

**Elezioni regionali Toscana
20-21 settembre 2020**

**RILANCIARE
LA SANITÀ PUBBLICA TOSCANA.
RIPRENDERE
I CAMMINI INTERROTTI**



***APPROFONDIMENTI TEMATICI
DEL PROGRAMMA ELETTORALE***

#SinistraCivicaEcologista

1 – Premessa

Articolo 32 - *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.*

La nostra riflessione sulle tematiche relative alla “salute” non può che passare da questo articolo, dalla centralità della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Per noi occuparsi di “salute” significa avere in testa un modello di società, coesa, solidale, in grado di condividere grandi e costosi rischi individuali, trasformandoli in piccoli e sostenibili rischi distribuiti fra tutti. Significa immaginare uno sviluppo della società sostenibile, giusto e democratico.

Con questo ‘faro’ rivolgiamo questa proposta di governo e partecipazione ai 3 milioni e 700 mila toscani, consapevoli anche degli attuali profondi cambiamenti demografici (la prevalenza delle classi anziane...) e dell'aumento delle fragilità.

Le riflessioni emerse a seguito della prima fase acuta della pandemia si sono incentrate sui seguenti punti:

- l'urgenza di **rafforzare tutti i servizi territoriali** per garantire ai cittadini la fruizione di cure primarie di qualità, basate sulla prevenzione, sull'integrazione sociosanitaria e sulla proattività.
- l'utilità del concetto di ‘ridondanza’: poter disporre di qualche struttura e sede in più per i bisogni emergenziali, oltre a quelle strettamente necessarie (al contrario di qualche aspetto di una cultura aziendalista, quale quella della ‘produzione snella’).
- l'importanza fondamentale del **lavoro multiprofessionale e multidisciplinare**, a tutti i livelli del sistema, dai reparti ospedalieri ai servizi territoriali;
- la necessità di **accorciare le distanze tra chi prende le decisioni e chi si trova sul campo** a gestire l'assistenza con l'obiettivo di far partecipare questi ultimi ai processi decisionali;

Due ‘racconti’ si sono fronteggiati in Toscana: quello della regione eccellenza nei primi posti delle classifiche nazionali e l'altro, relativo all'esperienza concreta, quotidiana, di molti cittadini che si rivolgono al servizio pubblico: liste d'attesa, disomogeneità delle forme di erogazione dei servizi di accesso per prenotazioni prestazioni specialistiche; forti diseguaglianze nella funzionalità dei servizi per i diversi territori (zone periferiche, montane e insulari); demotivazione degli operatori, particolarmente nei servizi territoriali e anche amministrativi. Tutto ciò a fronte della percepita e reale buona qualità dei servizi ospedalieri e di alta specializzazione. Dunque, c'è un problema generale dei sistemi di accesso alle cure e della presa in carico. Da qui la priorità da dare, in questa fase, al livello territoriale.

2 – Un problema di fondo

“Nulla dovrà essere come prima”, si è sentito dire. E questa fase può essere veramente l'occasione per rinnovare anche il servizio sanitario toscano, a partire dalla correzione di alcuni sostanziali errori nell'architettura del sistema introdotti con la legge regionale 28 dicembre 2015, n.84. Il processo di accorpamento delle Asl - che aumentava la complessità dell'organizzazione data la

vastità dei territori coinvolti, la numerosità delle strutture, del personale e dei soggetti a vario titolo interessati (sindaci, utenti, organizzazioni di volontariato, ecc.), l'estrema varietà dell'offerta dei servizi - è stato accompagnato dall'impianto di un modello organizzativo che non teneva conto di tale complessità.

Tale modello si basa infatti su strutture gestionali aziendali (i dipartimenti) che si proiettano verticalmente sulle prime linee operative senza prevedere alcuna forma di delega di responsabilità gestionale alle figure intermedie della catena di comando, vedi direttore di presidio ospedaliero, direttore di SDS/zona distretto. Ciò ha prodotto due effetti negativi:

- la mancanza di relazioni strutturate con la filiera organizzativa della rete ospedaliera, attraverso le Direzioni di Presidio, che così non hanno avuto la possibilità di armonizzare e integrare, a livello di singolo stabilimento ospedaliero, le linee professionali afferenti ai singoli dipartimenti.
- la mancanza di relazioni strutturate con le Zone distretto, con l'abbandono di programmi avviati con successo prima dell'attuazione della riforma, come la Sanità d'iniziativa e la gestione innovativa delle malattie croniche, penalizzando altresì il lavoro multidisciplinare con operatori afferenti a differenti dipartimenti. Le conseguenze di tali scelte normative sono state l'impossibilità/incapacità della direzione strategica di avere una conoscenza approfondita su ciò che avveniva sul “campo” ed un rallentamento, spesso paralisi, dei processi decisionali.

È urgente **correggere tali difetti** attraverso la costruzione e la strutturazione di un sistema di deleghe e responsabilità gestionali dalla direzione strategica (DG, DS, Dipartimenti) alle figure intermedie della catena di comando (direttore di presidio, direttore di SDS/zona distretto, ecc), **con effettive responsabilità nei processi di cura e di presa in carico e con reale potere di decretazione di spesa** e di acquisizione di operatori e tecnologiche. Tutto ciò favorirebbe anche una riattivazione del ruolo dei Comuni che potrebbero avere un interlocutore più diretto e vicino ai territori specifici e la ripresa del loro ruolo anche nella definizione di Piani di Salute.

3 – Prima il territorio

Dopo aver constatato che la pandemia ha colpito più duramente (+ ospedalizzazioni e + morti) le realtà in cui erano più deboli e meno organizzate le cure primarie, si sente dire in continuazione. “Si deve rafforzare il territorio”. Ma qui si scontrano due ben diverse “visioni” di territorio:

- 1) un'area popolata di studi di medici di famiglia, talora associati in AFT, con qualche struttura pubblica (sempre meno) e con molte strutture private (sempre più) per lo svolgimento di attività diagnostiche e specialistiche. Con attività infermieristiche e riabilitative per lo più assegnate ai privati o ai MMG.
- 2) un “Distretto” come quello disegnato dalla legge 229/99, con una struttura organizzativa ben definita, con precisi livelli di responsabilità e di direzione anche in funzione della gestione di un budget, con una programmazione che comporta la partecipazione degli enti locali. Con attività infermieristiche e riabilitative di competenza pubblica e erogate dal Distretto, con i **servizi**

sociali ben integrati nella programmazione di zona.

La legge di organizzazione della Toscana rispecchia in teoria la 'visione 2', ma nei fatti, negli ultimi anni, la tendenza è stata quella di propendere per la 'visione 1', secondo la quale il "rafforzamento del territorio" si esaurisce nella concessione di personale infermieristico e di qualche attrezzatura diagnostica agli studi dei MMG.

La lezione che ci viene dalla pandemia è che oggi più che mai c'è bisogno di **Distretto sociosanitario** (ovvero della 'visione 2'), per le molteplici funzioni che il territorio è chiamato a svolgere (e che troppo a lungo sono rimaste insoddisfatte, con enorme danno per la salute della popolazione). Tra cui:

- valutare i bisogni della comunità, alla **ricerca dei gruppi di popolazione a maggiore rischio** sanitario e sociale, al fine dei necessari interventi di prevenzione;
- promuovere la salute e l'alfabetizzazione sanitaria, necessaria per favorire la **partecipazione dei cittadini alle scelte che li riguardano**;
- intervenire proattivamente (**sanità d'iniziativa**) sulle patologie sia infettive acute (vedi Covid-19) che su quelle croniche per diagnosticarle precocemente, per prevenire aggravamenti, scompensi e ospedalizzazioni;
- organizzare i servizi in funzione della comunità e delle persone (e non delle malattie) **favorendo il lavoro multidisciplinare**, l'integrazione sociosanitaria e la sistematica presa in carico dei casi complessi (compresi i pazienti psichiatrici);
- garantire la continuità delle cure **governando attivamente le relazioni tra reparti ospedalieri e servizi territoriali** (1), oltre che dell'ospedale con gli altri ospedali.

L'espansione di politiche territoriali pubbliche passa per la realizzazione di programmi che mettano al centro la difesa della salute della popolazione, come il Piano nazionale cronicità - che conferma la validità del programma toscano basato sul *Chronic Care Model* e sulla **sanità d'iniziativa** - il cui principio cardine è la costituzione di team multidisciplinari (medici di famiglia, infermieri, fisioterapisti, altri specialisti, operatori sociali) con lo scopo di identificare e trattare precocemente i problemi di salute della popolazione, per prevenirne o ritardarne l'aggravamento. Ferma restando l'importanza della multiprofessionalità, si sottolinea il contributo della professione infermieristica (di cui l'Italia ne è particolarmente carente rispetto ad altri paesi UE). La Toscana dovrà acquisire, anche in base al recente 'decreto Rilancio', un consistente numero di infermieri di famiglia e comunità.

A ben vedere una simile organizzazione, ideata per far fronte all'epidemia di malattie croniche, è quella che ci vuole anche per affrontare l'attacco di un'epidemia infettiva.

L'espansione di politiche territoriali pubbliche passa anche per la realizzazione di strutture fisiche come le **Case della Salute** che hanno lo scopo di "favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie". Nelle stesse Case della Salute - ancora più importanti nelle aree periferiche, montane e insulari - si potranno risolvere anche, almeno, i codici bianchi. **Non dobbiamo relegare tra gli incompiuti quanto già contenuto da tempo negli atti della Regione** (vedi il recente *DGRT 770/2020 - Atto di indirizzo sulle Case della Salute*), che si pone l'obiettivo di istituire una CdS ogni 30 mila abitanti entro la fine del 2021, nonché la *L.R. 4 giugno 2019*). È necessaria una più forte volontà politica in questa direzione.

In questo contesto si rende necessaria anche una revisione e potenziamento della **formazione dei Medici di Medicina Generale**, auspicando una effettiva Specializzazione universitaria al pari delle altre specialistiche.

Rivedere il sistema di **Programmazione sociosanitaria** a partire da strumenti come Piano Integrato di Salute (PIS) e Piano Attuativo Locale (PAL): contenuti, stima della loro effettiva incisività, traduzione dei contenuti in obiettivi misurabili, ruolo attivo dei Comuni.

C'è troppa disomogeneità negli assetti organizzativi e istituzionali nei diversi territori della nostra regione; ci riferiamo in particolare alle esperienze delle **Società della Salute**. L'ideA di un governo congiunto dei temi della salute tra comuni, territori e struttura sanitaria è valida, di per sé. Si tratta di verificare la loro reale funzione e rilanciarla, perché attualmente alcune di esse soffrono di una vita asfittica, senza precisi 'programmi di salute', spesso limitati alla gestione ordinaria dei servizi sociali, oltretutto in grave crisi di risorse, dopo i tagli degli ultimi anni.

A proposito di disomogeneità nel sistema (che la Riforma voleva eliminare) va segnalata la crescente diversità nelle strategie e nei modelli organizzativi tra le tre Asl della Regione, fino a farle diventare tre sotto-sistemi quasi autonomi dal potere regionale, a causa dell'impoverimento progressivo della tecnostruttura della Regione (ridotta ai minimi termini), che dovrà essere potenziata per metterla in grado di svolgere l'indispensabile funzione di programmazione e di controllo.

4 - La complessità dei diversi settori

Riduzione dei **tempi di attesa** tramite la riorganizzazione e il potenziamento del sistema pubblico, soprattutto con la generosa iniezione di "capitale umano" (dopo anni di continua sottrazione); separazione dei percorsi, prese in carico e relative 'agendE, quelli gestiti da medici di famiglia da quelli gestiti da specialisti, nonché garantire il raccordo tra gli stessi. Lo slogan "chi prescrive, prenota" può essere un reale rimedio per ridurre le difficoltà che hanno i malati nel cercare di prenotare le visite e

1) "In questa fase di ripensamento/riorganizzazione del territorio è necessario che le scelte provengano da una stretta collaborazione tra territorio e ospedale, con il territorio protagonista forte dell'esperienza maturata anche nel corso della fase epidemica". (Organismo Toscano per il Governo Clinico (OTGC) - COVID 19 - Verso nuovi modelli di Governance per l'appropriatezza delle cure", 5/2020).

gli esami, contribuire a rimotivare i medici di medicina generale a non essere semplici prescrittori di esami proposti dagli specialisti e ridurre gli esami inutili.

Una rinnovata strategia sulla **Prevenzione Collettiva/Controllo ambientale**.

È necessario un rafforzamento sia dei dipartimenti di prevenzione Asl che del servizio di controllo e prevenzione ambientale (Arpat), insieme - particolarmente per quest'ultima struttura - ad una piena valorizzazione della funzione di 'ente terzo'. Ci vuole un reclutamento importante delle diverse necessarie figure professionali insieme ad un potenziamento della formazione in questi settori.

Oltre che una forte spinta per la bonifica delle aree inquinate, chiediamo un piano organico d'azione per l'emergenza climatica con un coordinamento regionale e assistenza ai comuni per piani di mitigazione e adattamento.

Teniamo in maggiore conto la salute animale: gli allevamenti intensivi favoriscono il passaggio di specie dei virus e sono alla base della promozione di consumi e abitudini alimentari non salutari. Particolarmente per i luoghi di lavoro paventiamo che alla cosiddetta 'ripresA ci sia un peggioramento dei rischi per la salute e sicurezza.

La salute della popolazione generale (minacciata sempre più da macrodeterminanti ambientali, come la crisi climatica e i 'moderni' inquinanti chimici che realizzano i ben noti incrementi di tumori, soprattutto infantili, in certe aree di crisi...) e la salute dei lavoratori sono due facce della stessa medaglia. Sarebbe opportuna un'unificazione delle competenze ambientali, sanitarie ed epidemiologiche. A ciò potrebbe contribuire la realizzazione un nuovo sistema organizzativo integrato ambientale-sanitario (Arpat/Dipartimenti Prevenzione) - anche come sperimentazione toscana - che assicuri livelli d'intervento professionale ed etico appropriati ai problemi e ai bisogni territoriali, che susciti una rinnovata partecipazione. L'unificazione dei laboratori analisi dei dipartimenti prevenzione e quelli Arpat potrebbe essere un primo passo.

È importante anche garantire un'integrazione tra gli operatori dell'igiene pubblica - particolarmente gli addetti a malattie infettive/vaccinazioni - con gli operatori delle Case della Salute, ma anche rivedere - più in generale - la rischiosa eccessiva separazione gestionale tra la parte medica e quella del 'comparto' (infermieri, tecnici della prevenzione, ecc.) che oggi vede spesso la definizione di programmi, anche operativi, disgiunti.

È questo un settore che va ricostruito e rivalutato. Insieme alle necessarie attività di controllo devono essere potenziate le attività di prevenzione e assistenza (**per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, le malattie infettive, rischi alimentari, salute degli animali**). In questo periodo abbiamo anche duramente preso atto di quanto è importante strutturare e aggiornare un **Piano Pandemico regionale**, anche con le necessarie articolazioni locali e rafforzare in tutte le istituzioni e strutture organizzative la cultura professionale dell'"essere preparati".

Rilanciare il ruolo dei **Consultori** come presidio territoriale a tutela della salute della donna, a partire dal rispetto della libera scelta femminile su sessualità e maternità, dell'età evolutiva e

delle relazioni di coppia e familiari. Verifica attenta sulle condizioni quali-quantitative dei consultori e la necessità di una ri-appropriazione del controllo sociale, visiti i dati che certificano una condizione di criticità diffusa sia in termini di servizi offerti che di distribuzione territoriale, nonché di una caduta delle pratiche di educazione alla sessualità. Effettiva attuazione delle recenti linee sulla interruzione di gravidanza farmacologica.

Medicina di genere - la necessità di considerare le differenze riproduttive e biologiche tra uomo e donna in relazione a salute e per garantire equità nella cura - deve essere promossa in tutti gli ambiti della sanità.

Anziani, ma ancora cittadini, non solo malati. Ai diversi bisogni delle persone anziane (che vanno dalla solitudine, la demenza, le patologie croniche, la polipatologia, fino alla non autosufficienza cognitiva e/o fisica) è necessario rispondere con supporti e servizi differenziati per il quali è necessaria una programmazione che ne preveda la complessità nell'articolazione dei servizi e il coraggio di sperimentare innovazioni che abbiano come principio guida la dignità della persona.

L'età o la disabilità non possono essere sinonimo di malattia né tantomeno rappresentare fattori di rischio per la perdita della dignità della vita. Questo accade in un sistema che risponde con modelli rigidi e omologanti, perché in grado di offrire prevalentemente il ricovero in strutture residenziali assistite di natura simil-ospedaliera e, all'estremo opposto un'assistenza domiciliare ormai del tutto insufficiente e che s'inserisce in tessuto sociale sempre più povero. Oggi, di fatto, l'unica reale risposta data alle persone anziane è quella delle megastrutture di 'di contenimento', le cui dimensioni crescono proporzionalmente all'affidamento al privato, per la realizzazione del profitto.

È necessario invece pianificare una rete articolata di servizi che:

- abbia come punto di riferimento la persona, nella sua unicità e diversità, e attraverso la costruzione di un progetto di vita che non spezzi quello vissuto fino al momento della fragilità, sia in grado di mantenere libertà dignità;
- valorizzi la cosiddetta **residenzialità leggera**, cioè un insieme di soluzioni abitative "intermedie", contestualizzate e integrate nel territorio, destinate ad anziani che richiedono qualche forma di sostegno, ma non si trovano in condizioni di grave compromissione sociosanitaria e necessità di assistenza continua, motivi che abitualmente determinano il ricovero nelle strutture residenziali "tradizionali" (ad es. forme cohousing supportato, come l'esperienza esemplare del "Centro sociale" di Lastra a Signa); tutte le politiche per il cosiddetto 'invecchiamento attivo' devono essere implementate.
- sperimenti nuovi modelli di RSA, di piccole dimensioni, in cui l'assistenza sanitaria sia affidata al servizio sanitario nazionale, ed anche il personale infermieristico e medico deve essere ricondotto alla gestione pubblica;
- rafforzi la disponibilità di hospice, delle cure palliative, delle cure intermedie tra ospedale e territorio, messe in stretta connessione tra loro e con l'assistenza a domicilio, dalle équipes di operatori che dovrebbero essere dedicate ai pazienti più che alle strutture;
- renda accessibile realmente **l'assistenza domiciliare**, per la

disponibilità di risorse e per la qualità d'intervento (équipe multidisciplinari e multiprofessionali); anche per le assistenti domiciliari all'interno dei capitolati per la messa a gara di questo tipo di servizio che il personale utilizzato sia continuamente aggiornato; sappiamo che il questo settore spesso le condizioni di lavoro sono difficili: clausola sociale e diventare requisito indispensabile per l'affidamento del servizio di assistenza domiciliare ed oggetto di una rigorosa verifica da parte degli enti.

Tali strumenti, oggi, non sono certo presenti in modo omogeneo e con una sufficiente disponibilità di posti sul territorio toscano. Pertanto, su di essi si deve investire, anche per poter ridurre i re-ingressi nei pronto soccorso legati alla difficoltà della gestione domiciliare e l'utilizzo improprio dei posti degenza a maggiore intensità di cura. È necessario un piano pluriennale di rinnovamento del sistema di welfare regionale per gli anziani che veda fortemente impegnati i Comuni, nelle Società della Salute, affinché siano attivate le risorse presenti nella comunità e si esca dalle logiche dell'esclusiva e eccessiva sanitarizzazione.

Salute mentale. Le tante criticità che attraversano il mondo dei servizi di salute mentale in Italia si riflettono anche nella nostra Regione. Ancora troppo diffuso è il ricorso prevalente (e non residuale) all'inserimento in strutture che si prolungano per anni, con esiti istituzionalizzanti e cronicizzanti per la malattia, e che impedisce di fatto qualsiasi possibilità di recupero di una dimensione normale della vita. I percorsi di cura che si realizzano nei territori dovrebbero partire dai Centri di Salute Mentale che, lungi dall'essere solo dispensatori di farmaci e visite mediche, dovrebbero essere il luogo di elaborazione dei progetti personalizzati, nonché di costruzione delle reti con tutti i soggetti della comunità locale (associazioni, parrocchie, imprese, familiari ecc.). È necessario e urgente, quindi:

- rafforzare, anche con nuove risorse di personale, il ruolo del Centro di Salute Mentale che deve essere aperto 365 giorni l'anno;
- predisporre una rete di appartamenti supportati che offrano soluzioni abitative in alternativa alle comunità
- favorire l'inserimento lavorativo e la costruzione di relazioni sociali significative;
- attivare lo strumento del budget di salute, da utilizzare anche per i percorsi di cura e assistenza su anziani e disabili, per la realizzazione dei progetti personalizzati.

Un lavoro sul territorio con tali caratteristiche abbassa notevolmente gli episodi di riacutizzazione della malattia e quindi gli accessi nei reparti ospedalieri per acuti, dove ancora troppo spesso vengono riprodotte pratiche che ricordano i vecchi manicomi, con porte chiuse e contenzioni meccaniche. La Regione dovrà farsi carico di approfondire tali realtà e procedere con decisione affinché la contenzione venga abolita di fatto in tutti i servizi psichiatrici.

Più in generale la **salute psicologica** deve essere considerata in modo integrato con quella fisica. E quindi, oltre ai servizi di consulenza psicologica pubblici dobbiamo promuovere, sul confine tra sanitario e sociale, tutti i tipi di servizio di supporto alla famiglia e punti di aggregazione per giovani e adolescenti.

Ci impegneremo anche per un analogo piano di rilancio e rafforzamento per i servizi sulla prevenzione delle **Dipendenze** ed un'attenzione particolare deve essere posta ai **servizi sanitari dei penitenziari** e Rems dove deve essere garantita, qualità, umanità e gestione pubblica.

Valutazione della vocazione sanitaria del sistema termale per la prevenzione e la salute. La Regione Toscana, attraverso le sue partecipate nel settore termale, può studiare la fattibilità di un programma per lo sviluppo della vocazione sanitaria del sistema termale, da affiancare a quella turistica, per favorire l'impiego delle strutture del settore per la cura complessiva del benessere e della persona, per gestire le crescenti malattie professionali e gli infortuni che hanno bisogno di maggior tempo per un recupero psico-fisico in un ambiente con vocazione sanitaria, per le cure idropiniche e per le terapie bronco polmonari.

La piena cittadinanza delle persone con Disabilità. Oltre a garantire l'accessibilità alle cure sanitarie, generali e abilitative/riabilitative, è necessario fare una scelta politica di fondo tra l'istituzionalizzazione e la casa, il lavoro, il tempo libero, le relazioni, l'autodeterminazione, come diritti di cittadinanza (vedi anche la LR n. 60/2017). Ciò richiede un **progetto di vita "individuale"**, che investa tutta la comunità, tutta l'amministrazione di una città che deve essere pensata anche in quest'ottica in tutti i settori: urbanistica, attività produttive, sport, tempo libero, associazionismo e volontariato (sociale e sanità, solo per quanto serve). Servono risposte non soltanto ai bisogni primari (mangiare, dormire, stare puliti), ma ai bisogni radicali di libertà e di amore, di dignità. Sono scelte di fondo: se vediamo 'la malattia con *attaccata la persona*' costruiamo i "centri specializzati", se invece vediamo 'le persone che *hanno anche una malattia*', cerchiamo di costruirle una vita nella comunità, con i supporti necessari, con l'accettazione delle stranezze.

Le abitazioni supportate, i gruppi appartamento, le case famiglie e gli inserimenti lavorativi, i lavori, di persone con disabilità, particolarmente se intellettuale, che rappresentano l'alternativa agli istituti, oggi sono rare eccezioni, devono costituire gli elementi fondanti della nuova programmazione regionale con un piano di legislatura di conversione dell'istituzionalizzazione:

- distogliere le risorse dalla costruzione e gestione di grandi strutture residenziali per destinarle alla rete di servizi e azioni territoriali che impegnano pezzi di comunità e ai progetti di vita sostenuti dai budget di salute
- riconoscere, valorizzare e modellizzare, le esperienze positive di vita in autonomia dalla famiglia di origine
- elaborazione e applicazione del piano con il pieno coinvolgimento delle zone-distretto o Società della Salute, amministrazioni comunali, associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità.

Ospedali. Non possiamo sottrarci ad una valutazione sull'adeguatezza del numero dei **posti letto ospedalieri** in Toscana, negli ultimi anni eccessivamente ridotto. Per gli stessi ospedali, sia presidi Asl che aziende ospedaliere, è cruciale presidiare e

migliorare l'**appropriatezza clinica**, monitoraggio dei percorsi sanitari, anche attraverso i dipartimenti aziendali di area vasta. L'esperienza della epidemia COVID 19 (con tutti i gravi rischi cui sono stati esposti i lavoratori della sanità, specialmente nella prima fase), ci ha mostrato l'importanza della sicurezza delle cure, per i lavoratori e per i malati (ad esempio, il grave e emergente problema delle infezioni ospedaliere). È necessario quindi potenziare la gestione del Rischio Clinico, anche completando l'organizzazione del gruppo regionale specializzato (GRC).

Devono essere rivisti certi orientamenti troppo efficientisti circa gli **ospedali periferici** a partire da quelli delle zone montane e insulari (Elba). È bene invece definire il loro ruoli e funzioni – e garantirli nel tempo, secondo i bisogni del territorio e all'interno della complessiva rete e programmazione ospedaliera di area vasta.

Seguiremo particolarmente lo stato di avanzamento del **piano regionale di ammodernamento e ampliamento** che interessa molti presidi ospedalieri della Toscana nonché – finalmente – il nuovo ospedale di Livorno.

In generale, le strutture sanitarie devono operare in rete con la massima integrazione possibile (rete regionale dell'emergenza urgenza delle microbiologie, la rete regionale delle terapie intensive flessibili, case della salute, rete regionale oncologica, la rete regionale neonatale e pediatrica, ecc.). In particolare, la Pandemia ci ha fatto capire quanta importanza possa avere in una regione la Rete delle Microbiologie e Virologie Cliniche; ma non soltanto il COVID19, ce lo ha detto anche la resistenza agli antibiotici di molti batteri e funghi patogeni e funghi.

Rapporti Regione/Stato: aumentare la capacità della Regione di 'essere presente' nella Conferenza Stato Regione e nei rapporti con il Ministero, con proposte e rappresentazione di bisogni (ma non nell'ottica di un regionalismo 'differenziato', bensì secondo quella di un regionalismo solidale).

Verifica e revisione degli indirizzi per le **esternalizzazioni e garanzia mantenimento attività 'corÈ**; esternalizzazioni guidate da alcuni principi generali coerenti con una politica che valorizzi il lavoro dei dipendenti delle aziende sanitarie. Anche durante la pandemia abbiamo registrato un'eccessiva esternalizzazione di attività laboratoristiche. In generale devono essere esclusi dalle esternalizzazioni tutti i servizi 'corÈ, i servizi alla persona, nonché i Centri di Prenotazione - CUP).

Rivedere funzionalità dell'Ente Supporto Tecnico Amm.vo Regionale, **ESTAR** affinché esprima una sempre maggiore capacità professionale nel campo del cosiddetto Health Technology Assessment, ma anche con la previsione di un recupero del controllo delle tecnologie informatiche da parte delle aziende sanitarie.

Necessario un piano complessivo sulla **destinazione degli edifici sanitari dismessi** e per il loro riutilizzo, con priorità per la realizzazione di strutture sanitarie intermedie e di alloggi per anziani.

Vi è l'esigenza di un deciso avanzamento delle **tecnologie informatiche** e telemedicina, sia nell'ambito della assistenza ospedaliera che in quella territoriale, con particolare attenzione alla integrazione informatica tra territorio e ospedale. L'intera rete regionale tecnologica e infrastrutturale deve essere potenziata: cartella clinica unica integrata, completamento delle connessioni per la condivisione di immagini radiologiche, sistemi di facilitazione di accesso ai servizi tramite 'App', sviluppo di un sistema regionale di telemedicina (per la gestione ottimale dei malati cronici da parte dei medici di famiglia, ma anche per meglio garantire assistenza specialistica e contrastare il fenomeno dell'abbandono delle zone disagiate).

Rivedere ruolo delle **Farmacie** (ad es., come punti di distribuzione prodotti di assistenza integrativa) e, relativamente ai farmaci, si deve aumentare la percentuale di uso dei farmaci generici e biosimilari.

Curare molto il '**clima lavorativo**' delle **organizzazioni**, considerando l'attuale diffusa demotivazione e una certa valorizzazione degli operatori in funzione soltanto del pieno adeguamento ai 'livelli superiori', piuttosto che passione per il lavoro, creatività e intelligenze orientate al cambiamento. Deve essere superato un tratto gestionale per cui agli operatori sanitari toscani non sarebbe più concesso esprimere pubblicamente le loro idee, e le critiche all'azienda comporterebbero il rischio di provvedimenti. Le aziende sanitarie sono aziende pubbliche e i dipendenti hanno invece diritto di parola (naturalmente assumendosi le responsabilità conseguenti).

Rinnovate e più consistenti politiche per la **formazione degli operatori** devono essere assicurate.

Sono necessarie politiche di valorizzazione del personale in termini economici e di progressione di carriera.

Il fondamentale ruolo delle **associazioni di volontariato**. È molto importante la funzione del terzo settore nella storia e nella realtà attuale della nostra regione, con particolare riguardo alla gestione di servizi di supporto ai servizi sociali e aiuto alla persona e sul disagio sociale. È tuttavia necessario difendere l'universalismo effettivo del servizio sanitario, non un universalismo 'selettivo'; il sistema pubblico dovrà rimanere universalistico, a forte centralità pubblica nella gestione, nella programmazione e nel controllo accurato sulla qualità dei soggetti che con esso collaborano.

Partecipazione in sanità. È utile e necessaria la valorizzazione del sapere diffuso nelle organizzazioni e la partecipazione alle decisioni da parte degli operatori contribuisce anche a potenziare l'orgoglio di appartenenza. È necessaria una verifica e revisione di efficacia dei '**Comitati di Partecipazione**' della cittadinanza, già presenti nella nostra regione.

5 – In conclusione

Sono almeno **cinque le priorità** su cui riteniamo si debba intervenire:

1. Recuperare la piena funzionalità ed efficienza del Servizio sanitario toscano restituendo ai Presidi ospedalieri e alle Zone-Distretto larghi margini di autonomia gestionale anche per favorire l'armonizzazione e l'integrazione di diverse linee professionali
2. Rilanciare l'organizzazione dei servizi territoriali basata sull'integrazione socio-sanitaria, sul lavoro multidisciplinare, sulla sanità d'iniziativa, sullo sviluppo di infrastrutture fisiche (case della salute) e informatiche (telemedicina) per far fronte alla doppia sfida epidemica: delle malattie croniche e delle infezioni virali;
3. Ridurre le lunghe liste d'attesa potenziando i servizi pubblici (sacrificati negli ultimi anni a favore del settore privato) e rafforzando l'appropriatezza clinica.
4. Rafforzare i dipartimenti di prevenzione Asl (fondamentali anche nel controllo delle epidemie) e il servizio di controllo e prevenzione ambientale (Arpat), insieme - particolarmente per quest'ultima struttura - ad una piena valorizzazione della funzione di 'ente terzo'. Ci vuole un reclutamento importante delle diverse necessarie figure professionali ed un potenziamento della formazione in que-

sti settori.

5. Nel campo della disabilità, assumere il principio del progetto di vita individuale (da sviluppare nell'articolazione necessaria dei servizi e dei supporti) invece che la strategia dell'istituzionalizzazione in grandi strutture residenziali (per anziani, per persone con disabilità fisico motoria, disabilità psichica o intellettiva).

La **visione** che noi abbiamo è quella di una sanità pubblica dove al centro vi è il territorio, dove i consigli comunali hanno un ruolo nel controllo e indirizzo generale sul servizio sociale e sanitario, con un forte orientamento al contrasto delle disuguaglianze (di salute e di accesso ai servizi); e dove il privato, sociale o privato-privato, è di supporto al sistema, e non sostitutivo del servizio sanitario, pubblico e universalista. Riteniamo necessario che lo slogan 'salute in tutte le politiche' non sia solo uno slogan ed il riferimento ai determinanti non sanitari della salute deve essere fortemente considerato, ai fini della 'produzione di salute'.

VOTA

TOSCANA



SINISTRA

CIVICA

ECOLOGISTA