... *Dalle politiche di compatibilità alla produzione di salute con il coinvolgimento di tutte le parti interessate. Il ruolo della "Medicina del territorio"*

Sono nozioni paradigmatiche nel senso che condensano grappoli di politiche, di concezioni, di visioni del mondo, di modo di essere delle istituzioni, di ricerca continua di metodologie e strumenti.

Per questa ragione la prima cosa da fare è metterle al riparo dalle semplificazioni e dalle banalizzazioni.

L'integrazione non è un fine come a volte in passato si è pensato, ma un modo per raggiungere un obiettivo di globalità, di complessità, di ricomposizione e di riunificazione del diritto e del bisogno. Insomma, integrazione è mettere davvero al centro della politica sociale e sanitaria la globalità della persona e le sue capacità perché il cittadino da "utente" diventi "agente" della sua salute e del suo benessere.

È un'idea che è alla base di tutta la legislazione sociosanitaria degli anni passati e delle principali leggi di riforma che abbiamo varato. In particolare della legge sulla

dignità sociale, la 328/2000. È un'idea che pure è stata praticata – penso al governo delle Regioni – ma che resta ancora ampiamente inapplicata sia in campo sociale che in campo sanitario. Nel mancato sviluppo sia della rete integrata dei servizi, sia dell'integrazione sociosanitaria hanno pesato molto i tagli delle risorse e "l'abbandono" delle politiche sociali e sanitarie attuate dal governo di centro destra e la riproposizione della politica sociale come intervento solo sulle emergenze e della persona, come semplice acquirente di pacchetti di prestazioni sociali e sanitarie.

Ma questo non spiega tutte le difficoltà. È prevalsa talvolta l'idea che l'integrazione si ottiene solo modificando l'architettura istituzionale anziché costruire una cultura operativa che punti sull'autonomia capacità di cura del soggetto.

Bisogna liberare i servizi tradizionali, sociali e sanitari,

dal "paziente" e dall'assistito come "oggetto" di intervento. Questa è la fonte prima della inefficacia e dello spreco nella sanità e nel sociale. Se si rovescia il paradigma di cura, se si riattivano le energie delle persone assistite e le relazioni sociali attorno a loro, molti interventi inutili vengono risparmiati e complessivamente domanda ed offerta riescono a dialogare in modo molto produttivo. Perché ciò che è cruciale oggi è superare la sfasatura tra domande e risposte ed evitare di rispondere ai nuovi bisogni inventando nuove risposte specialistiche mirate alle singole domande. Insomma, vi è un recupero di efficacia e di efficienza che passa dalla trasformazione della persona da "paziente" ad "agente" del proprio benessere.

Valutando sia le esperienze che le difficoltà ci sentiamo di indicare almeno tre condizioni importanti per l'integrazione: le condizioni istituzionali, quelle finanziarie e quelle professionali e di servizio.

Se il fine dell'integrazione è rimettere insieme le parti che concorrono al soddisfacimento dei bisogni, il suo fine è riformare, ribadisco riformare, una divisione del lavoro istituzionale, una divisione dei fondi di finanziamento e una divisione dei compiti di servizio.

Ma come?

La strada secondo noi è individuare un luogo elettivo dell'integrazione, finanziarlo a più mani, per consentire una reale autonomia operativa riorganizzando e ripensando le pratiche dei servizi.

Questo luogo elettivo non può che essere il territorio, non quello frainteso nel passato, cioè una specie di stiva in cui esiste un bacino d'utenza e dei servizi di base, ma un "campo operativo" nel quale esistono entro un certo spazio, situazioni sociali, caratteristiche culturali, profili di reddito, istituzioni, volontariato e terzo settore. Vale a dire una comunità.

Il territorio non è banalmente una località, definita da un certo numero di abitanti, ma è prima di tutto una comunità di persone con le quali le istituzioni pubbliche se vogliono essere davvero federaliste devono codecidere le politiche e non offrire dall'alto l'assistenza.

A questo proposito vorrei limitarmi a sottolineare due questioni politiche.

Se il territorio è una comunità, esso è il luogo elettivo della cittadinanza. Quindi la prima integrazione da fare è politica e riguarda i rapporti tra istituzioni pubbliche e comunità. Voglio rammentare che uno dei requisiti più importanti della cittadinanza è la partecipazione della comunità alle scelte che la riguardano. Non sto pensando alle solite formulazioni sulla partecipazione che, dobbiamo ammettere, non sono state così convincenti, ma a riconoscere alla comunità di un territorio una vera sovranità con la quale istituzioni e servizi devono accordarsi.

La seconda cosa è che l'integrazione socio sanitaria in un territorio inteso come un campo operativo, non va usata solo per assistere ma va usata anche per costruire cer-

te condizioni territoriali. Cioè per cambiare e rendere più vivibile un territorio ed una comunità.

Con ciò intendo sottolineare che, da una parte, con l'integrazione sociosanitaria si tratta di riconoscere un bisogno su cui intervenire; dall'altra, si tratta di inventare un territorio come risultato dell'integrazione stessa.

Personalmente non credo possibile una qualche pratica di integrazione fuori da questi due presupposti.

Sento il bisogno, a proposito di territorio, di mettere mano ad una specie di "terapia d'urto" per rilanciare e affermare il valore dell'integrazione sociosanitaria, per definire i soggetti comunitari che la costituiscono, i servizi che vi afferiscono, i finanziamenti che servono, le forme di pattuizione sociale tra comunità, istituzioni, servizi.

Particolare attenzione nell'ambito di queste problematiche merita la questione dei "medici di medicina generale". In parte perché la Medicina generale, e quindi i medici, assumono la funzione di "integratori obbligati", dal momento che si rapportano con bisogni complessi; in parte perché essi sono i referenti obbligati di altri tipi di assistenza sul territorio; in parte perché la loro condizione operativa è squisitamente territoriale, cioè in massima misura extra-istituzionale.

Personalmente, mentre apprezzo gli importanti passi in avanti garantiti dai rinnovi delle ultime convenzioni e apprezzo tutte le esperienze di Medicina di comunità e di Medicina associata, nello

stesso tempo sento forte il bisogno di un salto nell'elaborazione politica-culturale. Devo confessare che alcune parole d'ordine che sono girate in questi anni non mi hanno mai così convinta, come quella del *gate-keeper*, cioè come se il medico di famiglia fosse il guardiano della spesa sanitaria, nelle ipotesi migliori, o il principale "effetto-re di spesa" come dicono gli economisti.

Per me l'esclusivo interesse di una società è avere bravi medici, bravi operatori: formati, valorizzati per il carico di esperienze professionali, dotati di autonomia e responsabilità e poi valutati. Sì, valutati nell'interesse dei cittadini e degli obiettivi di salute che si conseguono.

Mentre che cosa è accaduto?

In un contesto sanitario e sociale in cui si inseguono prevalentemente obiettivi economicistici il rischio che si corre è di considerare "bravo" l'operatore risparmiatore; di favorire prevalentemente una formazione managerialistica, di condizionare anche pesantemente l'autonomia professionale, di accentuare il fenomeno negativo della Medicina difensivistica e di esasperare i rischi professionali che gli operatori corrono. O, nel campo del sociale, di delegare agli operatori la soluzione di tutti i casi di disagio con poche risorse, con la precarizzazione del lavoro, tenendo i servizi lontano dalla società perché non arrechino disturbo alla maggioranza delle cosiddette persone normali.

Non farò l'errore di contrapporre a questa realtà, molto diffusa, una proposta in cui

non esistono per i servizi e gli operatori obblighi di efficienza, di appropriatezza, di economicità.

Questi obblighi devono esistere per il bene del malato e del Servizio pubblico.

Dico però che per evitare il pesante condizionamento alle pratiche mediche da parte dell'economicismo, la politica deve proporre agli operatori un progetto diverso di sanità e chiedere loro di sostenerlo ed attuarlo. Un progetto ovviamente centrato sul diritto e sul cittadino.

A questo punto interessa molto se i medici di famiglia e gli altri operatori sanitari e sociali si rendono disponibili al cambiamento, ad attuare politiche nuove, a garantire il conseguimento degli scopi di salute di una comunità, a sottoporsi alla valutazione dei risultati ottenuti.

Dall'altra parte, ritengo che le istituzioni debbano aprirsi alla possibilità di riesaminare compensi, retribuzioni, incentivi. Cioè a discutere tutti i valori in gioco. E tra i valori in gioco vi è il superamento della pesante asimmetria che nei fatti esiste tra lavoro sociale e lavoro sanitario.

Una asimmetria che non riconosce ancora in modo adeguato la cultura del sociale non riuscendo così ad innervare di essa le politiche per la salute. La cultura del sociale è quella che applica l'arte maieutica di tirar fuori le capacità delle persone, che lavora sulle relazioni umane e sui loro mondi vitali, sulla continuità dell'accompagnamento e del sostegno e che cerca di mettere tutte le persone, a partire dalle più fragi-

li, nelle condizioni di dare il proprio contributo alla comunità, di esercitare una responsabilità verso se stessi e gli altri.

Un'asimmetria anche nell'assetto dei poteri, nelle gerarchie professionali, nell'investimento formativo e negli aspetti remunerativi. Le attuali gerarchie sanitarie premiano il lavoro specialistico mentre sottovalutano il lavoro di accompagnamento e sostegno al paziente ed ai suoi familiari.

I contratti di lavoro oggi non riconoscono il giusto lavoro a molte attività di cura come l'ascolto della persona, il sostegno ai conviventi, l'educazione alla autonomia.

Per questo ci siamo battuti e continueremo a farlo per un giusto riconoscimento ed una piena valorizzazione delle professioni sanitarie e sociali che deve avvenire sul piano legislativo, contrattuale, formativo, ma soprattutto nella concreta organizzazione del lavoro. E veniamo a discutere di sostenibilità.

In sanità la parola chiave degli ultimi vent'anni è stata "compatibilità". Ora è il tempo di passare alla "sostenibilità".

La politica della compatibilità imperniata sull'aziendalizzazione del sistema ha dato risultati importanti contribuendo in massima misura a rallentare il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica. Naturalmente questa politica ha avuto ed ha i suoi difetti, i suoi limiti e in qualche caso anche delle degenerazioni. Ma rispetto ad essa a me pare che oggi emergano in primo luogo almeno due problemi:

- Il primo è che per attuare

delle misure di compatibilizzazione senza mettere in pericolo il diritto alla salute, non si può andare al di sotto di un indispensabile fabbisogno finanziario. Noi sappiamo già ora che uno dei problemi più grandi che dobbiamo affrontare è quello del defianziamento dei LEA e il risanamento dei disavanzi.

- Il secondo è che pur sussistendo ancora vaste zone di sprechi, di inapproprietezze, di improprietà, soprattutto in alcune Regioni, in altre le politiche di razionalizzazione ormai stanno raschiando il barile. Nel senso che molte Aziende non sanno più cosa inventare per andare avanti.

Vi è una differenza profonda tra compatibilità e sostenibilità che dobbiamo evidenziare proprio al fine di rendere complementari queste politiche.

La prima differenza riguarda i tempi degli interventi politici. La compatibilità operando prevalentemente attraverso la gestione tenta di gestire al meglio ciò che c'è, giorno dopo giorno, anno dopo anno. La sostenibilità invece gestisce al meglio quello che c'è volgendolo a fruttificare al medio e lungo periodo. Dunque, la sostenibilità è questione dell'oggi e della prospettiva.

L'altra grande differenza da rimarcare è che mentre le politiche di compatibilità hanno operato principalmente sulla razionalizzazione dell'offerta di servizi e di prestazioni (principalmente di cura a giudicare dalla marginalità di cui soffre la prevenzione ed il territorio), la sostenibi-

lità invece interviene su tutto quanto concorre alla produzione di salute, anzi privilegiando il versante della domanda, dei comportamenti degli attori, del ruolo dell'informazione, con lo scopo di produrre benessere e attraverso il benessere, prevenire il rischio dell'anti-economicità della crescita della spesa sanitaria.

Se ci si pone oggi il problema della prospettiva del diritto alla salute, e quindi del futuro del sistema sanitario pubblico, si devono decidere oggi per domani le politiche in grado non solo di salvaguardarlo, ma di riaffermarlo soprattutto in contesti socio-economici che saranno presumibilmente più difficili di quelli attuali.

Riteniamo rischioso mantenere un atteggiamento politico passivo, rispetto a tendenze che nell'evolvere creeranno quasi certamente nel tempo rilevanti contraddizioni tra il sistema dei bisogni e le risorse economiche disponibili.

Meno che mai pensiamo che sia, da parte nostra, consigliabile limitarsi ad amministrare giorno per giorno i problemi ordinari del *welfare* sanitario e sociale, o peggio, rassegnarsi alla discutibile evidenza che prima o poi non sarà più possibile dare "tutto a tutti" e che quindi si dovrà fatalmente ridimensionare le attuali coperture. Quindi con la sostenibilità noi partiamo da una convinzione diversa: creiamo già, da oggi, tutte le condizioni che garantiranno al futuro la sostenibilità del diritto alla salute.

La condizione primaria per la sostenibilità è la produzione

del benessere, quella della compatibilità è principalmente la buona gestione e la buona funzionalità del sistema sanitario.

Dunque occorre intervenire in molti modi: accrescere significativamente le politiche di prevenzione; fare dell'informazione uno strumento della partecipazione sociale relativamente alle scelte di salute di una comunità; ripensare i consumi sanitari sviluppando soprattutto quelli che garantiscono il maggior grado di utilità del benessere; responsabilizzare i cittadini e le comunità nella costruzione del diritto alla salute; intervenire sulle variabili di contesto che più di tutti influenzano i fenomeni di morbilità e mortalità, penso ai piani intersettoriali per la salute che dovrebbero essere generalizzati in tutte le Regioni; accrescere gli indici di propensione alla salute delle Regioni; ma anche ritrarre il sistema dell'offerta e dei servizi, rimodellare le attuali forme della tutela, ripensare i contenuti professionali degli operatori, e attuare, per l'appunto, politiche di integrazione.

La politica della sostenibilità apre nuovi spazi politici alla sanità ponendosi oggi per domani la prospettiva del diritto alla salute perché essa diventa un modo per garantirlo.

Un punto infine che mi preme richiamare e che è contenuto nel programma dell'Unione, riguarda il "rilancio delle politiche di promozione della salute come grande questione del Paese", ma soprattutto l'intenzione dichiarata di "promuovere l'obiettivo di valutazione di impatto sulla

salute a cui subordinare la coerenza di tutti i provvedimenti di politica economica". Ebbene questo punto rientra perfettamente nella logica della sostenibilità. Vorrei insistere sul nodo cruciale della questione: noi sappiamo per certo che nonostante le politiche di compatibilità, i costi dei sistemi sanitari sono destinati a crescere nel tempo. Ebbene la sostenibilità si preoccupa di fare in modo che questa crescita non diventi antieconomica, cioè si preoccupa di evitare che i costi dell'assistenza siano maggiori dei benefici prodotti. L'unico modo per farlo è produrre la salute come se fosse un capitale, cioè un investimento. Noi già sappiamo oggi che la salute della popolazione oltre un certo livello non cresce con la crescita della spesa sanitaria perché, come tutti sanno, la salute dipende da molti fattori extra-sanitari.

Per cui non possiamo ragionare in prospettiva né come se le risorse destinate alla sanità fossero infinite, né come se esse bastassero in quanto tali a fare salute. Le risorse non sono in sostanza l'unico problema.

Si comprende ora in questa chiave politica quanto sia importante l'integrazione socio-sanitaria per fini di sostenibilità. Quanto sia importante il territorio come principale "campo" della sostenibilità. E come la proposta che è necessario rivolgere ai medici di base e a tutti gli operatori degli Ospedali e dei servizi, deve proporre loro di diventare, se mi si consente il gioco di parole, veri e propri "sostenitori della sostenibilità".

La nozione corretta di sostenibilità a ben vedere in sanità ci dà la possibilità di uscire dalla stagnazione delle idee e di rivisitare il nostro sistema sanitario, i suoi strumenti, le sue organizzazioni.

In sostanza mi piace dire che tutto quello che prima aveva un valore "tecnico" - sto pensando al territorio, all'integrazione sociosanitaria, alla prevenzione, alla Medicina generale, ecc. - attraverso la sostenibilità acquista un valore strategico legato soprattutto alla salvaguardia del sistema pubblico.

Oggi il territorio è importante per tutte le ragioni di ieri, ma soprattutto per il suo ruolo rispetto alle politiche di sostenibilità.

Si pensi al ruolo delle Agenzie, delle Aziende sanitarie, delle politiche regionali che potranno finalmente esprimere le Regioni come nuovi soggetti di governo.

Da ultimo l'idea di sostenibilità crea un ponte nuovo tra la sanità pubblica e l'Industria che nel suo complesso produce tutto ciò di cui la sanità ha bisogno, dai farmaci alle tecnologie, per non tacere dei presidi sanitari.

Sino ad ora tutti abbiamo pensato che la sanità fosse il proverbiale "volano dello sviluppo" ma nel senso che essa si proponeva di fatto come un mercato importante per l'economia. Tutti gli industriali che lavorano in questo mercato non si sono mai sognati di parlare male della spesa pubblica.

Nell'ottica della sostenibilità l'Industria che produce beni per il benessere in qualche modo si impreciosisce elevant-

do il valore sociale del bene economico prodotto.

Il suo sviluppo, quindi, dovrà essere sempre più legato agli indicatori di benessere che si produrranno, sto pensando in generale all'impiego delle tecnologie, dei farmaci e di tutti quegli ausili senza i quali non esisterebbe una Medicina moderna.

La sanità ed anche i servizi sociali hanno bisogno di innovazione tecnologica e non soltanto in ambito clinico e diagnostico. Questo è un tema cruciale indicato tra le priorità del programma dell'Unione.

L'uso delle tecnologie nell'organizzazione sanitaria resta molto basso: si aggira attorno all'1% del bilancio annuale delle Aziende sanitarie a fronte del 4-5% speso dalle altre Aziende. Le conseguenze le pagano i cittadini in termini di spreco di tempo, mancanza di trasparenza, fatica ad orientarsi nel labirinto dei servizi, mancanza delle informazioni giuste.

La nostra parola d'ordine è "mettere la sanità in rete per far camminare le informazioni e non i cittadini".

La sostenibilità riguarda anche i servizi sociali. È fuori discussione che la nostra scelta sarà di applicare pienamente la legge quadro sulle politiche sociali e realizzare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale la rete integrata dei servizi sociali. Si tratta di una inderogabile necessità per il benessere delle persone, per la competitività della nostra economia ed anche per migliorare e garantire la tenuta finanziaria del sistema sanitario.

Livelli essenziali di assistenza, riordino delle invalidità, progetto personalizzato per le persone disabili, carta dei servizi sociali, programmazione delle professioni sanitarie: tutto ciò che doveva essere fatto e non è stato fatto noi lo faremo subito. Con una innovazione della stessa legge 328/2000 relativa al Fondo nazionale per le politiche sociali: esso dovrà interamente finanziare la rete dei servizi mentre le leggi che prevedono diritti soggettivi e che oggi gravano sul Fondo (congedi, assegni di maternità, assegni per i figli) dovranno trovare una forma di finanziamento autonomo.

Ma questo non basta per rispondere alla domanda: "come rendere sostenibili i servizi sociali?".

Mi ha molto colpita la riflessione contenuta nella rivista "Prospettive sociali" dove si afferma che la sostenibilità dei servizi sociali è connessa alla capacità dei servizi medesimi e degli operatori di comunicare non solo con gli utenti, ma con tutta la comunità coinvolgendola nella presa di coscienza dei problemi sociali presenti sul territorio e nella elaborazione delle politiche per risolverli.

In tal modo si riconosce il valore per tutti delle politiche sociali e dunque dei servizi sociali, che non saranno più i "delegati separati" del disagio sociale ma i promotori ed animatori di un progetto di maggiore vivibilità per tutto il territorio. Come ci ricordano servizi come i Consulenti, quelli per la salute mentale o per prendere in carico le tossicodipendenze e le disabi-

lità, essi furono il frutto di una stagione riformatrice che coinvolse non solo utenti ed operatori, ma tutti i cittadini e la società.

Governare non è fare l'elenco della spesa. È definire la cifra del cambiamento che si vuole realizzare, la direzione di marcia, le grandi priorità. Ricordando che il fattore tempo è decisivo.

Dunque, queste sono le cose fondamentali che faremo nei prossimi cinque anni:

1. Costruire un vero federalismo, ritornando alla nostra riforma del titolo V, ma anche migliorandola. Penso ad un federalismo che armonizzi le relazioni tra le istituzioni, rendendo più protagonisti i Comuni in campo sanitario, e ridefinendo una funzione nazionale di cui un federalismo vero per essere efficace ha bisogno.

Una funzione nazionale dal coordinamento aperto, per usare un termine europeo, che sia di indirizzo, di diffusione delle buone pratiche, di incentivo della qualità e di promozione e sostegno a chi è più indietro. Una funzione nazionale che doti il nostro Sistema sanitario e sociale di strumenti di monitoraggio, di valutazione dei risultati, oltre che della formulazione condivisa degli obiettivi di salute e di benessere sociale. Perché la vera innovazione che dobbiamo costruire è un *welfare* degli obiettivi e dei risultati. Un federalismo solidale deve proporsi di superare le disparità tra il Centro-Nord e il Mezzo-

giorno e promuovere l'autosufficienza del Sud. Per questo attueremo il Fondo per lo sviluppo delle risorse umane e materiali del Mezzogiorno. Un fondo di investimenti per realizzare un programma decennale di interventi per la implementazione dei servizi territoriali, per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario, per la promozione dell'eccellenza e dell'alta specializzazione, nonché la formazione e la qualificazione del personale sanitario e della ricerca biomedica.

Ci impegneremo per una più corretta programmazione del fabbisogno sanitario aggregato e della conseguente aliquota di compartecipazione IVA necessaria al suo finanziamento, con una rigorosa clausola di adeguamento rispetto ai cambiamenti demografici e tecnologici in corso. La definizione dei LEA deve essere collegata alla definizione di standard qualitativi dei servizi.

2. Una "terapia d'urto" per costruire la "Medicina del territorio", affinché essa abbia un ruolo leader nella trasformazione del sistema sanitario. La priorità assoluta dei prossimi cinque anni è costruire in modo compiuto la "Medicina delle cure primarie" che deve diventare un vero livello del Servizio sanitario nazionale, articolato, organizzato, finanziato. Deve essere capace di assistere 24 ore su 24 il cittadino; deve affrontare nel Di-

stretto tutte le patologie che non richiedono ricovero ospedaliero; deve sostenere il malato in strutture di degenza per ritornare nella rete dei servizi territoriali. Ciò richiede anche un ridisegno organizzativo dei servizi territoriali per far sì che Distretti, Dipartimenti, Servizi specialistici, medici di base lavorino insieme per favorire alleanze, evitare sovrapposizioni, favorire il lavoro di équipe. Affinché la Medicina del territorio garantisca una reale continuità assistenziale è necessaria la figura dell'integratore, del *tutor* del cittadino, di colui che lo accompagna.

Penso che questa figura sia il medico di famiglia. Ed allora bisogna che la politica, a tutti i livelli istituzionali, costruisca un patto di doveri e diritti con i medici di famiglia basato sui seguenti punti:

- adeguare la loro formazione universitaria e la formazione permanente (ECM) perché cresca la capacità dei medici di costruire relazioni di fiducia con i cittadini e di affrontare le nuove domande di salute (es. la terapia del dolore, la presenza degli immigrati);
- esplicitare ciò che si chiede al medico di famiglia: costruire una relazione di fiducia con i pazienti, svolgere il ruolo di "integratore" tra i vari servizi, andare a domicilio;
- una valutazione della qualità del lavoro e dei

risultati sulla base di indicatori che potrebbero essere definiti dalla Commissione per la appropriatezza costruita in ogni Distretto. A ciò deve corrispondere un coinvolgimento del medico di famiglia nel governo clinico ed anche un sistema di incentivi economici che premi la qualità ed i risultati. Ma costruire la Medicina del territorio significa anche affrontare come l'Ospedale riconosce e parla con il territorio. Ed ai medici ospedalieri sento l'obbligo di porre una questione: a partire dalla riforma Bindi, aiutateci ad individuare le modalità affinché l'esercizio della libera professione nella struttura pubblica non avvalli, come invece sta avvenendo, un servizio sanitario veloce ed efficiente per chi paga ed uno lentissimo per chi non ha i soldi

per pagare. Questa è una questione che dobbiamo risolvere.

3. Costruire la Medicina del territorio significa costruire la rete integrata dei servizi sociali. Che dovrà essere organizzata ed orientata attorno ad una priorità: costruire una solidarietà tra le generazioni. E dunque: il fondo per gli anziani non autosufficienti; il coinvolgimento degli anziani in attività utili alla comunità, ma anche il raddoppio del numero degli asili nido; servizi territoriali per il sostegno alle responsabilità familiari, il rilancio della politica territoriale a favore della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva; il rilancio nelle strutture ospedaliere dei punti nascita cercando di diminuire le cause del ricorso al parto cesareo (37% delle persone) e l'assistenza domiciliare durante la gravidanza e nei

primi tre mesi del bambino. E poi un fondo per ricercare e prevenire le cause della sterilità. La rete dei servizi dovrà poi essere accompagnata da misure per il sostegno al costo dei figli attraverso la predisposizione di una "dote" per ogni figlio che nasce; la tutela della maternità delle lavoratrici atipiche, precarie, discontinue; una politica per l'autonomia dei giovani a partire dal diritto alla casa.

4. Il ruolo dell'Università. Dal 1978 ad oggi ci sono state tre riforme sanitarie e nessuna riforma degli studi di Medicina. Saranno necessari un incontro ed una concertazione con il ministro dell'Università e dell'Istruzione e con le Regioni per realizzare nei prossimi cinque anni questa innovazione assolutamente inderogabile. Bisogna correggere le arretratezze e l'autoreferenzialità del sistema universitario ancora

troppo sganciato dal fabbisogno del SSN. Bisogna costruire un collegamento virtuoso tra ricerca, formazione universitaria e le strutture del Servizio sanitario nazionale.

5. Bisogna finanziare in modo adeguato i livelli essenziali di assistenza sociali e sanitari. Ma bisogna anche definire le forme di partecipazione al costo dei servizi.
6. C'è bisogno di una politica pulita e di una buona politica. Noi riformisti, vogliamo una sanità trasparente, efficiente, non lottizzata, in cui non ci sia l'ingerenza della politica nella gestione, in cui siano strenuamente valorizzati il merito, le competenze, le professionalità, i risultati raggiunti ed in cui sia data piena fiducia ai medici ed agli operatori sociali e sanitari sulla base di due valori per noi fondamentali: autonomia e responsabilità.

Ivan Cavicchi
Docente di Sociologia
dell'organizzazione sanitaria
e Filosofia della medicina
Università La Sapienza
e Tor Vergata - Roma

La crescita della spesa sanitaria

Tutte le proiezioni, gli studi revisionali, le analisi statistiche sulla dinamica della spesa sanitaria nei paesi occidentali ci dicono che:

- vi sarà una crescita cospicua;
- in un tempo più o meno medio.

I dati di previsione differiscono per l'arco di tempo considerato (vi sono proiezioni fino al 2050) e per l'entità della crescita, anche se le differenze e gli scostamenti sono marginali.

Il dato medio, a parità di parametri e di variabili considerate, sembra essere quello che prevede, nell'arco di 15 anni, una crescita della spesa sanitaria in rapporto al PIL del 16%.

Nel medio periodo, mediamente, l'Europa raddoppierà l'attuale entità della spesa sanitaria

Il problema delle politiche di prospettiva

Se la prospettiva è un raddoppiamento della spesa in 15 anni, non è responsabile continuare:

- con le politiche del giorno per giorno;
- con le politiche puramente finanziarie legate agli stanziamenti annuali del FSN;
- con pseudo politiche di

programmazione che, a parte la loro sostanziale insussistenza, sono concepite nell'arco della triennialità.

Attualmente non disponiamo di politiche sulla prospettiva. Abbiamo strategie solo di breve periodo.

In ragione di ciò il sistema sanitario pubblico sta marciando verso l'insostenibilità. Se non si cambia strada si sarà costretti ad intervenire sull'abbassamento della copertura (LEA), sulla privatizzazione o mutualizzazione di parte del sistema, mettendo in serio pericolo sia la prospettiva del diritto alla salute che quella dei suoi valori correlati: uguaglianza e solidarietà.

Ritardi

La crescita della spesa, che si prevede, sarebbe dovuta in costanza di modello di tutela e di sistema assistenziale, sostanzialmente alla crescita degli attuali consumi sanitari, consumi che a tutt'oggi sono ancora molto sbilanciati rispetto ad una forte domanda di benessere primario.

Tale processo di crescita era stato ampiamente previsto trent'anni fa e costituiva la ragione politica principale della riforma sanitaria del '78. L'obiettivo di fondo era di governare tale crescita riformando

La presa d'atto delle differenze fra compatibilità e sostenibilità per la definizione di un nuovo progetto d'intervento

mando profondamente il rapporto bisogni/risorse.

Per ripensare tale rapporto avremmo dovuto riformare il modello di tutela con uno spostamento di attenzione su centralità diverse da quelle del sistema mutualistico come ad esempio la prevenzione, le politiche di produzione del benessere, quelle relative alla responsabilizzazione sociale dei cittadini, l'integrazione sociosanitaria, ecc. Ma a questo riguardo dopo trent'anni il modello mutualistico non è cambiato di molto.

Le politiche di compatibilità

In questi anni, a partire dall'istituzione delle Aziende, si sono adottate prevalentemente politiche di razionalizzazione, di compatibilizzazione finalizzate al risparmio e all'economicità.

Tali politiche hanno avuto l'effetto di rallentare il tasso di crescita della spesa (risultato tutt'altro che disprezzabile), di eliminare sprechi e inutilità (anche se c'è ancora molto da fare), di raggiungere nei casi vistosi buoni risul-

tati di efficienza, in altri casi di scadere nei razionamenti.

Ma l'effetto ottenuto dalle politiche di compatibilità sul piano della prospettiva, è una specie di paradosso: si è certamente migliorato ma rispetto al modello di consumi sanitari non si è cambiato molto, nonostante le importanti misure di deospedalizzazione di alcune Regioni e quindi la valorizzazione dei servizi diurni e territoriali. Oggi il rapporto bisogni/risorse rimane pressoché quello che avremmo dovuto riformare con la riforma del '78.

Problema e risultato

Che la crescita della spesa sanitaria creerà rilevanti problemi è fuori dubbio. Che la persistenza di un modello di tutela ancora troppo sbilanciato sulle funzioni di cura è un problema che non si risolve semplicemente con politiche di compatibilità, proprio perché implica cambiamenti più profondi, è oltretutto indiscutibile.

Tuttavia non bisogna dimenticare che dietro ai numeri

sulla crescita della spesa vi sono fenomeni emancipativi di straordinario valore e significato politico.

Ci si deve preoccupare che la spesa cresca ma non ci si deve rammaricare dei fenomeni che la fanno crescere come:

- l'invecchiamento della popolazione;
- l'aumento dell'attesa di vita;
- il rafforzamento dei diritti di cittadinanza;
- il sistema di *welfare*.

Va riconosciuto alla cultura del riformismo il merito del cambiamento in questi anni, di tanti diritti conquistati. Anche se si sa che i diritti costano e non poco.

Il punto politico è che la crescita della spesa dovuta alla crescita dei consumi sanitari sta cambiando la natura una volta inalienabile del diritto alla salute, ossia lo sta caratterizzando sempre più come un diritto per ora finanziariamente condizionato destinato ad essere finanziariamente subordinato.

Sotto questo punto di vista è indispensabile ripensare le politiche oggi in atto e prendere coscienza che non basta più migliorare gestendo al meglio i modelli di consumo, serve cambiare i modelli di consumo per governare la prospettiva della crescita.

Si pone in sostanza un problema di complessificazione delle politiche sapendo che rispetto ai problemi della prospettiva non bastano più le soluzioni gestionali.

Il rischio dell'antieconomicità

La crescita della spesa e quindi dei consumi sanitari, nel

breve-medio periodo, sarà certamente un problema finanziario rilevante, ma il problema vero in realtà è più economico-politico e non riguarda semplicemente il reperimento delle risorse.

È noto che oltre un certo livello di spesa, quindi oltre un certo livello di consumi sanitari, la salute collettiva non cresce con il crescere della spesa medesima. Essa può crescere ma in funzione dei determinanti sociali, economici, ambientali, culturali, della salute.

Questo vuol dire che, a modello di tutela e di consumi invariato, i costi dell'assistenza sanitaria se non si adotteranno "altre" politiche saranno molto probabilmente maggiori dei benefici prodotti in termini di benessere collettivo.

Questo è il problema dell'antieconomicità. È difficile rifinanziare una spesa se antieconomica. Soprattutto è difficile difendere un diritto se esso per come è organizzato si mostra come antieconomico.

Il rischio di condurre il sistema sanitario in una situazione di antieconomicità va quindi previsto "oggi per domani".

Se non intervengono politiche di prospettiva, il diritto alla salute sarà subordinato inevitabilmente allo slogan "non si può dare tutto a tutti" che altro non è se non la teorizzazione della fine dell'universalismo e della solidarietà.

L'unica strada per prevenire questo rischio è ripensare l'attuale modello di consumi sanitari riformando il rapporto bisogni/risorse.

Sembrerà probabilmente un'ovvietà ma in prospettiva il diritto alla salute è possibile

salvaguardarlo solo se la spesa sanitaria e non solo produrrà benessere primario. Cioè solo se la spesa sanitaria sarà "economica", cioè ricompensata da significative utilità di benessere collettivo.

Le politiche che si pongono questo problema sono quelle della sostenibilità.

Le politiche per la sostenibilità nel campo della salute sono quelle che pensano alla salute come a un capitale sociale e hanno lo scopo di accrescerlo sia per moderare la crescita dei consumi (più salute = meno malattie), che per evitare che i costi diventino antieconomici.

Si faccia attenzione a non confondere compatibilità con sostenibilità. Sono due politiche diverse. La prima si preoccupa di assicurare i consumi sanitari con le disponibilità che ci sono. La seconda si preoccupa di fare benessere anche con i consumi sanitari purché le disponibilità che servono non siano antieconomiche.

Le politiche di sostenibilità sono politiche "oggi per domani", cioè tarate su una prospettiva; esse non si riducono né a questioni di sole risorse finanziarie, né a politiche di mera prevenzione sanitaria. Ma riguardano l'intero sistema sanitario.

Sostanzialmente "sostenibilità" dovrebbe essere un condizionale che caratterizza tutto il sistema dei servizi e gli operatori, ma soprattutto è un'idea che deve essere estesa ai cittadini, alle comunità, per corresponsabilizzarle quali titolari non solo di "diritti" ma anche quali portatori di "obblighi".

La sostenibilità necessita che si rileggano radicalmente i consumi sanitari, che si riformi il rapporto bisogni/risorse e che si immagini un altro modello di tutela capace di produrre più salute in condizione di economicità.

Dalla spesa pro-capite al benessere pro-capite

Una delle caratteristiche delle politiche della sostenibilità è ragionare in modo diverso dalle politiche della compatibilità.

Nel primo caso ciò che conta è la ricchezza pro-capite di una unità di benessere prodotta. Nel secondo caso ciò che conta è il classico rapporto tra spesa sanitaria e PIL.

L'equivoco da chiarire è quello che scambia una misura dell'attività economica, il PIL per l'appunto, con la ricchezza. In realtà la ricchezza di un Paese è anche costituita dall'attività economica ma non solo. La salute collettiva ad esempio è una componente fondamentale della ricchezza di un Paese.

La conseguenza di questo ragionamento è quella di ripensare le attuali soluzioni per la distribuzione delle risorse a livello regionale, cioè le quote capitarie ponderate, nel senso di definire almeno parallelamente quote di benessere pro-capite.

Complessificare le politiche

Per governare la prospettiva servono politiche diverse e integrate:

- le politiche di compatibilità che mirano a rimuovere le contraddizioni che esistono tra domanda e offerta (se una società vuole

più prevenzione non è logico offrire più cura);

- le politiche di sostenibilità che mirano a integrare le politiche sanitarie con altre politiche, quelle sociali, ambientale, urbanistiche, per produrre benessere collettivo;
- le politiche di compatibilità che in ogni modo e in ogni caso devono garantire una buona gestione delle risorse.

Si tratta di politiche che debbono essere in qualche modo agite recuperando un principio di contrattazione sociale, un principio di consenso sociale agendo fino in fondo le condizioni della cittadinanza (informazione, sovranità sociale, codecisione, ecc.).

La questione del "volano dello sviluppo"

Sino ad ora si è parlato di sanità come "volano dello svi-

luppo" pensando in realtà alla sanità come un acquirente di beni prodotti dall'Industria. Cioè come un mercato. Ciò è indubbiamente un valore, anzi un grande valore economico, ma la sanità non può essere ridotta, per quanto importante, a solo un "mercato".

Il "volano dello sviluppo" ha senso se l'Industria, la tecnologia, la scienza, sono considerati come produttori di be-

nessere collettivo.

Non si tratta quindi di restringere la produzione dei valori all'economia industriale ma di chiedere a tale economia di allargare la produzione dei valori ad una vera e propria economia del benessere.

In questo modo l'economia industriale diventerebbe, anche con l'innovazione e la ricerca scientifica, uno dei più importanti protagonisti della sostenibilità.

Pier Natale Mengozzi
Presidente FederSanità ANCI

Piani di zona e accordi di programma

Le previsioni del decreto legislativo 229/1999, con il DPCM 29 novembre 2001 (che nel definire i LEA, all'allegato 1 C, elenca le prestazioni che fanno capo all'area di integrazione e ne modula l'erogazione in riferimento ai criteri dell'appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità) hanno cercato di dare una prima risposta al problema dell'integrazione sociosanitaria, coinvolgendo gli Enti locali nei processi assistenziali sociosanitari. Questo punto di partenza occorre, però, che oggi vada allargato a tutte quelle altre componenti (da cui dipende l'istruzione, il lavoro, la casa, la cultura, il tempo libero, ecc.) che segnano il percorso di vita degli uomini e delle donne (che, cioè, ne determinano l'inclusione sociale e in definitiva il loro "stare bene").

L'integrazione sanitaria tra prevenzione, cure primarie, intermedie ed ospedaliere (ancorché molto ardua da realizzare nel pratico) non è di per sé condizione sufficiente a garantire la copertura di quei bisogni che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche, e in qualche caso soprattutto, i determinanti sociali.

Se questo è lo scenario, è ob-

bligatorio, per i decisori del sistema, precisare le "politiche" da praticare, con occhio attento ai mutamenti del contesto demografico, sociale, economico, occupazionale, ecc. (per esemplificare i quali si può pensare a fenomeni - come la transizione demografica, l'immigrazione, l'assottigliamento del nucleo familiare, l'ampliamento delle fasce di povertà e di quasi povertà, il lavoro precario) che assolutamente sconosciuti fino a qualche decennio fa, inducono a ritenere che la base fondamentale da cui muoversi non possa che essere la *intercettazione dei nuovi e diversi bisogni* espressi dai cittadini, cui dovrebbe seguire la *programmazione integrata degli interventi*. Va superata l'autoreferenzialità delle Aziende sanitarie e dei Comuni, da una parte, e, dall'altra, il coinvolgimento forte del tessuto socio-economico - il mondo della scuola, il mondo del lavoro, il mondo dei servizi, ecc. - espresso dal territorio, unico modo per poter offrire risposte adeguate alla complessità dei problemi da affrontare.

Se consideriamo che sul versante sociale non esiste ancora l'atto formale di definizione dei Livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS), in

Gli scenari sociali ed economici, in continua evoluzione, di cui tenere conto nella pianificazione degli interventi

attuazione della legge quadro dei servizi sociali (legge 8 novembre 2000, n. 328), non di meno, prescindendo dagli effetti dei meccanismi di delega attuati dai Comuni nei confronti delle Aziende sanitarie, dove le Regioni hanno stipulato accordi-quadro col sistema delle autonomie locali, si è avviato un rilevante sviluppo di servizi sociosanitari integrati.

Questo percorso virtuoso ha trovato, però, molti ostacoli alla sua realizzazione perché i diversi comparti istituzionali coinvolti faticano a parlare tra loro e perché occorre rivedere il sistema di offerta, le possibilità economiche per garantire le risposte ed il coinvolgimento e condivisione dei soggetti sociali alla pianificazione degli interventi.

I Piani sociali di zona o altro?

In questo quadro uno dei problemi più rilevanti è quello della individuazione degli attori che devono partecipare alla condivisione dei Piani di zona per non correre il ri-

schio di una possibile successiva deresponsabilizzazione di una parte dei soggetti che contribuiscono al *welfare*. Va in ogni caso evitata la possibilità di sanitarizzare problemi che propriamente sanitari non sono.

Partire da queste prime considerazioni non è crearsi un alibi preventivo bensì un modo coerente e necessario per comprendere il diverso ruolo del decisore pubblico da quello degli erogatori privati, e puntualizzarne i rapporti.

È un dato incontrovertibile come oggi il costo, anche di pochi giorni, della residenzialità di un singolo utente in un Centro diurno, una RSA, una Casa famiglia, possa tranquillamente raggiungere l'equivalente della remunerazione mensile di una badante. Ebbene, nonostante tale evidenza gestionale sia evidentemente un non senso economico, avanza con difficoltà - a livello programmatico - l'idea di praticare strumenti alternativi (che pure rafforzerebbero la capacità di scelta dell'individuo),

quali l'assegno di cura, il *voucher* e similari. Siamo, in molte parti del Paese, ancora ad una lettura del bisogno insufficiente ed a risposte offerte più dall'adeguamento dei decisori alle proposte di soggetti terzi, che dalla propria capacità di programmare percorsi e progetti basati sulle reali necessità.

Certamente il principio di sussidiarietà orizzontale, costituzionalmente sancito, comporta l'obbligo di un'apertura al mercato, che in ogni caso non deve essere "selvaggio", bensì regolamentato. Rispetto a questo ordine di problemi, non è stato ancora precisato, se non in poche Regioni, un percorso per una *governance* dell'intero sistema.

Per rendere più agevole il confronto basterebbe pensare e far pensare che il compito proprio dei Comuni sui processi di accreditamento delle strutture, della qualità professionale degli addetti, della qualità dei progetti legati agli obiettivi, può essere elemento dirimente sulla qualità complessiva dei soggetti che aspirano alla gestione dei servizi e, di rimando, un fatto importante per gli stessi Comuni, nel maturare la responsabilità per costruire progetti realmente coerenti con i bisogni e la sostenibilità del loro sistema di *welfare*.

Se prendiamo atto che le risorse trasferite agli Enti locali sono scarse rispetto ai bisogni, anche per le difficoltà di affermazione di quel federalismo fiscale che responsabilizzerebbe le Regioni rispetto alle scelte da fare, si può comprendere quanto sia ne-

cessaria una forte tensione e motivazione nel costruire percorsi di programmazione territoriale che, con il concorso di tutti, riesca a distribuire responsabilità e soddisfazione per i risultati raggiunti.

L'assunto finale è che non si vede come possano svilupparsi sul territorio servizi sanitari efficaci ed efficienti senza integrazione con quelli sociali, né come questo possa avvenire senza un concorso collettivo. Quello che si deve fare è occuparsi a fondo del *cuore* del problema (la valutazione dei bisogni, la programmazione negoziata, le fonti di finanziamento e le risorse, le relazioni interistituzionali, gli strumenti di gestione, ecc.) per contribuire fattivamente a far crescere un *welfare*, equo e solidale, che valorizzi al meglio i più virtuosi modelli di sviluppo locale.

Se lo strumento individuato per la programmazione territoriale dei servizi sociali è il Piano sociale di zona e quello per i servizi sanitari – il Piano attuativo territoriale della Azienda sanitaria locale – è ovvio che per l'affermazione di servizi utili, non ripetitivi ed appropriati sarà necessaria una forte integrazione fra questi due strumenti.

A maggior ragione si rende necessario un lavoro di ricomposizione non solo delle responsabilità politiche ma anche dei processi organizzativi che devono fare affidamento su un luogo unitario per esercitarli: il Distretto sociosanitario integrato.

La pianificazione sociale di zona si deve basare su un governo locale appropriato che

non deve essere verticistico, bensì flessibile ed attento a tutti gli attori che interagiscono nel territorio e contemporaneamente in grado di coordinare i processi di costruzione delle politiche sociali necessarie per il benessere dei propri cittadini.

La pianificazione sanitaria in un territorio non può essere l'esclusiva traslazione della programmazione dell'Azienda sanitaria che, sicuramente positiva e valida sul piano dell'appropriatezza, non può essere esaustiva di una risposta organica a tutti i bisogni di salute delle persone.

Va introdotto un sistema di *governance* che preveda un rapporto equilibrato fra gli organi della responsabilità politica di governo, la conoscenza del territorio di riferimento, un equilibrato supporto tecnico, la definizione di modalità certe per la gestione dei servizi, una capacità di collaborazione e concertazione fra tutti coloro che interagiscono in quel territorio e che sono interessati e predisposti alla realizzazione di un vero e proprio Piano integrato di salute, come strumento di integrazione delle politiche e dei servizi.

La Conferenza dei Sindaci, organismo di rappresentanza degli enti locali all'interno delle Aziende sanitarie locali, deve trasformarsi, similmente a ciò che accade per altri settori di intervento dei Comuni, in una vera e propria Conferenza dei servizi, che abbia la capacità di divenire lo strumento riconosciuto politicamente per la programmazione e la definizione delle modalità istituzionali e le forme

di organizzazione gestionali più adatte alla organizzazione in un dato ambito territoriale della rete dei servizi sanitari e sociali.

Gli ambiti territoriali

La programmazione territoriale si può sviluppare proficuamente se l'ambito di riferimento ha una dimensione che consenta una vera economia di scala e che sia anche coincidente con il territorio di uno o più Distretti sanitari e sociali. Non si tratta di percorrere i tempi ma probabilmente una riconsiderazione nella lettura del territorio può essere necessaria per tendere ad omogeneizzare una situazione che ad oggi vede una grande differenziazione a livello nazionale.

In ogni caso, al di là della consistenza territoriale o di numero di residenti, un territorio va considerato anche per le sue specificità economiche e produttive, di presenza sociale, ambientali, culturali e abitative.

La programmazione e progettazione sociale, come previsto dalla L. 328/2000 e quella sanitaria, sulla base della programmazione regionale, contribuiscono a definire gli strumenti propositivi ed operativi per l'attuazione delle scelte individuate a livello strategico e politico. A maggior ragione devono avvalersi della possibilità di una lettura del territorio di riferimento completa ed esaustiva di quella realtà.

La predisposizione del Piano integrato di salute, o di ogni altro strumento riconducibile agli stessi contenuti, non solo va considerata un tentati-

vo importante, e forse stimolante, ma anche obbligato se intendiamo garantire il coinvolgimento dei Comuni in quello che è un loro compito preciso nel garantire azioni a tutela complessiva della salute dei propri amministrati. Questo impegno va esercitato in un territorio che si conosce profondamente – insieme – con una azione associata e concertata, fra Comuni ed Azienda sanitaria, fra gli stessi e tutte le forze della rappresentanza sociale di quel territorio. Sono tempi quelli che viviamo che non concedono molto sul piano finanziario e non rendono agevole il rapporto fra i bisogni e la possibilità di soddisfarli. La responsabilità, tutta politica, di utilizzare al meglio ogni potenzialità offerta sul piano economico deve interfacciarsi alla capacità dei soggetti professionali nell'utilizzo della risorsa umana. Questo è possibile farlo meglio in un territorio definito, conosciuto e condiviso da tutti.

Accordo di programma

In base alle leggi vigenti il Piano sociale di zona normalmente si adotta attraverso l'accordo di programma. "Gli accordi di programma vengono stipulati, tra i vari soggetti pubblici interessati, per definire e attuare opere, interventi o programmi di intervento che richiedono, per la loro realizzazione, l'azione coordinata di Comuni, Province e Regioni, di amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici". È evidente che quanto postulato precedentemente sul piano della programmazione, progettazione

ed il riferimento ad ambiti territoriali specifici pone un problema oggettivo: quello della valenza legale e del potere esercitabile dal soggetto che supporta il progetto di pianificazione.

La Conferenza dei Sindaci non ha ad oggi un riconoscimento giuridico tale da farle assumere responsabilità che siano oltre quelle della politica.

Si pone quindi il problema – affrontato in Toscana con la sperimentazione delle Società della salute – della competenza gestionale e del come sia individuabile una forma che consenta di gestire direttamente, da parte delle istituzioni di primo livello in nome della sussidiarietà, la programmazione sanitaria e sociale in un territorio.

Anche in Regioni diverse dalla Toscana ci si sta ponendo il problema, in ogni caso da affrontare se si intende percorrere la via della possibile realizzazione di quanto previsto nel "New deal della salute" del Ministro Livia Turco, in merito alla Casa della salute.

Dovrà essere trovato un modo per affermare pari dignità al ruolo di tutti i soggetti istituzionali nell'esercizio della singola e specifica rappresentanza.

Siamo in un momento particolare nel quale l'attenzione delle istituzioni è concentrata, sul piano normativo, all'attuazione del Titolo V della Costituzione.

Le consultazioni in atto, a livello parlamentare, hanno l'obiettivo di attuare la riforma costituzionale del 2001 ed uno dei punti di maggiore rilievo è quello riferito al federalismo fiscale. Riuscire a

coniugare autonomia e responsabilità è essenziale per realizzare – attraverso una nuova autonomia tributaria regionale e locale – l'introduzione di strumenti che garantiscano la copertura degli oneri derivati dall'esercizio delle funzioni assegnate. Contestualmente, l'individuazione delle funzioni fondamentali e l'attuazione dell'art. 118 della Costituzione devono rappresentare l'occasione per meglio definire le funzioni amministrative, in base al principio di sussidiarietà, che spettano ad ogni singolo livello istituzionale.

In tale evenienza sarebbe più semplice, oltre la certezza della forma associata come quella più adatta sul piano gestionale, definire i poteri reali e la figura istituzionale più adatta a garantire il complesso dei servizi sociali e sanitari a livello di quel bacino. Una grande chiarezza nei rapporti fra i soggetti istituzionali e le loro responsabilità, tale da assegnare, ai Comuni, un potere di indirizzo politico e di controllo diretto importante sulla sanità a livello territoriale, complementare a quello che sul piano amministrativo hanno oggi sul piano socioassistenziale. Garantire, in tal modo, "l'omogeneità di intervento sul territorio di riferimento avviando al problema della disparità di trattamento per bisogni simili e garantendo la tutela dei diritti sostanziali" e consentendo di ottenere delle economie di scala non conseguibili altrimenti. Operare coerentemente per questo risultato vuole dire semplicemente che l'accordo

di programma sarebbe destinato ai soli servizi sanitari ospedalieri aggiuntivi a quelli ordinariamente previsti dalla programmazione regionale.

Il concorso alla programmazione regionale

Il ruolo delle Regioni nell'integrazione sociosanitaria è tanto importante quanto a volte non compiutamente esercitato. Ovviamente non dal punto di vista normativo, ma sicuramente in molte Regioni questo accade sul piano politico.

Per gli aspetti sanitari, le norme regionali sono sostanzialmente omogenee nel recepire e regolamentare quanto indicato dai decreti legislativi 502/92 e 517/93, in merito alla gestione da parte delle Aziende sanitarie dei servizi socio assistenziali – che può avvenire solamente su *delega dei Comuni* – ed in riferimento al ruolo delle *Conferenze dei Sindaci*, che è molto formale e senza il giusto rilievo per la programmazione sociale delegata.

Ma quando si entra nel merito degli spazi concessi dal DLgs 229/1999 sul piano della programmazione, tutto diviene ancora più nebuloso.

La previsione della Conferenza permanente di programmazione sociosanitaria non è stata realizzata compiutamente in molte realtà regionali. In alcune di quelle in cui esiste non ricopre il ruolo che le spetterebbe: quello di essere lo strumento regionale nel quale i Sindaci esercitano il ruolo di coprogrammazione in campo regionale.

In molte realtà la stessa composizione non è coerente con le previsioni normative, al

punto di prevedervi la partecipazione di figure professionali che in qualche modo "inquinano" la possibilità di esprimere potere decisionale e di indirizzo. Queste negatività determinano una grande difficoltà per le Conferenze dei Sindaci.

Dove invece si è provveduto ad operare nel rispetto legislativo le Conferenze diventano strumenti interessanti di programmazione e di grande utilità per le ricadute positive sul piano regionale e locale.

Dopo i provvedimenti sul decentramento amministrativo, il decreto legislativo 229/99 e l'approvazione della legge quadro sui Servizi sociali, 328/2000 nonché le modifiche costituzionali, il ruolo delle Regioni è stato maggiormente differenziato e precisato ed i Comuni si stanno orientando a riappropriarsi delle funzioni a suo tempo delegate all'ASL.

Rivendicare l'esatta applicazione dei dettati normativi non è solo una richiesta doverosa ma oggettivamente la ricerca di una funzionalità nella programmazione, una

assunzione di responsabilità che prima di tutti avrà ricadute positive sui rapporti fra soggetti istituzionali di pari dignità anche se di diverse funzioni amministrative.

Un sistema di programmazione - in tempo di sussidiarietà - è coerente se si sviluppa dal basso verso l'alto e se al livello superiore c'è la capacità di ascolto delle istanze e della loro trasformazione in programmi, progetti e prodotti usufruibili dal cittadino.

Oltretutto, una progettualità condivisa e integrata garantisce il rispetto dei principi propri del processo di aziendalizzazione, sia in termini di efficienza del sistema, sia in termini di utilizzo delle risorse umane e finanziarie e con effetto regolatore dei rapporti istituzionali, procedure e competenze finanziarie tra le diverse Amministrazioni.

Conclusioni

In sintesi si può affermare che le norme in vigore sono applicate con molte differenze fra le varie Regioni e che nelle stesse Regioni è in atto un sommovimento complessi-

vo che prepara altri strumenti, altre metodologie, altri modelli.

Si sta correndo oggettivamente il rischio di uno sfilacciamento dell'equità e dei diritti esigibili da parte dei cittadini. Per tentare di impedire una deriva pericolosa il "territorio" deve assumere un ruolo di riferimento oltre a quello che già esprime.

I LEA ed i LIVEAS saranno i parametri di riferimento e tenuta dei modelli che si vorranno affermare.

Se gli amministratori locali non avranno la capacità di essere i fautori di una operazione di chiarezza istituzionale tale da individuare le loro comunità contemporaneamente come un "osservatorio-laboratorio" dove si elaborano strategie operative a favore della collettività di riferimento ed il livello politico istituzionale che ne garantisce la gestione operativa e la usufruibilità, si può correre il rischio di una forte fibrillazione della garanzia dei diritti di cittadinanza.

Il rapporto Regione/Azienda sanitaria/Comune deve sape-

re produrre modelli organizzativi integrati, non solo tra ASL e Comuni ma con l'apporto degli Enti accreditati, e con le funzioni svolte dalle associazioni di rappresentanza sociale, con compiti precisi e diversi per le varie competenze delle istituzioni e dei soggetti che concorrono al sistema.

Per concludere, si deve assumere il sistema sociosanitario e socioassistenziale come elemento portante di un sistema di benessere sociale che, al di là dei modelli diversi nelle diverse realtà di questo Paese, vuole garantire una parità sostanziale nel diritto costituzionale alla salute.

Le diverse tecniche adottate, sicuramente legittime in un sistema federale, non devono intaccare una strategia complessiva di garanzia generale per i cittadini. La pari dignità sta alla base di un risultato che, anche in tempi di "vacche magre" è alla nostra portata, se tutti sapremo operare come *partner* di un progetto generale che esalti gli interessi collettivi e non le risposte particolari.

Interventi

Politiche di intervento nei piani di Enti

Le potenzialità ed i problemi da affrontare

Indirizzi regionali

Enrico Rossi

Assessore Dipartimento diritto alla salute, Regione Toscana

Dopo anni nei quali abbiamo approfondito e riflettuto a lungo, ad ogni livello, sui temi dello stato sociale e della sanità in particolare, si impone una attenta rilettura su ciò che è avvenuto. Sono stati anni durante i quali avrebbe dovuto trovare attuazione la riforma del Titolo V della Costituzione, quel federalismo solidale in sanità che il centro sinistra ha voluto e che la destra ha prima ostacolato e poi definitivamente stravolto con la contro-riforma della Costituzione. Alcune analisi ci dicono che nel nostro Paese i cittadini subiscono maggiori disservizi, è aumentata la spesa a carico delle famiglie, sono aumentate le difficoltà di accesso e sono cresciute le disuguaglianze. Eppure il Servizio sanitario nazionale, una delle più grandi riforme attuate in Italia, ha dimostrato una in-

trinseca capacità di resistere agli attacchi che gli sono stati sferrati e, nonostante tutto, è ancora un punto sicuro di riferimento per i cittadini. Dobbiamo essere consapevoli che, se oggi il sistema sanitario è ancora vivo e ad esso si può guardare come lo strumento fondamentale per rilanciare un'azione basata prioritariamente sui bisogni dei cittadini, lo si deve in primo luogo agli operatori, a tutti gli operatori, alle grandi forze sindacali, alle forze che in Parlamento lo hanno sostenuto e difeso e anche all'impegno delle Regioni. Un momento cruciale di questo impegno è stato il 2001, quando le Regioni hanno chiesto di procedere alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza - non dei livelli minimi, come alcuni chiedevano - come condizione per la stipula di un accordo con il

Governmento. Mai prima dei LEA, già impostati e voluti con la riforma Bindi, la copertura dell'assistenza sanitaria era stata così esplicita, specifica, completa e soprattutto valida su tutto il territorio nazionale. Certo quell'intesa conteneva anche la sottostima delle risorse che con il tempo si è fatta sempre più grave, fino a diventare chiaramente una politica finalizzata al degrado e al soffocamento del sistema. Sono d'accordo con chi sostiene che il problema non è solo finanziario, ma assai meno con chi parla di un generico fallimento dell'esperienza federalista anche su questo versante; i conti vanno fatti per quello che sono, anche per far emergere le vere responsabilità.

La verità è che la quota di finanziamento sul Prodotto interno lordo, nel nostro Paese, è cresciuta a ritmo sostenuto fino al 2001, gli anni del ministero Bindi e del centro sinistra, mentre poi la crescita rallenta e addirittura diminuisce negli anni successivi fino al 2004. E, diversamente da quanto ha ripetutamente affermato il Ministro della sanità del precedente Governo, non si è registrato nessun in-

cremento del fondo sanitario nazionale 2006, a parte un miliardo, la cui erogazione è stata programmata con criteri discrezionali che abbiamo contestato.

Complessivamente le Regioni si sono fatte carico di oneri crescenti e hanno consentito, fino al 2003, di mantenere il sistema in sostanziale equilibrio, sia assicurando un forte rallentamento del trend dei costi intorno al 2-3%, sia coprendo con tasse e fondi propri i fabbisogni ulteriori. In altri termini, in questi anni, a fronte di un Governo che si è rifiutato di verificare l'andamento della spesa e l'effettivo fabbisogno, la maggior parte delle Regioni ha saputo governare, in termini di sostenibilità finanziaria, il sistema sanitario. Anche per questo non è collassato e si presenta oggi quale valido strumento per tutelare il diritto alla salute.

Dunque, l'esperienza di questi anni conferma la strada da noi intrapresa con la riforma del Titolo V, cioè quella della sanità come materia concorrente e di gestione per le Regioni entro un federalismo solidale e cooperativo, da cui può nascere un nuovo impul-

territoriali

che operano a livello regionale e locale.

per realizzare l'integrazione

so a migliorare i servizi e il governo del sistema sanitario. Le Regioni hanno chiesto e ottenuto di riportare le decisioni in materia sanitaria al ministero competente e si sono battute per un Ministero della salute che oggi, nel rispetto delle competenze, coordina e governa il sistema attraverso un lavoro di concertazione con le Regioni, definisce le grandi strategie per la salute, stabilisce le priorità, incentiva le Regioni stesse a collaborare tra loro, supportando quelle più deboli. Nel merito delle cose non c'è dubbio che la grande questione, il grande vuoto assistenziale nel nostro Paese è rappresentato dai problemi derivanti dall'invecchiamento della popolazione e, più in generale, dalla non autosufficienza. Occorre una scelta coraggiosa: un patto tra cittadini, Governo, Regioni e Comuni per istituire un fondo nazionale, un "assicuratore pubblico" su cui far confluire le risorse (non poche) che già lo Stato spende, e una tassa di scopo, rapportata al reddito, che dia ai cittadini che ne hanno necessità la possibilità di esigere un diritto secondo modi di accesso stabiliti e in-

tegrati con il SSN. Una legge per la non autosufficienza può essere una iniziativa vincente perché, in ambito sociale, assume caratteristiche di sofferenza, solitudine, ma anche di lavoro nero e in molti casi di subordinazione della donna. Inoltre, un fondo nazionale così costituito potrebbe essere una importante iniziativa a favore di una buona e qualificata occupazione, a favore dell'equità fiscale e in definitiva della crescita della ricchezza del Paese.

È tuttavia evidente che i temi del futuro del Servizio sanitario e del diritto alla salute nel nostro Paese pongono problemi di prospettiva che ci costringono a ridiscutere le strategie e a compiere uno sforzo di elaborazione di nuovi modelli e di nuovi paradigmi di intervento.

Personalmente vedo il tema della sostenibilità come un invito al chiarimento della missione dello stesso sistema sanitario. Il fine del sistema sanitario non può che essere l'accrescimento dello stato di salute dei cittadini e della collettività.

Dentro le logiche che finora abbiamo seguito - l'efficienza, la razionalizzazione, non-

ché la stessa appropriatezza, cose su cui si deve ancora lavorare - vi è il pericolo di vedere comunque lievitare la spesa e di aggiungere poco o nulla in termini di accrescimento dello stato di salute. Il rischio è di sviluppare un "prestazionismo" sanitario a prescindere dai risultati. Lo stesso sistema aziendale e la misurazione economica delle prestazioni - i drg - sembrano spingere su questa strada, alla fine davvero antieconomica e poco etica.

La scelta della sostenibilità ci chiede di correggere questa distorsione, scegliendo di riorientare la spesa verso la prevenzione primaria e secondaria, aumentando il controllo e migliorando i determinanti ambientali e sociali della salute, investendo sull'informazione e sulla capacità dei cittadini di gestire e migliorare il proprio stato di salute, facendo, nel contempo, un uso corretto delle risorse sanitarie. Accanto ai drg dobbiamo quindi porre prioritariamente gli obiettivi di salute. Accanto al budget dobbiamo chiedere ai medici di individuare essi stessi gli strumenti più congrui per raggiungere risultati di miglioramento della salute

per i propri assistiti.

In definitiva, solo un sistema sanitario pubblico può essere interessato a questa prospettiva, e solo una politica in grado di sviluppare ad ogni livello un vero coinvolgimento degli operatori, dei cittadini, delle forze sociali e istituzionali può prefiggersi di ridefinire le priorità e le modalità per tutelare la salute. Questo è un grande banco di prova per il nuovo Piano sanitario nazionale, un modo concreto di riorientare le risorse. Vorrei fare tre esempi: l'assunzione di vitamina D può, nell'arco di alcuni anni, ridurre del 20% le fratture ossee della popolazione anziana, riducendo la sofferenza e la spesa per i singoli e la collettività.

Con una cifra contenuta di decine di milioni di euro possiamo inoltre attrezzarci per permettere ai bambini che nascono di mantenere per tutta la vita i propri denti. Se lo facessimo a partire dall'anno prossimo, tra 20 anni avremo fatto una rivoluzione nel settore dell'odontoiatria e per l'affermazione della dignità delle persone.

La pandemia del futuro è riconosciuta da tutti nell'obe-

sità: o accettiamo questo dato e attendiamo l'assai futuribile rimedio di un intervento con i farmaci o facciamo con coraggio prevenzione coinvolgendo i medici, le comunità locali, fissando obiettivi di salute a lungo termine.

L'elenco può continuare e aprire prospettive inedite. Pensiamo alla valutazione dell'impatto sulla salute delle varie attività umane: quanto danneggia la salute e quanto costa alla sanità l'inquinamento dell'aria nelle grandi città? Questa visione della sostenibilità non diminuisce ma amplia il diritto alla salute e il suo carattere universalistico, mentre modifica le modalità della tutela e pone il problema di strumenti più congrui per raggiungere l'obiettivo. È un'altra visione culturale che chiama in causa gli operatori e la loro formazione di base e continua, e che richiede, per alcuni aspetti, persino un riorientamento della ricerca e, in una certa misura, dello stesso sistema di imprese che forniscono beni e servizi alla sanità.

Vogliamo continuare il nostro percorso senza rinunciare all'Azienda, che rimane un valido strumento per organizzare i fattori produttivi secondo logiche di efficienza e di efficacia, in un contesto però di responsabilizzazione degli operatori e di democrazia interna, di maggiore apertura all'esterno. Sul territorio, i medici di famiglia, i cittadini, le formazioni sociali devono avere un ruolo effettivo nei Piani integrati di salute, mentre ai Comuni dovrà essere assegnato un ruolo più forte non nella gestione ma nella programmazione e nel governo. È questo il patto che deve sostenere il nostro impegno. Diversamente la sanità diventerebbe come un grande supermercato dove le cose vanno bene finché trovi i prodotti sugli scaffali e non paghi alle casse. Diventerebbe ciò che non vogliamo: cioè insostenibile. L'idea della sostenibilità ci obbliga invece a determinare le strategie, allocare le risorse, porre obiettivi e domande corrette ai professionisti, suscitare la parteci-

pazione la condivisione e anche la mobilitazione intorno a grandi progetti.

Un'altra necessità attuale è quella di stabilire le regole e le forme di controllo affinché siano garantite nel Servizio sanitario nazionale sicurezza, trasparenza e qualità. Penso non soltanto alla vicenda dell'accreditamento delle strutture, ma anche ad un accreditamento qualitativo, più ampio che i sistemi sanitari pubblici di altri Paesi hanno già istituito a garanzia della sicurezza e qualità delle prestazioni. Occorre un sistema di valutazione dei risultati nazionale, pubblico, trasparente, condiviso da tutti i soggetti ma anche puntuale nella sua oggettività, nel rigore e sistematicità. Puntuale anche nello stabilire gli interventi a cominciare dalla formazione che può e deve essere pubblica. Molto dipende dalla qualità dei professionisti, dei primari nominati dai direttori generali, a loro volta nominati dai politici. La nomina dei direttori generali deve avvenire rigorosamente

fuori dalle lottizzazioni e il politico deve stare fuori dalla nomina dei medici.

E allora possono essere riviste e rese più certe le procedure per la formazione dei bandi e la selezione degli idonei, può anche essere rivista la composizione della commissione e i suoi poteri, fermo restando la responsabilità del direttore generale di assumere la scelta finale.

Ma ciò che conta per il cittadino, oltre alla trasparenza delle procedure, è più semplicemente sapere se è in buone mani, se la scelta è stata valida per la sua salute e se i suoi soldi di contribuente sono ben spesi. Contano cioè i risultati, le capacità del professionista, i dati dell'attività che dovrebbero essere pubblici e valutati, con la possibilità di intervenire se si sta al di sotto di certi livelli di qualità e di sicurezza. L'accreditamento della qualità e la valutazione: ecco un altro modo corretto per ripartire dal cittadino e dai suoi interessi su cui siamo chiamati a dare risposte concrete.

Indirizzi comunali

Mariolina Moioli

Assessore alla famiglia, scuola e politiche sociali, Comune di Milano

La realtà milanese è caratterizzata dalla complessità tipica delle grandi città e, pertanto, non

è possibile affrontare la pluralità di espressioni proprie di una città metropolitana senza tenere conto di tutti i

soggetti che in essa operano. In particolare, in un contesto di programmazione di servizi - nello specifico in campo sociosanitario - occorre far tesoro del patrimonio di conoscenze che Milano ha accumulato negli anni. Secondo lo spirito tipicamente ambrosiano, infatti, la nostra Città ha dimostrato di essere una vera e propria fucina di interventi capaci di coniugare le istanze di solidarietà che provengono dal territorio con le risposte

concrete e la voglia di mettersi sempre alla prova.

L'esperienza di *welfare* del Comune di Milano, anche in ambito sociosanitario, si caratterizza per la sua capacità di coinvolgimento degli attori sociali e, in questo senso, malgrado una certa retorica negativa, la famiglia continua a svolgere un ruolo cardine. In questo circolo virtuoso il Comune programma i servizi e il loro finanziamento, provvede all'erogazione diret-

ta degli interventi e definisce le modalità di scelta e di rapporto con gli enti erogatori di servizi. Gli altri soggetti di questo sistema, contemporaneamente, stimolano, sollecitano, co-progettano, realizzano programmi e gestiscono iniziative, sia in forma autonoma che attraverso convenzioni e contributi della pubblica amministrazione.

Un buon governo, della Città e dei servizi da essa offerti, passa prima di tutto da un modello di *governance* ben strutturato. Il nostro ha come obiettivo quello di definire modalità di attuazione concreta delle politiche sociali per la comunità milanese, tenendo come punti fermi la centralità della persona e della famiglia come soggetti primari della costruzione societaria complessiva.

Tutto ciò, coerentemente con alcuni dei principi di *governance* raccomandati in sede europea, si traduce in una serie di impostazioni metodologiche di base.

V'è, in primo luogo, la necessità di una *apertura* convinta rispetto alla possibilità di operare con gli attori della società civile e quindi a spiegare – con un linguaggio accessibile e comprensibile – che cosa fa il Comune e in cosa consistono le decisioni adottate. È questa una richiesta di *partecipazione* attiva nei confronti dei cittadini e dei loro corpi intermedi, dato che qualità, pertinenza ed efficacia delle politiche comunali in ambito socio-sanitario dipendono anche dal grado e dalla qualità di coinvolgimento che si saprà ottenere lungo tutto il loro percorso, dalla prima elaborazio-

ne all'esecuzione. In tal modo, naturalmente, non si intende venir meno al criterio imprescindibile della *responsabilità*: i ruoli all'interno dei percorsi di programmazione e di attuazione dei progetti devono pertanto essere definiti e indicati con chiarezza. Le politiche sociosanitarie del comune, infine, data la loro diretta connessione con il benessere e la qualità della vita delle persone debbono avere tra le loro priorità gli obiettivi della *efficacia* e della *tempestività*.

A supporto di questo modello di lavoro, si è deciso di intervenire nelle singole aree di progettazione, ponendo obiettivi di carattere generale e altri più specifici, in modo che, da un lato, fosse possibile agire trasversalmente, dall'altro, invece, si procedesse approfondendo i singoli temi.

Partendo da questi presupposti e tenendo conto degli spunti che in questi mesi e nei precedenti anni di lavoro sono pervenuti, per esempio, dal *Forum Provinciale del Terzo Settore* e dalla ASL Città di Milano, si è preso atto dell'importanza di rafforzare il livello dell'integrazione sociosanitaria. Una presa d'atto che fa parte, dunque, degli obiettivi strategici dell'Amministrazione comunale.

Se l'integrazione sociosanitaria a Milano è una realtà acquisita ormai da diversi anni, proprio dalla consolidata collaborazione tra ASL e Comune proviene un forte *input* per la ri-programmazione del servizio sociosanitario cittadino, sia alla luce di un mutato sistema di norme di riferimento (nazionali e regionali), sia per acquisire un più alto grado di

efficacia degli interventi.

È in questa prospettiva che si sta procedendo alla revisione dei numerosi Protocolli attualmente operativi e che, nel rispetto delle reciproche competenze, si stanno predisponendo strumenti di raccordo tra gli operatori dei servizi, in un'ottica di ottimizzazione dell'efficienza. Per le stesse ragioni, inoltre, si sta pensando di rafforzare anche la collaborazione con le Aziende ospedaliere in funzione di una adeguata e più veloce risposta ai bisogni dei cittadini. Sempre in accordo con la ASL, nel contempo, si sta per elaborare una sperimentazione di sostegno economico, slegato dai criteri di reddito, per sostenere la domiciliarità di pazienti affetti da gravi e complesse patologie, non solo di anziani e disabili. La gestione del *budget* stanziato dovrebbe essere affidato alla ASL tramite un sistema di trasferimento e rendicontazione periodica, come già avviene nell'ambito della salute mentale.

Se l'obiettivo è quello di garantire a tutti i milanesi un'adeguata assistenza sanitaria, infine, si può comprendere le iniziative del Comune per la promozione e lo sviluppo delle funzioni di raccordo, pianificazione e coordinamento con la Regione Lombardia e con le Aziende sanitarie locali, per la localizzazione dei servizi ospedalieri e la distribuzione dei presidi sanitari. Unitamente a tali azioni, ancora, si stanno studiando forme di incentivazione, in accordo con le categorie professionali, per una migliore distribuzione dei servizi sanita-

ri. A questo andranno aggiunte, specialmente per iniziativa della nuova Direzione centrale per la salute, politiche della prevenzione sanitaria, come l'educazione alla salute attraverso la promozione di corretti stili di vita rivolta alle diverse fasce della popolazione; interventi a favore delle persone con disabilità, disagio psichico e delle loro famiglie e poi ancora reti di collegamenti internazionali per la condivisione di progetti, informazioni e banche dati.

Il Comune di Milano, come ho cercato qui di sintetizzare, sta dunque intensificando una rete di servizi per poter rispondere in modo sempre più differenziato e personalizzato alle domande sempre più vaste e diversificate che la popolazione (*in primis* la popolazione anziana) presenta, nella crescente consapevolezza dell'urgenza di individuare strategie che bilancino l'intervento mirato e specifico (come la riabilitazione e la cura sanitaria) con l'intreccio di interventi che supportino la qualità della vita in un'ottica di mantenimento dell'anziano nel proprio contesto di quotidianità.

Proprio per questo motivo, pur senza farne una sorta di totem, l'Amministrazione comunale di Milano promuove la cultura della domiciliarità, soprattutto laddove essa coincide con l'obiettivo di una qualità dei servizi, collegato a un sistema di valori che pone al centro la persona con le sue esigenze fisiche e relazionali. Da questo punto di vista, la rete dei servizi a sostegno della domiciliarità

si è andata consolidando: l'assistenza domiciliare, per esempio, da servizio puramente "assistenziale" si sta evolvendo verso una dimensione di valorizzazione dello spazio quotidiano di benessere, affiancata da un insieme di ulteriori servizi che la supportano e la integrano. La *Teleassistenza*, per citare un altro aspetto, oltre all'intervento di emergenza attivato da un apparecchio, è in grado di attivare anche la rete di conoscenze e parentali dell'anziano, garantendo un supporto e un sostegno per valutare eventuali necessità

e condizioni fisiche dell'anziano. Un altro modello innovativo di presenza nei quartieri a maggiore insediamento popolare è il *Portierato sociale* attraverso cui si svolge una funzione di ascolto, segnalazione e intervento preventivo per i rischi di grave emarginazione. A tale servizio è stata affiancata la sperimentazione - avviata con i finanziamenti ministeriali dalla Regione Lombardia - dei *custodi sociosanitari*. A tutto ciò si deve poi aggiungere l'avvio del progetto *Affidarsi* con cui si propone l'incontro tra famiglie disponibili a porsi

come punto di riferimento per anziani soli, mentre con l'attivazione del *Pronto intervento permanente* per le emergenze, permette la segnalazione delle situazioni ritenute a rischio per gli anziani da parte di tutti i cittadini. È con lo sviluppo degli *Sportelli unici integrati*, ancora, che si intende fornire un punto di accesso sociosanitario a favore della popolazione anziana. Si è inoltre avuto un incremento di servizi ad alta integrazione sociosanitaria, quali i centri diurni integrati e le Residenze sanitarie assistenziali, quest'ultime ogget-

to di una specifica programmazione dell'Amministrazione per consentire il permanere nella Città dei cittadini anziani non autosufficienti bisognosi di ricovero. Anche sul terreno della programmazione sociosanitaria la strada migliore e per certi aspetti obbligata è quella della messa a sistema delle competenze, delle conoscenze e dei presidi: solo così si potrà cercare di tenere il passo della rapida evoluzione e trasformazione della domanda di servizi sociosanitari qualificati e di facile accessibilità.

Carla De Albertis

Assessorato alla salute,
Comune di Milano

La nuova Amministrazione comunale milanese ha deciso di istituire nuovamente, dopo tanti anni, l'Assessorato alla salute. Un Assessorato che vuole porsi come un punto di contatto tra le istituzioni, l'ASL e il mondo dell'associazionismo, per facilitare il contatto con i cittadini e poter formulare delle proposte in ambito di salute. Si è partiti, infatti, dal presupposto che l'informazione sanitaria deve essere finalizzata all'educazione della cittadinanza verso abitudini e comportamenti utili alla conservazione della salute, intesa non solo come assenza di malattia, ma anche, secondo quanto stabilito dall'Organizzazione mondiale della sanità, come benessere psicofisico. L'Assessorato si pone, quindi, come obiettivo primario la

promozione della cultura della salute e della prevenzione, attraverso l'informazione e la sensibilizzazione sull'importanza delle sane abitudini e dei corretti stili di vita. È già stata avviata una stretta collaborazione con la Regione Lombardia, con l'ASL e con tutte le categorie che si occupano di sanità, in modo tale da poter fornire all'area milanese un'interfaccia con tutte le associazioni che si occupano di salute e creare una rete sistematica di ascolto nel territorio. Nei primi mesi di attività l'Assessorato ha istituito alcuni Tavoli per l'approfondimento di materie specifiche. Tra questi, il primo avviato è il "Tavolo permanente delle professioni sanitarie", accolto con grande favore dagli Ordini professionali, creato con l'obiettivo di riunire attorno ad

un tavolo tutte le categorie che si occupano di sanità e non solo, per poter congiuntamente elaborare strategie, formulare proposte, progetti sperimentali e "modelli" utili a rispondere alle esigenze specifiche dei cittadini milanesi in tema di salute. Con gli Assessorati alla Mobilità, Trasporti e Ambiente, e Ricerca e Innovazione, è stato istituito il "Tavolo ambiente e salute", per avviare un monitoraggio sui fondamentali indici che riguardano la salute e la qualità di vita dei milanesi in modo tale da poter conoscere e valutare i provvedimenti che saranno presi dall'Amministrazione riguardo alla mobilità, l'ambiente e la salute. Partecipano al Tavolo un gruppo di professori universitari, ricercatori ed esperti del rapporto tra qualità dell'aria e salute e, a breve, verrà presentato un progetto di ricerca e monitoraggio, nonché ipotesi di innovazioni

tecnologiche in materia di salute. Di concerto con l'Assessorato alle attività produttive, con la Camera nazionale della moda italiana, con le agenzie delle modelle e i medici, si è già riunito più volte il tavolo "Moda e Salute", che si propone, invece, di avviare una campagna destinata alle giovani ragazze per proporre un modello positivo di bellezza, di professionalità, ma soprattutto di salute attraverso la moda. Questo significa lavorare non solo sul delicato tema dell'anoressia, ma anche sul problema della droga, molto diffuso nel mondo della moda. A breve, sarà pronto un "codice etico", che spetterà poi alla volontà delle case di moda, dei fotografi, dei giornalisti, degli agenti delle modelle e di tutti coloro che lavorano nel *fashion system* di firmare ed applicare. I punti salienti del codice riguardano l'età delle indossatrici (dai se-

dici anni in su), la taglia e l'indice di massa corporea.

L'Assessorato ha già cominciato a realizzare campagne ed eventi informativi e promozionali tesi a favorire l'adozione di modelli comportamentali positivi, sostenendo la realizzazione di progetti mirati a sensibilizzare i cittadini sull'importanza fondamentale dell'informazione e della prevenzione. Una corretta prevenzione significa infatti, nello stesso tempo, migliore qualità della vita e abbattimento della spesa sanitaria. Prevenzione, quindi, come investimento per il futuro.

A tal proposito, per la Giornata mondiale per la lotta al-

l'AIDS, l'Assessorato alla salute ha organizzato una campagna di sensibilizzazione per la prevenzione della malattia che ha previsto una diffusione capillare in tutta la città di: manifesti; locandine distribuite nelle farmacie pubbliche e private, nei consigli di zona e nei vari centri del Comune di Milano; volantini; *promo card* e uno *stand* nel pieno centro della città in cui sono stati distribuiti *gadget* promozionali e materiale informativo.

Dalla collaborazione con l'ASL e con l'Assessorato alla famiglia, scuola e politiche sociali è nata, invece, la campagna antinfluenzale che ha preso il via ad ottobre e che, per la

prima volta, ha visto nove Centri socio-ricreativi del Comune di Milano trasformati in ambulatori vaccinali. Tale iniziativa sperimentale è nata dalla volontà di agire attraverso un'integrazione socio-sanitaria, avviare una collaborazione istituzionale e, infine, portare il servizio verso i cittadini per renderlo disponibile a un maggior numero di persone.

Un altro dei punti salienti del programma che l'Assessorato sta realizzando è affrontare le problematiche dell'universo Salute-Donna, attraverso il contributo delle associazioni del settore. Da una di queste collaborazioni è nata, per

esempio, l'idea di distribuire alle cittadine milanesi una *brochure* sul tema della menopausa, tratta dagli atti di un convegno con i massimi esperti, organizzato recentemente a Palazzo Marino.

Nel mese di giugno 2007 è inoltre in programma la "Settimana del benessere", durante la quale i milanesi verranno coinvolti in un percorso alla scoperta del benessere e della salute in vari punti della città.

In generale l'Assessorato si propone di diventare un punto di riferimento per i cittadini milanesi per fare di Milano la "Capitale della salute e del benessere".

Indirizzi a livello ospedaliero

Paolo Saltari

Direttore generale Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli", Pordenone

Le recenti indicazioni di politica sanitaria, sia a livello nazionale che delle diverse Regioni, sollecitano lo sviluppo di attività basate su una programmazione strategica integrata dei servizi sanitari che interessa sia quelli ospedalieri che quelli territoriali.

L'attività di governo deve tenere nella massima considerazione i reali bisogni del cittadino - utente, puntando a sviluppare percorsi di continuità assistenziale, in un'ottica di miglioramento conti-

nuo della qualità dei servizi e delle cure.

Secondo recenti stime nel 2050, nei Paesi occidentali, la spesa sanitaria per l'assistenza agli anziani sarà più che doppia rispetto a quella destinata all'acuzie. L'Italia è tra i Paesi con più forte invecchiamento della popolazione. In base alle previsioni dell'Istat, la quota di popolazione con età superiore ai 65 anni, passerà dall'attuale 18% al 28% nel 2030. In termini assoluti si passerà dai 10.4 milioni di individui ai 16

milioni nel 2030 ed il *trend* appare in costante ascesa. A crescere notevolmente sarà la componente dei molto anziani nell'ambito della quale più elevato è il riscontro della disabilità (47,4%). Molti anziani affetti da patologie cronico-degenerative perdono, in modo più o meno completo, le più semplici ed elementari abilità, indispensabili per la vita quotidiana (mangiare, alzarsi dal letto, curare la propria igiene, camminare, vestirsi, ecc). Tale situazione conduce ad un progressivo isolamento psicologico con regressione e scarsa partecipazione al progetto di cura. I mutati bisogni e le nuove domande di salute fanno presupporre nuove modalità di risposta, basate sui principi della continuità delle cure di lunga durata (*long term care*) e dall'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali.

Gli aspetti di maggior rilievo socio - sanitario, incisivi per lo sviluppo del sistema sanitario, riguardano:

- Il progressivo invecchiamento generale della popolazione.
- L'aumento dell'aspettativa di vita media dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative.
- La riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari.
- L'accresciuta esigenza dei cittadini di partecipare attivamente alle scelte che riguardano le diverse opzioni assistenziali e curative.
- Il cambiamento del concetto di salute, intesa non solo come assenza di malattia, bensì come benessere psico-fisico e sociale.
- La più diffusa sensibilità per le problematiche della prevenzione.

- La modificazione dei processi e percorsi clinico-diagnostici e terapeutici, dovuta ad una sempre maggiore disponibilità di tecnologie avanzate e strumenti terapeutici di dimostrata efficacia.

L'obiettivo è quello di offrire una risposta, sempre più efficace ed efficiente, alla domanda di salute da parte della popolazione.

È ovvio che il raggiungimento di questo obiettivo non è certamente semplice, considerando le differenti e complesse modalità organizzative che caratterizzano sia l'Ospedale che il territorio. Si tratta di adottare un vero cambiamento di stile nei rapporti tra Ospedale e territorio, con un passaggio dalla competizione all'integrazione.

In particolare, cambia il ruolo ed il modo di porsi dell'Ospedale nello scenario dei servizi. Da un lato deve essere aperto alle diverse esigenze degli operatori e dei cittadini, costruito come luogo a misura d'uomo, centrato sulla persona e sulle sue esigenze; dall'altro, deve rispondere ai dettami di una tecnologia in continua progressione e non sempre rispondente a criteri di "umanizzazione". Solo un perfetto equilibrio tra questi aspetti può garantire la presenza di un'attività ospedaliera efficiente ed efficace su un piano clinico - assistenziale rivolto alla modernità.

Occorre, quindi, sempre più frequentemente fare ricorso a strumenti e metodologie di innovazione organizzativa sempre più attuali come, ad esempio, la *governance clinical e integrated* cioè il siste-

ma attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati e assicurano elevati livelli di assistenza, realizzando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica.

Sulla scorta di queste considerazioni e per il raggiungimento di una piena integrazione tra Ospedale e territorio, tenendo nella giusta considerazione le differenti e complesse modalità organizzative che caratterizzano le diverse organizzazioni l'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone e l'Azienda socio sanitaria 6 del Friuli Occidentale, si sono impegnate negli ultimi anni a mettere in campo azioni strategiche ed organizzative che rispondessero a queste esigenze.

L'esperienza delle Aziende sanitarie di Pordenone punta all'avvio di una serie di "servizi in rete", condivisi tra l'Azienda territoriale e quella ospedaliera e caratterizzati da aspetti operativi intersettoriali ed interprofessionali. Secondo le indicazioni di pianificazione strategica della Regione Friuli - Venezia Giulia, l'Azienda ospedaliera si caratterizza come Ospedale per acuti ad alto livello di tecnologia ed assistenza con elevato livello di complessità organizzativa.

L'Azienda territoriale è a sua volta impegnata a rispondere sia ai bisogni sanitari - anche attraverso la rete dei propri Presidi ospedalieri - che a quelli di carattere preventivo e sociale, con un'attività complessiva rivolta allo sviluppo

della salute nella comunità.

La partecipazione dell'Azienda ospedaliera ai percorsi operativi di quella territoriale prevede, ovviamente per la parte di interesse ospedaliero, anche la collaborazione al Programma attività territoriali (PAT), strumento della pianificazione regionale ed aziendale, per stabilire le politiche sanitarie e sociosanitarie dei Distretti nella Regione Friuli - Venezia Giulia. Gli interventi riguardano in particolare le aree della prevenzione, degli anziani ed adulti multiproblematici, l'assistenza specialistica, la salute mentale, le disabilità, l'area materno-infantile, le dipendenze, lo sviluppo di percorsi nell'ottica della continuità assistenziale.

Il percorso di programmazione integrata tra l'Azienda ospedaliera e quella territoriale ha puntato a realizzare un'attività di *governance* caratterizzata da una crescente attenzione verso l'appropriatezza delle cure, i reali bisogni di ciascun paziente ed ad un uso più razionale delle risorse.

Il processo di *governance* interaziendale, prevedendo il coinvolgimento delle diverse figure, tende a favorire lo sviluppo di professionalità e di strumenti, anche di carattere gestionale oltre che una più efficace razionalizzazione delle risorse.

Il processo di cambiamento ha puntato sulla realizzazione di Dipartimenti interaziendali e di percorsi assistenziali con una rete di servizi a carattere provinciale in particolari ambiti ritenuti importanti per una migliore risposta alla domanda assi-

stenziale da parte della popolazione. Sono state avviate una serie di attività distinte per "processi" o percorsi di diagnosi e terapia, sia in senso orizzontale che verticale, con una integrazione fra i diversi servizi.

Gli interventi organizzativi, oltre allo sviluppo di percorsi necessari per garantire la continuità assistenziale tra Ospedale e territorio, hanno interessato settori ritenuti strategici come la nefrologia e la dialisi, i servizi di laboratorio, radiologia, riabilitazione. La valutazione in un'ottica di sviluppo sociosanitaria comprende anche percorsi per il miglioramento dell'offerta nell'ambito dell'endocrinologia e della diabetologia.

Nell'attività realizzativa è stato tenuto in particolare considerazione il ruolo determinante della struttura dipartimentale quale strumento dell'integrazione multi-professionale. È stata avviata la realizzazione di specifici Dipartimenti e percorsi assistenziali in particolari settori di intervento e che vedono l'impegno integrato di professionisti dell'Azienda ospedaliera e di quella territoriale. Le modalità operative devono favorire ed intensificare lo scambio di informazioni tra i diversi attori del sistema e rafforzare la rete relazionale tra le diverse strutture interaziendali.

Le scelte strutturali - organizzative, collegate alle indicazioni regionali nell'ottica di un miglioramento del governo clinico, prevedono la possibilità di costituire Dipartimenti interaziendali sia di tipo "verticale gestionale" che "orizzontale funzionale".

Per una più utile comprensione delle diverse fasi della programmazione interaziendale riportiamo in maniera sintetica le indicazioni riguardanti i diversi progetti attuativi che, considerata la complessità assistenziale ed organizzativa, anche in rapporto alle risorse da impegnare e per una migliore risposta in termini sia qualitativi che quantitativi, ha richiesto un impegno attuativo particolarmente elevato.

- **Nefrologia e dialisi.** Prevista la realizzazione di una struttura di riferimento provinciale con elevata intensità assistenziale (sede AO di Pordenone) e tre strutture semplici presso gli Ospedali dell'ASS 6. Si punta ad offrire prestazioni di eguale livello qualitativo migliorando la qualità; valorizzare la professionalità degli operatori; ottenere sinergie gestionali con miglioramento dell'efficienza; ridurre la spesa per prodotto di consumo e manutenzione anche con economie di scala; mettere in rete telematica le varie sedi per un rapido trasferimento delle informazioni.
- **Laboratorio.** La razionalizzazione dell'offerta e dell'organizzazione dei servizi diagnostici del Laboratorio (Patologia clinica, Microbiologia, Immunotrasfusionale e Anatomia patologica), punta alla realizzazione di una "rete dei laboratori" a gestione unica per l'Area vasta pordenonese, con 4 linee di ottimizzazione (Emergenza-urgenza; Attività ambulatoriali; Buon uso del sangue; Linee

di produzione; Formazione). Sviluppo della funzione di Medicina di laboratorio in ambito ospedaliero e territoriale secondo standard di sicurezza ed accreditamento, nell'ottica dell'efficacia e dell'appropriatezza.

- **Servizi radiologia.** La riorganizzazione delle attività dei servizi di diagnostica per immagini punta a garantire servizi equi nell'area provinciale, con particolare attenzione all'area pedemontana. Previsto il rafforzamento delle attività di urgenza di primo livello mediante l'integrazione interaziendale con un impiego più razionale delle risorse delle due Aziende. In una prima fase, un servizio interaziendale di guardia radiologica (indagini radiologiche convenzionali con TC senza mezzo di contrasto) dalle 8.00 alle 20.00, mediante telegestione e tele-diagnosi da un punto unico provinciale, presso l'AO di Pordenone.
- **Riabilitazione.** Integrazione e continuità assistenziale, intra ed extra ospedaliera, rappresentano le caratteristiche fondamentali dei processi assistenziali in ambito riabilitativo. Attenzione sia allo sviluppo quali-quantitativo della rete dei servizi rivolti all'utenza, che all'appropriatezza delle prestazioni erogate in un'ottica di continuità assistenziale. Previsto un potenziamento qualificato dell'offerta complessiva, anche con l'attivazione e riconversio-

ne di posti letto per acuti e post-acuti. Le iniziative rientrano nelle attività previste dal Piano provinciale della Riabilitazione.

- **Ospedale - territorio per continuità assistenziale.** L'istituzione di uno specifico Dipartimento interaziendale tende a favorire una collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali che operano sul territorio, non solo in ambito sanitario, ma anche politico-sociale. L'obiettivo è di garantire continuità di cure programmate in regime di ammissioni e dimissioni protette in Case di riposo ed RSA. Le attività in questo settore rappresentano una forma di integrazione che vede impegnati sul campo l'Azienda ospedaliera, l'ASS 6 territoriale ed il Comune di Pordenone. In particolare, in collaborazione con l'Azienda sanitaria territoriale ASS 6 di Pordenone, sono stati attivati in RSA interventi di tipo riabilitativo, rivolto a pazienti portatori di esiti di ictus o di altre patologie cerebrovascolari. L'Azienda ospedaliera, dalla quale provengono *in primis* i pazienti nel percorso assistenziale, garantisce la presenza specialistica, in particolare del neurologo e del fisiatra; mentre il Comune ha la gestione dei servizi delle RSA. Si tende anche ad assicurare un valido percorso assistenziale per particolari condizioni come Assistenza domiciliare integrata - ADI; cronicità ultima, stati vegetativi, NAD, ecc.

- **Offerta endocrinologica.** Si vuole offrire una risposta in termini organizzativi e gestionali alla crescente domanda in questo ambito clinico. Si punta su una forte integrazione tra specialità diverse con collaborazione interdisciplinare. Il percorso assistenziale, in rapporto alla complessità del problema clinico, prevede attività caratterizzate dall'integrazione tra i medici di Medicina generale ed i servizi di diagnosi e cura dell'Azienda ospedaliera, in rapporto con gli ospedali di rete.

- **Diabetologia.** Anche se attualmente l'organizzazione dei Servizi di Diabetologia e degli Ambulatori diabetologici nella Provincia evidenzia una buona distribuzione sul territorio risulta necessaria intervenire sugli orari di apertura ed uso razionale delle risorse. L'integrazione comprende la rete dei MMG, gli ambulatori dell'Azienda ospedaliera e degli Ospedali di rete dell'ASS 6 e l'attivazione di un'assistenza di secondo livello anche di carattere pediatrico.

Gli aspetti dell'integrazione con il territorio e la ricaduta sul contesto sociosanitario sono stati tenuti in considerazione anche per scelte innovative riguardanti il contesto interno dell'organizzazione ospedaliera. In particolare è stata realizzata una revisione degli aspetti organizzativi puntando ad un processo di *facility* teso ad identificare i bisogni diversificati non solo legati alle diverse patologie, ma anche alle caratteristiche

soggettive del paziente. Integrazione e continuità assistenziale intra e extra ospedaliera devono rappresentare una caratteristica fondamentale dei processi assistenziali, intensificando lo scambio di informazioni tra i diversi attori del sistema e rafforzando la rete relazionale tra i diversi Dipartimenti ed unità operative, oltre che di scambio di

personale.

- *Riorganizzazione del sistema emergenza-urgenza di Area vasta.* In una logica di una più forte integrazione tra Ospedale e territorio è stato rivisto questo sistema, anche se negli anni aveva garantito una particolare efficacia in termini di accesso al sistema. Il suo rimodellamento nel-

l'ambito dell'Area vasta di Pordenone ha interessato specifici aspetti, quali i tempi, l'adeguatezza del soccorso, la corretta risposta intraospedaliera, tenendo conto delle sinergie a livello delle diverse strutture regionali. Presso l'Azienda ospedaliera è presente il servizio di eli-soccorso, a valenza regio-

nale, con base ad Udine. L'insieme di queste attività strategiche, basate su criteri di *governance*, rappresentano il tessuto connettivo per l'indispensabile processo di crescita per l'integrazione tra Ospedale e territorio, con un'assistenza ospedaliera sempre più aperta e proiettata verso i bisogni complessivi del cittadino-utente.

Indirizzi a livello di ASL

Fortunato Rao

Direttore generale ULSS 16, Padova

Il decreto legislativo di riforma della sanità, emanato il 19 giugno 1999, con il n. 229, definisce il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali svolte per garantire il rispetto e la dignità della persona umana. Lo stesso decreto prevede l'individuazione, nel Piano nazionale sanitario, dei *Livelli essenziali e uniformi di assistenza* per:

- rispettare la dignità della persona umana;
- garantire risposte rispetto ai bisogni di salute;
- garantire equità nell'accesso all'assistenza;
- promuovere qualità e appropriatezza dell'assistenza;
- favorire l'economicità nel-

l'impiego delle risorse. Lo stesso decreto stabilisce che l'individuazione dei Livelli essenziali di assistenza è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie e che le prestazioni comprese nei Livelli essenziali di assistenza sono garantite a tutti gratuitamente o con partecipazione alla spesa. Il Nuovo patto sulla salute, sancito il 28.9.2006 nel Protocollo di intesa tra Stato e Regioni, ha, tra i propri obiettivi, il rafforzamento delle capacità programmatiche e organizzative delle Regioni e la promozione di azioni incisive di miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni,

nel rispetto della piena erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. Tra le azioni necessarie per raggiungere questi obiettivi di miglioramento, vengono sottolineate il rafforzamento delle attività di prevenzione, la riorganizzazione, il potenziamento delle cure primarie, lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria a cominciare dall'assistenza ai non autosufficienti. Già nel 2003-2005, il Piano sanitario nazionale aveva indicato la necessità di superare definitivamente la centralità ospedaliera e di innovare il sistema di tutela della salute sul territorio partendo dalla *primary care* (termine tradotto come cure primarie) che comprende l'integrazione sociosanitaria e le diverse tipologie di assistenza, da quella domiciliare a quella semi-residenziale e residenziale, dall'equipe territoriali fino alle UTAP (Unità territoriali di assistenza primaria). Gli obiettivi del Piano erano

ambiziosi e riguardavano la realizzazione di una "rete integrata di servizi sanitari e sociosanitari per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili, nonché la "promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari".

L'obbligatorietà dell'attuazione dei Livelli essenziali di assistenza è stata riaffermata nell'accordo dell'8 agosto 2001¹, il quale incrementa le risorse finanziarie delle Regioni per spese sanitarie, stabilendo allo stesso tempo che la validità dell'accordo è subordinata alla adozione dei nuovi Livelli di assistenza definiti dalla Conferenza permanente Stato-Regioni e Province autonome.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta del 22 novembre 2001, ha raggiunto l'accordo sui Livelli essenziali di assistenza².

¹ Concernente: "Accordo tra Governo, Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 (repertorio atti 1004) e il 22 marzo 2001 (repertorio atti 1210) in materia sanitaria. In Gazz. Uff. 6 settembre 2001, n. 207.

² Concernente: Accordo tra Governo, Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui Livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. In supplemento ordinario Gazz. Uff. n. 19 del 23 gennaio 2002.

L'accordo del 22 novembre è stato recepito con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 29 novembre³ 2001.

Le Regioni devono dare attuazione alla normativa prima citata, tenendo presente che i Livelli essenziali uniformi di assistenza emanati dal Presidente del Consiglio dei ministri costituiscono il livello minimo applicabile per garantire a tutti i cittadini le prestazioni che da essi derivano.

Le Regioni, previa concertazione con le autonomie locali, possono emanare ulteriori Livelli di assistenza, prevedendo le relative prestazioni e assumendo i finanziamenti conseguenti.

Il DPCM del 29 novembre 2001, si apriva con una sottoarticolazione del Livello di assistenza territoriale decisamente interessante e forniva indicazioni sull'incerta area dell'assistenza sociosanitaria individuando, per le tipologie di prestazioni nelle quali la componente sociale non è distinguibile da quella sanitaria, la percentuale di costo che è attribuibile al Servizio sanitario nazionale e che rimane pertanto a carico del Comune o dell'utente stesso. Una individuazione difficile che pone con urgenza la necessità di individuare specifiche risorse a favore degli Enti locali ma anche di affinare gli strumenti per misurare più accuratamente il bisogno dei soggetti più fragili.

L'accordo sui Livelli essenziali di assistenza impone anche la definizione qualitativa e

quantitativa degli standard delle prestazioni, per le quali esistono poche specifiche indicazioni sul piano nazionale e ancor meno su quello delle Regioni. Ciò ha reso ancora più problematica la realizzazione in ambito nazionale delle prestazioni sociosanitarie ricomprese nei LEA, che risultano spesso solo dichiarate, ma sono sprovviste di reale esigibilità.

I Livelli essenziali costituiscono un vero e proprio diritto soggettivo del cittadino, anche se l'erogazione delle prestazioni richiede una programmazione degli interventi che deve avvenire in un quadro concertato di copertura finanziaria e di modelli organizzativi innovativi che presumano prioritariamente l'integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali.

Ciò è tanto più urgente ove si consideri la rapida evoluzione della struttura demografica della popolazione che impone scelte programmatiche capaci di cogliere il cambiamento, di riorganizzare il sistema delle risorse per rispondere ai nuovi bisogni e di prevedere gli scenari futuri.

Se il concetto di *politica sociosanitaria a favore degli anziani* viene inteso in senso ampio, come scelta di indirizzi, strumenti, modalità e risorse finalizzate alla tutela e allo sviluppo di tutte le condizioni fisiche, economiche, umane e relazionali che incidono sulla qualità della vita e sul benessere dei cittadini e delle famiglie, allora le strategie di promozione della sa-

lute non possono prescindere da una responsabilizzazione complessiva della comunità locale e da una politica di promozione della solidarietà fra generazioni.

Agire in questa prospettiva significa per le istituzioni pubbliche essere orientati:

- ad aumentare la consapevolezza della comunità sui bisogni presenti e sulle potenzialità di risposta;
- a promuovere, rinforzare e sostenere, le reti di aiuto informale, più vicine all'individuo;
- ad "irrobustire" le reti istituzionali, promovendone la competenza e l'integrazione.

Tra questi obiettivi *l'integrazione*, intesa come strategia che muove dalla consapevolezza dei legami di interdipendenza di ogni intervento e dell'unitarietà della persona, rappresenta una sfida programmatica ed operativa volta ad assicurare efficacia alle politiche sociosanitarie, livelli adeguati, sotto il profilo della quantità e della qualità, di servizi per il cittadino e la continuità dei percorsi di cura e assistenza.

La valutazione integrata dei bisogni e degli interventi

Soprattutto per i soggetti fragili sia dal punto di vista sanitario che sociale, l'analisi della natura del bisogno e dei criteri per definire le prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfarlo hanno subito radicali cambiamenti nel tempo. Da un modello teorico

che teneva in considerazione solo le menomazioni dell'individuo e le sue conseguenze sulle sue capacità funzionali, si è passati ad una analisi complessa della natura del bisogno letta ora in termini di impatto sull'attività e sulle funzioni psicofisiche del soggetto, in termini di fattori di contesto familiare e di partecipazione alla vita sociale che concorrono a definire meglio la complessità, l'intensità e la durata dell'intervento assistenziale. (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie).

Al centro del processo assistenziale va dunque riportata la persona malata e la sua famiglia, con forte accentuazione del diritto delle persone a incidere sulle scelte assistenziali e ad essere destinatarie di interventi coordinati, continuativi, flessibili e tempestivi. La vera integrazione sociosanitaria è possibile solo se la persona e la sua famiglia vengono valutate con strumenti di valutazione integrata che permettono agli operatori sanitari e sociali di mettere in atto un piano di assistenza condiviso e individualizzato. Con strumenti multidimensionali e multiprofessionali, è possibile la continuità delle cure, l'appropriatezza degli interventi, il supporto alla famiglia, il rafforzamento della rete di assistenza formale ed informale. L'utilizzo di questi strumenti in alcune Regioni italiane da parte di équipe di Valutazione multidimensionale distrettuali ha portato al centro del-

³ Pubblicato in supplemento ordinario n. 26 Gazz. Uff. n. 33 del 8 febbraio 2002.

l'attenzione del sistema territoriale il paziente cronico con la sua rete familiare e ha, per la prima volta, affidato alle cure primarie la valutazione della persona non-autosufficiente e del suo accesso alla rete dei servizi sia sanitari che sociali.

L'aver spostato l'asse valutativo sul territorio ha dato un forte impulso alla domiciliarità ed ha potenziato le capacità dei servizi afferenti alle cure primarie di:

- erogare al domicilio del cittadino forme di cura e di intervento sanitario tradizionalmente erogate in contesto di ricovero ospedaliero;
- agevolare le famiglie che scelgono di assistere a casa le persone non-autosufficienti e di sostenerne la qualità della vita;
- conservare il più a lungo possibile o di recuperare le proprie autonomie ricorrendo all'istituzionalizzazione solo quando inevitabile;
- valorizzare e sostenere le capacità auto-organizzative personali e familiari in una logica di *empowerment* e non di dipendenza assistenziale passiva.

Integrazione e innovazione: il cittadino e la rete

Appare evidente, dunque, che per migliorare l'integrazione e per promuovere l'innovazione è necessario partire dal cittadino e non dalle istituzioni o dalle strutture, che tendono ad essere autoreferenziali e a produrre solo i servizi che sono in grado di produrre. È altresì necessario uniformare i sistemi di offerta locali e le

modalità di fruizione degli interventi soprattutto salvaguardando principi di equità rispetto ai Livelli essenziali di assistenza ed alle forme di esigibilità dei diritti.

È necessario governare i percorsi di cura tra i diversi nodi della "rete" del territorio, potenziando e diversificando l'offerta in relazione alla natura e alla complessità del bisogno ed è fondamentale potenziare la capacità del sistema di autoregolare ed integrare le parti che lo compongono e di orientarsi unitariamente al cittadino facilitando, attraverso l'informazione e modalità organizzative aperte e tra loro collegate, l'accesso alle risposte disponibili con strumenti quali gli sportelli integrati o le carte dei servizi.

Nell'accesso alla rete dei servizi proprio i soggetti fragili spesso incontrano le maggiori difficoltà e soprattutto nella transizione da un *setting* di cura all'altro sono le persone che più frequentemente devono superare barriere di vario genere tra cui barriere organizzative, burocratiche, culturali, economiche e, non ultime, anche architettoniche. E nell'affrontare questi ostacoli, questi soggetti fragili, a volte non riescono ad avere pieno accesso alla filiera dei servizi ed entrano in percorsi tortuosi e complessi in cui la rete dei servizi invece che proteggere, avviluppa ed intrappola la persona in situazioni di preferenze disattese, carenze assistenziali e bisogni insoddisfatti.

La rete diventa la dimensione fondante dell'integrazione sociosanitaria, perché solo

all'interno di una rete che si raccorda ad altre reti (volontariato, privato sociale, privato accreditato) la persona più fragile può essere protetta, trattenuta e guidata nel suo percorso che è inevitabilmente dettato da bisogni, non sempre chiaramente espressi, sia sanitari che sociali in una alternanza difficilmente inquadrabile da logiche burocratiche o da sistemi rigidi di attribuzioni di competenze. L'attenzione a come garantire ai cittadini, ovunque si trovino, l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in particolare di livello territoriale costituisce un banco di prova dell'effettiva integrazione e costruzione di una rete coesa e solidale in grado di sostenere il cittadino nel momento difficile della non-autosufficienza, della cronicità, della dipendenza e della disabilità. La delicata fase di passaggio da un ambiente di cura all'altro, di cui l'esempio paradigmatico è la transizione ospedale-territorio-ospedale, è oggetto di intensa analisi da parte di tutti gli esperti di organizzazione dei sistemi sanitari sia a livello nazionale che internazionale. Essa costituisce uno snodo, anzi un nodo, molto vulnerabile della rete in cui solo l'integrazione e la comunicazione rendono la transizione possibile ed efficace per l'utente. L'organizzazione di questa fase della cura che, con termine anglosassone, viene chiamata *transitional care*, cerca di proporre ancora come fulcro del processo il soggetto e non l'istituzione, superando la logica isolazionista che spesso porta l'ospedale a non curarsi di ciò

che avviene dopo la dimissione o il medico delle cure primarie a delegare totalmente la cura del proprio paziente durante un ricovero.

Nuovi modelli vengono proposti e parallelamente nuovi curricula universitari, soprattutto nelle aree della geriatria, della salute mentale, del materno-infantile vengono sperimentati per educare il medico, i professionisti e il personale addetto all'assistenza ad una vera continuità delle cure che eviti il *gap* assistenziale (o la smagliatura nella rete) spesso fonte di errori, ritardi, inapproprietezze e danni alla salute.

L'entità del problema rende necessario agire con una prospettiva di lungo periodo, attraverso una programmazione multisettoriale e pluriennale in grado, a partire dalla progettualità sociale e sociosanitaria (Piano di zona) integrata con la programmazione di natura sanitaria (Piano aziendale, Piano delle attività territoriali, Accordi aziendali con i medici di famiglia, Progetti dell'area ospedaliera), di coinvolgere tutte le istituzioni e le forme organizzate della società civile, di prevedere e prefigurare i mutamenti demografici, epidemiologici, culturali ed ambientali ed il loro impatto sul sistema dei bisogni di salute.

L'evoluzione del sistema

Tante le variabili che incidono sul sistema di programmazione, progettazione ed erogazione dei servizi sociosanitari, che debbono essere considerate per l'evoluzione nelle politiche nazionali, regionali e locali.

Occorre innanzitutto:
definire un più chiaro quadro delle responsabilità istituzionali e sociali:

- le indicazioni normative fino ad oggi emanate non sono sufficienti a superare gli ostacoli posti all'integrazione, poiché non sono sufficientemente definite le competenze e le correlate responsabilità da attribuire ai soggetti istituzionali e sociali;
- l'atto d'indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria⁴, ad esempio, stabilisce che sono soggetti del "Terzo Settore" le organizzazioni di volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, gli organismi della cooperazione, le cooperative sociali, le fondazioni, gli enti di patronato, altri soggetti privati non a scopo di lucro. Lo scopo del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri è quello di fornire indirizzi per la regolazione dei rapporti tra settore pubblico e "Terzo Settore" per la partecipazione di questi ultimi alla programmazione, progettazione e gestione dei servizi. La mancata definizione della normativa di dettaglio ha generato confusione nei ruoli da assegnare ai diversi soggetti come può notarsi dalla copiosa giurisprudenza specie in materia di affidamento dei servizi;

rendere più omogenei le prestazioni e i servizi erogati:

- gli squilibri tra le prestazioni erogate nelle diverse parti del nostro Paese devono trovare riduzione sia pure progressiva;
- i Livelli essenziali di assistenza così come oggi definiti si limitano ad elencare le tipologie di servizi e prestazioni, gli standard qualitativi e quantitativi non sono stati indicati, se non in pochissimi casi, né dallo Stato né dalle Regioni;
- le indubie difficoltà di disporre di risorse sufficienti ad assicurare che l'erogazione delle prestazioni sia assicurata a tutti i cittadini che esprimono il bisogno ha certamente indotto a rinviare la soluzione dei problemi rendendo più disomogenei i servizi e le prestazioni erogate nelle diverse parti del nostro Paese;

ripartire dai Livelli essenziali di assistenza:

- il nuovo Patto nazionale sulla salute approvato con Protocollo d'intesa, il 28 settembre 2006, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano stabilisce che le risorse regionali devono essere programmate in maniera coerente per l'erogazione dei LEA e prevede la definizione di un set di indicatori. Le risorse indicate nel Patto sono in parte riservate alle Regioni meno virtuose che, sia pur con crescenti indebitamenti, non sono riuscite a comporre un quadro di ri-

ferimento per l'erogazione dei Livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitari e sociosanitari;

- le risorse aggiuntive, dedicate dal Protocollo alle Regioni in difficoltà, sono subordinate alla presentazione di un piano di rientro e alla sottoscrizione di un accordo che contenga sia le misure di azzeramento dei disavanzi, sia le misure per il riequilibrio dei Livelli essenziali di assistenza, in coerenza con le indicazioni del Piano sanitario nazionale.

Come in precedenza affermato, già in data 8 agosto 2001 tra lo Stato e le Regioni fu stipulato un patto che prevedeva risorse aggiuntive per ripianare i deficit regionali, con il contemporaneo impegno da parte delle Regioni alla realizzazione dei LEA. Solo poche Regioni hanno in questi ultimi anni creato sistemi di erogazione dei servizi che rispondono alle attese. Spesso sono stati perpetuati, in senso contrario alle indicazioni nazionali e internazionali, modelli ospedalocentrici che hanno accentuato lo spreco di risorse a danno di modelli che invece prevedono lo spostamento di risorse ed attività verso modelli basati sulla prevenzione, sullo sviluppo delle attività territoriali, su modelli integrati di risorse, su progetti personalizzati e flessibili di risposta che meglio rispondono ai percorsi di appropriatezza.

Rileggere i bisogni delle per-

sone e delle famiglie, predisporre modelli organizzativi innovativi orientati alla realizzazione dei LEA, ricercare appropriatezza e qualità delle prestazioni, garantire equità di accesso ai servizi e alle prestazioni, deve divenire il normale metodo di lavoro di tutte le amministrazioni pubbliche e dei soggetti privati che partecipano alla programmazione, progettazione e gestione dei servizi sanitari e sociosanitari.

Promuovere la cultura del cambiamento è assolutamente necessario, coinvolgendo amministratori, operatori pubblici e privati e quanti concorrono alla realizzazione dei servizi, per fare in modo che le dichiarazioni di principi contenute nella normativa divengano realizzabili e i diritti delle persone possano essere resi esigibili

Un modello innovativo di integrazione nell'ULSS16: l'esempio dell'integrazione sociosanitaria nell'area anziani

La riorganizzazione generale dei "posti letto" da parte della Regione Veneto e la necessità da parte dell'ULSS 16 di chiudere un Ospedale geriatrico per gravi carenze strutturali sono state colte nel 2003 come un'opportunità per articolare in modo integrato la risposta assistenziale agli anziani, coinvolgendo tutte le parti in causa. Capitalizzando e valorizzando esperienze e competenze già preesistenti in ambito geria-

⁴ Emanato ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera n) della legge 30 novembre 1998, n. 419, con D.P.C.M. 14 febbraio 2001, pubblicato in G-U. n. 129, del 6 giugno 2001.

trico, si è quindi deciso di definire e realizzare un progetto complessivo di riorganizzazione dell'offerta dei processi assistenziali, il "Progetto anziano", per i quali era evidente fin dall'inizio la necessità di una ampia condivisione ed integrazione.

Il "Progetto anziano" ha costituito fin dal 2003 il punto di riferimento per la costruzione ed attuazione di un modello innovativo. Facendo riferimento al documento dell'OMS *Active Ageing*, agli obiettivi del Piano sanitario nazionale 2004-2006 ed a quelli della programmazione regionale, è stato definito un progetto gestito con criteri ISO 9001:2000, utilizzando lo schema della *Balanced Scorecard* in base al quale sono state individuate e realizzate numerose azioni per la riorganizzazione ed il potenziamento dell'offerta con la collaborazione di numerosi soggetti, sancita da accordi a valenza contrattuale:

- a) i Comuni che hanno condiviso gli obiettivi del progetto all'interno della progettualità sociosanitaria del territorio integrandoli nel Piano di zona;
- b) i medici di Medicina generale che hanno condiviso gli obiettivi del progetto nell'ambito della trattativa del Patto aziendale 2004-2006;
- c) le Residenze sanitarie nelle cui convenzioni è stata prevista l'adozione di procedure che hanno raziona-

lizzato e ridotto le liste di attesa e hanno ottimizzato il tasso di occupazione dei posti letto;

- d) l'Azienda ospedaliera la cui Direzione generale ha condiviso fin dall'inizio il progetto;
- e) il Privato pre-accreditato che sta riorientando la propria offerta assistenziale ed i propri processi in funzione del progetto;
- f) le organizzazioni di volontariato che operano nell'ambito dell'assistenza all'anziano e che hanno condiviso il progetto nell'ambito del Piano di zona.

Il progetto è stato articolato in numerosi sottoprogetti, individuati con riferimento ad evidenze di efficacia clinica ed organizzativa:

Pazienti ricoverati con specifiche patologie: gestione integrata della dimissione

- Il miglioramento della gestione dei pazienti con scompenso cardiaco cronico.
- Il miglioramento della gestione dei pazienti con BPCO e altre patologie associate a ricoveri ricorrenti.
- Il miglioramento della gestione del paziente con ictus.
- Il miglioramento della gestione del paziente con frattura di femore.

Educazione e prevenzione

- Il *counselling* per una corretta alimentazione.
- La promozione dell'esercizio fisico.
- Lo *screening* dei deficit visivi.

- La prevenzione delle cadute.
- La riduzione degli effetti collaterali del trattamento con più farmaci.

Continuità Ospedale-territorio, residenzialità e semiresidenzialità

- Il Servizio di continuità delle cure (SECC) per le dimissioni protette.
- La creazione di un Ospedale di comunità: la Struttura intermedia.
- Il Registro unico centralizzato per l'accesso alle strutture residenziali ed ai soggiorni brevi.
- L'apertura di Centri diurni.
- L'avvio di un Ambulatorio integrato per l'anziano non-autosufficiente.
- L'istituzione di una équipe di *triage*-sociosanitario presso il Pronto soccorso per intercettare l'anziano fragile.

La progettazione ed il monitoraggio di ciascun sottoprogetto è stata affidata a gruppi di lavoro con il coinvolgimento di soggetti rappresentativi delle diverse aree (Ospedale, Distretti, Residenze protette, etc.) che ha collaborato anche ai momenti di riesame delle attività e di valutazione basati su indicatori gestionali. Sono stati definiti di recente anche gli indicatori clinici e sviluppato il sistema informativo atto a sostenere il monitoraggio. È prevista una valutazione del grado di soddisfazione dell'utente e dei loro familiari per la valutazione degli interventi che

coinvolgono anziani ospedalizzati con determinate patologie (scompenso, ictus, altre patologie associate a ricoveri ricorrenti).

Parallelamente sono state attivate iniziative volte a migliorare l'efficacia della gestione a livello della intera Azienda quali:

- il *budget* di Distretto che consente il controllo gestionale delle prestazioni al livello di singolo utente, con un *report* integrato indirizzato ai medici di Medicina generale;
- le iniziative di formazione sul *project management* rivolte a dipendenti e medici di Medicina generale;
- la integrazione degli obiettivi aziendali nel sistema di incentivazione dei medici di Medicina generale e dei dirigenti della ULSS 16;
- la costruzione ed approvazione del Piano strategico 2006-2007.

Pensare a strategie innovative che pongano al centro i bisogni di salute, proporre nuovi progetti orientati alla qualità dei servizi e al monitoraggio delle prestazioni per misurarne appropriatezza e adeguatezza, ricercare nuove aree di intervento abbandonando l'autoreferenzialità, valorizzare le risorse del sistema di rete sia pubblico che privato, sono gli elementi fondanti sulle quali l'Azienda ULSS 16 ha sviluppato le proprie attività con apprezzabili risultati.

Vairo Contini

Direttore generale
Azienda USL 3, Pistoia

Quelle che seguono sono alcune considerazioni che propongo per cercare di dare una risposta, per certi aspetti anche non rituale, ad alcuni problemi che in questi anni, prima dalla postazione di direttore sanitario e poi di direttore generale in alcune Aziende toscane mi sono trovato ad affrontare spesso senza riuscire a risolverle.

1. L'evoluzione dei bisogni di salute in società "ricche" e con una aspettativa di vita molto alta quale la nostra, richiede uno sviluppo su due binari dei sistemi di salute. Da una parte l'innovazione tecnologica e specialistica per cercare di arginare le malattie più gravi in maniera sempre più efficace e sempre meno invasiva. Dall'altra, lo sviluppo di livelli assistenziali sociosanitari per assistere la cronicità patologica (e soprattutto la non autosufficienza), ma anche, stante la durata della vita media, la vecchiaia fisiologica. Questa pari dignità è stata formalizzata con la istituzione del Fondo sociale nazionale (DL 328/2000) e, anche recentemente, nell'accordo Stato-Regioni, in più punti si pone l'accento sulla necessità di una forte integrazione sociosanitaria sia al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni garantendo in primo luogo la presa in carico e la continuità assistenziale, sia favorendo la ricerca dell'efficienza del

sistema, tanto che "il Ministero della salute si impegna a realizzare una propria struttura per dedicarla all'integrazione socio-sanitaria ed alla diffusione di processi permanenti di qualificazione delle strutture del SSN impegnate nei vari settori assistenziali caratterizzati dalla prevalente esigenza di integrazione tra aspetti sanitari e aspetti sociali".

Tuttavia si deve dire che la crescita degli investimenti che il sistema ogni anno fa in rinnovamento e sviluppo tecnologico, farmacologico e sviluppo specialistico è enormemente maggiore della crescita degli investimenti a copertura dei bisogni sociali.

2. L'evoluzione delle norme che regolano il servizio sociosanitario italiano ha portato negli ultimi 30 anni, a seconda delle fasi politiche, a privilegiare la risposta ai bisogni (L. 833/78) o il controllo/limitazione delle risorse (D.Lgs. 502/92) fino a raggiungere un equilibrio teorico nel D.Lgs 299/99 che stabilisce una sostanziale pari gerarchia tra i due corni del dilemma (bisogni/risorse) là dove indica che essi saranno definiti contemporaneamente in sede di programmazione. In realtà però, se l'evoluzione dei bisogni sanitari ha portato ad una crescita più o meno adeguata del Fondo sanitario nazionale, la presa d'atto dei bisogni

sociali non ha mai portato ad una integrazione del Fondo sociale in dimensioni tali da far fronte ai bisogni in modo anche solo sufficiente, fino al paradosso del governo Berlusconi che nel 2005 ridusse del 50% il Fondo nazionale parte sociale.

3. Nella realtà toscana ci sono livelli molto diversificati di risposta, anche se tutti coerenti con gli indirizzi e gli obiettivi regionali e, in larghissima misura, con un investimento di risorse superiore alla media nazionale. Nel 2003 ad esempio la spesa procapite regionale per interventi sociali è stata di 117 euro con zone sociosanitarie che superano anche i 200 euro a fronte di una spesa procapite nazionale di 91. Il Fondo sociale regionale assegnato ai Comuni viene distinto in tre ambiti proprio per garantire una maggior omogeneità nell'utilizzo e contemporaneamente un'adeguata copertura di esigenze locali: a destinazione indistinta, a destinazione vincolata e a progetti di iniziativa regionale. Lo stesso sistema delle deleghe dei Comuni alle Az. USL per la gestione del sociale, seppur diffuso a macchia di leopardo in tutta la Regione, rappresenta uno strumento storico di integrazione che favorisce un buon utilizzo delle risorse. Nella mia esperienza, tuttavia, registro carenze, nella risposta ai bisogni sociosanitari e sociali (là dove l'Azienda

ha gestito su delega dei Comuni), che sono mediamente più gravi rispetto alle carenze assistenziali di ambito strettamente sanitario.

4. Su questa realtà, già sostanzialmente fertile di integrazione, si è ritenuto di dover intervenire per accrescere il livello di integrazione e da due anni si sta sperimentando attraverso le Società della salute un nuovo strumento di gestione delle politiche sociosanitarie sul territorio che promette prospettive migliori e, almeno in un certo numero di Zone-distretto, già ha dato ottimi risultati attraverso l'ampliamento del raggio degli interventi all'intero contesto sociale nel quale i bisogni individuali si inseriscono.

5. Tuttavia i tentativi di riforma finora fatti sono sempre stati centrati sulla modifica dello scenario politico, mentre sono mancate esperienze innovative a livello operativo, così come invece negli oltre 10 anni di aziendalizzazione sono state fatte in ambiente sanitario e principalmente ospedaliero. Primo fra tutte, la necessità di definire in modo chiaro quali siano nel concreto i Livelli essenziali di assistenza da garantire e conseguentemente quali siano le risposte appropriate per ciascun bisogno. La paura di non riuscire a far fronte alla emersione dei bisogni reali dei cittadini non può essere un motivo per continuare a non fare i conti con l'appropriatezza, l'effi-

cazia e l'efficienza nella erogazione delle risposte. Tra l'altro in questa fase di stallo si percepisce l'emergere di un fenomeno per certi versi analogo a quello tipico del sistema sanitario statunitense nel quale i più deboli, seppur in maniera inadeguata, sono in qualche modo coperti dai servizi sociali, ma le classi medio-basse, all'emergere di un bisogno importante (una non autosufficienza, una disabilità importante o una vedovanza, ad esempio), si trovano assolutamente non tutelate e non in grado di farvi fronte. Spesso in questi casi, si finisce per dare risposte sanitarie peraltro inappropriate a bisogni chiaramente sociali, con sprechi di denaro pubblico e non soddisfazione dei bisogni.

6. Infine c'è un problema di efficienza interna al sistema.

Nel momento in cui a livello ospedaliero si stanno fattosamente promuovendo

esperienze di re-ingegnerizzazione della produzione attraverso la realizzazione di Ospedali organizzati per intensità di cura e a livello territoriale, la Medicina di base prende atto del superamento del ruolo del vecchio medico di famiglia generatosi dalle esperienze del medico condotto e del medico della mutua e si organizza in équipe di vario tipo (Cooperative, Medicina di gruppo, Unità territoriali di assistenza primaria ecc.) i servizi sociali restano organizzati in maniera gerarchica monoprofessionale ed il tentativo di organizzazione funzionale multidisciplinare viene vissuto come una invasione di campo da parte sanitaria. Non a caso in Toscana sebbene le leggi di organizzazione prevedano da oltre 10 anni una organizzazione dei servizi distrettuali di tipo matriciale, gli operatori sociali resistono pressoché nel 100% dei ca-

si con una organizzazione fortemente professionale e con conseguenti difficoltà di integrazione organizzativa a livello distrettuale, e assoluta assenza di intervento a livello ospedaliero.

Conclusioni

Il primo problema da risolvere è quello delle risorse che oggi sono del tutto insufficienti; credo che spetti alla politica trovare le soluzioni adeguate a questo problema. Al direttore generale di una Azienda USL spetta invece il compito di farsi carico del migliore utilizzo di queste risorse anche per avere più forza nel sostenere le richieste di maggiori disponibilità. Occorre per questo farsi carico di alcune riforme che in qualche modo rendano più "appropriata" la risposta che il sistema può già oggi (cioè a isorisorse) dare ai bisogni sociali. Queste riforme talora richiedono modifiche legislative, talaltra la semplice applicazione delle norme già esistenti.

Tra le riforme che richiedono modifiche legislative certamente rientrano la definizione dei Livelli essenziali di assistenza e la individuazione di fondi indistinti (tra sociale e sanitario), meglio se di capienza adeguata, per alcune situazioni di alta integrazione quali la non autosufficienza e le disabilità gravissime.

Tra le riforme che non richiedono necessariamente interventi legislativi c'è il perseguimento di una maggiore efficienza del sistema, attraverso la disponibilità alla sperimentazione di nuovi modelli organizzativi; del resto il perseguimento della efficienza, della efficacia e della economicità sono doveri del direttore generale delle Aziende sanitarie, che non possono escludere gli inventi sociali e sociosanitari.

Un obiettivo di questo tipo necessita comunque dello sviluppo di un sistema informativo che consenta di monitorare, misurare e confrontare l'erogazione delle prestazioni.

Bruno Benigni
Dipartimento Politiche sociali
SPI-CGIL

La Casa della salute

La Casa della salute è un'idea nuova che si sta sviluppando in un progetto di fattibilità e che troverà la sua prima applicazione in Italia a Castiglion Fiorentino, in provincia di Arezzo.

Almeno per ora, non esiste una sua definizione e una sua tipizzazione nell'Ordinamento socio-sanitario.

Pertanto, provvisoriamente e sinteticamente, si può affermare che la Casa della salute è un presidio socio-sanitario territoriale decentrato a disposizione della Comunità locale per la promozione della salute, per la cooperazione e l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e per la partecipazione diretta dei cittadini e delle loro associazioni al compimento degli obiettivi.

La sua realizzazione ha trovato un impegno congiunto e convinto da parte del Comune (12 mila abitanti), dell'Azienda sanitaria n. 8 di Arezzo e della Regione Toscana.

Il Comune

Non appena è stato chiaro che il nuovo presidio ospedaliero della Fratta, l'Ospedale unico della Valdichiana aretina, avrebbe comportato la dismissione del nosocomio di Castiglion Fiorentino, il Comune ha elaborato ed avanzato la proposta di realizzare nella struttura resa disponibile la Casa della salute.

Era l'anno 2003.

Il compito era complesso e doveva procedere su due piani: *da un lato*, l'approfondimento dei problemi per la messa a punto della proposta in stretta collaborazione con i medici di Medicina generale aderenti alla Cooperativa "Etruria", *dall'altro*, lo sviluppo dell'iniziativa di socializzazione per coinvolgere il Consiglio comunale, la popolazione, la Conferenza dei sindaci della Valdichiana, l'Azienda sanitaria locale e la Regione Toscana.

Un lavoro ben riuscito, seguito passo passo, con competenza ed impegno, dal Sindaco Paolo Brandi e dall'Assessore alla sanità del Comune, Pierino Purismi, e confluito nel Convegno del dicembre 2003 svoltosi a Castiglion Fiorentino dal titolo "La Casa della salute. Un presidio della Comunità, un servizio per la salute e il benessere dei cittadini"

Fin dall'inizio, come si arguisce dal titolo stesso del Convegno, la Casa della salute è stata considerata uno strumento per la partecipazione dei cittadini oltre che una sede e un'occasione per valorizzare e integrare i servizi sanitari e sociali e le diverse professionalità interessate.

Prezioso è stato l'apporto dei medici di famiglia che si sono resi disponibili a trasferire i

loro studi nello spazio comune della Casa della salute, anticipando l'idea dell'Unità di cure primarie che poi ha trovato conferma nella Convenzione nazionale.

Il Comune, proprio nel corso dell'elaborazione della proposta e della discussione democratica, ha scoperto il proprio ruolo nella sanità che non si riduce alla rivendicazione di interventi da parte delle Istituzioni competenti (Azienda sanitaria e Regione), ma implica un proprio impegno nella promozione della salute, portando in essa la propria competenza nelle determinanti (aria, acqua, suolo, alimenti, assetto urbanistico, insediamenti produttivi), nell'integrazione socio-sanitaria, nel controllo dei risultati, con la possibilità di svolgere pienamente le funzioni di rappresentanza democratica e di canalizzare la partecipazione dei cittadini.

La Casa della salute, infatti, dovrà operare sulla base di programmi che certamente saranno uno svolgimento del Piano integrato di salute della Zona distretto, ma avranno una traduzione pratica e un rapporto diretto con la realtà locale, con i problemi della popolazione che richiamano le competenze comunali e le forme di partecipazione dei cittadini.

Il Servizio sociale professio-

nale, il Segretariato e il Pronto intervento sociale, il Centro diurno di terapia occupazionale per portatori di handicap, l'Assistenza domiciliare integrata e la Residenza sanitaria assistenziale saranno allocati nella Casa della salute e potranno realizzare le necessarie forme di integrazione con i servizi sanitari territoriali.

Finisce l'estraneità del Comune nella sanità. La Casa della salute costituisce lo strumento e l'occasione per dare concreta attuazione al ruolo del Comune nel welfare locale, con la necessaria chiarezza e con la dovuta responsabilità.

L'Azienda sanitaria

La Casa della salute è il tramite diretto tra il Comune e l'Azienda sanitaria locale.

L'Azienda sanitaria di Arezzo ha colto con interesse la proposta della Casa della salute, si è cimentata con i problemi nuovi che essa poneva per la ristrutturazione dell'edificio, per le innovazioni tecnologiche richieste, per i nuovi rapporti da stabilire con i medici di Medicina generale e con i pediatri di libera scelta, per il modello organizzativo da elaborare e sperimentare.

Con la Relazione sanitaria del 2004, l'Azienda sanitaria ha fatto propria e ulteriormente svolto e precisata la proposta di Casa della salute, facendo

riferimento, in particolare, al Documento nel frattempo elaborato dall'Agenzia regionale di sanità della Regione Toscana.

Un modo creativo per realizzare gli obiettivi di salute propri della programmazione regionale e aziendale, una scelta appropriata per l'impiego razionale dei fattori della produzione.

Dai documenti si è passati ai fatti.

In collaborazione con il Comune, è stato predisposto il progetto di ristrutturazione dell'edificio per l'appalto delle opere con criteri rispondenti alle esigenze di nuova organizzazione della sanità territoriale, è stata definita, in un confronto sistematico con i medici interessati, la Convenzione tra l'Azienda, i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta, è stato avviato lo studio per il Regolamento che dovrà presiedere al funzionamento della Casa della salute. Molti problemi pratici si pon-

gono al Comune come all'Azienda sanitaria non solo per il trasferimento delle attività sanitarie e sociali nell'edificio comune, ma per far funzionare un nuovo modello organizzativo che dovrà privilegiare i rapporti con i cittadini e il lavoro interdisciplinare degli operatori, tutti e nessuno escluso.

La Regione Toscana

La proposta di Casa della salute ha il suo punto di forza nella scelta della Regione Toscana di procedere alla sua attuazione e sperimentazione come nuovo modulo per la sanità territoriale.

La Regione Toscana, prima in Italia, ha seguito e fatto propria la proposta della Casa della salute per la consonanza che sussiste con il Piano sanitario regionale 2006-2008 che ha portato l'attenzione e l'impegno di tutte le Istituzioni democratiche, dei Comuni in particolare, e di tutto il sistema sanitario sulla sanità territoriale cui è destinato, or-

mai da anni, oltre il 50% delle risorse finanziarie.

La Casa della salute consente, infatti, di utilizzare al meglio quelle risorse. I cittadini potranno disporre di un presidio impegnato e organizzato per la presa in carico della domanda di salute e di cura e, quindi, per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria; il sistema sanitario potrà stabilire, finalmente, un rapporto di collaborazione e di interdipendenza tra prevenzione, cura e riabilitazione, tra una sanità territoriale autorevole e responsabilizzata e la rete ospedaliera.

La Regione Toscana ha impegnato due milioni di euro per la ristrutturazione dell'edificio, per l'acquisto degli arredi, per la dotazione delle tecnologie informatiche e diagnostiche e ha assegnato all'Azienda sanitaria di Arezzo 126 mila euro per il funzionamento dell'Unità di cure primarie da attivare nella Casa della salute, prevista nel secondo

semestre dell'anno 2006.

Ulteriori passi in avanti

Il progetto di Casa della salute è in corso di realizzazione, ma non si concluderà con la ristrutturazione dell'edificio, perché il modello organizzativo delineato nella Relazione sanitaria impegnerà ancora l'Azienda sanitaria, gli operatori, il Comune e i cittadini.

Tutti hanno mostrato la consapevolezza che la Casa della salute esige un cambiamento culturale e un diverso rapporto tra servizio pubblico e cittadini.

Le premesse per un buon esito ci sono tutte.

Servirà molta coerenza da parte di tutti, ma soprattutto sarà decisivo il livello della partecipazione dei cittadini, per intensità e qualità.

È possibile far ripartire dal basso l'esigibilità del diritto alla salute.

Sistema sanitario, Comune e cittadini sono alla prova dei fatti.

Dal Distretto alla Casa della salute

Monica Colonna

Direttore generale
Azienda USL 8, Arezzo

Mentre l'Ospedale ha da sempre nelle proprie caratteristiche la capacità di agire secondo modelli dipartimentali, équipe integrate e mediante la collaborazione in tempi rapidi dei

vari specialisti presenti, non sempre le attività sanitarie e socioterritoriali riescono a garantire risposte altrettanto collegate o integrate. D'altra parte la disomogeneità delle figure professio-

nali operanti nel territorio è cosa ben nota, sia sotto l'aspetto tecnico che della dipendenza funzionale.

Tante difficoltà sono riconducibili alla estrema dispersione dei punti di erogazione che, al contrario dell'Ospedale, si trovano in una moltitudine di sedi e di edifici spesso distanti chilometri tra di loro.

La caratteristica del territorio è proprio quella di essere vicino ai cittadini, alle loro forme di governo locali e alle loro esigenze sociali e sanitarie. Non a caso nel disegno del legislatore il Distretto di cui al D.Lgs. 229/99 è una

struttura che ha una base di popolazione intorno ai 60.000 abitanti (salvo eccezioni dovute alla conformazione morfologica del territorio) e comprende una quantità e una qualità di risorse finanziarie, tecnologiche e professionali capaci di soddisfare la domanda di prestazioni sociosanitarie che possono essere fornite al di fuori dell'Ospedale.

Il Distretto ha quindi il vantaggio di essere una sede idonea per la programmazione ed il coordinamento delle attività ma, per sua stessa natura, può diventare un luogo

eccessivamente accentrato e distante rispetto alle necessità dei cittadini.

Nasce, pertanto, in Valdichiana, l'idea della Casa della salute, intesa come la sede pubblica in cui la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale e dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali per una determinata e programmata *porzione di popolazione*.

Rispetto al concetto di "Distretto" la Casa della salute si caratterizza da una parte per un minore accentramento territoriale dall'altra però consente, tramite la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie di base previsti per quel determinato territorio.

Per sua definizione la Casa della salute comprende équipe territoriali (composte dai MMG e PLS insieme ai medici della continuità assistenziale), servizi amministrativi (si pensi al CUP), servizi infermieristici territoriali, servizi distrettuali (come ADI, ADP, vaccinazioni, certificazioni medico legali etc.), servizi sociali, prestazioni medico specialistiche, servizi consultoriali e di degenza extraospedaliera (variabili in base al territorio).

Per il coordinamento di tali attività, la "Casa della salute" necessita di un proprio "regolamento" che disciplini l'integrazione tra le varie attività e ponga le basi per il "chi fa che cosa" in modo da stabilire regole certe miranti in mo-

do non equivoco alla integrazione delle attività ed al lavoro comune.

La Casa della salute di Castiglion Fiorentino si propone come sperimentazione di un diverso modo di gestire il Distretto sotto l'aspetto dell'erogazione dei servizi sociosanitari, secondo quanto detto in precedenza, utilizzando una base di popolazione più ristretta rispetto all'intero Distretto, ma comunque tramite una struttura dotata dei requisiti sufficienti a soddisfare la domanda sociosanitaria del territorio di riferimento.

L'occasione è offerta dal trasferimento dell'attuale Ospedale di Castiglion Fiorentino nella nuova sede della Fratta, liberando, in tal modo, una volumetria più che sufficiente per accorpate le strutture che attualmente insistono nelle sedi del distretto, della RSA e degli ambulatori specialistici.

A tal uopo i vari livelli istituzionali coinvolti, Regione, articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci, Comune di Castiglion Fiorentino ed Azienda USL 8 hanno condiviso un progetto in comune.

Ovviamente tale operazione presuppone un periodo di tempo per l'adeguamento, anche in considerazione della diversa destinazione d'uso dei locali attualmente utilizzati da una struttura ospedaliera e poi destinati ad attività di servizi sociosanitari sia ambulatoriali che residenziali (RSA). Ristrutturare un edificio a destinazione ospedaliera per renderlo conforme alle esigenze di tipo territoriale non è un'operazione semplice né rapida.

D'altra parte non è possibile

immaginare di togliere una struttura di riferimento sanitario per l'intera popolazione e di restituirla modificata dopo due o tre anni.

Per tale motivo è stato previsto di effettuare l'intera operazione per scaglioni di intervento, reinserendo nel più breve tempo possibile dal momento del trasferimento dell'attuale struttura, servizi sanitari efficienti all'interno della Casa della salute.

Elemento caratterizzante e valorizzante l'esperienza di Castiglion Fiorentino è l'UCP di Castiglion Fiorentino all'interno della Casa della salute che sarà costituita da 10 MMG, 2 PLS e specialisti convenzionati esterni ed ospedalieri. I MMG garantiranno l'apertura dell'ambulatorio dalle h. 8.00 alle h. 20.00 per 5 giorni la settimana mentre nei prefestivi e festivi sarà attiva la continuità assistenziale. Tutto ciò permetterà la presenza h.24 per 365 giorni l'anno di una figura medica presso la sede della UCP.

Il nuovo soggetto vede, quindi, un ruolo di primo piano dei medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta del Comune di Castiglion Fiorentino il quale verrà sancito in apposita convenzione fra Azienda e medici stessi.

La convenzione di cui si tratta vede i medici di assistenza primaria impegnati a svolgere la propria attività prevalentemente presso i locali della "Casa della salute" con l'utilizzo a titolo gratuito, di idonei ambulatori e spazi annessi, compresi spazi comuni, adeguatamente arredati, informatizzati collegati per

poter accedere alle risposte degli esami diagnostico-strumentali prescritti ai propri assistiti.

Sarà inoltre garantita la condivisione (parziale o totale) delle informazioni contenute nelle cartelle cliniche degli assistiti dei MMG e dei PLS aderenti al progetto, con i medici della continuità assistenziale presenti negli stessi locali della sede della Casa della salute, in conformità alle vigenti normative della *privacy*.

Questo faciliterà la presa in carico della domanda del cittadino, per quanto riguarda i percorsi assistenziali, nel rispetto del controllo clinico in ambito territoriale e a garanzia della continuità assistenziale nelle 24 ore.

D'altro canto i medici di assistenza primaria che condividono questa scommessa, rappresentati da un proprio delegato con funzione di coordinamento interno e di raccordo funzionale e professionale nei confronti degli altri attori sanitari verranno coinvolti nelle attività della Casa della salute sia per verificare gli aspetti organizzativi e di funzionamento della UCP in relazione agli obiettivi contenuti nel programma annuale sia per la promozione di momenti di valutazione di efficacia e appropriatezza clinica dei processi attuati, avvalendosi per questo degli strumenti di monitoraggio messi a disposizione dal Distretto concorreranno a definire un programma di attività integrate (interdisciplinari e interprofessionali) finalizzato a migliorare il rapporto tra cittadino e sistema delle cure primarie, a favorire l'accessi-

bilità a percorsi diagnostico terapeutici assistenziali condivisi ed integrati e a realizzare maggiori o più qualificati standard di organizzazione dell'attività professionale.

Tra le altre attività attualmente oggetto di negoziazione per la citata convenzione spiccano l'accoglienza e la reperibilità nei giorni feriali in modo diretto e/o tramite personale

indicato nell'arco delle 12 ore diurne (8-20), lo svolgimento delle attività ambulatoriali dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 20 di tutti i giorni feriali, l'assistenza nei giorni pre-festivi e festivi infrasettimanali, il servizio di prenotazione CUP e/o altri tipi di attività concordate con la Az. USL n. 8 (es, Ambulatorio TAO).

Uno specifico accordo con l'A-

zienda sanitaria n. 8 e i medici di Medicina generale sarà stipulato per garantire comunque, anche con la reperibilità, la presenza medica nelle 12 ore diurne.

I 2 pediatri di libera scelta assicureranno la loro presenza a turno nelle ore del mattino e del pomeriggio, dalle ore 9,00 alle ore 12,00 e dalle ore 15,00 alle ore 18,00.

Sulla base di programmi concordati e predisposti dal distretto o per autonoma iniziativa, i medici di Medicina generale e i pediatri di libera scelta provvedono alla raccolta dei dati epidemiologici contenuti nei rispettivi archivi informatici per elaborare informazioni annuali sullo stato di salute della popolazione locale.

Convenzione tra l'Azienda USL n. 8 di Arezzo e i medici di Medicina generale per l'attività professionale presso "La Casa della salute" di Castiglion Fiorentino

L'anno 2006 (duemilasei) a questo didel mese diIn Arezzo, Via Curtatone n. 54

TRA

La Dott.ssa Monica Calamai, nata ail.....la quale non agisce in proprio ma nella sua qualità di Direttore Generale dell'Azienda USL 8 (C.F. e P. IVA N.01458450515) in esecuzione dalle deliberazioni del D.G. n.....del.....

E

I sigg. Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta del Comune di Castiglion Fiorentino,

PREMESSO

che l'Azienda USL n. 8 di Arezzo, in accordo con la Regione Toscana e il Comune di Castiglion Fiorentino, ha già programmato di utilizzare l'edificio dell'ex ospedale come struttura sociosanitaria Territoriale denominata "Casa della Salute" e che tale struttura costituirà un plesso territoriale di riferimento per il distretto della Valdichiana aretina nel quale si collocherà anche la sperimentazione delle Unità di Cure Primarie (UCP);

VISTA

La relazione sanitaria della Az. USL n. 8 "Casa della Salute di Castiglion Fiorentino" in data 15 giugno 2005 della quale si condividono le finalità volte:

* a garantire un rapporto di fiducia tra i cittadini e i servizi sanitari e sociali pubblici tramite la semplificazione dei percorsi assistenziali, la presa in carico della domanda e la continuità terapeutica;

* a realizzare la partecipazione dei cittadini a programmi di educazione alla salute per determinare comportamenti appropriati negli stili di vita e interventi sui fattori morbigeni;

* a dare attuazione agli istituti normativi della Convenzione Nazionale per la Medicina Generale che prevedono l'associazionismo medico, il lavoro di gruppo, la medicina in rete e l'integrazione sociosanitaria.

PRESO ATTO

della Delibera regionale n. 198 del 20.03.2006 riguardante la sperimentazione di modelli innovativi per le cure primarie territoriali;

CONSIDERATO

che i medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta sottoscrittori della presente Convenzione attualmente esercitano attività professionale negli studi medici da loro direttamente gestiti e tutti ubicati nel Comune di Castiglion Fiorentino;

CHE

in riferimento al modello sperimentale programmato, i Medici di Medicina generale e i Pediatri di libera scelta esprimono con questo Atto piena disponibilità a svolgere nei locali della Casa della Salute le attività di loro competenza secondo gli Accordi convenzionali e secondo quanto previsto dal progetto sperimentale dell'UCP, coadiuvati dal personale infermieristico ed amministrativo finanziato con fondi contrattuali derivanti dall'applicazione della Convenzione dei Medici di medicina generale, anche con il superamento dei tetti di spesa previsti a livello regionale;

TUTTO CIÒ PREMESSO
TRA LE PARTI SUINDICATE
SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Capo 1° Delle strutture e degli arredi

Articolo 1

I Medici di Medicina generale e i Pediatri di libera scelta del Comune di Castiglion Fiorentino che sottoscrivono la presente Convenzione sono impegnati a svolgere la propria attività prevalentemente presso i locali della "Casa della salute" con l'utilizzo a titolo gratuito, di un idoneo ambulatorio e con spazi annessi per ciascun medico, compresi spazi comuni, come da planimetria allegata.

Lo studio medico dovrà essere adeguatamente arredato ed informatizzato, con computer di ultima generazione i cui costi saranno a carico dell'Azienda USL n. 8 di Arezzo.

L'informatizzazione è comprensiva del cablaggio informatico, dei collegamenti tra server della UCP ed ambulatori periferici, dei collegamenti tra il server locale e quello aziendale tramite il quale i Medici di Medicina generale e i Pediatri di libera scelta potranno accedere alle risposte degli esami diagnostico-strumentali prescritti ai propri assistiti. Sarà inoltre garantita la condivisione informatica, parziale (solo note cliniche per soggetti a rischio) o totale, delle schede cliniche degli assistiti dei MMG e dei PLS aderenti al progetto, con i Medici delle Continuità Assistenziale presenti negli stessi locali della sede della Casa della Salute.

Questo faciliterà la presa in carico della domanda del cittadino, per quanto riguarda i percorsi assistenziali nel rispetto del controllo clinico in ambito territoriale e a garanzia della continuità assistenziale nelle 24 ore.

I costi di gestione e le utenze relative ai locali di cui sopra saranno ugualmente a carico della Az. USL n. 8 di Arezzo.

Articolo 2

L'Azienda sanitaria n. 8 si impegna a provvedere in proprio direttamente, previa consultazione e accordo con i MMG, al cablaggio informatico degli ambulatori, all'acquisto del Server e all'esecuzione del trasferimento del software "Millennium" dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di Libera scelta nonché al collegamento tra la rete aziendale e quella relativa ai Medici di Medicina generale e i Pediatri di Libera scelta.

I costi relativi al progetto Telemedicina, da attuare previo accordo con i MMG, le spese per gli arredi degli ambulatori, compresi i pc, saranno a carico dell'Azienda sanitaria locale.

Il costo relativo al programma "Millennium" e al suo aggiornamento e manutenzione sono a carico dei MMG.

Articolo 3

I Medici di Medicina generale e i Pediatri di Libera scelta dichiarano di aver esaminato i locali dati in concessione, gli arredi e le attrezzature, di trovarli di loro gradimento e si impegnano a conservarne e a mantenerne il buono stato di efficienza.

Qualora si verificasse l'indisponibilità dei locali in oggetto per qualsiasi motivo, l'Az. USL n. 8 di Arezzo si impegna e reperire spazi e servizi conformi ed equivalenti alla sistemazione oggetto dell'attuale convenzione per tutto il periodo in cui l'uso degli stessi sarà necessario per le attività sopradescritte.

Articolo 4

I Medici e i Pediatri di Libera scelta non possono cedere a terzi la presente convenzione né potranno cedere in locazione o comodato, o in virtù di qualsiasi altro titolo, i locali in oggetto della presente convenzione.

Articolo 5

L'Azienda sanitaria n. 8, i Medici di Medicina generale e i Pediatri di Libera scelta stabiliscono che la presente Convenzione decorre dalper la durata di anni 20 (venti).

Capo 2° Del funzionamento

Articolo 1

I Medici di Medicina generale e i Pediatri di Libera scelta designano annualmente, con possibilità di successiva conferma, un proprio delegato con funzione di coordinamento interno e di raccordo funzionale e professionale nei confronti del Direttore di Distretto e della componente medica dell'Ufficio di coordinamento del distretto.

Articolo 2

Annualmente, i medici di Medicina generale e i Pediatri di Libera scelta, sulla base dell'analisi dei bisogni e delle priorità riconosciute nel Piano Integrato di Sa-

lute, concorrono a definire, in accordo con gli indirizzi e i programmi della Zona Distretto, un programma di attività integrate (interdisciplinari e interprofessionali) finalizzato a migliorare il rapporto tra cittadino e sistema delle cure primarie, a favorire l'accessibilità a percorsi diagnostico terapeutici assistenziali condivisi ed integrati e a realizzare maggiori o più qualificati standard di organizzazione dell'attività professionale.

Articolo 3

Il delegato con funzioni di coordinamento della UCP, definisce annualmente un programma di riunioni periodiche con gli altri professionisti coinvolti nelle attività della Casa della salute sia per verificare gli aspetti organizzativi e di funzionamento della UCP in relazione agli obiettivi contenuti nel programma annuale sia per la promozione di momenti di valutazione di efficacia e appropriatezza clinica dei processi attuati (es. audit clinici), avvalendosi per questo degli strumenti di monitoraggio messi a disposizione dal distretto.

Capo 3° Delle attività

Articolo 1

I Medici di Medicina generale che si collocheranno presso la Casa della Salute svolgeranno le attività di competenza secondo gli Accordi convenzionali e garantiranno:

*l'accoglienza e la reperibilità nei giorni feriali in modo diretto e/o tramite personale indicato nell'arco delle 12 ore diurne (8-20).

*lo svolgimento delle attività ambulatoriali dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 20 di tutti i giorni feriali, anche a supporto dell'attività di primo soccorso prevista dalla UCP.

Restano esclusi dall'assistenza il sabato e i giorni festivi durante i quali sono in attività i medici della continuità assistenziale con i quali saranno attivati adeguati protocolli operativi di coordinamento o di integrazione funzionale.

L'attività dei Medici di Medicina generale comprende anche il servizio di prenotazione CUP con personale proprio, come specificato in premessa e/o altri tipi di attività concordate con la Az. USL n. 8 (es, Ambulatorio TAO)

Uno specifico Accordo con l'Azienda sanitaria n. 8 e i Medici Di Medicina generale sarà stipulato per garantire comunque, anche con la reperibilità, la presenza medica nelle 12 ore diurne.

I 2 Pediatri di libera scelta assicureranno di norma la loro presenza a turno nelle ore del mattino e del pomeriggio, dalle ore 9,00 alle ore 12,00 e dalle ore 15,00 alle ore 18,00;

Articolo 2

Sulla base di programmi concordati e predisposti dal distretto o per autonoma iniziativa, i Medici di Medicina generale e i Pediatri di Libera scelta provvedono alla raccolta dei dati epidemiologici contenuti nei rispettivi archivi informatici per elaborare informazioni annuali sullo stato di salute della popolazione locale.

Articolo 3

I Medici di Medicina generale e i Pediatri di Libera scelta, in collaborazione con gli altri Servizi operanti nella Casa della salute, segnalano alle Autorità i problemi di più rilevante impatto sulla salute dei cittadini che richiedono provvedimenti di prevenzione e di sanità pubblica e promuovono programmi di educazione alla salute per il raggiungimento di appropriati stili di vita dei cittadini.

Articolo 4

Tenuto conto della contiguità spaziale tra operatori di diverse professionalità che si realizza nella Casa della salute, i Medici di Medicina generale e i Pediatri di Libera scelta realizzano forme integrate nell'unità di tempo e di spazio delle attività sanitarie e socio-sanitarie previste dalla Convenzione e predispongono in accordo con gli specialisti presenti nella Casa della salute, appositi protocolli diagnostico terapeutici assistenziali per le principali patologie croniche scelte anche in linea con le previsioni del nuovo accordo regionale dell'assistenza primaria. A questo fine saranno promossi in accordo con la Zona Distretto, modelli di intervento proattivo per la gestione delle patologie croniche basati sull'identificazione della popolazione affetta dalla patologia considerata (registri di patologie) e articolati secondo i principi del supporto all'autocura, della promozione di stili di vita per la salute e della programmazione del follow up (e quindi erogazione dei servizi) modulata sulla base del livello di rischio e del bisogno assistenziale dei pazienti.

Capo 4 Norma finale

Articolo 1

Per eventuali esigenze di aggiornamento della presente Convenzione saranno osservate le stesse procedure seguite nella predisposizione e nell'approvazione del presente Atto.

Per quanto non espressamente previsto nella presente Convenzione, valgono le disposizioni del Codice Civile.

LETTO APPROVATO E SOTTOSCRITTO

p. l'Azienda sanitaria n. 8 di Arezzo

p. I Medici di MG e per i PLS

IL DIRETTORE GENERALE

D.ssa Monica Calamai

Recensioni

Medicina, bioetica e diritto. I problemi e la loro dimensione normativa, ETS, Pisa, 2005, a cura di Patrizia Funghi e Fausto Giunta

L'esercizio della Medicina sta diventando sempre più complesso: cambia il rapporto fra i medici ed i loro pazienti e alla ricerca di una sempre maggiore autonomia decisionale si accompagna una crescita progressiva dei contenziosi giudiziari; aumenta la richiesta e l'offerta di informazioni in campo sanitario, ma diventa sempre più difficile, sia per i medici che per la popolazione, districarsi in questo eccesso di comunicazioni, spesso di dubbia o interessata provenienza; le frontiere sempre più avanzate della tecnologia sanitaria pongono anche a tutti coloro che sono impegnati nella gestione pratica della sanità problemi etici di sempre più difficile risoluzione.

Questo libro, quindi, non è rivolto solo a coloro che si occupano in modo specialistico di Bioetica, Medicina legale, Diritto in campo medico, ma può essere utile a tutti coloro che esercitano professioni sanitarie. Costituisce sicuramente uno spunto di riflessione su temi di grande interesse teorico, ma ha anche la capacità di esaminare e discutere problemi che si possono presentare a qualunque medico pratico. Infatti, la struttura stessa del volume, fatta di casi clinici reali, che vengono discussi da tre punti di vista diversi (medico-deontologico, bioetico, giuridico) da specialisti di ciascun set-

tore, consente facilmente anche a chi non si è mai occupato di questi problemi di entrare in modo approfondito e chiaro in una serie numerosa di questioni di grande interesse ed attualità: si va da questioni genetiche (selezione degli embrioni, cellule staminali, test genetici diagnostici di malattie ad insorgenza tardiva), a problemi relativi all'uso della pillola del giorno dopo, ad una numerosa serie di casi sul consenso, sui trapianti di organo, sul comportamento alla fine della vita, ed infine sulla *privacy*.

Si tratta di tematiche estremamente complesse, per le quali ovviamente non si pretende di suggerire soluzioni, ma la lettura del libro può offrire spunti di riflessione perché ciascun professionista sanitario trovi, insieme al proprio paziente, la giusta via di comportamento.

Alessandro Bussotti

Rapporto Sanità 2006.

Il trasferimento dell'innovazione nella clinica e nell'organizzazione sanitaria; a cura di Gian Franco Gensini, Paolo Rizzino, Marco Trabucchi, Francesca Vanara. Fondazione Smith Kline - Il Mulino, giugno 2006, pp. 300

Dal 1997 la Fondazione Smith Kline, utilizzando i contributi predisposti per il tradizionale "Seminario dei Laghi", giunto ormai alla sua XXVI edizione, pubblica un Rapporto annuale. Il volume di quest'anno è dedicato al trasferimento dell'innovazione nella clinica e nell'or-

ganizzazione sanitaria.

Il volume si articola in tre parti. La prima parte ha caratteristiche maggiormente introduttive ed esamina i problemi dell'innovazione e la sua ricaduta, in termini di innovazione clinica, in sanità pubblica e nelle scelte organizzative.

La seconda parte riguarda il trasferimento delle conoscenze dalla ricerca di base alla sperimentazione clinica e da questa alla pratica clinica e alla organizzazione; la terza parte, infine, affronta il tema della formazione e della diffusione delle conoscenze nella medicina generale, portando alcune esemplificazioni su patologie e percorsi assistenziali.

Non è mai facile recensire un'opera scritta a più mani e in particolare questo Rapporto, che si avvale di 20 contributi, realizzati spesso da più di un autore, con livelli fortemente diversificati sia per dimensione del contributo che per la qualità del testo. Uno dei limiti, in un complesso di riflessioni di indubbio interesse, è quello di non analizzare la diffusione effettiva, nell'ambito dei servizi sanitari, di alcune procedure e modelli organizzativi innovativi, limitandosi a riportare alcune esperienze nella predisposizione di linee guida (ad esempio la broncopneumopatia cronica ostruttiva - BPCO) che poco ci dicono sul loro grado di utilizzo, che è l'elemento che caratterizza, come ben spiegano alcuni degli articoli del volume, il trasferimento dell'innovazione.

Tenterò, in questo contributo, di sintetizzare il tema condut-

tore del Rapporto, sulla base dei contributi portati da alcuni degli autori.

In primo luogo che cosa si intende per *innovazione*? Il termine è diverso da quello di *invenzione*. Con questo secondo termine indichiamo la scoperta, la realizzazione o il riconoscimento di qualche cosa di nuovo; l'innovazione è invece una invenzione che diventa utile, in quanto viene utilizzata dalla società, tanto da ottenere successo economico e produrre profitti per lo scopritore, il produttore e il distributore. Nel caso della sanità l'innovazione porta pertanto vantaggi al paziente e (spesso ci si limita a "o") all'operatore.

L'innovazione è quindi da considerare all'interno di un processo evolutivo costituito da tanti piccoli miglioramenti, e non come un elemento di rottura con il passato. La novità - come si legge nel bel contributo di Paolo Rizzino - di per sé non implica innovazione se non si combina con la volontà del consumatore di utilizzarla. Una innovazione si realizza spesso anche a distanza dalla invenzione o scoperta. Nell'ambito farmacologico si può pertanto avere:

- una innovazione terapeutica quando si utilizza un farmaco già esistente per un nuovo tipo di trattamento, con benefici clinici per il paziente. Il caso, fra i più evidenti, è rappresentato dalla aspirina, messa in commercio dalla Bayer il 1° febbraio 1899 come antidolorifico e rimedio contro la febbre, ma dopo 100 anni (New England

Journal of Medicine, vol. 318, 28/1/1988, p. 262) utilizzata quale farmaco di elezione per la prevenzione secondaria dell'infarto miocardio per il suo effetto antiaggregante piastrinico;

- una innovazione farmacologica con la predisposizione di composizioni farmacologiche che migliorino la farmacocinetica o la *compliance* dei pazienti rispetto al trattamento;
- una innovazione tecnologica che permetta di produrre con modalità differenti farmaci già disponibili, rendendoli più economici e consentendo il loro diffuso utilizzo.

Quando si parla di innovazioni si affronta pertanto il problema di passare "dalla teoria alla pratica" e, in particolare, da una pratica limitata ad alcune nicchie di eccellenza, quali gli Istituti a carattere scientifico o i gruppi di ricerca che hanno partecipato ai *trials* clinici e alla stesura di linee guida, a una pratica che sia capillarmente diffusa, che "faccia sistema".

Il contributo di Liberati evidenzia come anche in Italia si sia inteso affrontare la problematica del trasferimento dell'innovazione clinica, con la previsione esplicitata nella Legge 502 del 1992, di riservare l'1% del Fondo sanitario nazionale (FSN) a programmi di ricerca finalizzati agli obiettivi prioritari per il miglioramento dello stato di salute della popolazione, favorendo la sperimentazione di modalità di funzionamento, gestione e or-

ganizzazione dei servizi sanitari nonché pratiche cliniche e assistenziali; promuovendo strumenti di verifica del loro impatto sullo stato di salute della popolazione; diffondendo strumenti di valutazione della efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica degli interventi; implementando l'integrazione multiprofessionale e la continuità assistenziale.

Con il succedersi dei governi e delle difficoltà economiche la consapevolezza dell'importanza della ricerca e dell'innovazione come parte integrante della *mission* dei servizi sanitari pare essersi dissolta e, attualmente, solo lo 0,3% del FSN è destinato alla ricerca e in realtà tale quota è impegnata in larga parte per il finanziamento ordinario degli Irccs e dell'Istituto superiore di sanità.

Anche da questa mancanza di risorse deriva pertanto una ricerca farmacologica promossa da istituzioni pubbliche in misura assolutamente minoritaria: solo il 10% di tale attività di ricerca è promosso da Asl o Aziende ospedaliere a fronte di un 76% promosso dall'industria farmaceutica.

Innovazione è pertanto un termine che, in ambito sanitario, comprende un'ampia gamma di azioni e prodotti. Può consistere - come si legge nel contributo iniziale di Marco Trabucchi e Francesca Vanara - in nuovi processi e nuovi prodotti, nuove soluzioni organizzative, uso di sistemi informatici e di supporto decisionale, nuove forme

distributive commerciali, adozione di metodi diretti di collegamento logistico fornitore-aziende. Può estrinsecarsi inoltre in procedure innovative quali le nuove tecniche di diagnostica per immagine, le procedure cardiovascolari, la diagnostica in vitro, la chirurgia microinvasiva. Tuttavia, essendo l'innovazione caratterizzata proprio dalla sua diffusione nella pratica corrente, necessita di un ripensamento sostanziale dei processi assistenziali e dell'organizzazione dei servizi. In altri termini, come osserva un direttore generale di provata esperienza (Carlo Favaretti) nel suo contributo, l'innovazione "impatta" nelle inalterate abitudini dei clinici e nella strutturata organizzazione infermieristica, che tendono a ridurre - e talora ad annullare - l'effetto innovativo delle nuove invenzioni e delle più recenti tecnologie.

A fronte quindi di rilevanti modificazioni nella tecnologia della diagnostica per immagine, nella informatizzazione dei processi, nella miniaturizzazione della strumentazione, nella disponibilità di farmaci, il sistema sanitario si adegua lentamente. Siamo di fronte a un fenomeno presente anche in altri settori e in altre epoche, comune alla introduzione delle nuove tecnologie nell'ambito della filiera produttiva. Lo storico dell'economia Paul David¹ citava a tale proposito un paradosso nell'utilizzo dell'elettricità nel sistema produttivo: sebbene la dinamo fosse stata inventata nel 1879, ci so-

no voluti parecchi decenni prima che l'elettricità si diffondesse e i suoi effetti, in termini produttivi, si manifestarono solo dopo la prima guerra mondiale. Infatti non bastava solo installare motori elettrici e mandare in soffitta la vecchia tecnologia del vapore, ma era necessario ridisegnare e gestire gli impianti, cambiare profondamente la organizzazione del ciclo produttivo, sovvertirne la gerarchia, ricostruire le officine affinché fosse possibile disporre di edifici lunghi e bassi a un solo piano con piccoli motori elettrici e non grandi edifici a più piani.

Un problema analogo esiste nella sanità, tema che resta tuttavia un po' in ombra nel Rapporto della Fondazione Smith Kline. Alla innovazione si oppongono molteplici ostacoli: strutture edilizie (ambulatori, ospedali) non corrispondenti alla nuova distribuzione di funzioni; normative e accordi sindacali che non facilitano uno "sfruttamento" delle possibilità che emergono dalle nuove tecnologie, coriacei comportamenti stratificati negli anni in categorie professionali caratterizzate da un'età media elevata e da un lento *turn over*.

Questi ostacoli devono essere in parte rimossi e in parte superati da un maggior impegno, come suggerisce questo volume, a sviluppare la ricerca finalizzata al trasferimento delle innovazioni nella pratica clinica.

Marco Geddes da Filicaia

¹ Paul A. David, *The dynamo and computer: An historical perspective on modern productivity paradox*, The America Economic Review Papers and Proceedings, May 1990, pp. 355-61.