

FIRENZE
Quaderni di inchiesta urbana

a cura di
Ornella De Zordo

La collana *Quaderni di inchiesta urbana* intende mettere a fuoco alcuni degli aspetti più problematici del tessuto urbano fiorentino. Attivisti/e e studiosi/e, hanno accettato la sfida del piccolo formato, per presentare le loro analisi e proposte per la città.

Quaderni pubblicati:

Prima serie

P. Baldeschi, G. Barbacetto, M. De Zordo, E. Salzano, *L'affaire Castello*

Chiara Brillì e Domenico Guarino, *Cultura prêt-à-porter*

Donatella Della Porta, *Firenze in movimento*

Franca Falletti e Daniele Lombardi, *Libello fazioso sulla cultura*

Tommaso Fattori, *Impero Spa: i mercanti d'acqua*

Antonio Fiorentino, *Il quadro del disastro*

Marvi Maggio, *Il diritto alla città*

Alessandro Margara, *Il carcere oggi: a Firenze e ovunque*

Valeria Nardi, *Non bruciamoci il futuro*

Seconda serie

Maurizio Da Re, *Firenze auto-critica*

Christian G. De Vito, *La corte di San Lorenzo*

Maurizio De Zordo, *Disastro Tav*

Lorenzo Guadagnucci, *Dimmi chi escludi, ti dirò chi sei*

Lorenzo Guadagnucci, *Oltre la crisi*

Giorgio Pizziolo, *La biocittà e la comunità urbana*

Duccio Tronci, *Case (im)popolari*

perUnaltracittà, *Ammalarsi a Firenze*

perUnaltracittà, *Le nostre idee per Firenze*

perUnaltracittà

Ammalarsi a Firenze

Edizioni Unaltracittà/Unaltromondo

Edizioni Unaltracittà/Unaltromondo - Firenze
www.unaltracittaunaltromondo.it

Copyright - maggio 2009

E' consentita la riproduzione parziale o totale
dell'opera e la sua diffusione per via telematica
purché non a scopo commerciale

Le radici dell'attuale Sistema sanitario

La riforma sanitaria del 1978, conosciuta come Legge 833, dava attuazione a uno dei più importanti diritti sanciti dalla nostra Carta costituzionale: il diritto alla salute, promuovendo l'organizzazione di un Servizio sanitario nazionale (Ssn) uguale per tutti, a prescindere dalle coperture mutualistiche che fino al dicembre 1979 avevano diversamente tutelato i cittadini. La riforma sottolineava l'unitarietà psicofisica della persona, garantendone il diritto alla salute non solo tramite la cura e la riabilitazione, ma soprattutto attraverso l'innovativo concetto della prevenzione. A tutt'oggi, per la sua impostazione, è reputata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), organismo delle Nazioni unite, il provvedimento legislativo sanitario più avanzato mai prodotto da un Parlamento.

Finanziata dalla fiscalità generale e da ulteriori contributi specifici, la L.833 decollò il 1° gennaio 1980 e non ebbe mai vita facile. Il suo battesimo fu affidato al ministro Renato Altissimo, esponente del Partito Liberale, l'unica formazione po-

litica che aveva votato compatta contro il provvedimento stesso.

Ciò nonostante, nei quasi vent'anni di vita la riforma ebbe modo di tracciare binari profondi nella coscienza collettiva dei cittadini e degli operatori stessi del Ssn.

Lo scenario neoliberista

Proprio all'inizio degli anni Ottanta, soprattutto negli Stati Uniti e in Gran Bretagna andavano contestualmente affermandosi concetti e orientamenti di dottrina neoliberista che indicavano nel libero mercato l'agente di un ciclo che avrebbe apportato benessere non solo alle classi agiate ma anche alle grandi masse, sostenendo lo sganciamento dell'economia dallo Stato e promuovendo la liberalizzazione di ogni settore non strategico e la fine di ogni chiusura doganale.

I capitali privati, sempre alla ricerca di settori sicuri in cui realizzare profitti, avevano infatti individuato soprattutto nei servizi pubblici (trasporti, acqua, sanità) gli spazi da conquistare, per-

ché forieri di una domanda che sarebbe risultata sempre garantita, al riparo dalla saturazione dei mercati di beni materiali e dalla riduzione del potere d'acquisto dei salari.

Con l'esordire degli anni Novanta il contesto italiano, caratterizzato da un aggravarsi del debito pubblico cresciuto a dismisura, fu aggredito da martellanti campagne di demonizzazione dell'inefficienza pubblica, prodotta da una logica sprecona perché deresponsabilizzata. Il modello privatistico dell'Azienda veniva conseguentemente indicato come l'esempio "virtuoso" da seguire, per promuovere efficienza e per ridurre i costi nell'erogazione dei servizi.

L'aziendalizzazione: pregi e difetti

Con il Dlgs. 502 del 1992 il legislatore interveniva quindi sul Servizio sanitario, organizzando l'aziendalizzazione. A seguito di tale riordino, il 1° gennaio 1995 le Unità sanitarie locali si costituirono in aziende Asl/Ao (Aziende sanitarie locali oppure Ospedaliere) dotate di personalità

giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale. Da quella data la loro organizzazione e il loro funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato che deve ispirarsi a criteri di funzionalità, collegamento delle attività degli uffici, garanzia di imparzialità e di trasparenza.

Quasi contemporaneamente il legislatore interveniva a privatizzare il rapporto di pubblico impiego (Dlgs. 29 del 1993), indicando nel rapporto di fiducia, nella responsabilità diretta, nell'autonomia professionale e nella valutazione professionale dei dirigenti gli elementi di innovazione per ridurre lo spessore burocratico della pubblica amministrazione e facilitare così l'individuazione delle responsabilità. Nei fatti la variabile determinante di tutte le altre si rivelerà essere soprattutto il rapporto fiduciario (scegliere secondo i propri canoni di fiducia) che, previsto per i soli incarichi apicali della dirigenza (cioè quelli a tempo determinato e caratterizzati da contratti particolarmente remunerati), risulterà poi impropriamente esteso anche agli altri dirigenti provenienti dai concorsi pubblici, favorendo così il dilagare di quei meccanismi di selezione orientati soprat-

tutto alla fedeltà e alla sottomissione, piuttosto che alla professionalità e al merito.

Con il dichiarato obiettivo di migliorare la professionalità, va contestualmente affermandosi una prassi che incoraggia la rotazione degli incarichi dirigenziali. Non di rado finirà invece per tradursi in meri cambi di poltrone da cui predisporre direttive, assegnare e controllare il lavoro di contesti talvolta addirittura sconosciuti. In organizzazioni oltretutto sottoposte a frequenti cambiamenti – che di fatto rendono impercorribili proprio le individuazioni delle responsabilità – la funzione dirigenziale può venire così ridotta a mero ruolo di passaordini, frantumando dunque la stessa potenzialità creativa dell'autonomia professionale e della responsabilità diretta che il legislatore aveva invece introdotto (Dlgs. 29/93) proprio per stimolare l'efficienza della pubblica amministrazione.

In contesti sempre più orientati all'esternalizzazione dei servizi e a onerose assunzioni per chiamata diretta, spesso con provenienza dal mondo del privato, la rotazione degli incarichi è risultata pericolosamente funzionale alla frantu-

mazione se non alla dispersione stessa delle competenze del settore pubblico, con conseguente caduta qualitativa del servizio e contestuale aumento delle esternalizzazioni stesse.

Lo strano connubio con il privato

Coerentemente a tale impostazione, alla fine degli anni Novanta il legislatore riteneva di potere cancellare il precedente requisito di necessaria esperienza di direzione quinquennale di struttura sanitaria pubblica o privata previsto dal Dlgs. 502 per i direttori generali e per i direttori amministrativi di Asl (Dlgs. 229/99, art. 3bis), rendendo così possibili anche nomine fiduciarie di non eletti della politica e di rappresentanti del mondo privato degli affari, permettendo loro di guadagnare incarichi ben retribuiti, posti a carico della collettività ma non sempre al servizio del pubblico interesse.

In nome del risparmio si sviluppa una progressiva dismissione della gestione diretta, che dai tradizionali servizi di mensa, lavanderia, ese-

cuzione di manutenzioni, verrà estesa anche ai settori strettamente sanitari e a quelli di supporto amministrativo, senza per questo migliorare le prestazioni finali, né tanto meno abbassarne i costi.

Se l'obiettivo ufficiale di Spa e di Srl è infatti quello di fare utili, a pensarci bene il ricorso a forme di esternalizzazione non può costituire un reale risparmio. Le Aziende sanitarie non pagano infatti solo i costi vivi del servizio che commissionano, ma anche il margine di guadagno del fornitore d'opera. Allora l'abbassamento del costo effettivo, per risultare davvero conveniente, finisce quasi necessariamente per implicare un abbassamento della qualità finale offerta: prestazioni qualitativamente ridotte per l'utenza e maggiore sfruttamento delle risorse lavorative, che talvolta risultano anche di qualificazione non adeguata.

Allo stato attuale il complessivo Settore pubblico, del quale fa parte anche il Servizio sanitario nazionale, è oggettivamente caratterizzato da politiche di riduzione del costo del lavoro che colpiscono la dotazione della sua risorsa di personale

(l'attuale turn over prevede un'assunzione ogni dieci pensionamenti), con conseguente maggiore sfruttamento delle risorse lavorative stesse oppure con maggiore ricorso a forme di esternalizzazione. Queste condannano a una progressiva perdita del know-how e alla deprofessionalizzazione (costo umano ed economico) la risorsa di personale pubblico, ove parcheggiato in scatole vuote, anziché essere altrimenti utilizzato. Tale contesto determina un progressivo assottigliamento del potere contrattuale pubblico nei confronti di gruppi privati che stanno invece realizzando concentrazioni di proprietà nei servizi di assistenza, di cura e di supporto.

Mettendosi nelle mani di chi è interessato a garantirsi soprattutto un mercato, come potrà oggettivamente il settore pubblico tutelare l'interesse della collettività da probabili cartelli nei quali il privato potrà organizzarsi per costi e complessiva qualità dei servizi? La contestuale campagna diffamatoria operata dello stesso ministro, intenzionato a sviluppare un piano di industrializzazione della complessiva funzione pubblica, oggettivamente non aiuta.

Tutto questo si è ovviamente reso possibile grazie anche al valido supporto di una filosofia politica che, aderendo acriticamente a logiche neoliberiste, ha progressivamente accantonato quel bagaglio culturale mirato alla programmazione delle risorse pubbliche in rispondenza di una lettura dei bisogni. Sono state invece costosamente incentivate politiche rivolte a un incremento pulviscolare e ingestibile delle informazioni poste a carico delle Aziende sanitarie, con la conseguenza di aumentarne soprattutto le esternalizzazioni, le consulenze (se non proprio le assunzioni per chiamata diretta) e conseguentemente i costi, senza alcun rintracciabile utilizzo in chiave di ottica pubblica, alimentando così nei fatti un welfare a favore delle imprese, in riduzione di quello destinato ai cittadini.

La risorsa finanziaria da cui attingere è sempre quella pubblica ma i tagli, che da anni sono in permanente agguato, sembrano destinati soprattutto ai servizi, piuttosto che agli sprechi.

Perché occuparsi di sanità?

È una buona domanda da cui partire perché negli anni si è diffuso il convincimento che il governo della Sanità pubblica sia faccenda che riguardi la Regione – più in particolare l'assessore incaricato – e le direzioni delle Aziende sanitarie (Asl/Aou) e che gli effetti siano invece faccenda che riguardi il singolo cittadino-paziente e al massimo i suoi familiari.

Il realtà ci sono almeno cinque risposte a questa domanda che corrispondono ad altrettante ottime ragioni per rompere questo approccio che negli anni ha portato a orientare il Sistema sanitario pubblico verso la costituzione di catene corte di comando (le direzioni delle Aziende sanitarie) che rispondono più o meno solo al livello regionale e che operano in condizioni di sostanziale autoreferenzialità. Ovviamente il tutto dichiarando l'assoluta salvaguardia degli interessi pubblici spesso di fatto garantiti da un forte ma poco intellegibile (anche perché non del tutto trasparente) regime monocratico.

Risposta n. 1 - La Sanità pubblica è economicamente alimentata dalla fiscalità generale. Come tanti altri sistemi e servizi pubblici poggia anche su ulteriori contributi dei cittadini, che sono contemporaneamente finanziatori e fruitori.

Risposta n. 2 - Le risorse investite in Sanità pubblica sono cospicue. Esse, infatti, rappresentano la voce principale del bilancio della Regione Toscana per una quantità prossima al 65% del totale.

Risposta n. 3 - La Sanità pubblica è un enorme patrimonio da tutelare. Questa affermazione ha molteplici valenze. In primo luogo perché di fronte a uno stato di malattia psicofisica essa garantisce gli strumenti migliori per affrontare il problema e quindi il recupero del benessere. In secondo luogo perché, di fronte a una crisi economica pesante e dai contorni incerti come quella attuale, la garanzia dell'accesso gratuito rende tutti un po' meno poveri. In ultimo perché è un potente volano occupazionale su almeno tre livelli: dipendenti, parasubordinati (medici di medicina generale e pediatri di base) e convenzionati. Per esempio nelle quattro Aziende sanitarie che

operano sul territorio fiorentino (Careggi, Meyer, Azienda fiorentina + Ispo) sono occupate in regime di dipendenza più di 14.000 persone, che fra l'altro vanno a costituire una categoria particolare: i lavoratori-finanziatori-fruitori.

Risposta n. 4 - La Sanità pubblica si occupa della salute del singolo e della collettività. Ormai da molti anni si è affermato un concetto di salute molto più ampio di quello precedentemente basato sull'assenza di malattia. Dopo l'affermazione del concetto olistico di benessere psicofisico applicato al singolo, si è sviluppato anche un modo di intendere la salute come bene collettivo, in stretta relazione con tutte le tematiche principali della vita: la tutela dell'ambiente, lo sviluppo urbanistico, la mobilità, gli stili di vita. Tale concetto coincide con l'affermazione di diritti solidamente sanciti dalla nostra Costituzione e consente uno straordinario esercizio di democrazia reale. Il bene collettivo diventa scelta collettiva che, relativamente alle condizioni in cui viene esercitata, rappresenta un eccellente indicatore di libertà che ha due determinanti fondamentali: la consapevolezza e la partecipazione.

Risposta n. 5 - La Sanità pubblica, *ex lege*, è materia di interesse per le amministrazioni che rappresentano i cittadini e quindi, in primo luogo, per le amministrazioni comunali.

Il sindaco e la Conferenza dei sindaci hanno compiti di grande rilievo in Sanità pubblica. L'importanza di un attento espletamento di queste funzioni discende da un fatto tanto concreto quanto delicato. Nel Sistema sanitario corrente il sindaco è rimasto l'unico soggetto titolato a esprimere la rappresentanza politico-sociale della comunità ricompresa nell'ambito territoriale dell'Azienda sanitaria. Come si vedrà, nel tempo i compiti del primo cittadino sono aumentati di numero e di complessità.

Il Dlgs. 502 del 1992 prevedeva un particolare livello di programmazione locale, attuativo di quello regionale, attribuendo al sindaco e/o alla Conferenza dei sindaci (art. 3, comma 14) le seguenti competenze: definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività; esame del bilancio pluriennale di previsione e del bilancio di esercizio; verifica dell'andamento

generale dell'attività e contributo alla definizione dei piani programmatici con trasmissione delle proprie valutazioni e proposte al direttore generale dell'Azienda sanitaria e all'organismo regionale competente.

Successivamente il Dlgs. 229 del 1999, in attuazione dell'art. 2 della Legge 419 del 1998, disciplinava una serie di nuove competenze per i Comuni potenziandone il ruolo di programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale e locale, il ruolo nella valutazione dei risultati delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, il ruolo di prevedere la facoltà di assicurare, anche tramite l'assegnazione di risorse, livelli di assistenza aggiuntivi.

I contropensieri che non aiutano

Se a questo punto dovrebbero essere chiare le motivazioni del perché occuparsi di sanità e conseguentemente perché la tematica trovi spazio nei *Quaderni di inchiesta urbana*, può risultare utile esaminare alcuni persistenti elementi di resistenza e di attrito.

Il bisogno di salute corrisponde spesso a uno stato di debolezza. «Penso alla salute solo quando sono malato». La debolezza del malato è una condizione spesso vissuta ed espressa agevolmente come bisogno che evoca una risposta tecnico-professionale (in un Pronto soccorso, presso il proprio medico di famiglia, nei ricoveri ordinari o con un intervento del 118). Fine!

In realtà, in un sistema solidaristico come il nostro, la qualità della risposta supera il valore di semplice risposta tecnico-professionale a un bisogno. È qualcosa di più, perché collega il soddisfacimento di un diritto di salute alle risorse rese disponibili dal governo politico di quel territorio. Il dimensionamento dei servizi (di prevenzione ambientale e di tutela del lavoro, di quelli ambulatoriali – per dislocazione, specialità, orari –, di quelli domiciliari, dell'assistenza infermieristica notturna nei reparti, la disponibilità di strutture di riabilitazione per anziani e di assistenza per i non autosufficienti) è una oggettiva conseguenza del livello di attenzione ai bisogni espressi dal proprio bacino di competenza.

L'equità è misurata solo nell'accesso al Servizio sanitario. Un approccio più evoluto dovrebbe misurare anche la capacità di utilizzare i supporti e le integrazioni orientate prevalentemente al sociale (equità in entrata e in uscita). Indagini mirate in questo senso rileverebbero infatti che chi si confronta direttamente o indirettamente con uno stato di malattia/handicap vive una dimensione di debolezza che diventa tanto più problematica e profonda quanto minori sono le capacità economiche e il livello di cultura e quanto più labile è la rete di supporto sociale (vedi successivo paragrafo sullo Studio longitudinale toscano-SLT0).

Non sempre sono evidenti gli effetti prodotti sulla salute da una cattiva gestione del territorio comunale. Realizzare gli interventi necessari a ridurre le differenze nella fruizione di un fondamentale diritto di salute è una missione specifica del Servizio sanitario, fortemente condizionata, oltre che dalle risorse assegnate, anche dalla misura in cui le amministrazioni locali, nelle loro politiche di gestione dei territori di competenza, si pongono al servizio dell'interesse collettivo. Ma se da una parte è fa-

cilmente intuibile come un ambiente urbano ben amministrato concorra in maniera significativa a migliorare la qualità della vita, non risulta invece sempre altrettanto evidente come una cattiva gestione possa invece determinare o addirittura aggravare, invece che rimuovere, le condizioni di iniquità che finiscono per influenzare pesantemente la salute dei cittadini. Condizioni di iniquità sono per esempio concentrazioni di traffico e cantierizzazioni irrazionali che aumentano ulteriormente micropolveri e rumori, politiche di *cositing* (più stazioni base della telefonia mobile e/o altri apparati radiotelefonici o televisivi ubicati nel medesimo punto, per esempio il tetto di uno stesso palazzo) che selezionano chi debba essere consegnato ai rischi da elettrosmog e chi invece no, esposizione a impianti di smaltimento rifiuti, dissesti idrogeologici, mancanza di verde ecc.

Eppure l'esercizio di politiche che antepongono interessi particolari alla promozione del benessere della collettività e alla rimozione delle eccessive concentrazioni di rischi che generalmente insistono su chi è già tradizionalmente più svantaggiato, può determinare danni quan-

tificabili in termini di malattia, ricoveri ospedalieri o, peggio ancora, morti evitabili (vedi successivo paragrafo sullo Studio longitudinale toscano-SLTto).

Esprimersi sui problemi di Sanità pubblica e di salute è complesso e richiede competenze. Ma il Comune dove trova le competenze necessarie per fare quanto previsto dalle leggi? Se il diritto da garantire è la qualificazione del concetto di salute, è proprio questo che i Comuni sono chiamati ad assicurare per soddisfare il dovere di rappresentanza oltre che i mandati attribuiti dalle norme precedentemente esposte. Questo impone quindi di integrare e capitalizzare le competenze interne alla rete delle Pubbliche amministrazioni, evitando o limitando il ricorso a esternalizzazioni e consulenze, con buon risparmio delle risorse sia economiche sia umane.

Come funziona la sanità nella città di Firenze?

Sul territorio urbano di Firenze operano più Aziende sanitarie pubbliche.

- Azienda sanitaria di Firenze (Asf): è una delle più grandi Aziende sanitarie in Italia e gestisce tutta l'assistenza di un territorio di 33 Comuni, suddivisi in 4 Zone: Firenze, Nord-ovest, Sud-est, Mugello. Di queste, la prima corrisponde esattamente al territorio cittadino. Le strutture ospedaliere presenti nella città e gestite dalla Asf sono: l'ospedale "Piero Palagi"; il "Nuovo San Giovanni di Dio"; "Santa Maria Nuova".
- Azienda ospedaliero-universitaria (Aou) di Careggi.
- Azienda ospedaliero-universitaria (Aou) "Meyer".
- Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo).

Il tutto, com'è facilmente intuibile, rappresenta un complesso molto articolato e di dimensioni ragguardevoli di fronte al quale domandarsi come funziona può apparire velleitario.

Da alcuni anni il dipartimento alla Salute della Regione Toscana ha affidato al Laboratorio "Management e sanità" della Scuola superiore San-

t'Anna di Pisa il compito di organizzare la valutazione della performance del Sistema sanitario che è stata implementata a partire dal 2005. In pratica ogni Azienda sanitaria e ospedaliero-universitaria viene sottoposta a una valutazione annuale multidimensionale che è suddivisa in:

- a) valutazione del livello di salute della popolazione;
- b) valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale;
- c) valutazione socio-sanitaria;
- d) valutazione esterna;
- e) valutazione interna;
- f) valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico-finanziaria.

Per ogni dimensione valutativa sono stati generati indicatori e sottoindicatori che hanno consentito di rilevare dati ed elementi conoscitivi dai quali scaturisce un punteggio compreso fra 0 e 1, che individua i punti di debolezza (sotto media regionale), e fra 4 e 5 (sopra media regionale), che individua i punti di forza.

Indicatore	Azienda sanitaria di Firenze		Azienda Careggi		Azienda Meyer	
	Sopra media	Sotto media	Sopra media	Sotto media	Sopra media	Sotto media
Mortalità infantile	*					
Mortalità per tumori	*					
Mortalità per malattie cardiovascolari	**					
Mortalità per suicidi	*					
Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	*		*			
Strategie per il controllo del dolore		*	*		*	
Estensione e adesione agli screening oncologici (2007)	*					
Copertura vaccinale (2007)		*				
Equità e accesso (2007)	*					
Organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero (2006)		*	*		*	
Continuità assistenziale percorso materno-infantile (2007)		**				
Tempi di attesa diagnostica strumentale (2007)	*		*			
Capacità di governo della domanda (2007)	*					

Indicatore	Azienda sanitaria di Firenze		Azienda Careggi		Azienda Meyer	
	Sopra media	Sotto media	Sopra media	Sotto media	Sopra media	Sotto media
Degenza media (2007)	*			*	*	
Efficienza pre-operatoria (2007)	*			*	*	
Appropriatezza (2007)		*		*		*
Qualità clinica (2007)		*		*	*	
Materno-infantile (2007)	*			*		
Efficacia del territorio (2007)	*		*			
Appropriatezza prescrittiva (2007)		*				
Efficacia delle cure primarie (2007)		*				
Medicina di base (2007)		*				
Attività ambulatoriale (2007)	*		*			
Attività diagnostica (2007)	*			*		
Soddisfazione al Pronto soccorso (2007)		*	*	*	**	
Percentuale di abbandoni del Pronto soccorso (2007)	*		*	*		*

Il report è consultabile sul sito: <http://valutazioneasanita-toscana.sssup.it/sistema.php>. Le caselle bianche corrispondono a dati non rilevati.

*** A prescindere da qualunque valutazione relativa ai dati riportati nella tabella, sembra interessante quanto emerso sulla stampa in merito a un bizzarro tipo di conflitto di interesse che vedeva il direttore generale della Asl di Firenze, ingegner Luigi Marroni, allo stesso tempo valutato e valutatore, in quanto componente del Consiglio di amministrazione e del Comitato tecnico-scientifico del Laboratorio "Management e sanità" della Scuola di studi superiori Sant'Anna di Pisa, che ha sviluppato lo stesso sistema di valutazione. Al di là della possibile occasionalità, senza eccessi di malafede, sembra possibile immaginare che il Sistema sanitario tenda a governarsi su meccanismi di autoreferenzialità.*

Lo Studio longitudinale toscano (SLTo)

La delibera 12084 della Giunta regionale toscana del 27 dicembre 1993 ha istituito un gruppo di studio misto composto da professionisti della stessa Regione, dal dipartimento di Statistica dell'Università di Firenze e dall'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo) che ha promosso lo Studio longitudinale toscano. La ri-

cerca aveva l'obiettivo di valutare gli effetti delle disuguaglianze socio-economiche sulla mortalità generale per cause specifiche e sulla cosiddetta mortalità evitabile, ovvero quella che sulla base dello stato delle conoscenze e delle potenzialità tecniche dei servizi non dovrebbe essere registrata. L'osservazione per Firenze ha riguardato il periodo compreso fra il 1991 e il 1997 e ha portato a risultati che per dimensione e qualità della rilevazione rappresentano una delle poche e significative esperienze in ambito nazionale.

Le conclusioni dello studio possono essere così sintetizzate: la condizione di svantaggio sociale ed economico produce un eccesso di mortalità in quanto le persone non riescono a sfruttare le opportunità di salute offerte dal miglioramento delle conoscenze. L'altra conclusione forte dello studio che emerge dalla distribuzione della mortalità per quartieri della città è che «le persone in condizioni di svantaggio che vivono nei quartieri più poveri sperimentano un eccesso [di mortalità] del 10% maggiore di coloro che, nelle stesse condizioni di svantaggio, vivono in quartieri ricchi».

Insomma lo SLTo poteva essere uno strumento importante, ispiratore di politiche orientate alla riduzione delle disuguaglianze nonché di tutela sociale e ambientale. E invece...

Meta-analisi degli studi italiani sugli effetti a breve termine dell'inquinamento dell'aria (Misa)

Lo studio è stato condotto riesaminando i certificati di morte e i ricoveri ospedalieri in otto città italiane, fra le quali Firenze, nel periodo compreso fra il 1990 e il 1999 in relazione alla concentrazione giornaliera di inquinanti. Sono stati esaminati SO₂, NO₂, CO, PM₁₀ e O₃ e ognuno di questi è risultato associato in maniera significativa con la mortalità. In particolare l'effetto delle PM₁₀ (analisi delle polveri sottili) gravava maggiormente sugli anziani. In conclusione: lo studio aggiunge evidenza all'ipotesi che l'inquinamento dell'aria possa essere associato nel breve periodo alla mortalità anche per effetto sinergico con alcune variabili meteorologiche (2005).

Studio italiano sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente-2 (Sidria-2)

L'asma è una malattia infiammatoria cronica delle vie respiratorie che in molti Paesi industrializzati risulta avere una prevalenza crescente soprattutto in età giovanile e infantile. Lo studio Sidria nella seconda fase (2002) ha coinvolto 36.191 fra bambini e adolescenti residenti in dodici città italiane fra cui Firenze (ma in Toscana anche Prato, Empoli e Siena) con lo scopo principale di quantificare il problema e analizzarne i fattori di rischio. La prevalenza (numero complessivo dei casi rilevati/totale dei bambini) è risultata essere intorno al 10%, stabile nel tempo rispetto al Sidria-1 precedente di sette anni, e senza differenze nelle città delle diverse aree geografiche del Paese. L'indagine ha rivelato un'associazione fra l'asma e il traffico in particolare, con riferimento specifico alla circolazione di mezzi pesanti in prossimità delle abitazioni, oltre che con il sovrappeso e la sedentarietà, nonché la presenza di umidità e/o muffe nelle camere dei bambini. Il controllo

dell'esposizione al traffico potrebbe comportare una riduzione della quota di patologia pari al 18% del totale dei casi (2005). Inoltre, la prevalenza nei bambini immigrati è risultata minore rispetto ai bambini nati e residenti stabilmente in Italia (5,4% rispetto al 9,7%) ma tende a livellarsi verso l'alto con l'aumento degli anni di permanenza nel nostro Paese. Questo è un altro elemento che suggerisce che l'esposizione a fattori ambientali può giocare un ruolo importante nello sviluppo di questa patologia (2007).

Sitografia

Servizio sanitario della Toscana
www.salute.toscana.it

Diritto alla salute - Regione Toscana
www.regione.toscana.it/salute/index.html

Agenzia regionale di sanità toscana
www.arsanita.toscana.it

Sistema di valutazione della performance
del sistema sanitario toscano
www.valutazione-sanita-toscana.sssup.it

Azienda sanitaria fiorentina
www.asf.toscana.it

Società della salute di Firenze
www.sds.firenze.it