



Perchè La Montagna Pistoiese
chiede un Pronto Soccorso ?

Le zone montane sono definite in vari modi: aree interne, aree marginali, aree fragili, aree svantaggiate, aree disagiate. Sono zone che evidentemente, già nel lessico, evocano il bisogno di maggiore cura ed attenzione, perché distanti dai principali servizi di cittadinanza (istruzione, sanità e trasporto) con crescente indice di spopolamento ed invecchiamento, economicamente più povere e con basso tasso di sviluppo.

È innegabile che in montagna gli svantaggi ci siano, ma, come evidenzia il dott. Guido Mattioli, Presidente dell'associazione culturale "Orizzonti Comuni" dell'Alto Reno ex dirigente Sanitario AUSL di Bologna in servizio presso l'ospedale di Porretta Terme (un presidio montano che condivide con il nostro ospedale Pacini un percorso di forte ridimensionamento), sono infrastrutturali, non naturali, dovuti sia a mancati investimenti nei settori produttivi, ma anche al progressivo indebolimento dei servizi essenziali tra cui, in prima istanza, quelli sanitari.

La tendenza degli ultimi anni, segnata dalla crisi economica, è stata infatti quella di accentrare servizi essenziali nei capoluoghi e di fare economie nelle periferie, innescando un circolo vizioso di fuga demografica nelle zone più marginali che ha portato ad un ulteriore taglio di servizi per carenza di "numeri".

Lo Stato ha risparmiato, ma i costi, non solo in termini economici, sono ricaduti sulle famiglie costrette a trovare risposte, anche ai bisogni di cura di piccola e media entità, in ospedali centrali, spendendo tempo ed energie lontano da casa, accollandosi spese di trasporto, di assistenza, incrementando l'inquinamento sulle strade e la congestione dei centri urbani. Lo Stato ha abdicato e si è trasformato in un mero ente burocratico e ragionieristico.

Noi siamo qui per riflettere su come rendere il diritto di cittadinanza pieno, come garantire equità sociale ed innescare un nuovo processo di sviluppo. Per noi abitanti della Montagna Pistoiese la strada da intraprendere è quella di lavorare per rendere queste aree più servite ed attrattive.

Non vogliamo essere solo produttori di un turismo mordi e fuggi per gli abitanti delle città. Vogliamo dignità di cittadinanza per la cura che abbiamo del territorio, poiché siamo portatori di tradizioni, di identità, di culture e colture millenarie.

È per questo che un medico in più a garantire l'ampliamento e la copertura del servizio Emergenza Urgenza h24 nel Punto di Primo Soccorso di San Marcello dal 15 giugno al 15 settembre - notizia uscita recentemente sulla stampa - non può essere la risposta. Noi siamo cittadini 365 giorni all'anno.

Nel momento in cui, a partire dal 2012, si è riorganizzato il sistema sanitario toscano e dopo il monitoraggio di una riorganizzazione che per l'ospedale di San Marcello riconvertito in PIOT è stata più volte definita "potenziamento", ci chiediamo se si è valutato quanto l'accesso centralizzato (distante quindi dai territori periferici) ai servizi diagnostici primari, ai servizi ospedalieri e all'emergenza-urgenza possa avere avuto effetti sulla salute, specie della popolazione anziana o a basso reddito e se ciò possa accentuare le diseguaglianze nelle cure. A quasi quattro anni dalla riorganizzazione pensiamo sia il momento di fermarsi e guardarsi indietro. I cittadini residenti ed i turisti della Montagna Pistoiese hanno fatto la loro valutazione sulla risposta ai loro bisogni sanitari firmando una petizione che chiede un Pronto Soccorso accreditato e quindi un ospedale degno di questo nome.

La normativa nazionale si è posta il problema dell'equità dell'accesso alle cure, ma l'intento è spesso rimasto sulla carta. Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 contempla al punto 9.2.2 *Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate*:

"Tali strutture devono essere integrate nella rete ospedaliera di area disagiata e devono essere dotate indicativamente di:

- un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;
- una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità dei casi impreveduti) per i casi che non possono essere dimessi in giornata; la copertura in pronta disponibilità, per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco;
- un pronto soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo.

E' organizzata in particolare la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub o spoke più vicino, indagini laboratoristiche in pronto soccorso. E' predisposto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale di zona particolarmente disagiata al centro spoke o hub. E' prevista la presenza di una emoteca. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino".

Il **PSSIRT** stesso prevede criteri per la valutazione dell'equità nell'accesso ai servizi per la copertura della rete di Emergenza: proporzione di popolazione residente per la quale si verifichi la condizione di avere un Pronto Soccorso di 1° o 2° livello ogni 300.000 abitanti con un tempo di percorrenza massimo di 45 minuti (pag. 137).

La Montagna Pistoiese non ha un tale bacino di utenza e quindi non ha diritto al tempo di percorrenza massimo di 45 minuti? Quello che è certo è che le zone più remote non hanno garantito neppure il rispetto della *Golden Hour*.

La Regione Toscana ha giustamente garantito ad una zona molto simile alla nostra un ospedale di zona montana e disagiata con 34 posti letto e con Pronto Soccorso presso l'ospedale dell'Amiata Senese di Abbadia San Salvatore.

Nei *Patti Territoriali* della ASL 7 (deliberazione n. 92 del 17 marzo 2014) si legge che tale ospedale: "Garantisce al proprio interno la risposta all'emergenza urgenza tramite un P.S. ed un punto di emergenza territoriale; assicura un efficace sistema di trasferimento in urgenza dei casi clinici più complessi anche attraverso l'elisoccorso". Un locale è adibito al Codice Rosso, ovvero è organizzata con apparecchiature e presidi per una rianimazione (set intubazione, O2, aspiratore a parete, respiratore portatile) e nel presidio è presente, oltre alla Medicina Generale, la Chirurgia e la Cardiologia di primo livello per le attività di bassa e media intensità, nonché i servizi di radiodiagnostica, dialisi, day hospital oncologico, endoscopia digestiva, anestesia/rianimazione, centro prelievi.

Sempre nei *Patti Territoriali* si legge che nell'ospedale dell'Amiata sono previste diverse tipologie di risposta:

- 1) **il paziente riceve in P.S. una prestazione rispondente al bisogno** (codici di accesso) e quindi ritorna al proprio domicilio,
- 2) **il paziente riceve in P.S. una risposta in termini diagnostico-terapeutici che però non è esaustiva**; in questo caso viene trattenuto in osservazione (OBI) per un congruo periodo di tempo, durante

il quale sarà sottoposto ad ulteriori, necessari accertamenti e trattamenti terapeutici: stabilizzato può tornare al domicilio; nei casi invece complicati si dispone il ricovero ospedaliero;

3) **il paziente ha necessità di un trattamento a bassa/media intensità** e quindi viene disposto il trasferimento dal PS ai letti d'ospedale;

4) **il paziente, in condizioni precarie, con necessità di un trattamento ad alta complessità** viene immediatamente trasferito, tramite ambulanza o elisoccorso, al Centro Ospedaliero di riferimento (2° o 3° livello, secondo la necessità).

Il P.S. dello Stabilimento Ospedaliero Amiata Senese è organizzato, nel turno 8-20, con il personale medico dell'emergenza/urgenza e nel turno 20-8 con i medici operanti nelle branche di medicina, chirurgia, cardiologia che coprono anche le necessità di reparto. In aggiunta è presente, in disponibilità notturna, un anestesista.

I Sindaci dell'Amiata fra il 2012/2013 hanno ottenuto *Patti Territoriali* migliori rispetto ai Sindaci della Montagna Pistoiese e di altre località e quei *Patti* sono stati rispettati.

Noi crediamo, però, che il diritto alla Salute debba essere garantito a tutti i cittadini italiani in egual misura, indipendentemente dal reddito, dalla residenza o dal peso e dalle capacità dei rappresentanti politici comunali e regionali.

Il Punto di vista dei Volontari del Soccorso

Fino agli anni 2000, l'organizzazione sanitaria della provincia di Pistoia prevedeva l'esistenza di ambulanze in stand-by h24 che svolgevano servizio con medico a bordo (CEMM), per altro a carico dell'associazione stessa. Pian piano furono completamente soppresse per questioni economiche ed il presidio del territorio fu organizzato con le cosiddette automediche, dislocate in vari punti strategici della provincia, tra cui San Marcello Pistoiese. Questa organizzazione ha funzionato da un punto di vista operativo, anche se in termini di costi, quello che prima era un medico a carico dell'associazione, è diventato un medico + un infermiere + automedica (inclusa manutenzione ordinaria e straordinaria) + tutta la dotazione sanitaria, h24 365 giorni all'anno completamente a carico del SSR e quindi dei contribuenti.

Oggi, maggio 2017, ma già a partire dallo scorso anno, ci si interroga sui costi di questa tipologia di servizio. I medici delle automediche hanno turni di 12 ore (e non più di 6 ore perché non ci sono risorse per assumere nuovi medici). In alcune zone l'automedica è garantita 12h e le altre 12h sono coperte da mezzo India (ambulanza con infermiere 118 a bordo). Si sta quindi ripresentando, con forme diverse, lo scenario dei tempi del CEMM?

A San Marcello Pistoiese l'automedica funziona h24 ed è una necessità imprescindibile perché garantisce il soccorso anche nelle zone più remote della provincia andando ad intervenire, ad esempio, ad Abetone che si trova a 55 chilometri dal primo Pronto Soccorso accreditato a Pistoia. In alcuni casi il soccorso sarebbe più celere cambiando Regione e rivolgendosi all'Emilia Romagna, ma siamo cittadini toscani ed è la Toscana che deve garantirci sicurezza. Di notte o con condizioni meteorologiche avverse quando non vola Pegaso, con un Pronto Soccorso distante oltre un'ora e solo un PPS a San Marcello (che comunque accoglie Codici Verdi e Gialli), chi può assicurare che un Codice Rosso arrivi in tempo in ospedale?

Il medico della suddetta automedica è lo stesso che svolge la sua attività all'interno del PPS di San Marcello Pistoiese, per cui se è impegnato sul territorio, chi arriva al Punto di Primo Soccorso non ha altra scelta che aspettare. Quanto tempo? Questo non è dato saperlo. È da considerarsi una buona organizzazione?

Pegaso, soprattutto nella stagione invernale, si alza in volo anche diverse volte al giorno. L'elisoccorso è davvero integrato con il sistema di soccorso a terra o nelle zone disagiate sopperisce alle eccessive carenze sul territorio? Quali sono i costi che la RT sostiene e potrà sempre sostenerli?¹

Quando anche Pegaso sarà un servizio che costa troppo, cosa ci resterà? I voli probabilmente talvolta non sarebbero necessari se fosse presente un Pronto Soccorso raggiungibile su gomma in tempi ragionevoli. Non sarebbe questo un risparmio e soprattutto un investimento sul territorio che ne sarebbe riqualificato per i residenti e per il turismo invernale nel comprensorio sciistico di Abetone e Doganaccia e, in prospettiva, del collegamento dell'impianto di Doganaccia con il Corno Scale? Un Pronto Soccorso accreditato a San Marcello sarebbe un investimento e non uno spreco. Sarebbe anche utile e funzionale per diminuire il numero di accessi al Pronto Soccorso di Pistoia in alcuni periodi dell'anno già oberato e al tracollo e si risparmierebbe sui trasporti o i trasferimenti, magari solo per suturare 2 punti o fare un gesso...

Conclusioni

Riteniamo necessario, per comprendere le modalità ed il percorso intrapreso per giungere fino ad oggi da parte della politica regionale e locale, analizzare con attenzione gli atti che si sono succeduti inerenti la riorganizzazione, perché la forma, in questa storia, ha caratterizzato la sostanza.

A chiudere il cerchio intorno alla nostra Montagna, un documento stilato dal dott. Federico Silvestri, direttore di PoieinLab ricerca sociale, sul bisogno di una montagna resiliente.

Quello che c'è oggi sulla Montagna Pistoiese è un PIOT con Punto di Primo Soccorso che è talvolta un "Pronto Soccorso" ma che non ha l'appoggio fondamentale di un reparto di Chirurgia per dichiararsi davvero Pronto Soccorso.

E questo è ciò che chiediamo. Un Pronto Soccorso senza virgolette, un Pronto Soccorso accreditato ed un ospedale efficiente che risponda sul territorio ai bisogni dei residenti e dei turisti.

La storia dell'ospedale "Lorenzo Pacini" di San Marcello dimostra che avere un'assistenza ospedaliera e territoriale di qualità in montagna è possibile. È solo questione di volontà politica. Di scelte.

Siamo qui oggi a chiedere alla politica regionale di tornare a scegliere in favore della montagna.

Perché la montagna vuole vivere. In salute.

Emiliano Bracali (Associazione Zeno Colò in difesa dell'ospedale Pacini)

Elio Penna (ANPAS Pubblica Assistenza Campo Tizzoro - Bardalone - Pontepetri)

Sandra Tonarelli (AUSER)

Francesco Gaggini (AVIS Comunale Montagna Pistoiese)

Marcello Fontana (Comitato Abetone vuole vivere)

Graziella Cimeli (Comitato Promotore Recupero Ammanco Comunità Montana Montagna P.se)

Valerio Bobini e Eva Giuliani (C.R.E.S.T.)

Gian Piero Noli (Croce Rossa Italiana Comitato di San Marcello P.se)

Simone Pedri (Sindacato FIALS di Pistoia)

Maria Grazia Franchi (FNP CISL Montagna Pistoiese)

Romano Biolchini (Misericordia di Cutigliano)

Claudio Gambini (Misericordia Le Piastre)

Amerigo Vivarelli (Misericordia di Pracchia)

Cecchini Giorgio (Misericordia di Prataccio)

Diego Nardini (Misericordia di Popiglio)

Simone Ferrari (Montagna Pistoiese - È qui che voglio vivere)

¹ Nel 2015 gli elicotteri Pegaso hanno effettuato 2.278 missioni, delle quali 2.077 per attività HEMS (Helicopter Emergency Medical Service). Nel 2016 la Regione ha stanziato 17.200.000 euro per lo svolgimento del servizio di elisoccorso, dei quali 4.000.000 nella ASL Toscana Centro dove opera Pegaso 1 (Firenze), che svolge il solo servizio diurno. Il Pegaso 2 nel 2016 ha svolto 840 missioni operative (<http://www.usl9.grosseto.it/default.asp?idlingua=1&idContenuto=7437>) con un significativo aumento dell'attività. Il Decreto 70/2015 al punto 9.1.4 "Elisoccorso sanitario ed elisuperfici a servizio delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali" scrive:

"Alla luce dei dati di attività del servizio negli ultimi cinque anni, nonché dei dati relativi al servizio territoriale con mezzi a terra, si propone un servizio di elisoccorso regionale, integrato con il sistema di soccorso a terra, che impieghi un numero di mezzi diurno pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 400 e 600 annu per ogni base operativa in relazione, motivata, alla numerosità dei mezzi a terra ed alla definizione della rete ospedaliera".

La Nostra Storia

Lo Spedale di San Marcello nacque per volontà di Lorenzo Pacini, nato nel 1731 a Mammiano, che con un lascito testamentario vincolò la sua eredità alla realizzazione di uno Spedale a servizio degli abitanti della Montagna:

*Io voglio consolar gli egri fratelli
Né palagi gementi né tuguri*

Quei che tu, o fame, squallida torturi

Quei che tu, o febbre, livida martelli.

La costruzione iniziò nel 1846 e l'ospedale fu inaugurato nel 1855 con 12 posti letto. Da allora, per oltre un secolo, è stato un punto di riferimento fondamentale per gli abitanti della Montagna Pistoiese. Ha perso negli anni la rianimazione ed il punto nascita. È stato lentamente sfogliato di reparti, ma ha garantito comunque servizi ospedalieri efficienti e di qualità sul territorio almeno fino al primo decennio degli anni 2000.

Nel 2009 all'ospedale Pacini di San Marcello sono stati eseguiti 822 interventi chirurgici programmati di cui 463 in regime ordinario e 359 in day hospital, con grande soddisfazione della ex ASL3 per le migliori performance aziendali. Per un confronto, nello stesso periodo, all'ospedale del Ceppo di Pistoia, furono eseguiti 1.200 interventi programmati.



Sede Legale:
Via Pertini, 70B - 51100 Pistoia
C.F./P.IVA 01241740479



L'INFLUENZA È ALLE PORTE. DIFENDITI COL VACCINO.

contattaci | dove siamo | mappa del sito cerca nel sito:

ACCESSO A ...

- INTRANET
- PRONTUARIO
- FARMACEUTICO AZIENDALE
- CENTRO TRASFUSIONALE
- RISERVATO FORNITORI E MEDICI (SERVIZI SICURI)
- ACCESSO POSTA ELETTRONICA AZIENDALE
- ACCESSO PORTALE DIPENDENTI

OSPEDALI DELL'AZIENDA USL 3 PISTOIA

- TERRITORIO
- DIPARTIMENTO PREVENZIONE
- AZIENDA
- DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA
- SOCIETÀ DELLA SALUTE PISTOIESE
- SOCIETÀ DELLA SALUTE DELLA VALDINEVOLE

AREA DELLA COMUNICAZIONE

- COMUNICATI STAMPA ASL TOSCANA CENTRO

IN TEMPO REALE

- Il pronto soccorso in diretta
- Il monitoraggio dei pollini
- Il meteo

COME FARE PER

- Percorso IVG Interruzione Volontaria Gravidanza
- PROCEDURA AZIENDALE DA ADOTTARE IN CASO DI

Sei qui: Home Page | Comunicazione | NEWS | La Sanità nella montagna pistoiese

La Sanità nella montagna pistoiese

DICHIARAZIONE DIRETTORE GENERALE

"L'Ospedale di San Marcello –ha detto il direttore generale Alessandro Scarafuggi- deve continuare a svilupparsi in una dimensione di utilità per chi ci abita. Con l'installazione della nuova TC è stata posta l'attenzione sulla necessità di dotare la struttura sanitaria di nuovi investimenti ed oggi, a distanza di un anno, dopo avere verificato che la TC è pienamente operativa gli investimenti potranno proseguire oltre che sulle nuove tecnologie anche sulla telemedicina, in questa realtà territoriale più necessaria che altrove".

Scarafuggi non ha escluso che la Montagna possa diventare anche la sede dove sperimentare nuovi percorsi ed esperienze come già sta accadendo con il progetto "sulla relazione" che sta coinvolgendo i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i professionisti che lavorano in ospedale, i rappresentanti degli enti, delle istituzioni e delle associazioni di volontariato.

VADO IN MONTAGNA E MI OPERO. CRESCE ANCORA IL NUMERO DEI PAZIENTI CHE SCEGLIE IL LORENZO PACINI

Una sanità di qualità con oltre 800 interventi l'anno e 90 giorni di lista.

Sempre di più i cittadini scelgono l'Ospedale Lorenzo Pacini di San Marcello per un intervento chirurgico. Da quando è stata istituita la Sezione di Chirurgia gli interventi sono cresciuti di anno in anno. Se già nel 2004 l'equipe chirurgica dell'ospedale della montagna era in grado di effettuare 450 interventi; nel 2009 sono addirittura raddoppiati con un totale di ben 822 interventi di cui 463 in regime ordinario e 359 in day hospital. Sono quindi in costante aumento i pazienti che scelgono San Marcello per operarsi.

L'attività svolta dai chirurghi del Pacini viene considerata di alta qualità professionale. A ciò si deve aggiungere il comfort alberghiero della struttura sanitaria, tra i migliori della Toscana, e l'assistenza infermieristica. Negli anni, con l'introduzione di sedute operatorie aggiuntive, sono anche diminuiti i tempi di attesa e come prevede la direttiva regionale in Montagna ci si opera entro 90 giorni. L'equipe chirurgica, inoltre, opera su qualsiasi patologia (dall'unghia incarnita fino alle malattie neoplastiche benigne e maligne) effettuando interventi operatori tradizionali e in tecnica laparoscopica, quella cioè miniminvasiva che si utilizza, per esempio, per tutti gli interventi all'addome.

LE MIGLIORI PERFORMANCE AZIENDALI. L' ASSISTENZA DOMICILIARE E L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI

La spesa farmaceutica ha registrato nell'anno 2008 una riduzione a livello aziendale di -0.83%, con un andamento diverso fra le due zone e una riduzione di -2.63% nella zona della Montagna. Analizzando il dato emerge che a fronte di un incremento del numero dei farmaci prescritti (totale ricette 2893460) è diminuito il costo dei medicinali in quanto vengono prescritti un sempre maggior numero di farmaci equivalenti, cioè i cosiddetti "generici" che hanno un costo ridotto fino al 60-70% rispetto a quelli a brevetto non scaduto. Prescrivere ed utilizzare i generici nel corso di patologie croniche e cure di provata efficacia è un atteggiamento eticamente corretto e che consente di utilizzare anche farmaci a più alto costo quando siano utili.

Nel 2011 inizia il lento declino dell'ospedale. Le ottime performance e l'alta qualità professionale dei chirurghi del "Pacini", infatti, non sono sufficienti a garantirne la sopravvivenza, perché in un estratto della relazione del Direttore Generale al Bilancio di Previsione ASL3 del 2011 datata 15

dicembre 2010 si condanna a morte l'Area Chirurgica di San Marcello per ridurre e riassegnare il personale all'interno dell'azienda, mentre si trasferisce temporaneamente l'attività in day surgery al presidio privato accreditato S. Paolo.

- Revisione attività chirurgica stabilimento ospedaliero di S. Marcello P.se: in linea con quanto richiesto nella programmazione 2011 dalla Regione si è valutata la possibilità di chiudere l'attività chirurgica dello stabilimento ospedaliero di S. Marcello Pistoiese. Tale ipotesi oltre ad essere in accordo anche con quanto previsto dalla normativa nazionale sui piccoli ospedali, non comporterebbe un particolare calo di attività in quanto l'attività chirurgica in regime ordinario viene assorbita dal presidio ospedaliero di Pistoia, l'attività di chirurgia generale in day surgery viene temporaneamente trasferita al presidio privato accreditato S. Paolo, l'attività di ortopedia in day surgery verrà svolta presso gli altri PP.OO. aziendali. Ciò permette di ridurre 2 ortopedici. Il personale infermieristico e OSS così recuperato viene riassegnato all'interno dell'azienda a copertura dei pensionamenti e dei contratti a tempo determinato, per i quali non è stata prevista proroga.

La riorganizzazione quindi prende forma con una nota del 28 novembre 2011 a firma dell'allora direttore dott. Roberto Biagini in cui si indica che a partire dal 1 dicembre 2012 (un anno dopo) non dovranno essere effettuati ricoveri urgenti presso l'Area Funzionale Chirurgica dello Stabilimento di San Marcello P.se ed i "pazienti che necessiteranno di ricovero in Area Chirurgica dovranno essere inviati al P.S. dell'Ospedale di Pistoia o direttamente in Area Chirurgica previo..."

Prot. ADU70 Pistoia, 28.11.2011

A: Direttore U.O. Medicina III
Dr. M. Giusti

Pronto Soccorso
Stabilimento San Marcello P.se

E.p.c. Direttore Sanitario Az.le
Dr.ssa Silvia Briani

Azienda USL 3 Pistoia

Azienda USL 3 Pistoia
Servizio Sanitario delle Toscani

A.USL 3 di Pistoia
C.P. E. S. A. S. P. S. S. S.
Via Sambrocco, 30
51100 Pistoia
Tel. 0573 852200

Oggetto: Percorso pazienti di competenza chirurgica presso lo stabilimento di S. Marcello P.se

Si comunica che, a partire dal 1 Dicembre 2012,

NON DOVRANNO ESSERE EFFETTUATI RICOVERI URGENTI presso l'AREA FUNZIONALE CHIRURGICA dello Stabilimento di S. Marcello P.se.

La gestione dei casi urgenti di competenza chirurgica (anche se non necessariamente da operare) - afferiti al P.S. o ricoverati presso la U.O. Medicina III - non sarà possibile all'interno del reparto chirurgico ma dovrà essere gestita dal **chirurgo consulente** e organizzata secondo percorsi condivisi in rete tra la U.O. Medicina III e la U.O. Chirurgia dell'ospedale di Pistoia.

Pertanto i pazienti che necessiteranno di ricovero in Area Chirurgica dovranno essere inviati al P.S. dell'Ospedale di Pistoia o direttamente in Area Chirurgica previo accordo tra il Medico dello stabilimento di S. Marcello (chirurgo quando presente o medico internista) e il medico di riferimento di Pistoia.

I posti letto di Area Chirurgica potranno altresì essere utilizzati, se necessario, per pazienti in appoggio di competenza dell'Area Medica

Distinti Saluti

Il Direttore ff. del P.O. di Pistoia
Dr. Roberto Biagini

BR/cl
Alln°

DIVISIONE MEDICA IN
PRESIDIO - P.O. DI PISTOIA
Via Marconi, 30
51100 Pistoia

LE DIREZIONE R. PRESIDIO
OSPEDALIERO DI PISTOIA
Dr. Roberto Briani

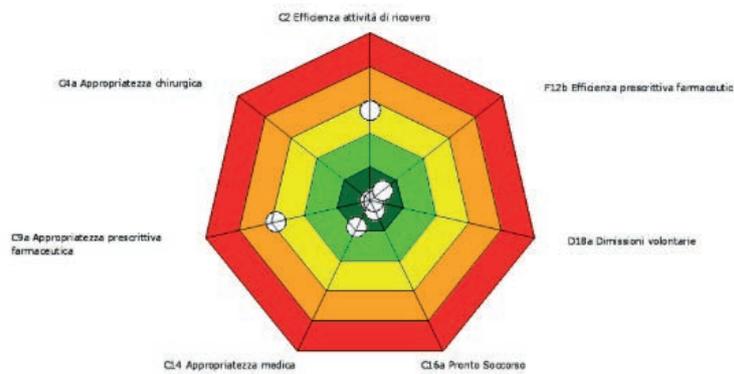
Tel. 0573 852200-2071
Fax 0573 852412
E-Mail: info@usl3.pistoia.it



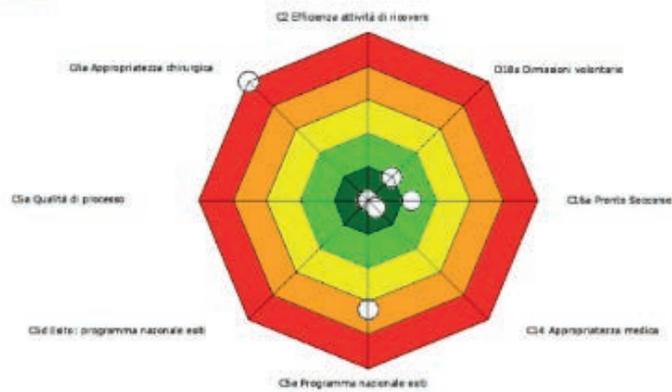
Tre mesi dopo, il mattino del 22 marzo 2013 il reparto di chirurgia viene smantellato e tutte le attrezzature caricate su un camion e portate via. Nessuna traccia, nessuna delibera in Conferenza dei Sindaci o presso la ASL3 rispetto alla chiusura dell'Area Chirurgica dell'ospedale "Lorenzo Pacini".

I bersagli delle performance dell'Istituto Sant'Anna di Pisa degli anni 2012, 2013 e 2014 (gli anni successivi non sono disponibili) hanno fotografato meglio di mille parole cosa è successo in pochi anni, in particolar modo riguardo l'appropriatezza chirurgica ed il Pronto Soccorso:

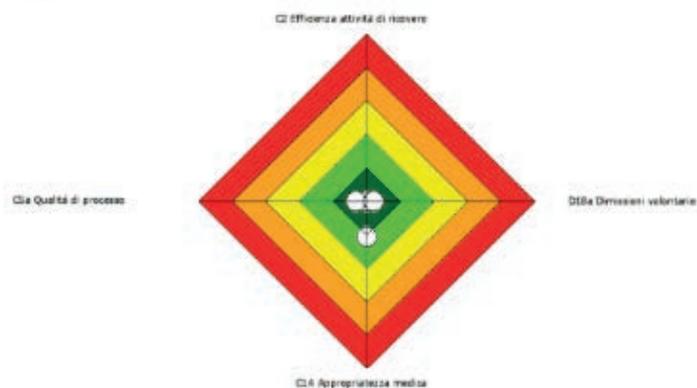
Osp. San Marcello - 103
2012



Osp. San Marcello - 103
2013



Osp. San Marcello - 103
2014



Nel 2012 l'ospedale di San Marcello aveva una percentuale di accessi al PS con Codice Giallo visitati entro 30 minuti superiore alla media toscana.



HOME ■ CERCA ■ PERFORMANCE ■ INDICATORI ■ DATA MANAGEMENT ■ SIGN OUT

> [Home](#) > [Performance](#) > [Risultati](#) > [Sotto indicatore](#) > [Dati per stabilimento](#)

TREND

EXCEL

INVIA A

BERGAGLI STABILIMENTI

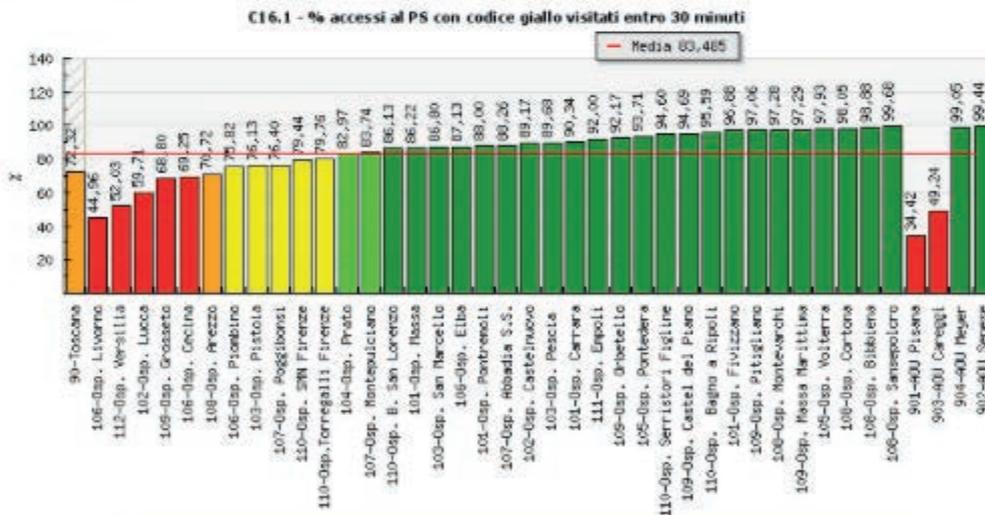
AUSL 3 PISTOIA

C16.1 % ACCESSI AL PS CON CODICE GIALLO VISITATI ENTRO 30 MINUTI

Indicatore	Valore Ausl 3 Pistoia	Valore RT	Performance Ausl 3 Pistoia	Performance RT	Anno
C16.1 - % accessi al PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	81,24 %	72,32 %	3,26	1,47	2012

Fonte dei dati : RFC 106

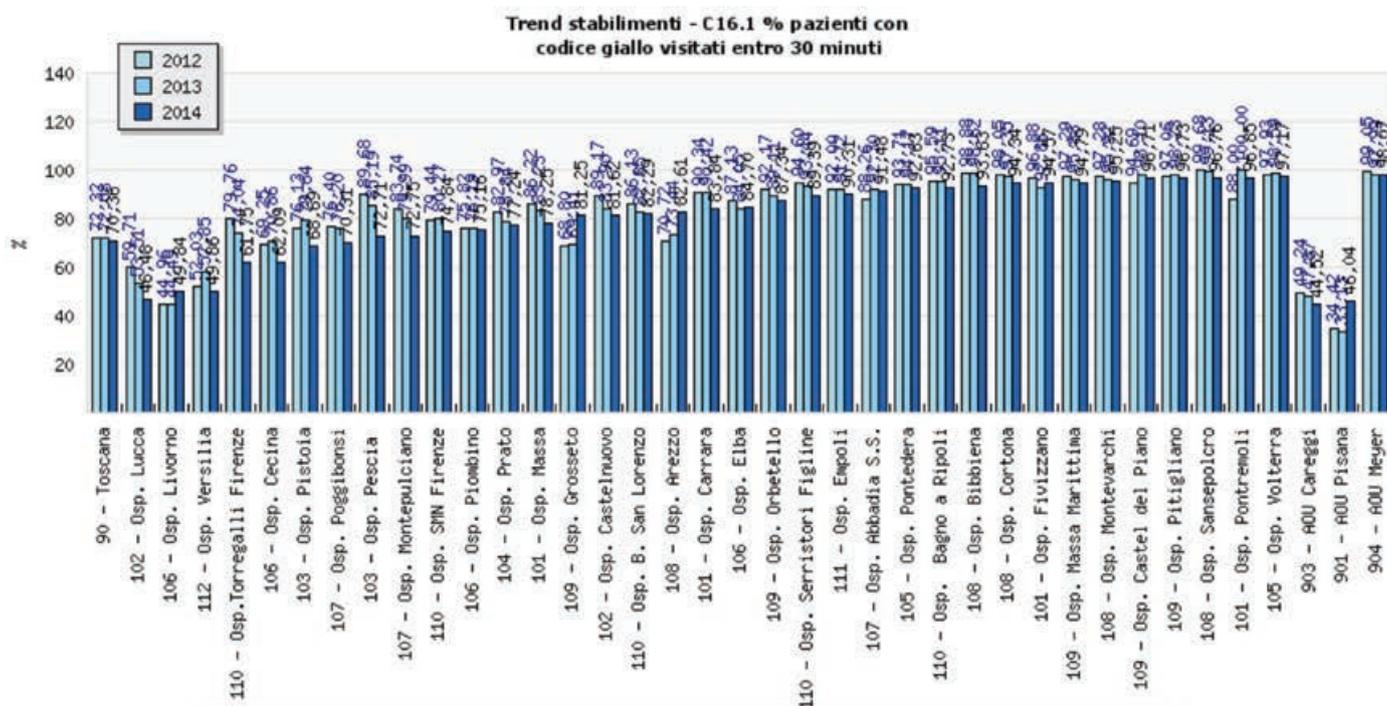
Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*



C16.1 % accessi al PS con codice giallo visitati entro 30 minuti

idAzienda	Stabilimenti	Valore	Valutazione	Num	Den	Data
90	Toscana	72,32	1,47	190.510,00	263.415,00	2012
101	Osp. Massa	86,22	4,25	6.138,00	7.119,00	2012
101	Osp. Pontremoli	88,00	4,61	22,00	25,00	2012
101	Osp. Carrara	90,34	5,00	4.564,00	5.052,00	2012
101	Osp. Fivizzano	96,88	5,00	124,00	128,00	2012
102	Osp. Lucca	59,71	0,00	7.295,00	12.218,00	2012
102	Osp. Castelnuovo	89,17	4,84	2.529,00	2.836,00	2012
103	Osp. Pistoia	76,13	2,24	9.010,00	11.835,00	2012
103	Osp. San Marcello	86,80	4,37	717,00	826,00	2012
103	Osp. Pescia	89,68	4,95	5.943,00	6.627,00	2012
104	Osp. Prato	82,97	3,60	15.041,00	18.129,00	2012
105	Osp. Pontedera	93,71	5,00	7.215,00	7.699,00	2012

Nel 2013 la percentuale si è abbassata per scomparire poi nel 2014 (dato non valutabile), l'unico ospedale in Toscana.



C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti								
Stabilimento	Valutazione 2014	Valore 2013	Valore 2014	Delta %	Num 2013	Num 2014	Den 2013	Den 2014
101-Osp. Fivizzano	5,00	92,86	94,57	1,84	39,00	87,00	42,00	92,00
101-Osp. Pontremoli	5,00	100,00	96,85	-3,15	1,00	123,00	1,00	127,00
101-Osp. Carrara	3,78	90,42	83,84	-7,28	4.708,00	4.440,00	5.207,00	5.296,00
101-Osp. Massa	2,66	83,23	78,25	-5,99	5.923,00	5.692,00	7.116,00	7.274,00
102-Osp. Castelnuovo	3,33	83,90	81,62	-2,72	2.605,00	2.744,00	3.105,00	3.362,00
102-Osp. Livorno	0,00	53,51	46,48	-13,15	6.861,00	6.475,00	12.821,00	13.932,00
103-Osp. Pistoia	0,75	79,64	68,69	-13,75	9.889,00	10.194,00	12.417,00	14.841,00
103-Osp. San Marcello	non valutabile	85,27	0,00	-100,00	272,00	0,00	319,00	0,00
103-Osp. Pescia	1,55	85,19	72,71	-14,66	6.151,00	6.004,00	7.220,00	8.258,00
104-Osp. Prato	2,46	78,84	77,24	-2,02	15.750,00	16.837,00	19.977,00	21.797,00
105-Osp. Volterra	5,00	98,59	97,17	-1,44	1.328,00	1.512,00	1.347,00	1.556,00
105-Osp. Pontedera	5,00	94,17	92,63	-1,63	7.393,00	7.111,00	7.851,00	7.677,00
106-Osp. Cecina	0,00	70,86	62,09	-12,38	4.854,00	5.090,00	6.850,00	8.198,00
106-Osp. Livorno	0,00	44,49	49,84	12,03	7.635,00	8.674,00	17.162,00	17.404,00
106-Osp. Piombino	2,04	76,19	75,16	-1,35	2.752,00	3.507,00	3.612,00	4.666,00
106-Osp. Elba	3,95	84,05	84,70	0,78	2.008,00	2.852,00	2.389,00	3.367,00
108-Osp. Bibbiena	5,00	98,62	93,63	-5,06	1.786,00	2.176,00	1.811,00	2.324,00
108-Osp. Sansepolcro	5,00	99,13	96,76	-2,40	3.093,00	2.985,00	3.120,00	3.085,00
108-Osp. Arezzo	3,53	73,44	82,61	12,50	9.085,00	9.732,00	12.371,00	11.780,00
109-Osp. Massa Marittima	5,00	95,88	94,79	-1,14	2.585,00	2.583,00	2.696,00	2.725,00
109-Osp. Orbetello	4,48	89,11	87,34	-1,99	4.460,00	4.753,00	5.005,00	5.442,00
109-Osp. Pitiigliano	5,00	98,23	96,73	-1,53	555,00	325,00	565,00	336,00
109-Osp. Castel del Piano	5,00	98,10	96,71	-1,42	1.086,00	1.206,00	1.107,00	1.247,00
109-Osp. Grosseto	3,26	69,41	81,25	17,05	9.307,00	11.710,00	13.408,00	14.412,00
110-Osp. B. San Lorenzo	3,47	82,85	82,29	-0,67	3.608,00	3.494,00	4.355,00	4.246,00
110-Osp. Bagno a Ripoli	5,00	95,11	92,73	-2,50	7.077,00	7.828,00	7.441,00	8.442,00
110-Osp. Serristori Figline	4,89	93,44	89,39	-4,33	2.107,00	2.275,00	2.255,00	2.545,00
110-Osp. SMN Firenze	1,98	80,27	74,84	-6,76	5.121,00	4.931,00	6.380,00	6.589,00
110-Osp. Torregalli Firenze	0,00	74,04	61,75	-16,61	6.044,00	5.517,00	8.163,00	8.935,00
107-Osp. Abbadia S.S.	5,00	92,30	91,48	-0,89	1.091,00	1.395,00	1.182,00	1.525,00
107-Osp. Poggibonsi	1,07	76,20	70,31	-7,74	3.843,00	4.651,00	5.043,00	6.615,00
107-Osp. Montepulciano	1,56	79,99	72,75	-9,04	6.547,00	6.238,00	8.185,00	8.574,00
112-Osp. Versilia	0,00	57,85	49,86	-13,81	9.238,00	8.678,00	15.968,00	17.404,00
108-Osp. Montevarchi	5,00	95,92	95,25	-0,69	6.391,00	6.703,00	6.663,00	7.037,00
111-Osp. Empoli	5,00	91,72	90,31	-1,54	3.547,00	3.653,00	3.867,00	4.045,00
108-Osp. Cortona	5,00	97,35	94,34	-3,09	1.650,00	1.199,00	1.695,00	1.271,00
901-AOU Pisana	0,00	33,13	46,04	38,95	4.774,00	7.711,00	14.409,00	16.749,00
902-AOU Senese	0,00	0,00	99,36	0,00	0,00	9.027,00	0,00	9.085,00
903-AOU Careggi	0,00	47,87	44,52	-7,00	13.180,00	12.415,00	27.532,00	27.886,00
904-AOU Meyer	5,00	97,99	98,07	0,08	4.244,00	5.730,00	4.331,00	5.843,00
90-Toscana	1,08	72,08	70,36	-2,39	197.365,00	208.257,00	273.814,00	295.989,00

Nel frattempo si è attuata la **DGRT 1235/2012** che nella ASL3 ha riguardato la riorganizzazione di tre aree:

- Materno infantile
- Chirurgica
- Di laboratorio

La **Conferenza dei Sindaci della Provincia di Pistoia** con la **delibera n. 2 del 17 giugno 2013**, approva all'unanimità la riorganizzazione e specifica quanto segue relativamente ai comuni montani. Tenuto conto:

che la zona montana della Provincia di Pistoia, comprendente i Comuni di Abetone, Cutigliano, Marliana, Piteglio, Sambuca Pistoiese, San Marcello Pistoiese ed un ampio territorio del Comune di Pistoia, si sviluppa su una grande area geografica pari ad oltre il 50% del territorio provinciale e rilevato che la proposta di riassetto dei presidi distrettuali, nel tenere di conto del vasto territorio montano, deve:

- dare precise garanzie che i servizi previsti siano sufficienti alle necessità e che quantomeno non vengano ridotti in rapporto a quelli erogati fino ad oggi, nello specifico garantendo presso il Presidio Integrato di San Marcello: a) il mantenimento di un'attività ospedaliera; b) il funzionamento del pronto soccorso, dell'attività ortopedica tutto l'anno secondo le necessità e la casistica, della medicina internistica e il turn-over degli operatori con le medesime modalità adottate nel resto dell'Azienda;
- che l'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) prevista sulla Montagna tenga conto degli assistiti effettivi;

Da notare che in quel documento i Sindaci richiedono:

- il funzionamento del **pronto soccorso**.
- di garantire che i servizi “non vengano ridotti in rapporto a quelli erogati fino ad oggi”.

In realtà, l'Area Chirurgica a San Marcello è chiusa dal dicembre 2012 (senza nessuna delibera in merito) e non ne viene richiesta la riapertura. Di fatto, la Conferenza dei Sindaci condona quella chiusura ed accetta lo status quo.

Quanto deliberato in Conferenza dei Sindaci nei Patti Territoriali è portato a conoscenza dei cittadini a riorganizzazione conclusa, nell'ottobre del 2013, dopo l'intervento del Difensore Civico Regionale che ne richiede la pubblicazione all'Albo del Comune di Pistoia.

Nel frattempo la ASL3 attua la riorganizzazione attraverso due delibere.

- Delibera n. 313 del 2 luglio 2013

La riorganizzazione dell'area chirurgica viene giustificata dalla ASL3 nelle “Linee Attuative della Riorganizzazione Azienda USL3 Pistoia ai sensi della DGRT 1235/2012” allegata alla delibera 313 con l'intento dichiarato di sviluppare le professionalità e ridurre e ottimizzare i tempi di attesa (obiettivo evidentemente NON raggiunto):

a disperdersi numericamente tra le chirurgie dei due presidi. La qualità in ambito chirurgico è notoriamente legata anche alla casistica trattata da ciascun professionista, è pertanto logico analizzare i dati relativi alla distribuzione degli interventi nelle varie strutture ospedaliere, oltre a rivedere i percorsi attuali, per promuovere strategie di “orientamento chirurgico” tali da potenziare la produzione complessiva e ridurre i tempi di attesa.

Una delle strade percorribili proprio per superare queste problematiche è quella di segmentare il bisogno chirurgico garantendo un utilizzo migliore delle sale operatorie e dei reparti di degenza e favorendo una mobilità dei professionisti all'interno dell'azienda. La logica conseguenza di questo approccio è la realizzazione di ospedali con percorsi di cura caratterizzati da alti volumi ed alta standardizzazione, ove possibile, o almeno la definizione di percorsi aziendali orientati ad ottimizzare e concentrare alcune prestazioni in modo da favorire lo sviluppo delle professionalità e l'ottimizzazione dei tempi di attesa.

Inoltre, nello stesso documento si fa esplicito riferimento ai costi di gestione fissi previsti nel project financing dell'ospedale San Jacopo che richiede un utilizzo ottimale delle sale operatorie, a discapito, evidentemente, delle aree chirurgiche degli altri due presidi ospedalieri pistoiesi (della Valdinievole e di San Marcello).

A questo proposito, è necessario sottolineare che l'apertura del nuovo ospedale, dotato di nuove ed importanti tecnologie con elevato livello di comfort, impone un pieno utilizzo delle potenzialità della struttura, così come peraltro esplicitato per tutte le altre realtà aziendali; in questo caso deve essere anche sottolineata la necessità di un utilizzo ottimale visti anche i costi di gestione fissi previsti nello specifico project financing.

La realizzazione e l'attivazione del nuovo ospedale e l'introduzione e consolidamento in esso (come negli altri presidi) di nuovi modelli di processo assistenziale consentiranno, infatti, di rivedere l'intera offerta ospedaliera interna, non solo nel territorio pistoiese, ma anche in quello della Val di Nievole, posto a cerniera tra i nuovi ospedali di Pistoia e Lucca e di riorganizzare le funzioni dello stabilimento di San Marcello nell'insieme dei servizi sanitari e sociali della montagna.

Prima di analizzare la Delibera n. 318 del 3 luglio 2013 facciamo un passo indietro.

Il **23 gennaio 2013 con prot. n. 3877** il direttore della AUSL3 dott. Abati invia al Sindaco del Comune di San Marcello Pistoiese Silvia Cormio il "Progetto di Qualificazione e Riorganizzazione dell'Attività Ospedaliera e Territoriale della Montagna Pistoiese" rivisto in base ad una nota del sindaco del 22 gennaio, con le modifiche evidenziate in grassetto. Questo l'estratto relativo all'Emergenza:

Emergenza sanitaria territoriale

Nello stabilimento ospedaliero Pacini, che è uno stabilimento del presidio ospedaliero dell'ospedale di Pistoia, è presente da sempre un Punto di Primo soccorso. Coerentemente con questa organizzazione e visto il flusso dei pazienti e il bacino di utenza, le indicazioni regionali e aziendali prevedono la gestione della emergenza-urgenza attraverso una unità di Pronto soccorso nei presidi ospedalieri maggiori e attraverso un punto di primo soccorso negli stabilimenti ospedalieri più piccoli.

Nel nuovo Presidio integrato ospedale territorio proposto in questo progetto il punto di primo soccorso verrà mantenuto e potenziato e l'attività di emergenza-urgenza verrà gestita come sotto riportato.

L'area critica si svilupperà prevalentemente nell'attività del Dipartimento di Emergenza Urgenza che opera presso il Punto di Primo Soccorso del P.I.O.T. e sul territorio, potenziando e differenziando le postazioni avanzate di Primo Soccorso durante la stagione invernale fino all'Abetone. Gli accessi al Punto di Primo Soccorso del P.I.O.T. potranno disporre della dotazione di posti letto che verrà più avanti esplicitata, compresa la disponibilità di 2 posti letto, all'interno del reparto di Medicina, che consentiranno da un lato il migliore e più rapido inquadramento clinico dei casi e dall'altro l'adozione di criteri di appropriatezza nella gestione dei ricoveri.

Nell'ambito del punto di primo soccorso, l'attività ortopedica sarà garantita tutti i giorni durante il periodo invernale, con la presenza di assistenza ortopedica-traumatologica in considerazione e in rapporto all'afflusso di presenze che sarà costantemente monitorato allo scopo. Sarà inoltre garantita la presenza della specialità di chirurgia generale. Entrambe le attività saranno costantemente monitorate per valutare la coerenza con il flusso dei pazienti e il fabbisogno assistenziale della popolazione.

Il Punto di primo soccorso verrà inoltre potenziato con la presenza di un'ambulanza infermieristica.

Il Dipartimento di Emergenza Urgenza garantisce l'attività di emergenza sanitaria territoriale nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, ad integrazione, nelle attività dei D.E.A./Pronto Soccorso e aree afferenti. Nell'ambito dell'attività di emergenza sanitaria territoriale sono assicurati in particolare: a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterno al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa; b) attività assistenziali e organizzative in occasioni di maxi-emergenze e difesa NBCR; c) trasferimento assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate; è previsto il potenziamento del trasporto con autoambulanza infermieristica con postazioni di assistenza differenziate in funzione del fabbisogno della popolazione e del flusso turistico; d) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.

Al fine di chiudere l'anello assistenziale della rete di emergenza, è stata attivata la trasmissione dei dati sanitari, da parte degli operatori del 118, direttamente dal luogo dell'evento (domicilio ambulanza) alle Strutture specialistiche del Presidio Ospedaliero, migliorando, così, la precocità della diagnosi e della terapia, indispensabile per territori disagiati come quelli montani; è stata infine messa in rete con la U.O. di Neurologia di Pistoia l'attività di fibrinolisi per l'intervento precoce in caso di ictus.

Nella delibera n. 318 del 3 luglio 2013 "Progetto di Qualificazione e Riorganizzazione dell'Attività Ospedaliera e Territoriale della Montagna Pistoiese - Approvazione" il testo è leggermente modificato. Non più Punto di Primo Soccorso, bensì "Pronto Soccorso" virgolettato.

Nello stabilimento ospedaliero Pacini, che è uno stabilimento del presidio ospedaliero dell'ospedale di Pistoia, è presente da sempre un "Pronto Soccorso". Coerentemente con questa organizzazione e visto il flusso dei pazienti e il bacino di utenza, le indicazioni regionali e aziendali prevedono la gestione della emergenza-urgenza attraverso una unità di Pronto soccorso nei presidi ospedalieri maggiori e attraverso un punto di primo soccorso negli stabilimenti ospedalieri più piccoli.

Nel nuovo Presidio integrato ospedale territorio proposto in questo progetto il "Pronto Soccorso" verrà mantenuto e potenziato e l'attività di emergenza-urgenza verrà gestita come sotto riportato.

E poi ancora Punto di Primo Soccorso nello schema riassuntivo finale:

Piano Terra		Descrizione generale delle attività
SITUAZIONE ATTUALE	Presidio Integrato Ospedale Territorio	POTENZIAMENTO
Stabilimento Ospedaliero	di San Marcello	
San Marcello	(qualificazione e riorganizzazione)	
- Punto di Primo Soccorso e 118	- Punto di Primo Soccorso e 118	Nello stabilimento ospedaliero Pacini, che è uno stabilimento del presidio ospedaliero dell'ospedale di Pistoia, è presente da sempre un Punto di Primo soccorso. Coerentemente con questa organizzazione e visto il flusso dei pazienti e il bacino di utenza, le indicazioni regionali e aziendali prevedono la gestione della emergenza-urgenza attraverso una unità di Pronto soccorso nei presidi ospedalieri maggiori e attraverso un punto di primo soccorso negli stabilimenti ospedalieri più piccoli.
Attiva h 24, integrata con:	Attiva h 24, integrata con:	Nell'ambito del "pronto soccorso", l'attività ortopedica sarà garantita tutti i giorni durante il periodo invernale, con la presenza di assistenza ortopedica-traumatologica in considerazione e in rapporto all'afflusso di presenze che sarà costantemente monitorato allo scopo. Sarà inoltre garantita la presenza della specialità di chirurgia generale. Entrambe le attività saranno costantemente monitorate per valutare la coerenza con il flusso dei pazienti e il fabbisogno assistenziale della popolazione.
		Una particolare attenzione verrà prestata alla disciplina di ortopedia mantenendo l'attività di assistenza traumatologica presente tutti i giorni durante il periodo invernale a supporto del "Pronto Soccorso" per dare una risposta in loco alla traumatologia in relazione all'attività ludico-sportiva e sciistica svolta nel territorio montano e ai relativi flussi di presenze, così come alla disciplina di chirurgia generale la cui presenza sarà garantita tutti i giorni.

LEGENDA
POTENZIAMENTO
MANUTENIMENTO

In conclusione, in Conferenza Provinciale, con i Patti Territoriali del giugno 2013, i Sindaci chiedono un Pronto Soccorso per la Montagna Pistoiese. La ASL3 risponde con documenti ufficiali in cui si corregge la dicitura Punto di Primo Soccorso trasformandola in "Pronto Soccorso" virgolettato, lasciando forse intendere che in un Pronto Soccorso fra virgolette c'è qualcosa di diverso da ciò che ci si dovrebbe aspettare da un vero Pronto Soccorso. Ed infatti, leggendo in modo più approfondito, si capisce che l'Unità di Pronto Soccorso è nei Presidi ospedalieri maggiori ed in quel contenitore c'è solo un Punto di Primo Soccorso.

Un linguista, interpellato sull'uso delle virgolette nella delibera 318, ci ha risposto che:
"Le virgolette nell'uso scritto attuale hanno una duplice funzione: da un lato servono a circoscrivere citazioni, titoli di opere, ecc. (e questo è anzi il loro uso più frequente e normale); dall'altro possono indicare che i termini o le espressioni tra virgolette non sono usati in senso proprio, equivalendo quindi a formule come "per così dire", "come indebitamente vengono chiamati", ecc. Quest'uso attenuativo delle virgolette (oggi in crescita rispetto al passato, tanto che può parlarsi di un "abuso") non andrebbe praticato in testi di carattere giuridico o comunque istituzionale, che non dovrebbero prestarsi a equivoci o a dubbi interpretativi, come invece avviene nel caso che ci segnalate".

I Sindaci, distratti, non hanno mai rivendicato il "funzionamento del pronto soccorso" come deliberato in Conferenza, **lasciando ai cittadini l'iniziativa di chiedere con forza che la riorganizzazione dei servizi della ex ASL3, che ha penalizzato fortemente la Montagna Pistoiese, venga completamente ripensata.**

8145 cittadini chiedono oggi un Pronto Soccorso. Senza virgolette.

Una lettura sociologica della petizione "Noi vogliamo un Pronto Soccorso sulla Montagna Pistoiese"

L'azione collettiva come tentativo di democratizzare la democrazia

La difficoltà che si incontra ogniqualvolta si provi a dare spiegazione di un fenomeno sociologico è quella di riuscire a trovare delle definizioni che riescano a dare conto nel migliore dei modi della complessità di tale fenomeno. Per iniziare, la considerazione sociologica più evidente ed immediata in merito alla vicenda delle circa ottomila firme raccolte dalla petizione "Noi vogliamo un Pronto Soccorso sulla Montagna Pistoiese", riguarda proprio la modalità in cui si è configurata questa forma di azione collettiva. E' quindi necessario, innanzitutto, fare chiarezza su quali siano le modalità operative e le condizioni che rendono questa forma di partecipazione dei cittadini effettivamente tale. Gli eventi partecipativi, infatti, possono essere disposti lungo un continuum che ha ad una estremità, la creazione da parte di sponsor istituzionali di spazi di discussione tra cittadini, *stakeholders* ed esperti, e all'estremità opposta le azioni collettive per così dire spontanee, come nel caso dei comitati di protesta. Nel primo caso parleremo di partecipazione *top-down* (o dall'alto), e nell'altro di partecipazione *bottom-up* (dal basso), a seconda che il sorgere delle richieste partecipative derivi dall'esigenza di favorire, da parte di chi dispone il potere e controlla sfere di vita ed arene decisionali, l'estensione ad altri dell'accesso e della capacità di azione (*top-down*), oppure che tali richieste di partecipazione nascano dallo sviluppo di istanze sociali volte a rivendicare quello stesso accesso in determinate sfere di vita o arene decisionali e relativa facoltà di azione in esse (*bottom-up*). Comunque sia, in entrambi i casi, vige una concezione della partecipazione che si realizza mediante un sistema di pratiche di interazione tra attori capaci di sviluppare dinamiche reciproche di conoscenza e di azione. La letteratura relativa ai temi della partecipazione democratica è oggi, ormai vastissima, specchio, sembrerebbe della necessità di dare risposta alla crisi dei meccanismi rappresentativi delle democrazie contemporanee e alla richiesta incrementale dei cittadini di essere coinvolti in prima persona nelle decisioni politiche che riguardano i loro interessi. Partecipare significa in prima approssimazione "essere parte" e "prendere parte": attivarsi in una collettività cui in qualche modo si appartiene. La partecipazione può essere distinta da altre forme di comportamento collettivo se si conviene che essa comporta autonomia e intenzionalità: di una folla si fa parte ma non vi si prende parte, ciascuno interagisce con gli altri in assenza di una specifica intenzionalità. Quando si discute di cittadini che si impegnano ad agire in maniera spontanea nell'esercitare il loro diritto di voce nelle decisioni - come nel caso della petizione per il pronto soccorso sulla Montagna Pistoiese - si fa riferimento ad azioni collettive che cercano di avere un'influenza reattiva e/o propositiva sulle decisioni dei policy makers. Numerosi sono stati nel nostro Paese come in tutte le democrazie occidentali, i casi di creazione di gruppi, comitati, associazioni di cittadini che negli ultimi decenni sono fioriti per opporsi alla messa in pratica di decisioni prese dagli amministratori politici, siano essi di livello locale o nazionale: l'installazione di inceneritori o antenne radiofoniche, le battaglie pro o contro le colture OGM, la costruzione di infrastrutture legate ai trasporti e così via. Di queste politiche viene quasi sempre contestato non solo il contenuto, ma anche la legittimità: il fatto di essere stati informati solo successivamente alla conclusione del processo di decision-making sembra indurre nei cittadini un sentimento di esclusione dalla "cosa pubblica" a favore di scelte che, poiché prese senza il loro apporto conoscitivo, saranno sicuramente nocive nei loro confronti. Nell'azione collettiva vi è perciò, un duplice scopo che la mobilitazione di questi attori si propone: modificare il contenuto della decisione ritenuta dannosa nei propri confronti e in quelli del pubblico in generale; mettere in discussione il processo che ha condotto a tale decisione, accusato spesso di non prendere in

considerazione le opinioni di coloro su cui tale scelta si ripercuoterà più direttamente. Il motivo per cui oggi ci ritroviamo di fronte ad una rinnovata richiesta di partecipazione da parte dei cittadini alle decisioni politiche è da ricercarsi nel sempre più stretto legame prodottosi nella modernità tra legittimazione ed efficacia/efficienza, concetti che rimandano a quelli proposti da Weber quando parlava di "legalità" e "competenza" come fondamenti del potere legale-razionale. In questa sintesi di normativo e cognitivo la legittimità del potere è sempre più legata saldamente alla efficacia/efficienza dell'azione. Si vuole partecipare perché si è sempre meno fiduciosi che chi controlla ambiti e risorse sappia o voglia agire tenendo conto dei diversi interessi e valori in gioco, descrivendo correttamente i fatti, la natura dei problemi ed individuando i mezzi idonei ad affrontarli. La solidarietà viene ad essere rimpiazzata dalla richiesta di distinguere, di precisare le responsabilità. Questo è ciò che è accaduto nella comunità montana pistoiese, in cui un gruppo numeroso di associazioni di matrice diversa stanno da anni incanalando il conflitto sociale sorto intorno alla manovra di riforma sanitaria in atto in Toscana, entro forme di partecipazione democratica "dal basso", che dato il consenso raggiunto - non solo attraverso le circa ottomila firme della petizione ma attraverso tutte le azioni di coinvolgimento e problematizzazione messe in campo in questi anni - non possono oggi non essere prese in considerazione dalle istituzioni. Quando i processi partono dal basso, sappiamo che sono i cittadini che, attraverso forme di associazione, interrogano il territorio, fanno pressione sull'amministrazione e perseguono attivamente obiettivi comuni con fini solidaristici e di sviluppo del territorio. Queste stesse istanze possono essere accolte ed incanalate nei processi istituzionali, attraverso gli strumenti che la democrazia partecipativa mette a disposizione, ed in cui le amministrazioni definiscono i problemi da affrontare e i processi da innescare e attuare insieme ai cittadini stessi, riconoscendoli come parte essenziale negli sviluppi della comunità che insieme compongono. A questo proposito, un processo di interazione aperto, basato sulla strategia dell'ascolto strutturato, non solo permette di individuare con maggiore precisione le necessità dei diretti interessati, ma favorisce pure la creazione di contesti progettuali nei quali, grazie al contributo fornito dalla memoria e dall'esperienza degli abitanti, veri esperti del contesto locale, prendono vita nuove e interessanti soluzioni.

La salute ai tempi della Grande Contrazione: le disuguaglianze sociali della salute

Passando dalle modalità ai contenuti delle istanze promosse dalla comunità montana pistoiese, è facile accorgersi che la questione fondamentale riguardante la salute, fa parte di un quadro più ampio, che chiama in causa le attuali tendenze riformatrici - anche e soprattutto in campo sanitario - le quali cercano di trovare risposta alla crisi economica e sociale degli ultimi decenni, ma che al contrario, rischiano di generare ad acuire nuove e vecchie disuguaglianze sociali, oltre a favorire ulteriori effetti di spopolamento di queste zone, condannate ad una sempre maggiore marginalità. Gli effetti negativi che la crisi economica internazionale ha prodotto nella maggior parte dei paesi europei è ampiamente documentata. A partire dagli anni '70 del Novecento, e in modo crescente fino alla grave crisi economica iniziata nel 2008 che ha portato alla "Grande Contrazione" contemporanea, si è assistito al mutamento delle generali condizioni di vita che la globalizzazione nella sua fase più performante ha prodotto. Tale mutamento è stato favorito da fattori politici e da decisioni di deregulation dei mercati che hanno in breve tempo aperto le porte ad una decisa finanziarizzazione dell'economia. Il precedente compromesso fra mercato regolato e welfare nazionale è ben presto saltato e di fronte alla prospettiva di nuovi necessari investimenti sociali per la salute, il benessere e la qualità della vita, il nuovo quadro globalizzato non ha offerto che risposte riduttive e incoerenti. A fronte dell'esigenza di maggiore integrazione nei sistemi sanitari e di cura si sono affermati interventi di stampo economicistico che hanno prodotto azioni più frammentate e delimitate. Per contro, non sono certo diminuite le esigenze di cura: i nuovi rischi

si sono, in parte, sommati ai vecchi, la vita media è aumentata, seppur con una qualità non sempre adeguata, le nuove esigenze ambientali hanno prodotto allarmi non facilmente affrontabili, le richieste e attese di wellness (vita sana) hanno continuato a persistere, pur con molti limiti e contrasti. La fase recente ha così evidenziato l'evolversi della situazione sociale sia in termini di crescente richiesta esplicita e latente di attenzione e cura, sia di contrazione degli investimenti e di ristrutturazione dirigista degli interventi. Praticamente ovunque, i sistemi sanitari si sono dovuti confrontare con la crescita costante dei costi e con l'esigenza di migliorare l'efficienza produttiva delle strutture sanitarie. La crescita dei costi viene, tradizionalmente riportata ad una estensione della copertura sanitaria, all'invecchiamento della popolazione, allo sviluppo della tecnologia medica ed alla variabilità dei modelli di comportamento sanitario. La stessa gestione della spesa pubblica con i tagli lineari e il contenimento delle risorse verso gli Enti Locali e la sanità riducono e aggravano i requisiti per la tutela della salute dei cittadini. Non è difficile affermare che la riorganizzazione dei servizi, dettata da esigenze di spesa, rischia di portare a nuove problematiche di copertura e disorganizzazione, producendo diseguaglianze nell'accesso alle risorse. Quando la salute, infatti, si mostra associata a condizioni sociali che per una qualsiasi ragione sono riconducibili a forme di disuguaglianza, allora si parla di disuguaglianze sociali nella salute. In tal senso la variabilità negli stati di salute è vista come il riflesso di svantaggi strutturali insiti nell'organizzazione sociale¹. Le diseguaglianze di salute e di accesso ai servizi sanitari sono un fenomeno ben conosciuto e documentato in molti paesi. Anche se le circostanze socio-economiche sono migliorate ovunque, in Europa permangono numerose differenze che hanno subito un'ulteriore esacerbazione a seguito della sopracitata crisi economica del 2008 esponendo le popolazioni a forti diseguaglianze sociali ed economiche sia all'interno che tra i diversi paesi dell'Unione Europea, introducendo nuove differenze, ampliando talvolta le vecchie. In Italia come in altri paesi del Mediterraneo, le diseguaglianze sociali nella salute sono ancora molto presenti e generano importanti svantaggi sanitari soprattutto nelle fasce di popolazione più deboli. Come ampiamente descritto e dimostrato nel recente lavoro pubblicato da Costa² lo svantaggio sociale occupa un ruolo prioritario, nella determinazione delle diseguaglianze di salute osservate nella popolazione. Viene posto l'accento sulla funzione di due tipologie di determinanti: deprivazione sociale e fragilità territoriale. L'indice di deprivazione è una misura in grado di esprimere il livello di svantaggio sociale di una popolazione attraverso l'analisi dei principali determinanti sociali (titolo di studio, condizione professionale, condizioni abitative e familiari di un individuo). Anche in Toscana, come nel resto del Paese, le popolazioni maggiormente deprivate si caratterizzano per avere un tasso di mortalità superiore alla media, per un maggior accesso al pronto soccorso, indipendentemente dalla gravità del motivo, che esita in misura minore in una dimissione a casa, dove probabilmente il maggiore isolamento sociale e geografico gioca un ruolo importante nel maggior ricovero rispetto alle popolazioni meno deprivate. Le analisi consegnano un quadro in cui la Toscana ha sì un'indice di deprivazione meno forte delle altre regioni, ma in cui tuttavia permangono differenze di salute a carico dei soggetti con stato socio-economico più basso e appartenenti ad alcune aree territorialmente più fragili, che sembrano avere un maggiore bisogno di politiche di welfare a sostegno dei loro bisogni. In Toscana infatti, che ricordiamo essere la regione in cui l'aspettativa di vita è tra le più alte nel mondo e dove gli indicatori di mortalità e morbilità³ sono tra i più bassi in Italia⁴, permangono delle sostanziali diseguaglianze di salute che sono innanzitutto dovute a fragilità territoriali. La necessità di economie di scala nella produzione dei servizi sanitari, alla quale si accompagna l'esistenza di vantaggi clinici in termini di qualità delle cure all'aumentare dei volumi, ha portato l'accentramento delle cure in ospedali più grandi

1 Mackenbach,J., Bos,V., Andersen,O., Cardano,M., Costa,G., Harding,S., Reid,A., Hemstrom,O., Valkonen,T., e Kunst,A. (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six western European countries, in International Journal of Epidemiology, n.32,pp.830-837 2 Costa G, Bassi M, Gensini GF (2014). L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle diseguaglianze sociali in sanità (a cura di). Milano, Franco Angeli. 3 statisticamente il tasso di morbilità è dato dal numero di casi di malattia registrati in un dato periodo in rapporto al numero complessivo dei soggetti presi in esame. 4 in Italia il trend della mortalità è in diminuzione con valori che sono passati da 1.020,4 decessi ogni 100.000 residenti registrati nel 2000 ai 802,7 decessi per 100.000 residenti del 2013. Anche in Toscana il tasso di mortalità mostra un trend in diminuzione con valori che sono passati da 1.185 decessi per 100.000 residenti registrato nel triennio 1998-2000 a 947,9 per 100.000 nel triennio 2011-2013.

(poli) che riescono a curare un numero adeguato di pazienti con livelli migliori nella qualità delle prestazioni. Questa logica regionale ha portato a un allontanamento generale dei centri di cura (intesi come ospedali) che diventano meno numerosi sul territorio delle cosiddette aree interne. In Toscana, come pure a livello nazionale, una larga parte del territorio è costituita infatti da "aree interne", "centri minori", spesso di piccole dimensioni e distanti dai maggiori centri urbani, che in molti casi garantiscono ai residenti soltanto un accesso limitato ai servizi essenziali e la cui principale caratteristica è quella di essere significativamente distanti dai principali centri di offerta di servizi essenziali (istruzione, salute e mobilità). Per questi territori è utile analizzare la mobilità in funzione della distanza tra i cittadini e i presidi a loro più vicini, evidenziando, così, l'effettivo disagio della popolazione per una percorrenza non adeguata. All'interno del gruppo delle aree interne, l'IRPET ha poi definito un metodo per l'individuazione di alcune aree definite "fragili"⁵. Per aree fragili s'intendono quelle aree interne che hanno subito lunghi processi di spopolamento, caratterizzate soprattutto dalla presenza di persone anziane, da un patrimonio immobiliare in larga parte inutilizzato e di basso valore, da limitate presenze turistiche, scarsa presenza di addetti alle attività produttive e basso reddito⁶. Se negli ultimi 26 anni (1988-2014) la popolazione toscana è aumentata di circa il 5%, nelle aree interne fragili si è riscontrata una riduzione (-11,5%). Quella delle aree interne è una delle popolazioni più anziane in Italia, con oltre 916mila persone con più di 65 anni (24,4%) e 482mila con meno di 15 anni (12,9%). Ogni 2 giovani con meno di 15 anni si contano circa 4 anziani (contro i 3 della media italiana). Questo rapporto tra anziani e giovani è molto più alto nelle aree fragili, pari al 50% in più rispetto alla media regionale. Con l'accentuarsi dell'invecchiamento, le aree fragili hanno raggiunto (nel 2014) un indice di vecchiaia (ultra 64enni ogni 100 giovani con meno di 15 anni) del 275%. Benché con intensità variabile, i sistemi locali delle aree interne hanno raggiunto un grado di invecchiamento che non assicura un sufficiente ricambio generazionale. Molti sistemi territoriali sono destinati a subire un collasso demografico nel medio/lungo periodo o, comunque, una riduzione della popolazione nelle classi di età lavorativa con conseguente forte riduzione o azzeramento delle capacità di sviluppo endogeno. L'alto grado di invecchiamento della popolazione si evidenzia considerando i valori dell'età media e dell'indice di vecchiaia⁷, laddove valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto a quelli giovani. Se il comune più vecchio in Toscana è Zeri, con un'età media di 57 anni e con un indice di vecchiaia di 629, il più giovane è Altopascio, con un'età media di 41 anni e con un indice di vecchiaia di 111. Per il nostro interesse, i comuni della Montagna Pistoiese si collocano tutti ben al di sopra sia della media regionale che di quella provinciale:

COMUNI	MEDIA ETA'	INDICE DI VECCHIAIA
Piteglio	53	412,6
Cutigliano	51,69	374,8
San Marcello Pistoiese	51,65	359,6
Abetone	48,62	287,3
PROVINCIA PISTOIA	45,85	192,4

Elaborazioni Urbistat su dati ISTAT

⁵ Per un approfondimento sulle aree fragili, si veda: Le disuguaglianze di salute in Toscana, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 90, 2016. ⁶ Più nel dettaglio i criteri utilizzati per l'individuazione delle aree fragili sono: densità (abitanti per Km²) inferiore alla media regionale; variazione % della popolazione 2011-1971 negativa; quota di persone con 65 anni e più superiore alla media regionale; quota di case "vuote" superiore alla media regionale; valore immobiliare (euro al m²) inferiore alla media regionale; reddito IRPEF medio inferiore alla media regionale; rapporto addetti per abitanti inferiore alla media regionale; rapporto tra presenze turistiche e abitanti inferiore alla media regionale. ⁷ L'indice di vecchiaia si definisce attraverso il rapporto di composizione tra popolazione anziana (>65) e popolazione giovane (0-14 anni).

L'invecchiamento demografico è sostenuto anche dalla riduzione della natalità. Il tasso di natalità⁸ nelle aree fragili è molto basso: 6 bambini nati ogni 1.000 donne, segnando quasi un -6,8% rispetto al 1995. Di converso risulta molto alto un altro dei principali indicatori utilizzati a livello internazionale per valutare in maniera sintetica lo stato di salute di una popolazione, ovvero il tasso di mortalità⁹.

COMUNI	TASSO NATALITA'	TASSO MORTALITA'
Piteglio	2,9	20,0
Cutigliano	6,6	25,9
San Marcello Pistoiese	6,1	19,0
Abetone	7,9	25,2
PROVINCIA PISTOIA	7,6	11,4

Elaborazioni Urbistat su dati ISTAT

-Il riscatto delle zone interne fragili è possibile?

Come facile intuire da una rapida rassegna dei dati raccolti dalle ricerche sul tema, nel giro di un secolo la Montagna Pistoiese potrebbe essere completamente spopolata, se non ci sarà un'inversione di tendenza. Questo è infatti il risultato che si ottiene applicando, per i cento anni a venire, il calo demografico complessivo registrato nei relativi Comuni. La montagna ogni anno perde abitanti e quest'emorragia aperta da decenni, nell'ultimo periodo si è persino accentuata. Il paradosso territoriale del nostro tempo si può sintetizzare in questi termini: là dove sono disponibili spazio e tempo, acqua salubre ed aria pulita, le popolazioni fuggono; viceversa là dove mancano cresce il numero degli abitanti. Un paradosso incredibile che si è andato rafforzando negli ultimi decenni e che oggi rappresenta una contraddizione a cui diventa urgente dare delle risposte concrete. Il riequilibrio del territorio, tra zone malsane sovraffollate e zone ad alta qualità ambientale abbandonate, richiede uno sforzo degli enti locali e degli operatori pubblici e privati. Le zone interne, le zone collinari e montane che si spopolano, rappresentano una grande sfida al nostro modello di civiltà. Se ne parla seriamente da non più di vent'anni, ma finora le politiche territoriali sono rimaste assenti o hanno espresso un generico impegno. Di contro, non sono mancati interventi "dal basso", da parte di soggetti sociali ed Enti locali che hanno inviato dei segnali positivi e ci pongono una domanda: il riscatto delle zone interne fragili è possibile? La montagna ha urgente necessità di interventi rivolti a contrastare i fenomeni di invecchiamento e di riduzione della popolazione, a sostenere e valorizzare le economie locali ed a rispondere adeguatamente alla domanda di servizi in termini di disponibilità e accessibilità. L'immagine a cui ispirarsi e fare riferimento è quella della montagna resiliente che ben si presta a sintetizzare le qualità virtuose da rinnovare e le lacune da affrontare, metabolizzando le nuove richieste di adattamento e cambiamento. Si può assumere la definizione di montagna resiliente come un sistema riflessivo, capace cioè di imparare dalle esperienze del passato; robusto, dotato cioè di spazi fisici e sistemi infrastrutturali concepiti, costruiti e gestiti bene, in modo tale da tenere conto dell'insieme dei fattori di rischio e di tutte le esperienze più avanzate per ridurre la vulnerabilità degli insediamenti; affidabile, o meglio caratterizzato da indici elevati di ridondanza, cioè da sistemi capaci di resistere e fare fronte a imprevisti e perturbazioni (in particolare sistemi di collegamento e connessione, materiali e immateriali); flessibile, capace cioè di metabolizzare i cambiamenti sulla base di nuove prove ed esperienze diverse dal passato, soprattutto al livello

⁸ Il tasso di natalità è dato dal rapporto tra il numero delle nascite e la quantità della popolazione media in un dato periodo.

⁹ Il tasso di mortalità è misurato tramite il rapporto del numero delle morti e la quantità media della popolazione in un dato periodo.

delle attività economiche e sociali; intraprendente, capace cioè di raggiungere obiettivi di vitalità economica e prospettive di sviluppo attraverso nuove vie, innovative e creative; inclusivo, in grado cioè di coinvolgere insiemi eterogenei di persone e luoghi; integrato, abituato a sviluppare obiettivi comuni e assicurare il coordinamento degli sforzi. I campi di azione prioritari sui quali far convergere impegni politici e risorse, all'interno di politiche e strategie comunitarie oggi particolarmente attente alle aree interne, sono: sicurezza attiva del territorio, intesa come prevenzione responsabile, in grado di riconciliare territori e attività economiche; abitare in montagna, inteso come garanzia di condizioni di vivibilità, accesso ai servizi essenziali, comfort di insediamenti e collegamenti; coltivare le economie montane puntando su una competitività basata sulla qualità dei prodotti e sul loro legame con i contesti di produzione; curarsi in montagna attraverso il movimento, l'educazione all'alimentazione e alla pratica sportiva, attività e servizi i cui beni sono amplificati nei contesti montani. Le qualità che caratterizzano un sistema resiliente ben si prestano a delineare un programma di azione capace di sostenere e favorire il ripopolamento stabile delle aree montane, generare nuove opportunità, sia per riorganizzare infrastrutture, servizi e economie, che per avviare fasi di evoluzione di società locali più vitali di quelle del recente passato. Sotto questo punto di vista, la sanità - che è parte fondamentale del welfare - diventa estremamente importante nelle aree 10 Per il concetto di Montagna resiliente, si veda: Scienze del territorio, Riabitare la montagna, pp.145-152, Firenze University Press 2016. Fabbricatti K. (2013), Le sfide della città interculturale. La teoria della resilienza per il governo dei cambiamenti, Franco Angeli, Milano. più deboli come quelle di montagna, più isolate e più lontane dai centri produttivi. Qui occorre, quindi, una particolare attenzione per le strutture ospedaliere e di primo soccorso, che non possono essere sottoposte a tagli indiscriminati, di personale, dei beni, senza valutare quale sia il livello di servizi necessari al sostentamento del sistema comunità, senza pensare alla rilevanza di ciò che viene erogato. Questo perché la sanità in montagna non è solo erogazione di servizi alla popolazione, permette la permanenza di nuclei familiari, produce reddito ed indotto, nel commercio e nei servizi. Si tratta, lo sappiamo, di un tema forte, di carattere generale, di interesse nazionale, che non può essere lasciato affondare nelle fredde formule matematiche dei numeri standard, basati sul rischio di struttura, non di contesto. Siamo infatti convinti che ogni azione specifica debba prendere il via da una seria e il più completa possibile analisi di contesto e debba contenere un bilanciamento dei diversi interessi e bisogni sociali in gioco. Oggi è infatti impossibile non notare un problematico dualismo tra l'organizzazione della sanità, orientata alla centralizzazione dei servizi in un'ottica di massima sicurezza del paziente e dell'azienda stessa in ospedale e l'impatto che essa comporta sui cittadini, spesso sottoposti a tempi e modi di erogazione dei servizi che risultano poco coerenti con i giusti obiettivi di appropriatezza ed equità cui il sistema della sanità pubblica dovrebbe ambire. Affinché si possa disancorare la parola montagna dai concetti di marginalità, servono politiche integrate, capaci di dare risposte su più fronti, perché per vivere in montagna occorrono servizi per i quali non possono valere le stesse regole di economicità che devono giustamente essere rispettate in città. Al fine di eliminare la dissonanza cognitiva, generata dall'uso di indicatori di solo rendimento economico in un sottosistema come quello sanitario in cui le dimensioni economiche non sono quelle prevalenti, occorre tenere nella giusta considerazione tutta una serie di elementi difficilmente standardizzabili e rappresentabili, che pure sono presenti e consolidati all'interno delle varie esperienze organizzative e gestionali delle varie realtà che compongono la nostra Regione. E' complicato rappresentare in modo scientifico il sentire collettivo di una comunità che esprime il senso di appartenenza ad un luogo fisico, ne concretizza e attualizza una cultura territoriale, che specialmente in una regione come la nostra, accentua in modo sensibile differenze profonde, ma uno sforzo deve essere fatto, nel dare rappresentanza ufficiale ed istituzionalizzata alla voce di quelle circa ottomila firme raccolte in favore del Pronto Soccorso della Montagna Pistoiese. Tra le

leve su cui si può agire per affermare questa valorizzazione delle iniziative e dei pronunciamenti dal basso, è importante che si sviluppi come in parte è già avvenuto in questi anni, una rappresentanza organizzata degli interessi del mondo della montagna, che divenga interlocutrice dei decision makers nelle istituzioni locali, nazionali ed anche e soprattutto europee, in modo che le decisioni siano concepite, ancor prima della loro adozione, tenendo conto anche degli interessi del territorio montano. L'Unione europea è infatti attiva in aree che possono riguardare direttamente o indirettamente, in modo positivo o negativo queste problematiche. Se le aree montane godessero di una rappresentanza organizzata, di un'opinione pubblica diffusa, di Ong operanti su tutto il territorio, la possibilità che le iniziative dell'Ue si rivelino favorevoli per le terre alte sarebbero senz'altro maggiori. Proprio perché le politiche comunitarie muovono esplicitamente dalla valorizzazione delle diversità e specificità locali, i territori montani possono rendersi protagonisti di una riconsiderazione complessiva, per transitare da una visione in negativo come spazio svantaggiato, area disagiata, territorio fragile, alla considerazione della loro diversità e del loro potenziale sociale.

Federico Silvestri
(Direttore PoieinLab ricerca sociale)



BIBLIOGRAFIA

Biolcati-Rinaldi, F. e Vezzoni, C. (2012) L'analisi secondaria nella ricerca sociale, Il Mulino, Bologna

Butler J (2017) L'alleanza dei corpi. Note per una teoria performativa dell'azione collettiva, Nottetempo, Roma

COMMISSIONE DELLE COMUNITA' EUROPEA (2008), Libro Verde sulla coesione territoriale, http://ec.europa.eu/regional_policy/archive/consultation/terco/paper_terco_it.pdf.

DEMATTEIS G. (2013), "Montagne e aree interne nelle politiche di coesione territoriale italiane e europee", Territorio, n. 66,, pp. 7-15.

Gargiulo, L. e Sebastiani, G. (2001) Le condizioni di salute della popolazione. Indagine Multiscopo sulle famiglie. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000, Roma, Istat.

Lucchini, M., Sarti S. e Tognetti, M. (2009) I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute, in Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione, a cura di A.Brandolini, C.Saraceno e A.Schizzerotto, Bologna, Il Mulino, pp.165-189

Sabbadini, L.L., Gargiulo, L. e Sebastiani, G. (2007) Le condizioni di salute della popolazione, Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari, Anno 2005

Sarti, S., Della Bella, S., Lucchini M., e Tognetti, M. (2011) Le disuguaglianze sociali nella salute: una riflessione sulle basi dati e sugli indicatori attualmente impiegati in letteratura , in Rassegna Italiana di Sociologia, 2011, 4, pp.681-702

“La Montagna Pistoiese, protetta
nella sofferenza e nel disagio
ambientale da una sicurezza:
lo ospedale Pacini”.

Lorenzo Pacini

