

VERBALE DELLA RIUNIONE DEL TAVOLO DI CONCERTAZIONE GENERALE DEL 27
FEBBRAIO 2008

Il giorno 27 febbraio 2008 alle ore 9,30 presso la Presidenza della Giunta Regionale si è svolta la riunione del Tavolo di Concertazione Generale per discutere il seguente ordine del giorno:

- 1) Documento preliminare PdL Società della Salute
- 2) PSR 2008-2010

In rappresentanza delle Organizzazioni partecipanti al Tavolo sono presenti:

DANIELA CAPPELLI	CIGL
ROBERTO MACRI'	CISL
VITO MARCHIANI	UIL
GABRIELE BACCETTI	CONFINDUSTRIA
GIULIO CESARE BRANDINI	CNA
ANGELO MIGLIARINI	LEGACOOP
FRANCESCO FRAGOLA	CONFCOOPERATIVE
FEDERICO PERICOLI	AGCI
PIERO MELANDRI	CONFESERCENTI
MASSIMO MASSAI	CONFCOMMERCIO
MARIO REGOLI	UPITOSCANA
SIMONETTA LEO	ASSOCIAZIONE AMBIENTALISTE

Presiede la riunione l' Assessore alle politiche sociali e allo sport Gianni Salvadori.
Sono presenti i Dirigenti Vinicio Ezio Biagi (Area Coordinamento Politiche Sociali Integrate) ed Enrico Desideri (Area Settore Sanitario).

ASSESSORE SALVADORI

Introduce la riunione, indicando che l'Assessore Rossi a causa di una sindrome influenzale, non può essere oggi presente .Per la presentazione dell'argomento di cui al primo punto allo ordine del giorno, cede quindi la parola al Dirigente Vinicio Biagi.

VINICIO BIAGI (DIRIGENTE)

Proponendosi di illustrare per sommi capi i contenuti del documento preliminare, si riserva di trasmettere nei prossimi giorni l' elaborazione dell' articolato.

Con l'intento di facilitare la discussione, puntualizza brevemente alcuni passaggi della proposta di legge, soffermandosi in particolare su obiettivi, funzioni e compiti della società della salute e sottolineando come con la sua istituzione la Regione Toscana ha inteso rilanciare la cultura dell'integrazione del sistema sanitario territoriale con quello socio-assistenziale, e realizzare il coinvolgimento diretto delle

comunità locali nei compiti di indirizzo, programmazione e governo dei servizi territoriali.

Dopo aver fornito delle valutazioni di carattere giuridico ed istituzionale sulla scelta di non rendere obbligatoria ma volontaria la società della salute, nonché sui risultati ottenuti dalla sperimentazione realizzata in 19 zone socio-sanitarie, indica che a partire dal nuovo ciclo di programmazione (cioè a far data dal 2010) sarà effettuata una programmazione unitaria ed integrata del piano sociale e del piano sanitario .

ANGELO MIGLIARINI (LEGACOOOP)

Mentre precisa che in questi due anni, la Legacoop ha organizzato momenti seminariali e di confronto, a testimonianza di quanta importanza assegna al tema, è curioso di vedere articolato perché il documento che si esamina oggi, non aggiunge molto rispetto alle discussioni che già sono state fatte in altri tavoli ed in altre circostanze.

Mentre anticipa che il collega Fragola leggerà un breve documento redatto unitariamente dal movimento cooperativo, si dice perplesso sulla circostanza che nonostante verrà fatta una legge, questo nuovo modello a livello regionale di organizzazione territoriale del sociale e della sanità rimarrà per le zone a carattere non obbligatorio , con il rischio di andare quindi verso un sistema a macchia di leopardo.

Nota che forse inizialmente il tentativo era diverso, ed era presente la voglia di omogeneizzare, dopo un periodo di sperimentazione.

Sugli strumenti di partecipazione rileva che essi si mantengono invariati nonostante, su questo punto siano state espresse dal movimento cooperativo delle considerazioni critiche.

Osserva che nel Piano sanitario nella parte che riguarda le relazioni con il terzo settore è stato espresso un ragionamento che condivide, laddove si indica che *“si impone nella partecipazione pubblica una riflessione sul ruolo del terzo settore in particolare sugli organismi di partecipazione previsti in ambito della società della salute, occorre verificare se gli strumenti in campo sono adeguati e sufficienti a garantire che le energie del mondo del volontariato e del terzo settore diventino parte integrante del processo di governo co-progettazione de servizi ecc..... ecc..... ”*

Tuttavia nel documento preliminare legge che saranno confermate le previsioni contenute negli atti di sperimentazione, cioè la costituzione degli organismi rappresentativi di partecipazione, e trova quindi che vi è un po' contraddizione tra la volontà di riflettere su questi strumenti ed il volerli mantenere così come sono.

Rinnova quindi la richiesta del movimento cooperativo, che negli organismi di partecipazione in ambito locale della società della salute, ci possano essere i rappresentanti di secondo livello dei soggetti che erogano i servizi, vale a dire il sindacato di impresa, che non fa progetti e non gestisce direttamente alcun servizio.

Ritiene infatti che questa presenza possa costituire uno strumento di cittadinanza importante, a garanzia che i percorsi della programmazione si sviluppino in maniera più approfondita.

Trova comunque che la questione generale che si pone è quella relativa a che tipo di welfare si vuole sviluppare in Toscana e se in particolare si desidera un welfare più disposto a valorizzare i soggetti radicati sul territorio, a sviluppare la cooperazione a diversi livelli istituzionali, l'impresa sociale, l'associazione degli utenti.

DANIELA CAPPELLI (CIGL)

Premette che la scelta è quella di andare avanti, sul modello della società per la salute, e che condivide le linee illustrate da Biagi, sia per quanto riguarda gli aspetti organizzativi sia per quanto riguarda il ragionamento di quelli gestionali riferite alle questioni del sociale.

Restando in attesa di leggere l'articolato osserva che se c'è un pregio che le società della salute hanno avuto durante la sperimentazione è quello di aver stimolato lo associazionismo tra comuni, per le materie che erano comunque di loro titolarità e quello anche di aver ridato, così come era previsto nella Deliberazione del Consiglio Regionale n.155 del 2003, agli Enti locali la responsabilità di programmare nel territorio tutti gli aspetti e di discutere ed essere responsabili della salute di tutti i cittadini.

Entrando nella parte gestionale delle società per la salute pensa che l'aspetto di criticità più evidente sia rappresentato dal fatto che la sperimentazione su 19 zone, che si configura come un vero e proprio modello a regime, non è stata una sperimentazione che ha consentito di creare una omogeneità anche a livello regionale. Si è assistito così a suo avviso a 19 progetti sperimentali, con operatività profondamente differente, anche perché era fundamentalmente differente il punto di partenza di ciascuno dei soggetti.

Si dice d'accordo con quanto evidenziato da Migliorini, che se la Società della Salute diventa una parte strutturale del modello toscano, vi è poi qualche difficoltà a legarla al discorso della volontarietà,

Pur comprendendo tutte le motivazioni dal punto di vista normativo legate alla scelta della volontarietà, nota però che obiettivamente esiste una difficoltà legata alle differenze che ci sono tra i 19 progetti tra di loro ed i soggetti che hanno fatto scelte differenti dalla istituzione della società della salute.

Constata che se l'unica soluzione è quella di lasciare tutto ciò alla volontarietà, allora occorre governare questo processo sul piano politico ed un rimedio potrebbe essere quello di lavorare sugli incentivi e sulle risorse, per far sì che anche chi ha fatto scelte differenti dalla società della salute, possa ritornare sui propri passi e si riesca quindi così a governare il sistema.

Osserva che la questione degli organismi di partecipazione e di programmazione, è stata lungamente dibattuta e che si può lavorare per farli funzionare meglio, ma la programmazione deve restare pubblica e su questo non crede sia possibile derogare.

FRANCESCO FRAGOLA (CONF COOPERATIVE)

Come preannunciato da Migliorini dà lettura e commenta brevemente il seguente documento:

L'art.17-L.41 del 24/02/2005 recita: "i soggetti del Terzo Settore concorrono ai processi di programmazione regionale e locale. Tali soggetti, ciascuno secondo le proprie specificità, partecipano anche alla progettazione, all'attuazione ed alla erogazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato.

La cooperazione sociale è, dunque, riconosciuta dall'ordinamento regionale come interlocutore necessario delle istituzioni per lo sviluppo dei processi di programmazione.

L'atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione della sds, specifica in proposito che nella valutazione delle sperimentazioni dovranno avere specifico rilievo la partecipazione ed il livello di coinvolgimento di tutto il terzo settore.

Eppure, articolando i principi in forme specifiche di partecipazione istituzionale, l'atto regionale alla fine ha previsto la costituzione di due diversi organismi assembleari nei quali trovano rappresentanza i soggetti del Terzo Settore:

1) la Consulta del Terzo settore;

2) il Comitato di partecipazione.

In base ad un presunto conflitto di interesse, le cooperative sociali sono presenti nelle consulte del Terzo Settore (e non in tutte) ed escluse dai comitati di partecipazione.

A differenza della Consulta, che ha funzioni sostanzialmente consultive, i compiti del Comitato sono molto più significativi.

Il comitato può presentare proposte circa la programmazione e il governo, può esprimere pareri sull'efficacia degli interventi, esprime parere obbligatorio sulla bozza del Piano Integrato di Salute e sulla relazione annuale. Ha accesso a dati epidemiologici e redige un proprio rapporto annuale sulla effettiva attuazione del Piano Integrato di salute e sullo stato dei servizi.

Ricordando da dove eravamo partiti il punto di approdo è certamente deludente per le cooperative sociali, basta andare a rileggersi le prime versioni del Piano Sanitario, versioni che attribuivano alla cooperazione sociale un ruolo di partecipazione diretta, un ruolo addirittura costitutivo nelle Società della Salute.

ROBERTO MACRI' (CISL)

Nota che dalla sperimentazione é emersa una propensione alla frammentazione ed in alcune realtà territoriali dei rischi di disservizi ai cittadini.

Pensa che occorre lavorare a partire da quello che sarà l' articolato, per favorire la realizzazione di un modello che sia chiaro come riferimento e non dia adito ad equivoci che possono complicare la gestione ordinaria e soprattutto l' attribuzione di responsabilità.

Aggiunge che un modello di servizio sanitario a macchia di leopardo, qualche problema lo crea e che se da un punto di vista normativo, non c'è la possibilità di obbligare alla sperimentazione della Società della Salute, allora occorre mettere in piedi un sistema che dia chiari, evidenti e riscontrabili benefici a chi aderisce alla sperimentazione, in modo che ciò possa diventare l' elemento che spinge tutti alla adesione .

Sottolinea che occorre sviluppare un monitoraggio attento allo sviluppo del processo, soprattutto per quanto attiene la parte della gestione della alta integrazione, e delle funzioni dei comuni e che occorre inoltre avere un modello di riferimento a cui dedicare anche degli indirizzi chiari ,senza affidarsi unicamente all' esperienza.

Sugli strumenti di partecipazione, senza assumere una posizione pregiudiziale o ideologica, ritiene debba esserci una sana distinzione dei compiti di gestione, di indirizzo, di programmazione, che devono essere attribuiti a ciascuno secondo il proprio ruolo e che siano da evitare sovrapposizioni ovvero pasticci che non sarebbero utili a nessuno.

GIULIO BRANDINI (CNA)

Ricorda come la posizione della Cna è sempre stata quella di sostenere le società della salute, perché in esse si è individuato uno strumento idoneo a dare garanzie a tutti i cittadini, di arrivare ad una programmazione, ma soprattutto ad un sistema di servizi univoco.

Comprende come vi siano grosse difficoltà a rendere obbligatorie le Società della Salute, ma ritiene che la Regione, magari anche con il contributo di Cna, deve riuscire a costruire un unico strumento nel territorio che sia uguale per tutti, in modo che i cittadini della Toscana abbiano le stesse condizioni e le stesse opportunità.

Rileva come in termini politici la Cna può dare una mano nel territorio, impegnandosi a spingere i Comuni verso la sperimentazione della Società della salute , ma che la difficoltà più grossa resta quella di convincere le aziende sanitarie.

Considera sicuramente positivo ed un grosso passo in avanti il fatto che la Regione abbia individuato la data a partire dalla quale sarà redatto un unico piano socio-sanitario e crede che ciò è stato possibile, perché si sono raccolte sollecitazioni ed impegni anche di questo Tavolo, espressi sia nel confronto sulla parte sociale che sulla parte sanitaria.

Ricorda come l'obiettivo della Cna è stato sempre quello di arrivare ad un unico strumento, anche se dovrà essere lasciato alla discussione successiva se in futuro sarà o meno necessario mantenere la presenza di due Assessorati distinti.

Mentre condivide la scelta di mantenere i livelli di partecipazione, evidenzia come uno degli obiettivi di Cna sia appunto quello di essere inserita in rete come organizzazione di rappresentanza per quanto riguarda la Società della Salute.

Considera inoltre utile perché potrebbe portare risorse e risparmi alla stessa politica della salute e del sociale, l' allargamento della partecipazione ai privati sotto forma di consorzi di ovvero di altre forme organizzate, verificando beninteso l'inesistenza di duplicazioni di interessi , in quanto è evidente che chi fa programmazione, non può poi prestare dei servizi.

PIERO MELANDRI (CONFESERCENTI)

Si sofferma sulla questione della volontarietà della Società della Salute osservando che la sperimentazione è stata fatta in circa il 51% del territorio toscano ma che “il top della salute in Toscana “ non gli risulta che sul territorio sia uniformemente distribuito.

Aggiunge che se viene ribadita la validità del modello della società della salute non comprende però perché poi la scelta non venga fatta fino in fondo, considerando che con o senza la società della salute, il livello della sanità, del sociale e della loro integrazione, deve essere un livello quanto più possibile uniforme e che la Regione Toscana non può che avere il compito di controllare , verificare e promuovere questo livello omogeneo.

Sottolinea come la disomogeneità non si gioca solo sulla scelta della società della salute ma anche sulla gestione diretta o convenzionata e che bisogna tener conto che presenta un costo anche il fatto di dover controllare che alla fine situazioni disomogenee riescano a produrre lo stesso risultato.

Sulla questione della rappresentanza in particolare all'interno del comitato di partecipazione, ritiene che sia necessario evitare promiscuità di funzioni, di interessi e di rappresentanza ed esprime preoccupazione per qualunque cosa che vada fuori dal principio previsto dall' atto di indirizzo, che si riferisce e coinvolge direttamente il cittadino utente dei servizi sanitari, sia esso lavoratore, pensionato o lavoratore autonomo.

MARIO REGOLI (UPI)

Ritiene che le province potrebbero consentire un livello istituzionale più ampio di quello distrettuale e quindi garantire meglio un processo omogeneo di integrazione del sociale e del socio-sanitario.

Paventa invece il rischio che ci sia addirittura un arretramento rispetto a quello che le leggi regionali 40 e la 41 attribuivano alle province, perché gli sembra di assistere ad uno spostamento delle competenze a favore della Società della Salute in termini di programmazione.

Nel constatare che nel documento preliminare c'è soltanto un passaggio di tre righe riguardanti la provincia, che appunto viene indicata in quanto "partecipa per le materie di propria competenza alla definizione del piano integrato di salute", crede che nel passaggio all' articolato le competenze ed il concorso delle province, almeno per quanto concerne l' aspetto della programmazione, debba essere quanto meno specificato e chiarito al massimo livello.

Diversamente si opererebbe un passaggio indietro senza garantire quella governance complessiva che ritiene invece necessaria e dentro la quale la provincia sia in grado di apportare il proprio contributo programmatico, con benefici per il sistema.

GABRIELE BACCETTI (CONFINDUSTRIA)

Nel momento in cui sarà disponibile una bozza dell' articolato, si riserva di condurre un approfondimento e quindi di formulare delle osservazioni maggiormente puntuali. In vista della futura discussione ritiene che possa essere utile conoscere in modo molto sintetico i dati della sperimentazione, in termini soprattutto di efficacia ed efficienza nella gestione delle attività poste in essere.

Pur rendendosi conto delle difficoltà di carattere giuridico, non facilmente sormontabili, legate alla ripartizione delle competenze amministrative ed alla autonomia degli Enti, è colpito dalla scelta dell' adesione volontaria alla Società della Salute, perché crede che facendo questa scelta, si rischia poi di creare dei modelli istituzionali un pò diversi l' uno dall' altro.

Sulla questione della partecipazione alla programmazione (su cui si riserva di intervenire in modo più specifico in occasione della discussione del secondo punto all' ordine del giorno), osserva brevemente che Confindustria Toscana è consapevole che la programmazione è una funzione pubblica e che costituisce una delle funzioni caratteristiche degli enti pubblici, ma che su questa materia potrebbe semmai essere utile garantire delle sedi di confronto e di consultazione anche se non necessariamente di concertazione .

VINICIO BIAGI (DIRIGENTE)

Rispetto alle osservazioni formulate in merito alla questione della adesione volontaria, comprende l' esigenza di arrivare ad un modello che sia il più chiaro possibile e che non mantenga un quadro di frastagliamento.

A tale scopo pensa possa essere un elemento utile il lavorare agendo sugli strumenti degli incentivi e dei disincentivi.

Sulla questione di definire e precisare meglio i modelli partecipativi, nel riaffermare che la società della salute, é in ambito territoriale un punto sostanziale di attivazione di tali processi, crede che occorre certamente mantenere le distinzioni rispetto ai ruoli e le competenze dei diversi soggetti.

Nell'indicare poi che la discussione al Tavolo termina in data odierna, e che su un piano ordinario non è prevista la riconvocazione sull' articolato, assume l'impegno di inviare nei prossimi giorni l' articolato, in modo da ricevere delle indicazioni e fissare poi le modalità di incontro per il prossimo percorso.

DANIELA CAPPELLI (CIGL)

Nel constatare che le linee di indirizzo possono anche essere condivise, ma bisogna poi vedere come esse si traducono nel provvedimento, manifesta con forza l' esigenza di rifare una discussione a questo Tavolo anche sull' articolato.

ASSESSORE SALVADORI

Dopo aver premesso che per ragioni derivanti dalla programmazione degli atti in Consiglio Regionale, vi è la pressante esigenza di definire l' articolato, entro il 20 marzo p.v., una volta che sarà stato effettuato l' invio dell' articolato , ritiene quindi opportuno effettuare un tavolo tecnico, e poi sulla base delle risultanze ottenute in quella sede, sarà valutata l'opportunità di riconvocare nuovamente il Tavolo Generale.

Cede quindi la parola al Dr. Enrico Desideri per la trattazione del secondo punto all' ordine del giorno.

DESIDERI ENRICO (DIRIGENTE)

Illustra ed approfondisce alcuni concetti e problematiche che aveva già evidenziato in occasione della riunione del Tavolo del 19 dicembre 2007 e che in sintesi riguardano delle riflessioni sullo stato di salute della popolazione toscana, il problema della cronicità, il ruolo della programmazione aziendale, le parole chiave del Piano Sanitario Regionale, il CUP di Area Vasta , la Carta sanitaria del cittadino, il ruolo del pronto soccorso.

Prima di aprire la discussione si sofferma in particolare sugli aspetti contenutistici ed organizzativi di due questioni cui attribuisce nell' economia del piano sanitario grande importanza strategica e cioè la riorganizzazione degli ospedali per fascia di intensità di cure ed il tema della ricerca e dell' innovazione.

VITO MARCHIANI (UIL)

Nel condividere i contenuti dell' esposizione di Desideri, di cui apprezza lo sforzo di sintesi, si sofferma sul problema delle cure primarie, indicando che a suo giudizio è un aspetto fondamentale il trovare lo spazio per la riqualificazione della loro

funzione, che oggi gli risulta essere molto residuale dal punto di vista della attività tipica del medico, limitandosi quest'ultima per lo più alla prescrizione di farmaci e di analisi in genere .

Aggiunge che collegata a questa esigenza di maggiore valorizzazione della professione dei medici di base, è oggi presente il concreto rischio di ingolfamento delle strutture sanitarie, e che si rintracciano ingorghi di presenza anche nei pronto soccorsi, anche per semplici valutazioni e piccole cure, delle quali si potrebbe invece occupare il medico di base (come ad esempio il togliere i punti ad una persona che ha da poco subito un intervento chirurgico).

Sul pronto soccorso rileva come le lamentele, spesso vengono più dai parenti, che non dai malati e che fondamentalmente bisognerebbe preoccuparsi un pò di più del paziente e meno dei familiari. Nel senso che se è giusto dare un'importanza adeguata all'accoglienza, a suo avviso riveste grande importanza anche la parte successiva, cioè quella legata al trasferimento del paziente nel reparto di ospedale .

Condivide l' idea del centro unico di prenotazione, ma aggiunge che mentre spesso è facile avere una data, se si fa una prenotazione per avere un'analisi di laboratorio ovvero una risonanza ,nel caso in cui si dovesse avere bisogno di un ricovero ospedaliero per un intervento chirurgico la data invece non c'è e si viene chiamati successivamente alla prenotazione, con un alto potere discrezionale in questo ambito da parte del primario.

Sul problema della sicurezza sui luoghi di lavoro, nel sottolineare come le organizzazioni sindacali hanno sempre avuto un sistema di buone relazioni sia con lo Assessore Rossi che con l'Assessore Simoncini, crede che non bisogna fermarsi all'approvazione del piano sanitario, ma che insieme ai rappresentanti dei datori di lavoro occorra implementare anche un sistema di relazioni che consenta di gestire al meglio le fasi successive.

ANGELO MIGLIARINI (LEGACOOOP)

Si dice d'accordo con l'impianto e l'impostazione del Piano, all'interno del quale al movimento cooperativo interessano in maniera particolare alcuni temi come i Cup di area vasta, funzionali a risolvere i problemi della trasparenza e dell'accesso e che sono tra l' altro gestiti da alcune cooperative, nonché la questione del pronto soccorso, che dal punto di vista diagnostico, deve assumere sempre più un ruolo fondamentale.

Assegna inoltre un rilevante interesse anche a quello che il Piano definisce sanità di iniziativa, al problema di come si segue la cronicità e gli fa piacere che sia stato ricordato che l'assistenza domiciliare integrata è uno degli strumenti più importanti.

Dal momento che molte assistenze domiciliari integrate vengono attualmente gestite dal mondo della cooperazione sociale, gli sembra di fondamentale importanza che ci sia un investimento di risorse in questo ambito.

Crede inoltre che ci debba essere un'attenzione particolare e maggiore chiarezza sulla integrazione dei mondi del sociale e del sanitario, in particolare riuscendo a definire

bene chi fa che cosa, perché spesso, come dimostra ad esempio l'esperienza sull'assistenza domiciliare che si sta sperimentando a Prato, ci si trova di fronte a situazioni di grande confusione.

Rileva in particolare che la sperimentazione viene compiuta sotto l'egida "di tutti fanno tutto", senza distinzioni di forme giuridiche e soprattutto senza mai porre l'accento sulla tariffa, con cui tutta l'attività viene effettuata.

Considerato che questa è l'ultima volta che si costruisce da una parte un piano sanitario e dall'altra un piano sociale, vorrebbe che da qui in avanti ci fosse un raccordo, proprio sui due grandi concetti dell'accreditamento e dell'autorizzazione, che stanno per essere introdotti nel sociale e che sono stati in qualche modo mutuati dal mondo della sanità.

Soffermandosi sul problema dell'accreditamento dei servizi, osserva poi che stanno avvenendo cose veramente poco edificanti e che vi è il rischio che le forme della concorrenza ed il modo di competere, cambino sostanzialmente anche nel mondo del sociale, nel senso che esse non sono basate soltanto su gare di appalto e basi d'asta, ma anche sulla produzione di servizi e sulla capacità di avere o non avere dei bollini blu.

In questo quadro ciò che gli sembra comunque da evitare è che la competizione possa portare a momenti imbarazzanti e che magari possa spostarsi su cose che nulla hanno a che vedere con la qualità dei servizi.

Accenna infine agli strumenti di valutazione, per dire che essi devono essere idonei a valutare i servizi o progetti che hanno a che fare non solo con la sanità, ma anche con il sociale e che devono tener conto anche della dimensione relazionale che nei servizi resi alla persona, rimane una delle cose più difficili da valutare.

DANIELA CAPPELLI (CIGL)

Pur sottolineando di condividere il modello toscano di sanità, rileva che sulla scorta dell'esperienza dai precedenti piani sanitari, una difficoltà reale è rappresentata dallo scarto tra il dire ed il fare, cioè tra quello che si scrive e quello che poi si mette in pratica, e che è necessario comunque concertare soprattutto le vie con cui si arriva ai risultati finali.

Nota che legare come si è fatto l'operatività della programmazione di area vasta e dell'Estav, alla valutazione dei direttori generali, significa aver costruito un sistema che poi fornisce anche la possibilità di intervenire.

Aggiunge che le direzioni generali hanno ora a disposizione delle risorse finanziarie (il 2% del bilancio) da utilizzare per la prevenzione, la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro.

Constata poi che la vera scommessa, a cui la Cgil aderisce, è quella che si può definire una "rimodulazione di equilibrio" tra ospedale e territorio, che passa attraverso l'innovazione, ossia la sanità di iniziativa ed il ragionamento della strutturazione del territorio attraverso le cure intermedie.

In particolare ritiene che la previsione delle cure intermedie sia interessante nel piano sia nella parte che prevede l'utilizzo delle strutture ospedaliere (laddove si riescano a

liberare dei posti letto), che nella parte che richiama l' aumento dell' assistenza domiciliare integrata, sulla quale occorre ragionare sia in termini quantitativi che qualitativi.

Sugli ospedali per intensità di cura osserva che già nel precedente piano sanitario, la Cgil aveva condiviso questa scelta ma che occorrerà però mettersi tutti d'accordo su quali devono essere i modelli organizzativi, dal momento che non si può immaginare che l' ospedale per intensità di cure debba servire per ridurre posti letto, personale e costi, perché semmai è vero il contrario e comunque il primo obiettivo da perseguire deve essere quello della qualità del servizio verso la utenza.

Sul Cup di area vasta, ne condivide la scelta, a condizione però che il Cup corrisponda ad un livello ottimale di centrale operativa, e non sia concepito come semplice risposta della prestazione.

Nell' aggiungere che in questo ambito, passaggi fondamentali devono essere quelli della programmazione di area vasta, della programmazione territoriale e quindi della concertazione a livello di territorio, sottolinea che bisogna fare attenzione alla programmazione, e soprattutto evitare che essa per quanto riguarda la risposta alla prestazione, finisca per svuotare qualche livello istituzionale, procurando di conseguenza degli effetti non positivi.

Sulle unità di medicina generale, con le quali viene superata la criticità dell'unità di cure primarie, basate sulla volontarietà, sostiene che esse necessitano di formazione del personale addetto, che deve acquisire appunto informazioni e formazione differenti, per riuscire a dare una risposta adeguata alle nuove esigenze.

ROBERTO MACRI' (CISL)

Dopo aver premesso che le osservazioni fatte da Marchiani e Cappelli sono frutto di una riflessione comune del sindacato, dice di considerare questo un ottimo piano sanitario, ed evidenzia che più lo si approfondisce, più ci si rende conto di essere in presenza di un lavoro organico, fatto bene, con delle intuizioni, anche in termini di innovazioni, veramente interessanti .

Tuttavia incombe a suo avviso il rischio di una distanza tra i "desiderata" e quello che poi effettivamente si riesce a realizzare e per tale motivo la Cisl, intende vigilare e fare un pò da sentinella ,su almeno sei punti significativi del piano sanitario, sui quali formula in sintesi le seguenti osservazioni:

-la deospedalizzazione e la necessità di realizzare sul territorio tutte quelle iniziative, che possano efficacemente garantire questo passaggio, è sicuramente un passaggio importante che condivide, ma crede che se poi questo processo non sarà gestito bene potrà risultare un elemento di grande sofferenza per i cittadini;

- l'idea dell'ospedale per intensità di cura la considera affascinante, si tratta però di approfondirla, capirla meglio, graduandone il percorso, perché occorre mettere in atto un modello, che non è ancora oggetto in Italia di grande sperimentazione, pur se soprattutto a livello europeo esso funziona e fornisce risultati significativi .

Il funzionamento dell'ospedale per intensità di cura, nel contesto regionale toscano, di certo comporterà tutta una serie di attenzioni, che inducono ad invitare alla prudenza, al confronto passo per passo su quello che si andrà a realizzare;

-la sanità di iniziativa é un tema tra i più innovativi ed importanti, che richiede fin da ora una attenta vigilanza, proprio perché si tratta di un progetto di grande interesse e dalle potenzialità enormi.

Perché esso possa dare i frutti sperati necessita che sia seguito da tutti i punti di vista, a partire dai risvolti organizzativi, dalla formazione del personale che vi sarà applicato nonché dal rapporto con i medici di medicina generale;

-il tema della salute e sicurezza, costituisce un altro elemento qualificante di questo piano sanitario, ed auspica che soprattutto sul territorio le aziende sanitarie, sappiano fare in modo che le risorse previste del 2% di bilancio , siano indirizzate in maniera efficace, a garanzia della salute e della sicurezza dei luoghi di lavoro;

-lo sforzo di mettere al centro di questo piano sanitario, il personale come risorsa, è apprezzabile, così come può rappresentare un valore aggiunto il convincimento, che si legge tra le righe, che senza una partecipazione del personale a questi processi innovativi, non si giunge poi a perseguire con efficacia gli obiettivi;

-la questione della partecipazione ai processi che riguardano il tema della sanità in Toscana, la considera un tema importante, proprio perché i soggetti che hanno meno strumenti, meno riescono poi ad avere le cognizioni per salvaguardare la propria salute e poter accedere al servizio sanitario.

Da qui la convinzione che occorre quindi lavorare sull'informazione e la diffusione della conoscenza anche cercando dei nuovi strumenti partecipativi, che consentano ai cittadini di avere ulteriori strumenti di accesso, ed ai soggetti che operano sul territorio una migliore conoscenza delle potenzialità del sistema sanitario in Toscana.

GABRIELE BACCETTI CONFINDUSTRIA

Mostra apprezzamento per l' esposizione operata da Desideri ,degli aspetti più innovativi del piano sanitario, che è di grande interesse per il sistema delle imprese nella sua totalità, perché è strettamente collegato alle politiche di bilancio della Regione, dal momento che la spesa sanitaria costituisce la percentuale più alta delle spese del bilancio regionale .

Da questo punto di vista desidera dare atto alla Regione Toscana di essere riuscita nel corso di questi anni a mantenere una situazione di bilancio controllato, evitando quello che è accaduto in altre Regioni, e cioè gli incrementi tributari automatici sull'Irap, i quali come è noto hanno effetti negativi sul sistema delle imprese, nonché gli interventi sull' addizionale Irpef.

Mentre si augura che si possa andare avanti su questo percorso di situazione di bilancio sotto controllo, crede che gli strumenti di valutazione continua che il piano sanitario individua, possano essere utili a perseguire meglio la finalità di evitare gli sprechi e di aumentare l'efficacia e l'efficienza del sistema sanitario.

Aggiunge che il piano interessa le aziende farmaceutiche e biomedicali, il sistema degli stabilimenti termali, i centri diagnostici e le case di cura che, in quanto fornitori, sono collegate al sistema sanitario, mentre due tematiche interessano invece in modo trasversale il sistema delle imprese e sono quelle della sicurezza sul lavoro e dell'igiene degli alimenti.

Tra gli aspetti positivi delle politiche sanitarie di questi ultimi anni della Regione Toscana, ne segnala due di grande importanza e cioè il protocollo di intesa per la riduzione dei tempi di pagamento ai fornitori ed il coinvolgimento, avvenuto nei mesi scorsi, delle imprese private, sul tema della ricerca ed innovazione ed in particolar modo sulle risorse dei fondi comunitari che sono a tale scopo dedicate alle imprese.

Sul ruolo della sanità privata, indica che nel piano, in un piccolo paragrafo dedicato ai rapporti con le imprese private, si riconosce un principio di grande importanza, cioè quello della pari dignità tra operatori e produttori di servizi pubblici e privati e si prevede inoltre la costituzione di un Tavolo regionale di confronto, destinato a costituire una sorta di cornice-quadro, nella quale dovrà muoversi la contrattazione locale.

Convinto che le imprese private possono dare un contributo anche al contenimento dei costi ed alla razionalizzazione della spesa sanitaria, sottolinea come la percentuale della sanità privata, all'interno dei costi del sistema sanitario in Toscana è ancora bassa rispetto ad altre regioni, e quindi questa circostanza può far sì che ci siano ancora dei margini di crescita.

Segnala inoltre che se è certamente vero che la programmazione compete ai soggetti pubblici, tuttavia in prospettiva ritiene che sia possibile prevedere un confronto, una consultazione sul tema della partecipazione con vari soggetti, ivi incluse le associazioni rappresentative delle imprese.

Sulla sicurezza del lavoro, pensa che il piano sanitario si pone in continuità con quello precedente, mostrando di voler far partecipare su questo tema le parti sociali sindacali e datoriali e recependo alcune novità importanti che nel frattempo sono intervenute, come ad esempio il protocollo del dicembre 2007 previsto dalla legge regionale 38/2007.

Semmai resta a suo avviso aperta una questione che nel dibattito e confronto tra le parti sociali ci sarà modo di approfondire con l'ausilio di studi e dati e che è quella rappresentata dalla diretta connessione tra precarietà e di incremento degli incidenti sul lavoro, che nel documento viene indicata in modo molto generico e poco documentato.

Segnala poi che Confindustria Toscana ribadisce le perplessità in passato espresse, leggendo come un limite all'iniziativa imprenditoriale privata, il voler collegare il tema della autorizzazione a quello dell'accreditamento, come è ad esempio riportato nell'ultimo degli allegati al piano sanitario, che prevede appunto i criteri per la verifica della compatibilità tra queste due questioni.

Rileva quindi che se nell'ambito della riforma dell'accreditamento della Regione, vi è l'intenzione di ragionare sul tema della distinzione tra attività autorizzata e attività accreditata e la conseguente programmazione tra le due attività, manifesta interesse a partecipare ad un confronto di questo tipo e nello stesso tempo si augura che ci siano margini per rivedere l'impostazione seguita, nell'ottica che Confindustria Toscana auspica.

DESIDERI ENRICO (DIRIGENTE)

Mentre fa presente di condividere la maggior parte dei commenti e delle osservazioni formulate, ringrazia i componenti del Tavolo per la attiva partecipazione e formula alcune brevi riflessioni ,su alcune questioni emerse negli interventi:

a)é d'accordo sul nuovo ruolo che devono assumere i medici di medicina generale e crede che loro devono soprattutto riscoprire in ospedale e sul territorio l'anamnesi e l'esame obiettivo ;

b)considera di particolare interesse nel territorio la previsione di un ufficio di direzione zonale, un gruppo cioè di sei o sette persone che saranno impegnate a tenere sotto controllo, come si spendono le risorse del servizio sanitario regionale;

c)sull'ospedale di intensità di cure crede che alcune cose vadano fatte subito, e sono di relativa facilità, mentre si pone un problema di non facile soluzione, che è quello di riuscire a contestualizzare gli interventi alla realtà di ogni singolo ospedale; operazione questa che va fatta con l'ausilio di professionisti, ragionando sempre su che cosa si può fare meglio e senza fare l'errore culturale di prendere l'esempio di quanto già accaduto in altra realtà territoriali;

d)i letti di osservazione, devono servire per osservare e ciò è del tutto funzionale alla scelta di decidere se il paziente é da dimettere oppure é da ricoverare, ma nella pratica si osserva uno scostamento che va contrastato da questa "mission" , perché i pazienti permangono in osservazione non fino al massimo di 24 ore, ma oltre 72 ore ed in qualche caso più di una settimana;

e)è vero che il Cup è già uno strumento di trasparenza, ma va comunque risolto il problema del mantenimento delle agende perché ancora oggi un terzo del totale delle prestazioni specialistiche prenotate avviene attraverso agende di reparto e mantenere tutto ciò in prospettiva sicuramente non va bene;

f)ci sono prospettive di sviluppo della chirurgia web, nel senso che vi è l'intenzione di creare un sito gestito anche da un call center, per l'accesso ragionato alla visita chirurgica, che è il primo passo per il percorso assistenziale chirurgico, dal momento

che se una persona ha la necessità di fare una operazione, deve poi poter trovare l'informazione sui luoghi in cui le operazioni vengono fatte in numero sufficiente oltreché l'indicazione sui tempi di attesa;

g) sulla sicurezza dei luoghi di lavoro concorda con le sottolineature fatte sulla piaga degli infortuni, ma rileva anche che è oggi fortemente sottovalutata la componente lavorativa nello sviluppo delle malattie croniche. Gli sembra importante inoltre che vi sia un forte raccordo sul territorio della medicina e sicurezza del lavoro, con i medici del territorio e dell'ospedale.

Nel sottolineare come il piano illustri molte azioni da fare e dal contenuto realistico, crede che occorre fare molta attenzione a che esse siano poi effettivamente realizzate.

In questo senso crede che il sistema di diffusione degli indicatori possa rappresentare un antidoto alla discoerenza tra quello che si dice e quello che si fa, perché l'esperienza ha dimostrato che se essi si rendono pubblici, si finisce per indurre poi dei comportamenti virtuosi.

Conclude dicendo che ritiene di grande importanza la formazione collegata alla programmazione, in quanto se si considera la risorsa umana non un costo, ma una risorsa ed un valore aggiunto per il sistema, si può cercare di non calare dall'alto le necessità di cambiamento che il sistema dinamicamente esprime e di dare spazio quindi ad un sistema democratico di controllo diffuso di quello che succede.

Alle ore 13,30 non essendovi ulteriori argomenti da discutere la riunione si conclude

UP/