

**GIUNTA REGIONALE
DIREZIONE GENERALE PRESIDENZA
AREA COORDINAMENTO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO**

Il giorno 19 dicembre 2007 alle ore 14.30 presso la sede della Giunta Regionale si è svolta la riunione in sede tecnica del tavolo di concertazione generale per discutere il seguente ordine del giorno:

1. .Patto sulla sicurezza e regolarità del lavoro in Toscana
2. .Nomina di un rappresentante del partenariato economico e sociale della Regione Toscana in seno al Comitato di Sorveglianza del Programma Operativo Transfrontaliero 'ITali/Francia Marittimo' (Ob. 3 dei Fondi strutturali
3. .Proposta iniziale Piano sanitario regionale 2008-2010 e relativo rapporto di valutazione
4. .Piano regionale di risanamento e di mantenimento della qualità dell'aria. PRRM
5. .Illustrazione della bozza del piano d'indirizzo energetico regionale di cui alla LR. 39/2005 (PIER)

In rappresentanza delle Organizzazioni partecipanti al Tavolo sono presenti:

GUIDO OLMASTRONI	CIGL
DANIELA CAPPELLI	CIGL
ROSSANO ROSSI	CIGL
ROBERTO MACRI'	CISL
SORANI SERGIO	CISL
ERNESTO D'ANNA	UIL
SANDRO BONACETO	CONFINDUSTRIA TOSCANA
GABRIELE BACCETTI	CONFINDUSTRIA TOSCANA
RICCARDO SABATINI	CONFAPI TOSCANA
MARCO BALDI	CNA
SAVERIO PAOLIERI	CNA
FABRIZIO FANTAPPIE'	CONFARTIGIANATO
VALERIO DI BACCIO	CASARTIGIANI
ELEONORA VANNI	LEGACOOOP
SILVANO CONTRI	CONFSCOOPERATIVE
FRANCESCO FRAGOLA	CONFSCOOPERATIVE
GIULIO SBRANTI	CONFESERCENTI
GIANNI PICCHI	CONFCOMMERCIO
ANDREA SBANDATI	CISPEL TOSCANA
ALESSANDRO PESCI	ANCI
TIZIANO LEPRI	UPI TOSCANA
ORESTE GIURLANI	UNCEM
CECILIA ARMELLINI	ASSOCIAZIONI AMBIENTALISTE

Presiede la riunione il Vice-Presidente della Giunta Regionale Federico Gelli.

Sono presenti, i Dirigenti della Regione Toscana Pizzanelli Fabrizio (Attività internazionali) Desideri Enrico (Settore Sanitario), Romanelli Mario (Settore qualità dell'aria), Bernini Edo (Settore Miniere ed Energia) e Paolo Baldi (Area programmazione e controllo).

VICE-PRESIDENTE GELLI

Per ragioni organizzative, chiede ed ottiene l'assenso per poter invertire l'ordine di trattazione dei primi due argomenti all'ordine del giorno e cede quindi la parola per la trattazione del secondo punto al Dirigente Pizzanelli Fabrizio.

FABRIZIO PIZZANELLI (DIRIGENTE REGIONE TOSCANA)

Dopo aver illustrato le finalità del programma, unitamente all'area geografica coinvolta (tutte province della costa toscana, la Liguria, la Sardegna e la Corsica) indica che il budget a disposizione è di 160 milioni e che il programma è stato approvato con la presentazione di un seminario che si è tenuto il 26 novembre u.s. a Livorno.

Aggiunge che si stanno costituendo tutti gli organi e le strutture previste dal programma come le autorità di gestione e di certificazione, entrambe gestite dalla Regione Toscana, il segretariato tecnico congiunto ed il comitato di sorveglianza.

Passando in rassegna la composizione del Comitato sottolinea che in ciascuna regione il comitato di sorveglianza dovrà essere designato da soggetti del partenariato economico e sociale, evidenziando questo processo sarebbe più semplice se i soggetti presenti al Tavolo di Concertazione potessero esprimere un proprio rappresentante all'interno del comitato di sorveglianza.

Infatti, per questa nomina non ci può essere la proposta di un nome da parte della Regione e per questo motivo avanza la richiesta al Tavolo di fornire un nome possibilmente entro il 10 gennaio 2008.

GUIDO OLMASTRONI (CIGL)

Prendendo atto positivamente della proposta, propone, però una riunione specifica, in modo da potere valutare il programma e sulla base di quel programma esprimere una rappresentanza.

Evidenzia infatti che non è agevole per le parti sociali, che hanno diverse rappresentanze e che muovono da posizioni diverse, giungere ad individuare un unico soggetto.

Senza porre alcuna pregiudiziale, esprime quindi l'esigenza di discutere, di vedere quale è il programma, di impegnare il soggetto che si nomina, su un programma concordato tra tutte le parti sociali.

Richiede pertanto di convocare questa riunione in tempi brevi in modo da poter stabilire quale sarà il rappresentante che agirà a nome di tutti.

FABRIZIO PIZZANELLI (DIRIGENTE REGIONE TOSCANA).

Accogliendo questo suggerimento indica che sarà convocata una riunione tecnica, con tutti i rappresentanti del partenariato economico e sociale, alla ripresa dell'attività dopo il 6 gennaio.

VICE PRESIDENTE GELLI

Procede alla trattazione del primo punto all'ordine del giorno.

Nell'evidenziare che la sentenza della Corte Costituzionale non si è espressa direttamente sulla legge regionale 38/2007 e nel ricordare ai componenti del Tavolo il percorso compiuto fino ad oggi, sottolinea in particolare che:

- c'è la volontà politica di mantenere integrale lo spirito della legge regionale 38/2007, per quelle parti che direttamente o indirettamente sono state chiamate in causa dalla sentenza della Corte;
- il vulnus legislativo che la sentenza della Corte ha creato, mette un elemento di grande confusione, di grande caos nel mondo degli appalti pubblici, e vi è quindi l'esigenza di coprire in modo molto rapido questa necessità, dando anche certezza normativa alla gestione degli appalti pubblici in Toscana;
- nel percorso legato all'approvazione della legge 38/2007 è nata a questo Tavolo una grande consapevolezza sulla priorità del tema sicurezza sui luoghi di lavoro, per il quale i sindacati hanno fatto scioperi generali e le imprese toscane hanno mostrato una forte mobilitazione e sensibilità;
- vi è l'esigenza di cogliere appieno il grande messaggio politico che arriva dalla società toscana sui temi della trasparenza degli appalti pubblici e della trasparenza sui luoghi di lavoro e non

bisogna limitarsi a fare quindi una mera operazione di semplice maquillage, di imbellettamento del tema, corredandolo magari da qualche norma sulla semplificazione;

- il tema della trasparenza fa parte di un ragionamento complessivo che la Regione sta facendo sul tema dell'educazione alla legalità, nella consapevolezza che il territorio regionale non è assolutamente immune da fenomeni di criminalità e che è erronea la percezione che la criminalità organizzata sia presente in modo molto superficiale e poco influente.

A titolo esemplificativo fa notare che sono stati confiscati consistenti beni, per un valore di 50 milioni di euro, frutto di riciclaggio di denaro sporco in un importante albergo di Montecatini ed in una fattoria agrituristica.

Sottolinea inoltre che:

- l'intuizione di far sottoscrivere il Patto per la sicurezza è nata mentre è stata scritta la legge 38/2007, nella convinzione che è importante che in questa materia le leggi vadano applicate;
- sono senz'altro importanti, le cose che vengono scritte in legge ma è anche importante un Patto, che manifestando attraverso il Tavolo di concertazione la volontà precipua di tutti gli attori del sistema toscano, possa garantire delle risposte, che attraverso le stesse leggi non possono arrivare;
- sui temi in argomento ci sono esigenze spesso contrastanti, e la necessità di rimarcare alcuni distinguo, rischia di concretarsi in un allontanamento rispetto all'obiettivo fondamentale, ma il governo regionale intende assumersi in pieno lo sforzo ed il tentativo di cercare di dare una risposta alle esigenze che provengono dalle varie sensibilità di questo Tavolo;
- pur avendo a questo Tavolo interlocutori molto attenti ed anche molto disponibili, ha la preoccupazione che al prossimo incidente mortale sui luoghi di lavoro si possa iniziare a scaricarci a vicenda la responsabilità, nel senso di non aver fatto tutto quanto era nella nostra disponibilità di fare;
- premesso che in una democrazia non si può permettere che succedano gli incidenti di Torino, di qualche giorno fa, nella Regione Toscana a suo giudizio ci sono le condizioni, le sensibilità e le opportunità, perché si faccia qualcosa di più rispetto al panorama nazionale.

In forza di queste considerazioni invita tutti i componenti del Tavolo a fare uno sforzo, essendo consapevoli che quando si arriva ad un punto di sintesi, ciascuno deve sacrificare qualcosa, un pezzettino delle proprie esigenze o in qualche caso delle proprie disponibilità.

Constata che i Patti servono anche per questo scopo e che altrimenti sarebbe stato più semplice fare ricorso ad atteggiamenti di rito come il far girare un documento politico, dove era difficile che qualcuno potesse essere fosse contrario alla sicurezza dei lavoratori o alla trasparenza degli appalti. Precisa invece che con questo Patto, si chiede qualcosa di più, si chiede un impegno forte di tutti gli attori, verso quei problemi che più volte sono stati evidenziati e che tutti sappiamo bene, nascondere elementi di grande difficoltà ed incertezza sia per la sicurezza dei lavoratori, ma soprattutto per la trasparenza e legittimità degli appalti nella Regione Toscana.

Sottolinea come nel Patto siano stati inseriti alcuni elementi che non possono più stare nella legge 38/2007 mentre altri sono stati collocati nella legge d'iniziativa che sarà inoltrata al Parlamento nazionale.

Si scusa se solo stamani è stato approntato l'ultimo elaborato del Patto, ma essendo questa materia in continua evoluzione, la necessità di mettere a fuoco tutte le sensibilità che ci sono, ha condotto ad un tentativo di trovare un punto d'incontro e di sintesi tra tutte le esigenze.

Ricorda che questo non deve solo essere un Patto regionale per la sicurezza, ma anche per la regolarità del lavoro in Toscana e che questa è la volontà che era stata già espressa con l'art. 26 della legge 38/2007, nella convinzione appunto che la lotta al lavoro sommerso, al lavoro irregolare rappresenti un elemento fondamentale nella lotta anche per la sicurezza del lavoro.

Passa quindi alla descrizione dei reciproci impegni che con il Patto le parti dovrebbero assumere, elencando in particolare:

- a) la promozione della qualità delle imprese;
- b) la valorizzazione delle varie parti sociali;
- c) uno sviluppo di coordinamento dei servizi di vigilanza e controllo;
- d) l'integrazione tra i vari enti preposti;

- e) una maggiore capacità di coordinamento e di indirizzo in ambito regionale sulla attività contrattuale pubblica e privata, da realizzarsi soprattutto nel momento della predisposizione degli atti di gara.

Aprè quindi il dibattito, augurandosi che questo pomeriggio di lavoro possa permettere di trovare una buona soluzione alle problematiche che sono sul tappeto e permettere di mantenere fede allo impegno che si è assunto di portare il Patto, in Consiglio Regionale nella prima riunione in calendario nel mese di gennaio, contestualmente alla modifica della legge 38/2007 ed al parallelo provvedimento di iniziativa regionale rivolto al Parlamento nazionale.

SANDRO BONACETO (CONFINDUSTRIA TOSCANA)

Dopo il vulnus dovuto alla sentenza della Corte Costituzionale, conferma che Confindustria Toscana è favorevole alla sottoscrizione del Patto, per quanto la circostanza che il testo sia arrivato all' ultimo minuto, non ha consentito un esame accurato degli ultimi correttivi apportati.

Ribadisce il concetto già espresso che Confindustria Toscana sulla sicurezza è decisamente per la tolleranza zero ed osserva che in Italia le leggi che tutelano la sicurezza del lavoro ci sono, sono tante e che devono solamente essere applicate, così come parimenti ciò deve avvenire per i controlli .

Sulla legge 38/2007, ricorda di aver sostenuto che in quanto tale essa andava ad invadere il campo di altri attori istituzionali e che purtroppo ha avuto ragione. Formula la notazione che nel titolo del Patto bisognerebbe cercare di far capire che si tratta di qualcosa che vale per i contratti pubblici e sostiene che sulle procedure contrattuali Confindustria Toscana, essendo un' associazione di imprese non può impegnarsi direttamente, ma che certamente essa può impegnarsi a promuovere il rispetto delle regole da parte delle proprie imprese associate.

Richiede infine di aggiungere il termine "sottoscritti " ai contratti integrativi territoriali e di prevedere nell'ambito del comitato di coordinamento ex art. 27 legge regionale 38/2007 un ruolo, magari di natura consultiva, per le parti datoriali e sindacali.

ALESSANDRO PESCI (ANCI)

Rileva che anche l'Anici è per la tolleranza zero per la parte che riguarda la sicurezza sui luoghi di lavoro e richiamando il contenuto di una nota inviata ieri agli uffici del Vice-Presidente Gelli esprime delle perplessità nel merito di questo Patto osservando:

- nella discussione del Patto non si dovrebbe prescindere e anzi sarebbe necessario ed opportuno fare una valutazione complessiva sull'intero pacchetto di norme in cui sostanziano le relazioni tra le parti sociali e tra le istituzioni ,e cioè il riallineamento della legge 38 ai contenuti sostanziali della sentenza della Corte Costituzionale ed il progetto di legge che la Giunta regionale promuove presso il Parlamento nazionale,
- accanto comunque alla necessità di una valutazione più approfondita, più attenta, meno ristretta nei tempi, si dovrebbe cercare di capire se lo strumento Patto sia il modo migliore per raggiungere gli obiettivi che ci si propone, considerato che esso non ha avuto una grande fortuna negli ultimi anni e tenendo conto che il governo ha annunciato, come sempre avviene sull' onda delle tragedie, nuove norme in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro;
- lo lascia perplesso inoltre la scelta di convogliare a questo Tavolo tutta una serie di elementi che costituiscono materia di regolazione e rapporti tra le parti sociali.

Sostiene poi che pur se la sentenza non riguarda direttamente la legge regionale 38/2007, gli sembra opportuno che in premessa il testo del Patto contenga un inciso che richiami il fatto che la legge regionale andrà rivista ed allineata alla sentenza della Corte Costituzionale n.401 del 23/11/2007.

Considera invece superflua in premessa tutta una parte interna all'ente Regione, ad esempio con il CTP che acquisisce un ruolo di cabina di regia, quando è noto che la Regione non può normalmente essere intesa come una stazione appaltante.

Passa quindi in rassegna una serie di punti, sui quali formula le seguenti osservazioni:

Punto primo - Disposizioni generali lettera A:

Qui vi è una disquisizione molto lessicale su un punto che ritiene non dovrebbe riportare ad una discussione che già è stata svolta a proposito del Patto sui servizi pubblici locali , senza che sia stato trovato un' accordo.

Crede infatti che piaccia o non piaccia, è interesse di tutti che si rispetti il codice dei contratti, e inoltre è vero che comunque una legge non si firma, semmai si subisce e che va rispettata perché è essa legge, diversamente dal Patto che è invece si firma a condizione che sia oggetto di piena condivisione.

Punto secondo - Indirizzi per attività contrattuale- lettera A, secondo punto

Qui c'è il tema della modalità di subentro e di rivalsa sull'impresa, da parte della stazione appaltante, nei casi in cui l'impresa non osservi i termini previsti dalle norme regionali e nazionali nei pagamenti delle retribuzioni.

Segnala il fatto che all'interno di un rapporto tra soggetti privati, l'amministrazione pubblica non può a suo giudizio assumersi il ruolo di giudice, di intermediario, di arbitro, proprio perché è un ruolo che non le compete.

Punto secondo - Indirizzi per attività contrattuale- lettera A, quarto punto

Qui è previsto che le stazioni appaltanti nei bandi di gara adottino il criterio di aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

Sostiene che l'Anci può accettare un impegno a privilegiare, ma non l'affermazione riportata nel testo che invece appare troppo secca.

Invita a considerare nella giusta dimensione il fatto che questo è un Patto politico e che se l'Anci lo sottoscrive, si assume inevitabilmente l'onere di dire ai propri dirigenti che sono tenuti a rispettare le norme, darne una interpretazione, e farle diventare un atto amministrativo, il modo in cui devono essere fatti i bandi di gara.

Punto secondo - Indirizzi per attività contrattuale lettera C,

Qui si parla di gravi violazioni delle prescrizioni contenute nei piani di sicurezza e sarebbe a suo avviso preferibile una formulazione diversa, rappresentata dalla grave inadempienza contrattuale.

Essendo il rapporto che lega la stazione appaltante rispetto all'impresa che vince la gara rappresentato dal contratto, l'elemento significativo è il fatto che l'impresa svolga una inadempienza contrattuale, cioè non rispetti il contratto che essa ha firmato per realizzare una determinata opera pubblica.

Punto terzo - Disposizioni in materia di sicurezza lettera C, secondo punto

Trova difficilmente comprensibile il titolo "garantire adeguata e documentata formazione dei lavoratori in materia di sicurezza e salute", nel senso che non si capisce davvero se si vuole fare una vera e propria campagna di formazione del personale delle imprese, cosa che tra l'altro troverebbe di problematica realizzazione.

Punto quarto - Legalità lettera C, primo punto

La formulazione utilizzata non risponde al punto di vista dell'Anci sul tema della verifica della incidenza dei costi della manodopera e della loro congruità rispetto all'appalto.

Propone di riscrivere nel seguente modo questo inciso "

"Le stazioni appaltanti si impegnano :

- 1) nella generalità dei contratti pubblici a prediligere la verifica delle offerte anomale, con particolare riferimento ai costi della manodopera che dovranno essere conformi alle disposizioni contrattuali, compresa la contrattazione collettiva nazionale e territoriale;
- 2) a verificare nel corso della esecuzione del contratto che l'incidenza dichiarata e ritenuta congrua dalla stazione appaltante, non subisca incrementi".

Rileva inoltre che la sospensione totale del pagamento della stazione appaltante nei confronti della impresa, può provocare una richiesta di maggiori oneri, a motivo di interessi e di mora ed addirittura potrebbe risultare dannosa, perché è alquanto difficile che una ditta che ha un contenzioso e dei debiti, possa poi provvedere a regolarizzare altre situazioni debitorie.

Dopo l'esposizione di queste considerazioni, formula la richiesta di avere a disposizione un'ulteriore tempo per la discussione e la possibilità di intervenire su questo Patto, ribadendo l'esigenza di esaminare contestualmente la nuova legge 38 ed il progetto di legge al Parlamento nazionale.

Per chiarezza aggiunge che Anci Toscana desidera non essere additata tra coloro che sottovalutano l'importanza della sicurezza sui luoghi di lavoro e che se proprio dovesse essere costretta a firmare questo Patto, così come esso è, lo farebbe con una serie di osservazioni a verbale.

MARCO BALDI (CNA)

Parlando anche a nome di Confartigianato e Casartigiani, constata che l'intervento di Pesci ha evidenziato aspetti che meriterebbero una vera e propria dissertazione, ma che si deve però considerare che questo è un Tavolo di concertazione generale e non è un tavolo tecnico.

Pur se si sarebbe potuto giungere alla sua sottoscrizione, anche una volta ultimato in Consiglio Regionale il percorso legato all'approvazione della nuova legge 38, ribadisce che le organizzazioni dell'artigianato sono favorevoli alla sottoscrizione del Patto, considerandolo un atto di civiltà, verso il quale è significativa la metafora che per concludere positivamente il percorso, ciascuno deve rinunciare ad un piccolo pezzetto di ciò che desidererebbe fare.

Ricorda che pur comprendendo il fatto che regolamentare gli appalti pubblici possa rappresentare anche un co-aiuto per lavorare intorno ai problemi della sicurezza del lavoro, aveva sottolineato in passato a questo Tavolo, l'esigenza che fosse tenuta nettamente separata la legge sugli appalti pubblici, da un dispositivo sulla sicurezza, che poteva essere motivo di contenzioso, come poi si è rivelato essere. Da questo punto di vista considera positivo il fatto che ora questo Patto va a stralciare le indicazioni e gli orientamenti sulla sicurezza del lavoro. Ricorda inoltre che la sicurezza sul lavoro preme di più ai lavoratori, perché sono loro che in termini numerici e quantitativi pagano purtroppo il prezzo più alto, ma preme anche alle organizzazioni che rappresentano il mondo artigiano, perché come è noto anche gli artigiani muoiono sul lavoro.

Raccomanda in questo interregno normativo, definito in maniera calzante dal Vice Presidente Gelli un "vulnus", di fare il possibile per sollecitare in Consiglio Regionale l'iter legato alla nuova legge 38. Nel considerare molto importante l'attenzione che il Patto dedica all'aspetto formativo, indica che le imprese artigiane sono disposte a rinunciare ad un'ora del lavoro dei propri collaboratori al fine di fare formazione.

Ricorda infatti che al di là di manchevolezze strutturali, che anche le imprese dimostrano, molto spesso la superficialità dei collaboratori contribuisce a causare gli incidenti sul lavoro, per cui esiste un forte bisogno di una crescita culturale da parte di tutti e crede che la formazione la possa assecondare.

ANDREA SBANDATI (CISPEL TOSCANA)

Premette che in giorni così particolari segnati dall'incidente di Torino alla acciaieria Thyssenkrupp, l'odierna discussione risente del fatto che il tema trattato è troppo delicato ed importante anche per i servizi pubblici locali e che ad esso va data risposta con tutti gli strumenti normativi, contrattuali, ed anche eventualmente con intese a scala regionale, come in parte a questo Tavolo si è iniziato a fare. Aggiunge che Cispel Toscana nei limiti delle proprie competenze ha provato a prestare attenzione al tema della sicurezza, con attività svolte nei mesi scorsi. Nel constatare che al Tavolo nel giro di pochi giorni ci si è trovati di fronte a discussioni su due Patti, dice di non condividere la dinamica secondo la quale, su ogni argomento, prima di fare un provvedimento, si finisce per fare un Patto.

Sottolinea poi che entrambi i Patti in questione segnalano poi una certa asimmetria, in quanto i destinatari dei provvedimenti sono sostanzialmente solo due categorie e cioè gli enti locali e le aziende. Nell'avvertire che se per caso dovesse essere approntato un ulteriore Patto, Cispel non sarebbe più disponibile a sottoscriverlo, invita quindi a riflettere sullo strumento del Patto, in quanto è convinto che esso non può assolutamente diventare uno strumento di carattere routinario. Mentre constata che gli argomenti che sostanziano questo Patto non sono semplici, e che tantomeno si possono liquidare con affermazioni di tipo ideologico, nota che a meno non la si condivida pienamente non risulta facile alla fine sottoscrivere qualcosa, e che invece concertare è cosa diversa, in quanto con questa attività ci si limita ad esprimere la propria opinione su provvedimenti che si possono o meno approvare.

Osserva inoltre che il Patto non può essere la trattativa tra le parti sindacali, la quale ha altre sedi in cui si esplicita ed altri strumenti di pressione, ma può essere solo un'intesa volontaria ed ulteriore che per motivi sostanziali e formali non può però riguardare le relazioni industriali e

sindacali e soprattutto non può contemplare al suo interno il fatto che bisogna rispettare la normativa. Infatti non va bene per nulla scrivere un Patto, che per la sua metà, dice che bisogna rispettare la normativa. Immaginando un Patto più snello e semplice, non ridondante di citazioni e di affermazioni di legge, suggerisce di scrivere un primo punto con la seguente dizione: "le parti si impegnano a promuovere il rispetto della normativa" e poi mettersi magari d'accordo a far sì che materialmente le cose scritte dalla legge vengano realizzate, ma possibilmente senza ridirsi di nuovo che le leggi vanno rispettate. Per la stragrande maggioranza degli argomenti condivide ed esprime lo stesso tipo di osservazioni di Pesci, essendo i soggetti aderenti a Cispel Toscana nella condizione di stazioni appaltanti, cioè di enti di aggiudicazione ai sensi della normativa.

Sottolinea che Cispel Toscana non si trova stasera nella condizione di sottoscrivere il testo del Patto, il quale ha tra l'altro recepito solo alcune osservazioni fatte in sede tecnica, ma non tutte.

Aggiunge che forse una dimensione di tipo pattizio era più adatta per la formazione in tema di sicurezza sul lavoro e che a questa materia poteva essere data più forza in termini di impiego di mezzi, risorse, strumenti anche a partire dalla Regione, considerato che esistono non solo competenze regionali forti, ma anche un budget molto consistente.

Considera in conclusione molto importante avere un po' più di tempo per poter perfezionare il testo, perché i contratti di appalto, di fornitura ed anche i contratti di lavoro, interessano da vicino Cispel Toscana ed appare pertanto legittima una particolare attenzione alle cose che si scrivono.

DANIELA CAPPELLI (CGIL)

Manifesta perplessità riguardo ad alcune cose che ha ascoltato stasera, perché nel precedente Tavolo di Concertazione, premesso che sui contenuti della legge 38/2007 tutti erano d'accordo, si era convenuto di recuperare parte dei contenuti della legge, attraverso uno strumento di tipo patrizio.

Osserva che:

- a) non vi è da riscrivere la legge 38/2007 perché essa non è decaduta, ma sono state solo impugnate alcune partite a motivo dell'ambito di competenza, con la conseguenza che essa è stata decurtata di alcune materie, ma per il 70% rimane in piedi e con un certo tipo di impostazione.
- b) pur essendo state nel Patto recuperate alcune partite, in particolare in tema di politiche dei lavoratori, sicurezza, offerta economicamente più vantaggiosa, stasera ha ascoltato con stupore che in qualche maniera si pensa di poter rimettere in discussione lo strumento del Patto;
- c) è di scarsa utilità il partecipare a dei tavoli tecnici, se si deve andare lì solo per perdere tempo;
- d) la Cgil ha già ceduto una parte delle proprie convinzioni, perché se avesse potuto scrivere e sottoscrivere il Patto, sicuramente lo avrebbe scritto in maniera differente;
- e) l'accordo sull'edilizia sanitaria, unanimemente considerato una cosa importante per la Toscana è stato realizzato tra associazioni datoriali e organizzazioni sindacali ma anche con un livello di intervento istituzionale;
- f) non è convincente la proposta di eliminare la parte che riguarda le prescrizioni per gravi violazioni nei piani di sicurezza, perché nel testo non si è fatto altro che riscrivere, recepire e chiarire ciò che è già previsto dalla legge 123/2007;
- g) sul codice etico, il sistema non può basarsi solo sul sistema sanzionatorio, ma occorre fare ricorso sia ad elementi sanzionatori che premianti;
- h) sulle applicazioni contrattuali, è buona la soluzione trovata all'interno del Patto, con il rinvio all'applicazione dell'articolo 15 della legge 38/2007.

Passa quindi in rassegna una previsione contenuta a pag 10 " *Qualora nel corso della prestazione la Stazione appaltante accertasse il venir meno degli elementi sopraindicati in capo all'appaltatore o subappaltatori e alle imprese esecutrici dei lavori, in forza di specifica clausola inserita nei capitolati speciali d'appalto, ne chiederà l'immediato adeguamento, riservandosi la facoltà di sospendere almeno in parte i successivi pagamenti fino alla regolarizzazione della posizione, senza che ciò attribuisca alcun diritto per il ritardato pagamento*".

Per sostenere che questo inciso é scritto in una maniera tale che si presta a diverse interpretazioni e che esso va coniugato e coordinato meglio con le disposizioni del Decreto Legislativo 12 aprile 2006, n. 163. Alla luce di queste osservazioni considera venuto il momento che ciascuno si assuma le proprie responsabilità, senza trovare qualche capro espiatorio e magari prendendosi anche un impegno politico forte. Richiede comunque di non portare a questo tavolo problemi che sono stati sollevati in altri tavoli, perché questo è un Patto, che mira unicamente a recuperare una parte della legge 38 /2007.

SILVANO CONTRI (CONFCOOPERATIVE)

Nel ribadire l'interesse e l'utilità del Patto, lo considera uno strumento importante per stimolare omogeneità di comportamenti, per condividere problematiche e scelte, per impegnare politicamente i diversi soggetti, nella loro specifica funzione. In particolare mostra apprezzamento per il recupero di alcuni aspetti contenuti nella legge 38/2007 quali il privilegio della offerta economicamente più vantaggiosa, l'attenzione ed il riconoscimento dei costi per la sicurezza negli appalti, la congruità della base di asta sugli appalti, la previsione del codice etico.

Fa notare che alcuni hanno privilegiato l'interpretazione del Patto, facendo riferimento al grande problema della sicurezza, ma osserva che per come è impostato il Patto, esso piuttosto va capito e discusso nella sua completezza ed anche quindi per la parte che recupera aspetti relativi al sistema degli appalti. Sostiene inoltre che a documentazione del lavoro che si sta facendo a questo Tavolo, sarebbe necessario avere il testo della legge regionale, così come modificata, in quanto gli appare di tutta evidenza che se si deve siglare un Patto che riveste comunque natura aggiuntiva, bisogna preliminarmente esaminare che cosa c'è da aggiungere oltre che visionare la proposta di legge che si sta sostenendo a livello nazionale.

Non condivide il fatto che la discussione di altri Patti non debba coinvolgere la discussione che si sta facendo stasera, perché rileva che ad esempio il problema del riassetto servizi pubblici, porta con sé tutta una serie di problematiche del sistema degli appalti, che possono risultare utili alla discussione e spingere anzi in modo unitario alla ricerca delle soluzioni possibili. Pensa che, come già evidenziato da Anci e Confindustria, ciascuno dei componenti del Tavolo può assumersi l'impegno a sostenere queste scelte, non avendo però alcuna capacità impositiva sui soggetti rappresentati sui quali appunto si può fare un'opera di convincimento ed anche di forte orientamento, ma chiaramente non un'opera di costrizione. Esprime però il convincimento che tutto ciò non esime dal potere prendere impegni per lavorare verso un sistema di regole che sia condiviso, sostenuto, promosso, per tipologie di intervento, e diretto al miglioramento del sistema e della tutela e sicurezza dei lavoratori.

ORESTE GIURLANI (UNCHEM)

Nel condividere in gran parte le osservazioni formulate dall' Anci, ricorda che l' Unchem nella precedente riunione ha prestato assenso alla proposta del Vice-Presidente Gelli, ma osserva però che per fare il Patto ci vuole il tempo giusto ed anche trovare i giusti punti di equilibrio tra le varie richieste. Prima di firmare un Patto del genere, dal momento che in esso si impegnano le stazioni appaltanti, manifesta l'esigenza di poter svolgere un confronto, da realizzarsi in tempi molto brevi, con i comuni e le comunità montane rappresentate e rileva quindi che stasera non sarebbe in grado di firmare. Constatando che la sicurezza sui luoghi di lavoro è un tema delicato, e che si è tutti d'accordo nel prestarvi attenzione, ricorda che sulla legge 38/2007 l' Unchem aveva delle perplessità, ma proprio perché vi era l'obiettivo di dare un segnale, aveva prestato assenso ad alcune cose che erano presenti nella legge e che potevano creare qualche problema. Anche se oggi a livello degli enti locali, si sta lavorando bene, crede che con il Patto si può migliorare, ma questa operazione va fatta in maniera che tutti coloro che sono seduti al Tavolo, possano uscire soddisfatti.

Nel manifestare disponibilità piena, è quindi dell'idea di andare avanti e di trovare un punto di equilibrio, anche a costo di fare qualche riunione in più.

MARCO BALDI (CNA)

Mentre precisa che a nessuno viene in mente che gli enti locali vadano contro le disposizioni sulla sicurezza, crede che vada considerato un' aspetto di carattere procedurale e cioè che le autonomie locali hanno la possibilità di un momento privilegiato di concertazione, con il Tavolo

Interistituzionale, che quindi per loro esiste un'opportunità in più rispetto agli altri soggetti. Considera inoltre molto opportuno il richiamo che è pervenuto da Cappelli, e cioè che si deve limitare la discussione a questo argomento, che tra l'altro ha già avuto una concertazione di circa un anno e mezzo, perché è inutile fare dietrologia rispetto ad altri argomenti.

Alle considerazioni di Giurlani, risponde dicendo di non pensare che si fa una forzatura rispetto ai nostri organismi, se ci si prende la responsabilità di sottoscrivere un Patto, perché il Patto deve essere sinonimo di cultura avanzata e da questo punto di vista non ci sono organismi che tengano. Crede quindi che il Patto debba essere necessariamente e doverosamente sottoscritto.

ROBERTO MACRI' (CISL)

Nel condividere le osservazioni fatte da Cappelli, nota che esse fanno parte di una riflessione comune del sindacato rispetto a questa vicenda. Anche al fine di sgombrare il campo da equivoci ed interpretazioni che potrebbero risultare fuorvianti, desidera attenersi all'ordine del giorno che stasera è in discussione, vale a dire riflettere e capire se questo Patto è o meno adeguato rispetto ai temi della sicurezza e della regolarità del lavoro in Toscana, di cui da tanto tempo si parla. Convinto che un approccio meno emotivo su questi temi, dovrebbe consentire di guadagnare terreno e di fare un salto culturale importante, ha molto apprezzato gli interventi di Baldi e Bonaceto, che provengono da soggetti che nell'immaginario collettivo, potrebbero sembrare anche distanti dalla posizione del sindacato.

Si dice stupito e sconcertato invece che le resistenze maggiori al Patto, siano arrivate da soggetti che in qualche modo si era immaginato che per primi sarebbero stati a fianco del sindacato nel condividere questa battaglia, che è prima di tutto di tipo culturale. Senza volere entrare in polemica, tutto ciò gli appare dimostrare che su questo terreno ci sono dei mondi che hanno bisogno di lavorare e compiere dei percorsi culturali ancora più avanzati.

Trova in particolare un po' bizzarra la richiesta di prendere più tempo, nel senso che essa può rivelare che il tempo preso dal tavolo tecnico è stato un tempo perso per chi lo ha impiegato.

Sulla base di queste osservazioni conferma quindi la disponibilità del sindacato a firmare stasera il Patto, rilevando che ciascuno dei soggetti presenti a questo Tavolo si dovrà assumere le proprie responsabilità per tutto il tempo che si perderà sui temi oggetto di questo Patto, cioè la sicurezza e la regolarità del lavoro in Toscana.

TIZIANO LEPRI (UPI TOSCANA)

Ritiene che su una cosa si può e si deve essere d'accordo, e cioè sul fatto che a questo Tavolo non c'è nessuno che tiene più o meno rispetto alla sicurezza, che si tira indietro cioè rispetto a progetti e processi che sono finalizzati ad alzare il livello di sicurezza sui luoghi di lavoro.

Occorre poi avere consapevolezza che pur se il Patto è importante per dare dei segnali all'interno del settore degli appalti, con esso non si sta affrontando la parte preponderante del problema, ma solo una parte del problema, costituita dagli appalti pubblici.

Per quanto poi il Patto si collochi su un livello rilevante di battaglia politica e culturale, esso inoltre non potrà recuperare le cose che non sono entrate nella modifica alla legge 38/2007.

Constata che gli unici impegni puntuali, che sono contenuti nel Patto, sono esclusivamente a carico delle stazioni appaltanti e crede quindi che sia assolutamente legittima la richiesta, cui anche Upi Toscana si associa, di fare un attimo di riflessione, di confronto e di condivisione con i propri soci aderenti. E tutto ciò con la motivazione, che se si prendono degli impegni a cui i nostri associati non sono in grado di far fronte, si prende in giro la gente e si finisce per prenderci in giro a vicenda.

Condivide la riflessione di Bonaceto che ha detto, siccome siamo un'associazione di rappresentanza ci impegniamo non al rispetto delle disposizioni di legge, ma a favorire il loro rispetto, e sostiene che anche le associazioni di rappresentanza degli enti locali si possono impegnare a far sì che le stazioni appaltanti, usino certi metodi piuttosto che altri. Ma ritiene che se si vuole realizzare qualcosa di più, almeno il tempo necessario per la condivisione con propri associati debba essere concesso, se non altro perché l'organizzazione che rappresenta tiene quanto tutti coloro che sono a questo Tavolo, a questa battaglia di civiltà. Questo maggior tempo è necessario quindi a suo avviso per fare in modo che gli impegni che si scrivono siano impegni che si è in grado di mantenere, e per poter dare garanzie che gli associati li rispettino.

ELEONORA VANNI (LEGACOOOP)

Premette che al di là del pathos manifestato dalle organizzazioni sindacali, siamo in un paese ben strano, dove bisogna sottoscrivere un Patto, che impegna al rispetto delle leggi che ci sono e che si dovrebbe riuscire a far rispettare.

Constata a questo proposito che gli incidenti del lavoro non sono un evento straordinario e sono in relazione all'atteggiamento che nel nostro paese risulta purtroppo abbastanza diffuso, di rispettare poco le leggi in materia di sicurezza e soprattutto di controllare poco che vengano rispettate.

Constata inoltre che la sentenza della Corte Costituzionale ha indirettamente rimesso in discussione su alcuni temi la legge 38/2007, ma che essa non sta invece nella discussione rispetto al Patto. Considera il Patto come un documento importante, che non si sostituisce a nessuna legge e che deve essere realmente impegnativo, contenendo dei richiami non tanto al rispetto delle leggi, ma ad una assunzione di responsabilità in prima persona di tutti gli attori interessati.

Sulla base di queste riflessioni, ritiene che non lo si può rimandare a chissà dove e a chissà quando ovvero farne oggetto di discussione accademica, o strumento per rimettere in discussione cose che devono essere discusse da un'altra parte.

Richiama l'intervento di Contri, per dire che il movimento cooperativo lo condivide ma che proprio a motivo della sua importanza non si può correre il rischio che venga sminuito da una serie di distinguo che appaiono a questo punto inevitabili nel caso in cui esso dovesse essere sottoscritto stasera.

Da questo punto di vista, constatando che ci siamo complessivamente impegnati (con la Regione Toscana in prima fila) ad arrivare ad un accordo importante, fondamentale e qualificante per tutti quanti, si aspetterebbe dalle associazioni che oggi hanno espresso le maggiori perplessità, una assunzione di responsabilità forte, importante, in modo che il Patto possa venire firmato senza riserve da tutti i soggetti. Nel tentativo di valorizzare la dimensione di ciò che forma oggetto del Patto, concorda con Cispel che alcuni aspetti sono da incrementare e da valorizzare, come in particolare la formazione ed il codice etico, prevedendo magari per quest'ultimo in maniera chiara, un sistema premiante per le imprese che si impegnano per il suo sviluppo.

VICE PRESIDENTE GELLI

Desidera ricordare alcuni elementi di valutazione nello spirito costruttivo di trovare una modalità di condivisione, inclusiva del migliore risultato possibile ed in modo da poter pervenire ad un accordo che possa veramente vedere tutti pienamente coinvolti e convinti delle scelte che sono oggetto di sottoscrizione a questo Tavolo.

A tal fine osserva che :

- a) l'incontro di stasera per come si è sviluppato è il frutto di un percorso che non ci si è inventati improvvisamente ma che è stato costruito, con grande fatica ed anche tempestività;
- b) è cosciente che esisteva un'altra strada, cioè quella di non fare nulla o aspettare una qualche soluzione proveniente dal governo nazionale, ma che ciò avrebbe determinato nelle stazioni appaltanti il caos più completo unitamente a miriadi di ricorsi;
- c) il senso di responsabilità istituzionale del governo regionale e poi di questo Tavolo, è stato quello di battere un'altra strada e per questa ragione si è deciso di fare un percorso condiviso che portasse in tempi brevi alla modifica della legge 38/2007, in modo da dare un primo segnale alle stazioni appaltanti sulla certezza delle regole;
- d) pur essendo deluso dello scarso impegno del Consiglio regionale nel legiferare in tempi brevissimi sulla modifica della legge 38/2007, l'avvenuta approvazione di questa modifica da parte della Giunta, costituisce certamente un segnale alle stazioni appaltanti, che l'impegno politico va in quella direzione.

Passando in rassegna le problematiche connesse alla stipula del Patto, sottolinea che:

- a) i principi sui quali ci si sta muovendo a questo Tavolo sono stati condivisi da tutti, non solo nell'ultimo tavolo in cui si è decisa la strada da percorrere ma anche durante il dibattito che ha preceduto la legge 38/2007 ;
- b) si è condiviso in particolare che lo strumento per raggiungere e condividere insieme questi principi fosse la forma pattizia, convinti che questa grande scommessa sui principi non può

essere risolta solo con le leggi ed in questo senso si è addirittura inserito un articolo (art 26) all'interno della legge 3872007;

- c) la Giunta regionale non si porrebbe mai l'obiettivo di pervenire ad un Patto interessando il Tavolo di concertazione, per cose secondarie o di poca importanza e quindi il tema della sicurezza è una delle priorità e non una delle tante forme di concertazione a questo Tavolo;
- d) non gli piacerebbe che un po' di veleni, che sono stati elaborati e prodotti dal laboratorio dei servizi pubblici locali e sul quale c'è stato un confronto duro, finiscano poi indirettamente anche su questo Tavolo, perché ciò rappresenterebbe una confusione da evitare ed un gravissimo errore, specie se si considera che il tema che si sta trattando stasera è antecedente alla discussione sui servizi pubblici locali ed è ben lontano da quelle decisioni, da quel dibattito, da quelle sensibilità e da quelle distanze;
- e) l' art. 26 è stato scritto in un periodo lontano dalla vicenda dei servizi pubblici locali, e se è vero che la regolamentazione dei servizi pubblici locali può anche aspettare al limite una settimana, un mese, due mesi, invece per la vicenda delle morti e della sicurezza nei cantieri non si può più attendere oltre.

Nel sottolineare inoltre che non c'è organizzazione presente a questo tavolo, che non abbia promosso in questi ultimi tre anni un' iniziativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro. o che non abbia sensibilizzato i propri associati su questo tema, esprime la consapevolezza che il Patto non sarà sicuramente un elemento esaustivo, destinato a farci risolvere tutti i problemi ma rappresenta tuttavia uno sforzo che tutti i componenti del Tavolo devono fare per una questione di onestà e di impegno politico forte che si è preso con la società toscana.

Indicando che perderebbe di significato il Patto se al verbale odierno ci fosse una sottoscrizione con delle subcondizioni e che il Patto deve essere invece il più possibile condiviso da tutti, comprende la necessità espressa dalle associazioni degli enti locali di fare una verifica al proprio interno .

Considerato che le distanze non sono così abissali, propone così di riconvocare il Tavolo Generale per venerdì 21 dicembre, che è l' ultimo giorno utile prima delle vacanze, in modo da trovare quei punti di incontro e di sintesi che è convinto che si troveranno, sacrificando magari ciascuno un pezzo delle proprie opzioni desiderate.

Precisando che nessuno di noi può permettersi di scaricare sul tavolo tecnico responsabilità di carattere politico, perché altrimenti la conseguenza sarebbe di avere davanti uno scenario che farebbe prolungare nel tempo l' impegno che ci si è presi, ritiene che la tensione che si è creata anche stasera, sia una tensione positiva e costruttiva.

Esprime quindi la fiducia che i livelli istituzionali possano trovare il modo di una consultazione rapida all' interno delle loro associazioni, per riuscire a capire se ci sono i margini di una possibile intesa ed afferma quindi che se il giorno 21 dicembre p.v. venerdì saremo nelle condizioni di poter firmare il Patto, potremo fare delle buone vacanze, consapevoli di aver raggiunto un ulteriore passaggio importante per questo grande tema della sicurezza.

DANIELA CAPPELLI (CIGL)

Nel confermare che la Cgil non intende tirarsi indietro dal percorso tracciato, si dichiara d'accordo con la proposta del Vice-presidente Gelli, a condizione che rimandare al 21 dicembre p.v. serva per limare ancora qualche cosa e non significhi ripartire dal punto di partenza, bensì dal testo dello accordo consegnato stamani. Volendo lasciare l' emotività ad altre questioni, evidenzia che la fretta di siglare il Patto non è motivata dal fatto che dentro ci si vuole mettere qualcosa di strano. Aggiunge che se in un breve periodo è stato possibile rivedere una legge, le riesce difficile capire perché non sia possibile fare un accordo, che peraltro non deve inventare niente rispetto a quello che si era già discusso in precedenza. Considera importante che nessuno prenda in giro nessuno proprio perché nessuno ha tempo da perdere e sostiene che piuttosto è senz'altro meglio assumersi la responsabilità anche di dire di no, con quello che ne potrà poi derivare in termini di azioni conseguenti.

Considerato che ci si è assunti la responsabilità politica di rifare una legge, richiama la stessa responsabilità politica in modo da poter fare un Patto, che non serve soltanto ai lavoratori, ma serve anche a tutti quelli che sono a questo Tavolo.

ALESSANDRO PESCI (ANCI)

Dice di essere un po' dispiaciuto dal fatto di poter essere indicato come il soggetto che alla fine non consente di portare in fondo questo Patto. Premette che non vi è stato un tavolo tecnico condiviso, in quanto la relazione che gli è pervenuta dai propri tecnici, di cui tende come è naturale a fidarsi, non corrisponde alle affermazioni che ha sentito fare a questo Tavolo stasera. E' inoltre dispiaciuto del fatto che si tende a dare dei voti, delle valutazioni, quasi una patente di partecipazione più o meno intensa, ad un percorso di adesione a dei principi, che tendono a tutelare la salute dei lavoratori. Crede che onestamente non possa essere addebitata ad Anci Toscana, una partecipazione poco intensa, tra l'altro considerando che i problemi della salute dei lavoratori sono in discussione soprattutto nel campo del lavoro privato e non del lavoro pubblico, dove è sicuramente vero che si sta un po' meglio che nel lavoro privato.

Richiamando il concetto già espresso da Vanni, richiede di poter condividere questo Patto, persuaso che se viene condiviso un percorso con i dirigenti delle amministrazioni che predispongono le gare, esso risulta più efficace. Diversamente nella condizione attuale, Anci dovrebbe dar luogo a dei distinguo nel senso di dire che è d'accordo sugli orientamenti politici e sui contenuti, ma non su altre parti del Patto ed un Patto di tal genere, crede che non servirebbe a nessuno. Sostiene infine di non avere alcuna intenzione di portare su questo Patto i veleni del Patto sui servizi pubblici locali, che tra l'altro Anci Toscana ha di recente firmato sulla proposta di contenuto finale del Presidente Martini.

SILVANO CONTRI (CONFCOOPERATIVE)

Interviene per dire molto brevemente che chi ha lavorato al tavolo tecnico, ha sicuramente lavorato con serietà, ma che anche chi partecipa alle riunioni generali del Tavolo vi partecipa in modo costruttivo e con l'intenzione di fare la cosa migliore. Gli sembra quindi improprio attribuire meriti o patenti ai diversi partecipanti, tenendo conto anche del fatto, che in sede tecnica non è stato definito nel dettaglio il testo del Patto da sottoporre al Tavolo Generale di Concertazione.

SANDRO BONACETO (CONFINDUSTRIA TOSCANA)

Auspica che, in tempi rapidi, si possa arrivare ad un testo il più possibile condiviso, superando le difficoltà emerse nella riunione odierna, attraverso lo sforzo di tutti i soggetti e considerata l'importanza del tema.

PAOLO BALDI (DIRIGENTE REGIONE TOSCANA)

Passando alla trattazione del terzo punto all'ordine del giorno cede la parola al Dirigente redattore del Piano sanitario Regionale

ENRICO DESIDERI (DIRIGENTE REGIONE TOSCANA)

Interviene svolgendo un'ampia relazione che ha come base di riferimento in tutti i suoi passaggi, il documento, che allegato al presente verbale ne costituisce parte integrante (**AII.1**)

DANIELA CAPPELLI (CIGL)

Dopo una lettura attenta del documento di piano dice che dal punto di vista dell'analisi dei bisogni, dei principi espressi, non ha grosse obiezioni da sollevare e si aspetta quindi di vedere come tutto ciò si tradurrà effettivamente in un articolato, dal quale deriveranno poi gli strumenti per i prossimi tre anni. Aggiunge che ha sempre condiviso il modello toscano e che continua a farlo, ma invita ad una maggiore cautela nell'enfasi su come funziona, perché alcune criticità, indubbiamente ci sono e ritiene che sia dovere di tutti porre una maggiore attenzione a farlo funzionare.

Rileva come a suo avviso in questo piano sanitario la Regione dovrebbe svolgere una funzione di regia maggiore, di controllo e di richiamo verso chi deve fare funzionare gli strumenti e a rispettare quelli che sono gli obiettivi dei piani.

In particolare sull'area vasta, premesso che essa è destinata a prendere ancora più campo a livello di programmazione, non solo per le materie sanitarie ma probabilmente anche per altre materie, constata che ha avuto difficoltà nell'esplicitarsi secondo le aspettative, perché non ha ancora raggiunti gli obiettivi previsti dal precedente piano sanitario, in termini di razionalizzazione, non

sovrapposizione degli organismi, e quindi di raggiungimento di migliori risultati economici ed organizzativi.

Mentre sugli Estav, pur condividendo lo strumento, sostiene che se c'è stata qualche difficoltà essa c'è stata nella gestione dei passaggi, per esempio delle funzioni per gli acquisti ovvero nella cessione dei poteri. Tralasciando di parlare della società della salute, questione che considera alquanto noiosa, desidera ricordare come nel completamento del modello regionale si sono fatte delle scelte importanti, che in parte passano dalla riduzione degli ospedali, dei posti letto, fino ad arrivare alle unità di cure primarie, alle cure intermedie, e su queste scelte pensa che si debba intervenire per superare delle criticità. In particolare sulle cure primarie ritiene che vada rivisto il rapporto di medicina generale, e che in particolare per fare funzionare questo strumento, occorre superare la volontarietà, aprendo le unità di cure primarie al territorio.

Per quanto riguarda le cure intermedie, crede che esse siano da collegare ad altre scelte, come la riduzione dei posti letto e l'ospedale per intensità di cure, in modo che si possano liberare anche spazi e strutture all'interno degli ospedali, da utilizzare per le cure intermedie, pur se con una intensità assistenziale differente. Sostiene inoltre che in qualche maniera va data una risposta alla difficoltà territoriale investendo sul territorio e che è sicuramente un fattore molto importante la medicina di iniziativa richiamata nel documento. Aggiunge che per queste come per altre partite, che sono dentro al piano, va rivisto il rapporto con i medici di medicina generale, che assume un'importanza fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi.

Nel rilevare come nel piano anche rispetto al pronto soccorso sono presenti degli obiettivi importanti, pensa che sugli ospedali per intensità di cura occorre un minimo di cautela, perché ci sono idee differenti in particolare per stabilire quale è la struttura e quale è il modello cui riferirsi.

Segnala infine di non essere molto d'accordo con il punto descritto nel documento alla pagina 15, laddove si esplicita che bisogna passare dall'idea di servizio pubblico a quello di sistema pubblico di servizi, perché trova ciò parzialmente in contrasto con quello che è stato enunciato in precedenza.

MARCO BALDI (CNA)

Premette che per parlare con cognizione di causa di queste questioni, è necessario approfondire di più, in modo da poter effettuare una valutazione un po' più articolata degli argomenti.

Ciò premesso pensa che comunque l'impostazione data nel piano sia una impostazione corretta, e che probabilmente in una fase successiva ci sarà bisogno anche rispetto all'evolversi di certe priorità da parte del servizio sanitario, di approfondire tecnicamente certi argomenti e magari di tralasciarne altri, proprio perché quello che è prioritario oggi non necessariamente lo sarà tra cinque anni.

SANDRO BONACETO (CONFINDUSTRIA TOSCANA)

Esprime apprezzamento per l'intervento del dott. Desideri, perché la sua presentazione è corredata da molti dati e si connota per la grande concretezza. Si riserva di approfondire i contenuti e di formulare eventualmente delle osservazioni in vista del proseguo del confronto. Auspica che il Piano Sanitario faccia propria l'esigenza di valorizzare la sanità privata all'interno del sistema sanitario toscano; questa, infatti, contribuisce, alla pari di altri soggetti, alla realizzazione degli obiettivi in materia ed è ancora però molto penalizzata in Toscana.

ELEONORA VANNI (LEGACOOP)

Premesso che condivide le linee di indirizzo così come gli strumenti individuati per concretizzarle, ritiene che al di là del modello toscano e della confrontabilità del modello, ci sono dei dati di fatto che parlano della qualità della sanità in Toscana, e sostiene quindi che certamente a partire da questi si deve fare una valutazione di merito. L'appropriatezza delle cure, ritiene in particolare che sia uno snodo importante e fondamentale, che però a suo avviso richiede al sistema della sanità uno sforzo ulteriore di evoluzione anche culturale, rispetto al grosso tema dell'integrazione. Da questo punto di vista ritiene che l'utilizzo del termine "sistema" che si è fatto nel documento, sia particolarmente appropriato.

Nel rilevare che soprattutto per quanto concerne le cure intermedie, la continuità assistenziale e gli interventi domiciliari e territoriali, quando si parla di "team multiprofessionale" si parla

fondamentalmente di integrazione delle prestazioni e dei soggetti, sottolinea come le diverse appartenenze, culture di formazione, stili di intervento, siano una reale ricchezza, se si trova il modo di mettere veramente a sistema quella che spesso è ancora la semplice somma degli interventi. E' convinta infatti che soprattutto in risposta a temi quali la cronicità e la non autosufficienza, il territorio sia la risposta più adeguata e non solo e non tanto in termini di economicità ma proprio in termini di qualità della risposta ai bisogni delle persone. E sotto questo profilo ritiene che la sanità in Toscana sia nella condizione di poter guardare avanti sia dal punto di vista della modalità di creazione del sistema che dell' approccio culturale.

Sottolinea una cosa a cui assegna particolare importanza e cioè che molto spesso c'è un problema di linguaggi e di approcci differenti alle cure intermedie, alla territorialità, alla domiciliarità, che occorre invece condividere, mettere a registro, coordinare e praticare a sistema.

Nel considerare il territorio un laboratorio particolarmente significativo si sofferma inoltre sul tema della integrazione sociale e sanitaria per dire che su di esso bisogna entrare di più nel merito e guardare più in prospettiva, perché altrimenti si corre il rischio di avere un elemento di diseconomia non solo dal punto di vista degli sprechi di risorse, ma anche delle inefficienze con ricadute inevitabili sulla qualità delle risposte che si forniscono.

FRANCESCO FRAGOLA (CONFCOOPERATIVE)

Nel condividere le linee guida, si riserva di effettuare delle valutazioni di merito una volta che sarà pervenuto il testo dell' articolato. Come già indicato da Cappelli, dice di condividere il modello toscano, ma sostiene che occorre stare attenti alla troppa enfasi, perché le criticità indubbiamente ci sono.

Si sofferma sulle esternalizzazioni dei servizi socio-sanitari, per dire che occorre recuperare il concetto dell' importanza del territorio, che è il vero fulcro delle politiche sanitarie della Regione. Pur comprendendo bene quali siano le esigenze che stanno dietro alla centrale unica di acquisto, alla centrale di area vasta, e cioè l'ottimizzazione delle risorse, la razionalizzazione della organizzazione, le economie di scala, ricorda che in tempi non sospetti, prima che si arrivasse alla delibera sulle aree vaste, da Confcooperative Toscana erano state espresse alcune perplessità all'Assessore Rossi, facendo presente che l' area vasta si rivela lontana dal territorio di competenza e che le esternalizzazioni dei servizi o l'acquisto di servizi socio-sanitari hanno una loro peculiarità, che spesso solo il territorio e quindi le Ausl di competenza possono adeguatamente comprendere. Sostiene quindi che se va bene centralizzare bandi e capitolati occorre quanto meno fare attenzione a farli compenetrare, da linee guida qualitative, che siano in qualche modo supportate dai territori, perché altrimenti si rischia che l'acquisto diventi un acquisto asettico, mentre laddove si tratti di un acquisto di fornitura (ad esempio l' acquisto di pannoloni) bisogna considerare che in realtà si acquista un servizio, al cui centro vi è la persona. Ritiene che occorre tenere quindi in adeguata considerazione, la differenza che esiste tra acquisti importanti come i macchinari scientifici, ed acquisti di servizi che mettono invece al centro la persona, la relazione.

ENRICO DESIDERI (DIRIGENTE REGIONE TOSCANA)

Nel ringraziare per la pertinenza delle osservazioni formulate, si dice d'accordo che quando si parla di sanità, non si deve esagerare nell'enfasi e bisogna soprattutto allontanare l'autoreferenzialità. Osserva che la questione della qualità in sanità è un po' il *Santo Graal*, a cui la Regione Toscana fa riferimento, proprio si è fortemente consapevoli dell'importanza di fare esaminare e valutare il proprio sistema sanitario.

A tale scopo nota che, dopo aver importato dal Canada il sistema di valutazione lo si è contestualizzato, introducendo delle significative ed apprezzate novità e che il confronto con le altre regioni e con le altre nazioni, sui processi ma soprattutto sui risultati di salute, fa emergere che in Toscana siamo ad un buon livello, ma abbiamo molto da imparare e ci sono delle cose sulle quali possiamo ancora migliorare.

Constata che il sistema sanitario toscano, senza far ricorso a tante tasse, perchè la Toscana è una delle regioni che ha persino levato il ticket per le prestazioni specialistiche, prima che lo facesse il governo nazionale, è un sistema che ha sempre posto attenzione alla sostenibilità, proprio nella consapevolezza di costare quasi il 76% del bilancio regionale.

Esprime il convincimento che sia la qualità che la sostenibilità del sistema hanno a che fare con la integrazione, a cominciare dall'ospedale per intensità di cura, per il quale il modello non può che contestualizzarsi alla realtà territoriale e professionale nel quale si colloca, proprio perché risulta impossibile applicare lo stesso modello nei vari ospedali ed in contesti che sono tra di loro assai differenti.

Sostiene inoltre che il valore dell' integrazione ed il vantaggio dell' ospedale per intensità di cura si rivela ad esempio considerando che nel percorso assistenziale il chirurgo addominale si troverà a fianco con il gastroenterologo e che tutto ciò è destinato in prospettiva ad aumentare enormemente la qualità per l'assistenza ed a ridurre perfino i costi, dal momento che si possono tra loro organizzare i modelli integrati nell'emergenza. Mentre precisa che il sistema pubblico dei servizi è riferito anche alla integrazione interi-stituzionale che si vuole promuovere, si sofferma brevemente sulla società della salute per dire che si tratta di una scommessa difficilissima che il sistema ha ormai deciso di abbracciare e che il suo punto forte, è proprio rappresentato dall' integrazione tra il sociale ed il sanitario. Aggiunge che non è possibile obbligare ma solo incentivare i comuni all'adozione della società della salute e che in base ad una legge del 1928, i sindaci hanno piena autonomia e responsabilità nel tutelare la salute dei propri cittadini, ma risulta di particolare importanza che dentro la società della salute ci sia un profilo di integrazione e si parli quindi di ambiente, di viabilità, di scuola e di tante altri determinanti di salute .

Rileva poi che un'altra integrazione che nel piano si evidenzia, è rappresentata dalla questione interculturale, dal momento che ,come avviene in altre regioni, anche in Toscana , si sta andando in modo veramente tumultuoso verso una necessaria integrazione culturale. Sull'area vasta, pur se molto si è fatto rispetto ad altre regioni, condivide l'osservazione che questo network assistenziale che consente, per livelli di specialità , di mettere insieme sostenibilità economica qualità ed appropriatezza, non è stato sfruttato fino in fondo e mentre rileva che nel piano questo concetto è stato indicato , si augura che si riuscirà ad ottenere dei risultati migliori.

Sull'Estav , che ha funzioni pratiche di supporto tecnico-amministrativo e che deve fare risparmiare in quanto fa economie di scala , sostiene che è naturale che rispetto al committente, cioè all' azienda sanitaria, esso vada trattato come un fornitore di opere, di acquisti, di magazzino, di trasporti. Ma osserva che le aziende sanitarie committenti, che hanno la responsabilità della programmazione e della qualità dell'assistenza, devono assicurare che venga garantito il controllo contestuale di qualità ed erogazione di servizi, che assume carattere essenziale, allorché in particolare si tratti di farmaci, di dispositivi medici, di tecnologie sanitarie complesse.

PAOLO BALDI (DIRIGENTE REGIONE TOSCANA)

Passando alla trattazione dei punti 4 e 5 all'ordine del giorno cede la parola rispettivamente ai Dirigenti responsabili di questi due piani, in modo che in considerazione dell'ora ormai tarda ,venga brevemente illustrato il percorso di lavoro da effettuare.

MARIO ROMANELLI (DIRIGENTE REGIONE TOSCANA)

Nel precisare che il Piano dell' aria è arrivato alla proposta intermedia, e che c'è già stata nello scorso mese di giugno una riunione al Tavolo di Concertazione Generale , indica che è disponibile una sintesi del Piano sul sito regionale <http://servizi.regione.toscana.it/aria/>

Non potendo per ragioni di tempo accennare ai contenuti di questa proposta intermedia,propone di indire dal 10 al 15 gennaio p.v. un tavolo tecnico, con tutti i soggetti che vorranno parteciparvi, in modo da illustrare in quella sede, la proposta di piano e raccogliere le eventuali osservazioni che potranno venire.

Tutto ciò al fine di accelerare al massimo l' iter di questo piano, di cui precisa che le tre parole chiave sono l' integrazione,la conoscenza e l' efficacia degli interventi proposti.

EDO BERNINI (DIRIGENTE REGIONE TOSCANA)

Sottolinea come anche per il Pier ,che è stato presentato e licenziato dalla Giunta il 10 dicembre u.s, si è giunti alla fase intermedia e si dovrà tornare al Tavolo Generale di Concertazione , con un percorso che prevede di convocare nel mese di gennaio un tavolo tecnico, valutando però la possibilità di fare con alcuni componenti del Tavolo o comunque chi con chi ne farà richiesta ,degli incontri specifici .

Aggiunge che a meno che non emergano delle problematiche tali da richiedere un ulteriore tempo,

il Tavolo di concertazione generale è previsto per la prima settimana di febbraio 2008., in modo da poter poi licenziare l'atto di Giunta e trasmetterlo al Consiglio regionale per la sua approvazione. In quanto rappresentano un elemento di sintesi si riserva di far pervenire le slides a tutti i componenti del Tavolo di Concertazione attraverso la segreteria del Tavolo e precisa che all'indirizzo <http://servizi.regione.toscana.it/energia/> saranno collocate le osservazioni che perverranno e che saranno aperte a valutazioni di merito.

Alle ore 19,15, non essendovi altri argomenti da discutere la riunione si conclude

UP/

Allegato 1

Comunicazione del Dirigente della Regione Toscana dott. Enrico Desideri “Linee di indirizzo del Piano Sanitario Regionale 2008 -2010”

Il nuovo Piano Sanitario Regionale ha basi solide nella storia della Sanità Toscana.

La Regione, infatti, nel corso degli anni ha introdotto forti elementi d'innovazione che ora costituiscono l'impalcatura di un modello stabile e al tempo stesso in grado di adeguarsi a nuove domande, rinnovandosi continuamente.

La riorganizzazione della rete ospedaliera, la costituzione delle aziende, ASL e Aziende Ospedaliere – Universitarie ,nonchè più di recente, la nascita delle Aree Vaste, delle Società della Salute e degli Estav sono esempi paradigmatici di significative acquisizioni che consentono, ciascuno in ambiti diversi, di governare la sanità adeguandosi con flessibilità alle nuove sfide di sostenibilità economica e di qualità delle cure senza mettere in crisi la tenuta del sistema, dei suoi valori e dei suoi principi.

La Toscana ha, dunque, compiuto scelte forti nel governo della sanità e nella tutela della salute per un miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia quali elementi essenziali di uno stesso disegno: la promozione della salute dei cittadini.

Oggi è possibile pensare alle nuove sfide ed ai nuovi bisogni rendendo ancor più strutturali alcuni temi quali il ruolo delle istituzioni del territorio, la concertazione con il terzo settore e con la sanità privata, il ruolo dei professionisti nel governo clinico del sistema, temi che già hanno trovato le condizioni per svilupparsi e consolidarsi nei precedenti due piani sanitari(2002–2004 e 2005-2007). L'opzione di fondo a cui ci riferiamo è, comunque, il Programma Regionale di Sviluppo 2006 – 2010, che introduce un importante elemento di novità: **investire in salute come elemento propulsivo dello stesso sviluppo .**

Il nostro sistema basato sulle aziende, inoltre, ha già compiuto quel passaggio dalla competizione alla cooperazione tra Aziende sanitarie per il quale oggi la condivisione e l'assunzione collettiva di responsabilità ,costituiscono il presupposto, entro un quadro di programmazione aziendale, di area vasta e regionale , su cui declinare nuove azioni.

Ancora, negli ultimi anni, si è efficacemente contrastata una prospettiva di consumismo, e gli eccessi delle logiche di mercato che in sanità inducono inappropriatelyzza, frammentazione del percorso assistenziale, separatezza dagli altri settori e spesa inutile .

Assumiamo oggi tutti questi risultati come patrimonio degli operatori, dei cittadini, e delle istituzioni.

Lo stato di salute della popolazione

Partiamo, come ovvio, dallo stato di salute della popolazione attraverso i 5 macro indicatori che rappresentano indiscutibilmente i punti di forza, che collocano la Toscana a livelli d'eccellenza:

In 10 anni abbiamo guadagnato 3 anni di vita media in più: la speranza di vita alla nascita è infatti cresciuta da 76 a 79 anni i per i maschi, collocando la Toscana al di sopra del valore medio nazionale di 78 anni, e da 82 a oltre 84 anni per le femmine.

In pratica, si è guadagnato, per ogni settimana di vita, un fine settimana, o, se preferite, ogni 3 anni quasi un anno di speranza di vita in più.

· La mortalità infantile, nell'ultimo decennio, si è notevolmente ridotta, passando dai valori intorno al 6 per 1000 del 1995, ai valori al di sotto della soglia del 3 per 1000 del 2005, ben al di sotto del valore medio nazionale.

I dati di ospedalizzazione degli anziani risultano abbastanza buoni (200 per 1000 abitanti), con tassi di ospedalizzazione, per gli anziani oltre i 74 anni, inferiori del 10% rispetto alla media nazionale.

Negli ultimi dieci anni siamo passati da 10 a 38.1 donatori per milione di abitanti ponendo il nostro “sistema trapianti” tra i primi posti in Europa (media europea 16.3) e nel Mondo ed, in assoluto, al primo posto in Italia anche per la completezza dell'offerta trapiantologica. Questo risultato ha permesso di ridurre sensibilmente l'attesa per il trapianto d'organo e di azzerare l'attesa per i tessuti.

Il consumo terapeutico di farmaci oppioidi, farmaci indicati per il controllo e la cura del dolore, al contrario, mostra un incremento in coerenza con gli indirizzi programmatici regionali (valore di dose giornaliera media 2,72 – più del doppio rispetto alla media nazionale).

I risultati raggiunti confermano la validità delle scelte rispetto all'obiettivo fondamentale del Servizio Sanitario Regionale: il miglioramento dello stato di salute della popolazione .

La sanità come volano di sviluppo economico

La sanità è, anche, un grande volano di sviluppo economico ed un rilevante comparto produttivo per la regione. Il SSR contribuisce consistentemente alla generazione dei redditi dell'economia toscana e rappresenta un elemento di stabilità del reddito complessivo regionale . Sulla base di uno studio realizzato dall'Irpet, se in Toscana non esistessero i servizi sanitari e le attività collegate, il PIL regionale risulterebbe inferiore del 7,5%, gli occupati sarebbero l'8% in meno e le importazioni regionali ed estere risulterebbero rispettivamente più basse del 4,5% e del 5,7%.

E' la sanità il settore dell'economia che riceve la maggior parte di attivazione interna (in tesa come domanda coperta da produzione interna): in sanità ogni 100 euro di spesa pubblica creano una produzione di oltre 120 euro, creando –soprattutto attraverso l'acquisto di servizi - reddito locale.

La salute dei conti della sanità contribuisce dunque alla ricchezza della regione. Ne è prova il fatto che siamo riusciti ad assicurare tempi appropriati per i pagamenti dei nostri fornitori, in linea con le previsioni dei contratti, ottenendo così ulteriori vantaggi nella negoziazione dei prezzi.

La solidità finanziaria delle aziende è attestata dal processo di "certificazione" dei bilanci, già iniziato, che si concluderà entro il 2009.

In questi 7 anni, non un euro è stato stornato dal complessivo bilancio regionale per finanziare i servizi sanitari regionali, a differenza di quanto è successo in altre regioni, né sono state apposte tasse, o ticket ai cittadini, se non quelle previste da interventi nazionali .

Il mantenimento della sanità efficiente e produttiva, è la base per favorire politiche che promuovano gli investimenti da parte dell'industria del settore sanitario e ciò anche grazie agli ottimi livelli raggiunti nel campo della ricerca biomedica.

La sanità nella nostra regione può dunque continuare ad essere volano per lo sviluppo economico complessivo.

Valutare per migliorare

Ci siamo inoltre dotati, in questi anni, di un sistema di valutazione della performance, elaborato in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità, che ha alcune caratteristiche fondamentali:

1. è trasparente e condiviso;
2. è capace di monitorare non solo i risultati del sistema sanitario in termini economico -finanziari, ma anche le modalità con cui le Aziende si organizzano;
3. è in grado di apprezzare la qualità clinica e la soddisfazione dei cittadini.

Questo sistema di valutazione multidimensionale si è dimostrato capace di sostenere il processo di programmazione e controllo della Regione e delle Aziende .

La valutazione delle Aziende, può oggi avvenire non sulla base di giudizi affrettati, interessati, o comunque non adeguatamente fondati, ma in base a parametri oggettivi, basati sulla qualità, l'appropriatezza delle prestazioni, sul raggiungimento degli obiettivi sanitari e di salute, e su parametri economico -finanziari.

Questo sistema di valutazione chiama in causa anche il giudizio dei cittadini e consente di monitorare il grado di soddisfazione dei servizi ricevuti.

Avere un sistema di valutazione aziendale consente di valutare i Direttori Generali al riparo da elementi di arbitrarietà che possono pregiudicare il lavoro.

Inoltre, questo sistema è la base di ulteriori sviluppi che porteranno a misurare qualità, efficacia, produttività delle diverse aree assistenziali negli ospedali e nel territorio ed, infine, dei comportamenti di equipe ed individuali degli operatori con lo scopo di premiare ed incentivare le migliori performance.

Il sistema di valutazione diventa, così, lo strumento di un governo di qualità per la sanità toscana.

Con questo sistema la politica può misurarsi e quindi riacquisire il suo ruolo fondamentale di indirizzo e controllo.

In questi anni, 2005-2007, gli indicatori segnalano un miglioramento delle performance ed il sostanziale raggiungimento degli obiettivi regionali evidenziando:

- una sostanziale capacità di cambiamento ,
- un'offerta in grado di assicurare servizi comunque adeguati,
- un'elevata performance relativamente al giudizio ottenuto nella valutazione dei cittadini
- il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali poste sotto monitoraggio.

Il confronto con altre realtà nazionali e internazionali

Anche l'analisi comparativa della qualità dei servizi sanitari regionali, così come effettuata negli studi sotto riportati che avviano un confronto tra sistemi regionali basati sulle performance e sull'impatto di queste sulla salute della popolazione, colloca la nostra regione, assieme a poche altre, in una posizione assai positiva.

L'analisi della mortalità evitabile in Italia, come emerge dallo studio "ERA -Atlante 2007", pone la Toscana nella posizione più favorevole fra le regioni italiane, con il minore numero di giornate di vita perse per cause evitabili in entrambi i generi.

In base alla valutazione comparativa dei sistemi sanitari delle regioni italiane condotta dalla Presidenza del Consiglio (Studio Formez – anno 2007), la Regione Toscana offre ai propri cittadini il miglior risultato complessivo sotto il profilo della "governance" e della performance.

Dall'indagine multiscope "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", effettuata dall'Istat, emerge che la Regione Toscana, tra tutte le regioni, eroga il numero più elevato di prestazioni diagnostiche e, in termini di percentuale di visite a pagamento, si colloca sotto la media nazionale, evidenziando una buona performance in termini di equità di accesso nei servizi diagnostici. Ottima anche la performance in termini di ospedalizzazione della popolazione sia per quanto riguarda i volumi (tassi di ospedalizzazione) che l'appropriatezza.

I principali indirizzi strategici perseguiti

Negli ultimi 10 anni, le scelte condivise del S.S.R. toscano sono state orientate a 3 principali indirizzi strategici.

1. Il primo di questi è stato di promuovere nel sistema l'uso appropriato degli ospedali. Questa scelta ha permesso di spostare in regime ambulatoriale una consistente quota di attività prima erogata in forma di ricovero, così raggiungendo, per la prima volta nel 2005 e nel 2006, un tasso di ospedalizzazione pari o migliore dello standard pre-fissato a livello nazionale, cui è conseguita la riduzione del numero dei posti letto ospedalieri. La complessità degli interventi effettuati, relativamente alla riorganizzazione e ristrutturazione della rete dei presidi ospedalieri, è rappresentata dal confronto tra la situazione iniziale (alla fine degli anni '80), e quella a regime:

- Situazione iniziale: 93 ospedali pubblici, 75 dei quali collocati in edifici costruiti prima del 1920, alcuni addirittura al tempo dei Liberi Comuni, altri realizzati nel periodo delle Signorie e del Granducato, altri ancora costruiti dal giovane Stato unitario:

- .disponibilità complessiva di 23.108 posti letto, pari a 6,4 posti letto ogni 1000 abitanti.

- Situazione a regime: 40 ospedali, nuovi o in gran parte rinnovati, con un'offerta di 13.500 posti letto, pari a 3,8 posti letto ogni 1000 abitanti, riferito al fabbisogno espresso dai residenti in Toscana.

- Soltanto lieve è stata, invece, la flessione negli ultimi 5 anni della degenza media.

2. Parallelamente al processo di "de-ospedalizzazione", è stato avviato un importante processo di rimodellamento organizzativo della offerta territoriale.

Fra gli interventi più importanti in questo settore, ricordiamo:

- l'unificazione della zona –distretto,
- la sperimentazione delle Società della Salute,
- la promozione dell'associazionismo dei MMG e dei PLS,
- lo sviluppo dell'offerta di "cure intermedie", dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), dei centri residenziali per le cure palliative,
- la promozione della continuità delle cure attraverso l'utilizzo integrato delle altre strutture residenziali a carattere socio sanitario e socio assistenziale, dei servizi ambulatoriali di diagnosi e cura e di quelli di riabilitazione.

3. La terza, non meno rilevante, scelta degli ultimi PSR è stata quella di creare le opportune condizioni strutturali finalizzate a favorire le “sinergi e di rete”, la cooperazione piuttosto che la competizione fra produttori interni, così come accade in altri sistemi sanitari occidentali.

I Principi Ispiratori e le parole chiave del Piano Sanitario Regionale

In considerazione dei risultati raggiunti ed in coerenza con la filosofia di governo della nostra regione, il presente P.S.R. intende sottolineare, tra i valori e i principi “storici” del sistema toscano, quattro principi ispiratori, o parole chiave che dovranno presiedere le singole azioni ed i programmi futuri.

Ci riferiamo ai principi dell’appropriatezza e della qualità, della produttività e della sanità d’iniziativa.

E’ evidente che, se i principi di appropriatezza e qualità rappresentano un riferimento consolidato, che si intende “migliorare”, la produttività e la sanità di iniziativa costituiscono invece elementi che rivestono una qualche forma di novità.

Appropriatezza : dare a ciascuno secondo il bisogno senza sprechi e senza carenze, senza consumi inutili e senza penuria di mezzi, utilizzando al meglio le risorse umane, tecnologiche e finanziarie secondo il criterio della programmazione e dell’integrazione dei servizi, in linea con le più avanzate pratiche mediche e assistenziali, garantendo l’innovazione, a livello tecnologico ed organizzativo, e

attuando il principio della rete e della specializzazione basata sulla casistica e sui differenti gradi di complessità.

Entro questo principio si collocano, quindi, anche le iniziative organizzative già intraprese e che ribadiamo.

- L’Area Vasta rappresenta in questo senso l’ambito territoriale privilegiato in cui la programmazione può dare risposte appropriate alla complessità, ai bisogni di alta specializzazione, utilizzando opportunamente le risorse che vengono dal trasferimento dell’innovazione e della ricerca.

- L’ESTAV si delinea come strumento di supporto logistico-amministrativo e di servizi per la rete delle Aziende sanitarie non solo sul piano di evidenti economie di scala, ma anche per favorire adeguati livelli di specializzazione delle competenze tecniche declinando così il concetto di appropriatezza nella piena valorizzazione delle risorse impiegate.

- Le Società della Salute (SDS), quali elementi di integrazione e governo dei servizi socio-sanitari, completano il quadro degli assetti organizzativi con cui l’appropriatezza trova una piena realizzazione nel territorio, attraverso l’uso integrato delle risorse che vi operano e che possono produrre nuove opportunità derivanti dall’intersectorialità dei percorsi e dalla prossimità delle risposte .

- L’integrazione fra SSR, mondo della ricerca e Università, che si realizza attraverso i protocolli sottoscritti e gli statuti delle AOU, ove la ricerca, la didattica, e l’assistenza, sono aspetti di un unico

sistema integrato, orientato alla qualità.

- La riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura, già delineata dalla LR 40/2005 , si inserisce in fine in questa ottica di razionale valorizzazione delle risorse, ponendosi come definizione di una scelta d’appropriatezza organizzativa in cui il nuovo assetto è funzionale a garantire qualità ed efficienza di un sistema centrato sul malato .

- La riorganizzazione dei punti nascita, la riorganizzazione dei laboratori, della continuità assistenziale e del sistema dell’emergenza urgenza, sono esempi che stiamo praticando per garantire qualità, appropriatezza e miglior uso delle risorse.

Sotto questo stesso capitolo collochiamo la qualità nella spesa farmaceutica ed il suo controllo per evitare abusi o, peggio, penurie, secondo il principio “non un farmaco di più, non uno di meno”.

L’obiettivo dell’appropriatezza, secondo queste linee organizzative orientate alla qualità , ha raggiunto nel sistema toscano un adeguato livello di pratica attuazione e non si riscontra, al momento, necessità di apportare modifiche al quadro della rete ospedaliera delle Aziende e , più in generale alla complessiva organizzazione del sistema.

Semmai si tratta di approfondire, con continua capacità di innovazione, gli elementi già tracciati, battendo resistenze ed opportunismi, spesso a carattere corporativo o localistico.

Chi afferma che “la sanità non si tocca”, che questo o quel servizio devono restare così come sono, conduce il Servizio Sanitario al declino e al degrado; noi siamo a favore dell’innovazione, per

mantenere una sanità pubblica per tutti e di qualità. Disposti, ovviamente, a misurare ogni volta, in primo luogo per i cittadini, il grado di efficacia dei risultati indotti dai cambiamenti introdotti.

Qualità: Si attua realizzando il più alto livello di valorizzazione e miglioramento continuo delle competenze professionali, delle tecnologie e dell'organizzazione, garantendo con l'informazione e la comunicazione, un controllo continuo da parte del cittadino – utente.

Componenti essenziali per il raggiungimento dell'obiettivo qualità sono:

- la formazione del personale, con l'analisi delle criticità e con lo sviluppo delle capacità di autovalutazione e di confronto per stimolare l'innovazione e l'implementazione di buone pratiche ,
- la cultura della sicurezza , attraverso la gestione del rischio e, più in generale , la possibilità per il sistema di trarre indicazioni di miglioramento a partire da analisi strutturate degli errori e delle criticità ,
- i processi di valutazione delle performance , per ottenere con essi occasioni di oggettività e fruibilità della qualità dei servizi.

Tutte queste componenti dell'obiettivo qualità sono state implementate e riteniamo debbano essere ulteriormente promosse.

Produttività: Il concetto di produttività è di derivazione dal mondo delle imprese private, ma si traduce in sanità come un dovere etico verso il cittadino che finanzia ed utilizza il servizio. Esso non è solo il risultato dei servizi sanitari al più alto livello di appropriatezza e qualità, ma esprime anche la necessità di contrastare, con senso di giustizia, gli sprechi, le inefficienze, le situazioni di lassismo.

Assume rilevanza la riscoperta di un'etica del lavoro nella Pubblica Amministrazione in generale e in Sanità in particolare, che contrasti un'idea di inoperosità del pubblico, a volte francamente sbagliata ed ingenerosa, altre invece – in casi ben definiti ed individuabili - segno di una incapacità dei servizi pubblici a corrispondere ad una logica di giustizia e di premialità verso chi compie il proprio dovere.

Valorizzare le risorse umane è anche fare azioni concrete per contrastare l'opinione diffusa che: nella pubblica amministrazione “fare o non fare” alla fine del mese lo stipendio è sempre lo stesso... Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso il confronto con le OO.SS., per usare al meglio gli incentivi di produttività e promuovere, con gli strumenti già previsti dagli istituti contrattuali, il riconoscimento dell'impegno e del merito.

Anche per questo è necessario estendere ed approfondire gli strumenti di valutazione contrapponendosi, anche così, ad una visione quasi miracolistica, in termini di efficienza, attribuita al privato.

Iniziativa: una sanità d'iniziativa non aspetta sulla soglia dei servizi il cittadino, ma orienta l'attività verso chi “meno sa e meno può” e che per questo si trova a rischio continuo di caduta assistenziale e persino di non espressione del bisogno.

L'iniziativa dei servizi rivolta prima di tutto ai più deboli riguarda sia la prevenzione primaria e secondaria, sia gli interventi sul territorio, sia a quelli in ambito ospedaliero.

Occorre quindi ripensare, impiegando anche parte delle risorse che si liberano dall'implementazione dei processi di appropriatezza, qualità e produttività, modelli d'intervento che individuino chi ha più bisogno per intercettarlo ed essere proattivi nei suoi confronti, superando il rischio di una distribuzione di “parti uguali tra disuguali”.

Questi problemi richiamano il senso profondo del valore dell'eguaglianza nelle cure come fondamento del Servizio Sanitario Pubblico.

Il Piano si propone perciò di realizzare concretamente modelli d'intervento ed obiettivi di iniziativa , che privilegino le categorie più deboli.

Si considera questo passaggio come la naturale e al tempo stesso “virtuosa” evoluzione del nostro sistema sanitario, che, dopo aver assolto alla garanzia del diritto alla cura, intende ora operare perché questo si realizzi pienamente anche in quelle fasce che , pur avendone bisogno , hanno una minore consapevolezza dell'offerta disponibile.

Questo aspetto , che va dall'utilizzo non uniforme degli screening oncologici e dei controlli in gravidanza, a quello della prevenzione delle carie nei bambini, dei programmi di educazione alimentare, richiede una nuova modulazione dell'organizzazione dei servizi, in grado di intercettare una domanda potenziale che non trova la capacità di esprimersi o di essere adeguatamente rilevata .

Questa capacità si deve realizzare non solo nella prevenzione e nel territorio, come è evidente aspettarsi, ma anche nell'ospedale, in cui i tutor, clinico e assistenziale, divengono espressione di un programma organico ed articolato di Sanità d'Iniziativa.

UN PIANO PER IL CITTADINO: LE QUATTRO SFIDE

Il Laboratorio Management e Sanità ha svolto, recentemente, un'indagine telefonica su 5.400 cittadini.

L'indagine si proponeva di consegnare alla valutazione pubblica i nuovi principi enunciati nella proposta di Piano.

Allo scopo di acquisire "interpretazioni, convinzioni, idee" sui temi ed obiettivi cruciali, sono state poste, a ciascun cittadino, queste domande:

- Pensando alla sanità, la parola INIZIATIVA cosa le fa venire in mente?
- Pensando alla sanità, se le dico MIGLIORARE LA QUALITÀ cosa le viene in mente?
- Pensando alla sanità, se le dico MIGLIORARE LA PRODUTTIVITÀ cosa le viene in mente?

Il sondaggio ha fornito preziose indicazioni; le persone intervistate non solo hanno tradotto e "pesato" i principi guida in aspettative esigibili, frutto di esperienze, valori, interessi che vorrebbero veder realizzati, ma hanno anche restituito un insieme di requisiti sui quali il Sistema stesso dovrà misurarsi e "rendere conto".

Il Cittadino :

- chiede accessibilità alle cure, trasparenza e tempestività di percorsi diagnostici terapeutici;
- esige attenzione come persona ed un rinnovato rapporto professionista – paziente;
- domanda una informazione maggiore sulle cause di fragilità e sulle qualità necessarie per mantenersi in salute;
- richiede al sistema una sostanziale efficienza nei comportamenti organizzativi evitando gli sprechi e la frammentazione dei percorsi diagnostico terapeutici.

Vuole, in sintesi, una nuova cultura delle responsabilità che, accanto ai tradizionali indicatori di efficacia, efficienza, economicità, ponga le dimensioni dell'equità, della trasparenza, della correttezza in tutti gli aspetti della relazione e della gestione della salute.

Questo piano si propone di "rendere conto" al cittadino, puntando su quattro grandi progetti che, direttamente ed indirettamente, guardano sia alle esigenze individualmente espresse, sia alla complessità dei problemi che esistono nella moderna gestione della salute di tutti.

1. Un'interfaccia trasparente fra il sistema e il cittadino: il CUP di Area Vasta e la Carta sanitaria del cittadino.

Ø Il CUP (Centro Unico di Prenotazione) è un sistema che facilita l'accesso alle prestazioni sanitarie e ai servizi diagnostici presenti sul territorio riducendo gli spostamenti degli utenti. I cittadini, infatti, tramite telefono o recandosi ad un qualunque sportello CUP possono richiedere una prenotazione e/o pagare un ticket, senza rivolgersi direttamente alla struttura che fornirà la prestazione.

Da anni sono ormai operativi sistemi CUP in tutte le aziende sanitarie della regione e, in alcuni casi, al fine di rendere sempre più capillare l'accesso ai servizi offerti e consentire l'interazione dell'utenza con tutte le strutture sanitarie, indipendentemente dall'ambito territoriale di competenza, si sono realizzati alcuni progetti di federazione dei CUP aziendali.

L'iniziativa "CUP di Area Vasta" prevede il collegamento dei sistemi CUP attivi presso le diverse Aziende Sanitarie in modo da realizzare un'architettura di tipo distribuito con un centro organizzativo in ogni AV, così che ogni Azienda Sanitaria continui a gestire in piena autonomia i dati di disponibilità delle proprie strutture e, nel contempo, sia in grado di interagire con le altre ASL per acquisire ulteriori servizi.

Sulla base delle esperienze consolidate a livello aziendale e le sperimentazioni a livello di AV e sub -AV si vuole adesso indirizzare il sistema di prenotazione verso lo sviluppo di CUP operanti a livello di Area Vasta prima e regionale poi. Gli obiettivi di medio e lungo termine del CUP di seconda generazione sono i seguenti:

- snellire le strutture di call center distribuite in ogni azienda,
- migliorare e ampliare l'accesso dei cittadini ai servizi e razionalizzare il sistema contenendone i costi;

- ampliare la disponibilità dell'offerta in rete, valorizzando attraverso il CUP le risorse della sanità pubblica regionale, rendendo totalmente trasparente e più semplice l'accesso ai servizi pubblici o privati accreditati;
- monitorare l'andamento delle liste d'attesa al fine di consentire alla Regione ed alle Aziende Sanitarie la programmazione degli interventi necessari a ridurle, facilitando contemporaneamente la periodica diffusione dei tempi d'attesa;
- fornire alle aziende sanitarie un servizio di monitoraggio della domanda e dell'offerta sanitaria, con particolare riferimento alla mobilità tra le Aziende Sanitarie;
- potenziare le attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate

Ulteriori obiettivi di medio/lungo termine riguardano il coinvolgimento dei medici di medicina generale: sia attraverso l'utilizzo del sistema CUP per la definizione e l'applicazione di percorsi e priorità di accesso differenziati in funzione del grado di gravità e/o urgenza clinica, sia per la prenotazione delle visite presso gli studi associati. Infine, un sistema CUP regionale offrirà l'opportunità di disporre, in maniera immediata, delle informazioni necessarie alla programmazione della distribuzione dei servizi (potenziamento, capillarità) a livello di AV e regionale.

Ø Tra le sfide più rilevanti del triennio 2008-2010, si afferma senza dubbio la necessità di rispondere alla semplificazione per il cittadino dell'esercizio del diritto alla salute in ogni momento del percorso socio-sanitario. Ciò si traduce nel rispondere ad esigenze molteplici: alleggerire l'onere documentale (anamnesi, referti, prescrizioni, immagini, etc.), pur garantendo completezza di informazione; verificare le azioni predittivo-preventivo-terapeutiche, mirando alla personalizzazione delle cure; assicurare e ridurre l'errore umano; sviluppare una lingua franca tra i molteplici soggetti, adottando tecnologie appropriate e di uso agevole, con riduzione di costi e sprechi.

Tre appaiono gli interventi chiave che possono permettere di introdurre una "carta sanitaria": l'unificazione del linguaggio, la formazione degli operatori sanitari e la convergenza tra la tessera sanitaria e la cartella clinica computerizzata attraverso l'integrazione delle reti in uso.

Nel sistema sanitario toscano, sul fronte infrastrutture la disponibilità di rete per raggiungere professionisti e altri istituti (MMG e PLS, farmacie, cliniche private, ecc.) appare sufficiente.

La situazione delle aziende sanitarie che adottano cartelle sanitarie elettroniche si configura a macchia di leopardo (solo alcuni reparti le usano e talvolta non tutti lo stesso prodotto) mentre tra i MMG e PLS si registra una diffusione interessante di cartelle cliniche (o meglio schede di pazienti). L'elemento frenante è il vero utilizzo che ne viene fatto, ovvero i contenuti disponibili e la disponibilità dei medici a condividerli e ad ampliare i servizi offerti ai cittadini.

La precedente programmazione ha promosso, nelle 3 AV, la trasmissione delle immagini e dei referti radiologici attraverso il progetto RIS-PACS. Si va così costituendo una fonte formidabile di dati clinici ed una disponibilità di informazioni cliniche digitali a standard, inclusa la infrastruttura di trasporto intraziendale e la conservazione utile ad accessi formalizzati.

I referti di laboratorio, infine, sono una fonte importante di ulteriori dati clinici per i cittadini e gran parte delle aziende sanitarie hanno oggi attività di laboratorio informatizzate.

Tuttavia occorre un salto di qualità nell'accessibilità di questi dati e nella loro integrazione, emulando gli esempi esistenti di alcune aziende sanitarie che offrono, ad esempio, un sistema accessibile via web e che inviano dati anche tramite SMS.

Lo stato dell'arte nel SST dimostra perciò che vi sono le basi per intraprendere un percorso innovativo nel breve-medio termine, costruendo su quanto di buono ad oggi risulta disponibile.

I dati ai quali ogni cittadino toscano dovrebbe accedere attraverso una "carta sanitaria", nel rispetto più rigoroso della privacy della persona, saranno perciò quelli anamnestici (allergie, malattie, operazioni, etc.), legati al consumo di farmaci, alla documentazione storica sanitaria accessibile, i piani e programmi di prevenzione (vaccinazioni, controlli periodici, esami etc). Nel lungo termine l'accesso dovrà allargarsi e comprendere ogni altro dato utile, soprattutto in chiave prospettica, nell'intercettare una patologia prima che essa si manifesti, in coerenza con i principi della lotta alla cronicità e della sanità di iniziativa. La visione è quella di una "carta sanitaria" che permetta perciò al cittadino - attraverso una efficace rete distributiva sul territorio - di accedere in modo semplice e diretto (via Web/TV/altro) alla propria storia sanitaria, potendo delegare su sua iniziativa l'accesso a soggetti determinati: MMG, PLS, le Farmacie, il Pronto Soccorso, i professionisti sanitari, etc., i quali potranno alimentare la Carta con ulteriori informazioni.

2. Il pronto soccorso: la porta dell'ospedale

I Pronto Soccorso hanno acquisito negli ultimi dieci – quindici anni un ruolo sempre più importante nell'organizzazione sanitaria. In tale periodo sono passati da una zona di limitata estensione e scarse attrezzature a d un'area più fornita tecnologicamente, gestita da personale sanitario sempre più qualificato, capace di risposte tempestive e d efficaci in una grande quantità di situazioni.

I Pronto Soccorso sono una realtà complessa. Per la loro collocazione peculiare d'interfaccia fra ospedale e territorio sono divenuti punto d'incontro per una molteplicità di problemi, non solo di tipo medico. In altre parole si sono concentrate nei PS molte delle contraddizioni irrisolte dell'organizzazione sanitaria nel suo insieme così da dovere progressivamente affrontare un fenomeno di iperafflusso che, oltre certi limiti, mette a rischio la funzione originaria .

I Pronto Soccorso si trovano adesso nella necessità di recuperare la loro mission, non tanto sul piano della gravità delle situazioni cui rispondere (l'urgenza è tale anche se soggettiva), quanto sul piano dell'inserimento in una organizzazione ospedaliera e territoriale che permetta di svolgere al meglio la sua principale funzione di importanza cruciale: il pronto e adeguato intervento diagnostico - terapeutico per tutte quelle situazioni che mettono in pericolo la vita o fanno rischiare una compromissione permanente di qualche funzione dell'organismo.

Premessa questa collocazione peculiare del PS , ne deriva che i percorsi di miglioramento della sua funzione riguardano entrambi i versanti del Sistema Sanitario :

1) Sul versante territoriale

Dall'analisi della tipologia dei pazienti che si presentano in PS risulta che una notevole percentuale ha come motivo fondamentale la riacutizzazione di una patologia cronica .

Sono pazienti che potrebbero essere seguiti in modo più continuativo da un adeguata e integrata organizzazione della medicina territoriale che punti alla prevenzione delle loro riacutizzazioni. In caso di ricorso alle strutture ospedaliere , il PS deve garantire l'inizio o il proseguimento di un adeguato percorso per quel determinato tipo di patologia. Le Unità di Osservazione (parte integrante del PS , finalizzate ad una permanenza non superiore alle 24 ore) servono anche a una migliore stratificazione prognostica di svariate situazioni cliniche. Quest'ultime possono combinare il concetto di decisione clinica (dimissione o ricovero) con quello di case management. Il paziente non solo può, almeno in certi casi, non esser ricoverato , ma deve essere avviato al percorso assistenziale più adeguato. Possiamo, in certi casi, considerare l'episodio che lo ha portato in DEA un "evento sentinella" di insufficienti cure primarie. Detto paziente deve quindi essere attivamente "riallacciato" al medico curante e ai Servizi di assistenza territoriale per il proseguimento delle cure.

2) Sul versante ospedaliero

Gli ospedali devono essere in grado di governare i flussi che il PS detta all'intero funzionamento dell'ospedale impedendo il permanere dei pazienti in una situazione non consona , dopo un certo numero di ore, ai suoi bisogni di cura e assistenza.

Migliorare la funzionalità del PS significa quindi riorganizzare non solo il PS , ma anche i flussi ospedalieri.

Le principali direttive per questo obiettivo sono:

1) La diversificazione dei flussi in PS fra paziente a d alto o basso bisogno assistenziale.

La Regione Toscana da qualche anno ha promosso la creazione dell'ambulatorio dei "codici minori" per quei pazienti che presentano problemi quasi sempre risolvibili con limitato impegno di risorse cliniche e strumentali, in modo da contenere e eccessivi tempi di attesa e permanenza in PS. A questo vanno aggiunti dei percorsi "fast track" che permettano di indirizzare in sicurezza e in tempi relativamente celeri (24 -48 h) situazioni cliniche che non richiedono una soluzione immediata.

2) Una diversa gestione dei flussi intraospedalieri .

La riorganizzazione degli ospedali per fascia di intensità di cure deve prevedere la separazione de i ricoveri di elezione da quelli in urgenza, in modo che le relative risorse e spazi non interferiscano fra loro.

Inoltre il flusso delle dimissioni deve essere basato su una maggiore continuità nelle 24 ore tramite, ad es . la creazione di strutture dedicate per l'attesa della dimissione (discharge room) e su una migliore organizzazione dei servizi di trasporto .

3) La diagnostica per immagini deve esser parte della dotazione tecnologica propria dei PS ad alto afflusso.

Le eccessive lunghezze di permanenza in DEA sono spesso attribuibili al confluire in un unico Servizio diagnostico delle richieste provenienti da più parti del sistema sanitario (ospedale , territorio, DEA) .

4) La realizzazione di un moderno collegamento informatico fra i vari segmenti dei percorsi in emergenza - urgenza (C .O. 118, PS, Aree di degenza ospedaliera , medicina territoriale).

Una buona registrazione/comunicazione dei dati rende il lavoro assistenziale più sicuro e d efficiente e permette l'analisi critica e il confronto fra le varie strutture impegnate.

Questi importanti aspetti tecnico -organizzativi non devono relegare su un piano secondario il problema dell' accoglienza, intesa come capacità di creare per il paziente e i suoi famigliari un luogo e un clima nei quali si riescono a contenere e gestire le inevitabili ansie. Prima di tutto deve essere definitivamente superato il vecchio concetto che il cittadino si può spesso recare in PS senza motivo plausibile.

Nella realtà questo si verifica in una netta minoranza dei casi.La mancanza di efficaci risposte alternative in altra sede o una situazione percepita come un'urgenza soggettiva costituiscono,nell'attuale panorama culturale, motivi che non possono essere considerati non validi. In secondo luogo realizzare una buona accoglienza significa interventi strutturali che migliorino gli ambienti di attesa e di lavoro e garantiscano la privacy, un buon triage, la gestione dei bisogni durante le attese ,bisogni che non sono solo di tipo strettamente clinico. In altre parole il paziente va "accompagnato" durante l'intera permanenza in PS fino al momento della dimissione o ricovero che deve avvenire co n messaggi chiari e comprensibili.

Obiettivo finale è rendere il difficile impatto con il Pronto Soccorso un momento di rassicurazione per il cittadino e un viatico di fiducia per il successivo percorso all'interno del Sistema.

3. Dalla medicina di attesa alla sanità di iniziativa

La necessità di ripensare l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini in un'ottica di equità, propria di un sistema universalistico, deve tener conto delle dinamiche demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche della nostra Regione.

La tendenza all'invecchiamento della popolazione toscana , con il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche, pone al sistema la necessità di far fronte alla modifica della domanda assistenziale attraverso una risposta ai bisogni complessi caratterizzata da una forte integrazione socio-sanitaria.

Per quanto riguarda l'indice di vecchiaia, infatti, la Toscana ha raggiunto i valori tra i più elevati al mondo, stabilizzatisi, negli ultimi anni, attorno a 192 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani di età inferiore ai 15 anni.

All'aumentata speranza di vita è riferibile l'incremento delle malattie croniche negli adulti, tanto che oggi ne soffrono in media 6 adulti su 10. In Toscana, in particolare, l'analisi del profilo di salute contenuta nella relazione sanitaria ci ha permesso di effettuare una stima di prevalenza su alcune patologie croniche di grande rilevanza:

- Sono presenti in Toscana oltre 150.000 pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici, un quinto dei quali trattato con insulina;
- Circa 770.000 pazienti in Toscana sono in cura con farmaci antipertensivi;
- Si verificano in Toscana circa 11.000 infarti miocardici acuti (IMA).
- Poco meno di 11.000 sono gli ictus cerebrali, che si verificano ogni anno nelle pro vince toscane.
- I pazienti toscani con più di 65 anni affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) sono circa 100.000.
- Gli anziani ultrasessantacinquenni affetti da scompenso cardiaco sono circa 55.000.

Per quanto concerne la comorbilità, si può stimare che gli anziani residenti nella nostra Regione con almeno 3 malattie croniche siano circa il 9%, pari ad oltre 70.000 ultrasessantacinquenni.

Particolare attenzione inoltre va posta verso le fasce di popolazione che, per varie cause - quale il livello di istruzione , le condizioni socio -sanitarie e/o la scarsa conoscenza dei servizi- si trova ad accedere a l SSR con minore intensità e tempestività, oppure vi accede in maniera impropria, attraverso la rete dell'emergenza urgenza, con minori possibilità di recupero e maggiori costi per il Servizio Sanitario e per la società.

Risulta determinante pertanto ripensare i modelli organizzativi puntando a definire i contenuti assistenziali e rimuovendo gli ostacoli all' integrazione fra i professionisti.

Lo sviluppo della sanità di iniziativa si basa: su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico "proattiva" dei cittadini, su un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali prevedibili.

Tale processo riguarda in maniera integrata i percorsi ospedalieri, la presa in carico del cittadino da parte del territorio e la integrazione multidisciplinare dei professionisti del SSR e la valutazione multidimensionale del bisogno.

L'ambizioso obiettivo è quello di organizzare un sistema che accompagni il cittadino favorendo lo sviluppo di condizioni che permettano di mantenere il livello di salute il più alto possibile, che sia capace di gestire, rallentandone il decorso, le patologie croniche ed anche di affrontare con efficacia, l'insorgenza di patologie acute.

Ø La sanità di iniziativa in ambito territoriale – Il Chronic Care Model

La sanità di iniziativa, intesa come modello assistenziale per la presa in carico, costituisce, nell'ambito delle malattie croniche, un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.

Il modello operativo prescelto, il Chronic Care Model, è basato sulla interazione "produttiva" tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di informazione e di addestramento, ed il team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e MMG.

Sulla base delle esperienze realizzate in varie aziende sanitarie toscane, il sistema utilizza il lavoro integrato di diversi professionisti chiamati ad assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale (disease management) e si basa su:

- l'adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attenzione all'esercizio della attività fisica (quale l'Attività Motoria Adattata – AMA), ed alle corrette abitudini alimentari, viste non solo come strumento di prevenzione, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione della patologia;
- lo sviluppo delle capacità, nel personale addetto all'assistenza (infermieri e operatori socio-sanitari), di addestrare i pazienti ad una adeguata auto-gestione della propria malattia, ad esempio rilevando periodicamente i parametri o effettuando gli esami prescritti dal MMG ovvero attraverso l'assunzione appropriata dei farmaci;
- l'effettuazione di pratiche assistenziali presso il domicilio del malato o l'ambulatorio del MMG, ivi inclusi i test diagnostici e le medicazioni, ove necessarie;
- un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla disponibilità da parte dei MMG dei registri di patologia contenenti le liste di tutti i loro pazienti stratificate per patologia o rischio.

Tale "Registro dei casi" permette la gestione di un sistema finalizzato ad almeno tre funzioni: garantire la tracciabilità del percorso, la gestione di un data base dei casi, condivisa e disponibile a tutti coloro che sono coinvolti nel processo di cura e di assistenza ed infine la ricerca attiva dei pazienti per garantire la presa in carico proattiva e la continuità del percorso in relazione ai programmi definiti.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un support o al self-management e al follow up, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere, con ciò determinandosi parallelamente un'effettiva riduzione dei costi sanitari in tale ambito.

Entro 3 mesi dall'approvazione del presente Piano, si intende dare avvio al modello di assistenza sopra descritto, almeno per le sotto riportate patologie:

- Ipertensione medio-grave
- Diabete mellito
- Scopenso cardiaco
- Insufficienza respiratoria in BPCO

L'adozione del modello della Società della Salute permetterà, inoltre, di inserire nella elaborazione dei Piani Integrati di Salute tutte quelle azioni legate agli stili di vita e alla qualità dell'ambiente in senso esteso, che sono finalizzate ad impedire l'insorgenza o a ritardare l'aggravarsi delle malattie croniche.

Ø La sanità di iniziativa nell'assistenza ospedaliera

Nel precedente paragrafo, è stata sottolineata la necessità che l'organizzazione sanitaria operi affinché i pazienti vengano mantenuti, per quanto possibile, in uno stato di salute tale da non richiedere l'ospedalizzazione, fornendo loro sul territorio quei servizi che possono prevenire il riaccutizzarsi di patologie croniche e, quindi, evitare il ricovero.

Si intende qui rimarcare come anche nell'ambito dell'assistenza ospedaliera sia indispensabile assicurare condizioni organizzative tali da rendere sistematico - e non occasionale o frutto della maggiore o minore attenzione alla qualità- un approccio coerente al principio della sanità d'iniziativa.

A tal fine vengono individuate tre figure professionali cui sarà affidato il compito di garantire "pro - attivamente" la presa in carico e la continuità assistenziale :

- Il tutor clinico , al quale va il compito di garantire un'assistenza appropriata , basata sull'evidenza dell'efficacia delle cure e sulla corretta informazione al malato e ai suoi familiari. Al tutor clinico è altresì affidato il compito del raccordo tempestivo , sin dalle prime fasi del ricovero, con il medico curante.

- Il tutor assistenziale , chiamato a valutare i bisogni assistenziali del paziente e ad assicurare il collegamento con l'assistenza infermieristica territoriale della Zona di residenza del cittadino, secondo il Percorso Personalizzato Integrato migliore e più appropriato in relazione all'intensità del bisogno .

- Il tutor farmaceutico , affinché il paziente alla dimissione venga informato sull'uso appropriato dei farmaci , sui possibili effetti collaterali, nonché sulla necessità di segnalare eventuali eventi avversi attraverso il sistema della farmaco vigilanza.

Qualora il percorso preveda la necessità di successivi accertamenti specialistici ambulatoriali (follow up), questi dovranno essere programmati e prenotati d'iniziativa dal personale ospedaliero attraverso il CUP, così da non esporre il cittadino a potenziali difficoltà di accesso, garantendo la certezza della prenotazione secondo tempi che garantiscano il principio dell'efficacia.

Nella fase di avvio di questo nuovo approccio vengono individuate le patologie per le quali, nei primi sei mesi di vigenza del Piano, ogni Azienda dovrà predisporre e appositare protocolli operativi: IMA, Ictus, Scompensazione Cardiaca, Insufficienza Respiratoria in BPCO, Diabete e patologie correlate, Interventi di protesi d'anca.

Ø La sanità di iniziativa nell'ambito materno infantile

I principi ispiratori del nuovo Piano ci inducono ad imprimere ancora più determinazione nell'impegnare il sistema regionale nello sforzo rivolto al raggiungimento dell'equità nelle modalità di accesso alle prestazioni in ambito materno infantile.

In base all'analisi dei dati a nostra disposizione, abbiamo individuato quattro linee assistenziali sulle quali promuovere l'approccio della sanità di iniziativa:

1 . Contrasto all'obesità infantile e promozione di sani stili di vita in età pediatrica

La Regione Toscana effettua da anni un'attenta sorveglianza epidemiologica sul fenomeno dell'obesità infantile attraverso due programmi ormai consolidati:

- il Progetto integrato di sorveglianza nutrizionale , rivolto ad un campione rappresentativo regionale di ragazzi di 8 -9 anni di età, condotto dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) delle Aziende UU.SS.LL. toscane, con il coordinamento scientifico del CREPS dell'Università di Siena .

L'indagine produce informazioni circa le abitudini alimentari rilevate tramite questionari somministrati nelle scuole.

- il Progetto HBSC sugli stili di vita dei giovani (Health Behaviour in school - aged Children), condotto nell'ambito dell'Accordo quadro di collaborazione fra l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e la Regione Toscana. Lo studio produce informazioni su alimentazione e attività fisica anche delle fasce di età di 11, 13 e 15 anni, con la possibilità di confronto dei dati con quelli nazionali e internazionali.

Sulla base dei contributi forniti da entrambi gli studi di sorveglianza attiva è ora possibile configurare un programma regionale di contrasto all'obesità infantile che fa perno:

1. sulla mobilitazione e nel coordinamento intersettoriale degli interventi per la promozione di corretti stili di vita in rapporto all'alimentazione e all'attività motoria
2. sulla costruzione della rete regionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'obesità, articolata in livelli di intervento territoriale (pediatri di famiglia, medici di medicina generale, centri ambulatoriali di riferimento) ed ospedaliero.

2 . Consulenti per le immigrate

I dati MeS sull'indice di accesso ai servizi degli immigrati e all'influenza del grado culturale nell'utilizzo dei servizi stessi, dimostrano la necessità di agire in maniera proattiva su tale tipologia di potenziali utenti .

In primo luogo, bisogna rendere stabile l'erogazione di servizi territoriali di qualità (a livello consultoriale) definendo fasce di accesso compatibili con le esigenze di popolazioni, che per la precarietà ed atipi città delle forme di lavoro spesso non possono fruire delle agevolazioni previste dalla vigente normativa per accedere ai servizi sanitari. In secondo luogo, utilizzare gli accessi in ospedale per facilitare la successiva fruizione dei servizi socio assistenziali da parte dei migranti (es.: scelta del pediatra effettuata direttamente in ospedale al momento del parto, visita post partum a domicilio del pediatra e dell'ostetrica, indirizzo al consultorio, ecc).

Anche su questa materia le risorse della comunità devono essere mobilitate per venire incontro ai bisogni con azioni sincrone tra Aziende Sanitarie, SdS, Comuni, Provincia, Associazioni culturali e del Volontariato privilegiando in particolare modo le Associazioni Migranti che si occupano del problema.

L'obiettivo fondamentale è quello di concepire la mediazione culturale come un servizio trasversale necessario a soddisfare più esigenze (lavoro, casa, salute, scuola) e non limitato al momento dell'accesso in regime di urgenza, o di necessità, dei migranti al SSR.

Interpretando anche la mediazione in un'ottica di integrazione, il Piano propone la messa a punto di strumenti/iniziative per:

- § La razionalizzazione della presenza dei mediatori.
- § La formazione dei mediatori al corretto svolgimento del ruolo in relazione alla conoscenza degli obiettivi della programmazione regionale dei percorsi ed alla loro semplificazione.
- § La formazione del personale sociosanitario alle tematiche dell'integrazione.
- § La creazione di una rete regionale della mediazione culturale.

3. Sordità infantile: diagnosi precoce e trattamento del deficit neonatale

Il deficit uditivo permanente neonatale è una condizione clinica frequente e rilevante, per i costi economici e sociali che comporta, poichè l'assenza di una adeguata stimolazione uditiva durante i primi mesi/anni di vita, periodo di massima plasticità celebrale, causa alterazioni irreversibili allo sviluppo del sistema uditivo periferico e centrale, condizionando in maniera determinante i risultati delle successive terapie protesico-riabilitative.

La Regione Toscana, che già da quest'anno, renderà obbligatorio lo screening audiologico neonatale, si propone di affrontare il problema della sordità infantile con i seguenti interventi:

- § la conferma e l'implementazione dei programmi di screening audiologico neonatale,
- § il trattamento con impianto cocleare nei casi più gravi di sordità profonda,
- § l'attivazione di un percorso riabilitativo adeguato per consentire non solo lo sviluppo del linguaggio, ma un migliore inserimento scolastico e sociale.
- § La promozione, di concerto con le tre università toscane, di attività di formazione del personale nell'ambito dell'eziologia, della prevenzione, screening, diagnosi e trattamento e riabilitazione della sordità infantile.

4. Prevenzione dentale in età evolutiva

Nell'obiettivo di migliorare il quadro epidemiologico e per la riduzione della carie in età pediatrica, già con il precedente piano sono state avviate una serie di azioni di prevenzione prenatale, di prevenzione primaria e secondaria.

Tra queste si segnalano le iniziative di educazione alla igiene orale e fluoroprofilassi effettuate alle donne in gravidanza e l'esecuzione delle prestazioni di individuazione del rischio prenatale, interventi di promozione della salute orale nelle scuole, per la classe di età di quattro anni, e l'erogazione di prestazioni per i bambini che hanno compiuto il settimo anno di età.

Tali azioni hanno visto il coinvolgimento delle Università toscane, dell'Ufficio Scolastico Regionale, dei Pediatri di Libera Scelta, ed hanno dato luogo, con il coordinamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, ad un Accordo con l'associazione maggiormente rappresentativa dei professionisti odontoiatri privati (ANDI).

Grazie a tale progettazione sono state promosse attività di prevenzione per i bambini (controlli gratuiti, sigillatura dei molari permanenti) e corsi finalizzati all'educazione alla salute orale per gli insegnanti delle elementari di tutte le province toscane.

Con il presente piano si vuole dare un ulteriore sviluppo a tali interventi, consolidando e dando diffusione alle azioni già intraprese ed implementando gli strumenti di monitoraggio previsti. La diffusione di tali interventi va ad inserirsi in piena armonia tra le azioni che trovano impulso nell'ambito del nuovo approccio di iniziativa che il sistema sanitario intende darsi.

4. La valutazione come metodo di lavoro

Le risorse che la collettività pone nelle mani del soggetto pubblico per la salute devono creare "valore", ossia devono essere adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l'accesso e l'equità a tutti i cittadini toscani.

La Regione Toscana già dal 2005 ha adottato un sistema per la valutazione dei risultati conseguiti dalle aziende sanitarie e dal sistema sanitario regionale nel suo complesso per supportare la funzione di governo a livello locale e regionale, dove la gestione della spesa fosse integrata con misure di risultato, con la finalità di rilevare il valore e prodotto per il cittadino. I circa 130 indicatori monitorati e rappresentati in 50 indicatori di sintesi, suddivisi nelle sei dimensioni della valutazione (salute della popolazione, strategie regionali, qualità e appropriatezza socio sanitaria, efficienza operativa ed equilibrio economico finanziario, soddisfazione e valutazione dei cittadini, soddisfazione e valutazione dei dipendenti) e presentati in un target a bersaglio sono già oggi essenziali per orientare le azioni del sistema sanitario toscano.

In linea con le migliori esperienze internazionali in questo campo (GB, Canada...), per garantire l'affidabilità, il rigore e la trasparenza del sistema si ritiene fondamentale coinvolgere un soggetto terzo, pubblico, di livello universitario, che possa condividere la finalità stessa del sistema e farne una missione propria come servizio reso al territorio in cui opera. La Scuola Superiore Sant'Anna, quale istituto universitario a statuto speciale, ha potuto garantire un approccio multidisciplinare, una consolidata competenza nell'area del management sanitario, e una posizione esterna a tutte le aziende sanitarie toscane, non essendo coinvolta, a differenza degli altri atenei toscani, nelle tre aziende ospedaliere universitarie di Pisa, Siena e Firenze. A tal fine nel 2004 la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa in collaborazione con la Regione Toscana ha costituito il Laboratorio Management e Sanità.

Con queste premesse, quale elemento caratterizzante del modo di lavorare della sanità toscana, la valutazione vuole essere lo strumento su cui impostare un processo di comunicazione trasparente con i cittadini e attraverso cui il sistema pubblico si assume le proprie responsabilità sui risultati conseguiti. Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana, che già oggi permette la verifica dei risultati multisettoriali delle aziende e del management e che rappresenta una modalità di apprendimento e innovazione del sistema, sarà ampliato e implementato per quanto concerne l'attività sanitaria ospedaliera alle Aree Vaste, agli Estav, le società della salute e, nel prossimo triennio, sarà sviluppato per unità organizzativa di struttura complessa. Il sistema sarà a disposizione del Consiglio e dei cittadini su web.