

PIS VALDERA 2006-2008 – ALLEGATO F

Osservazioni degli organismi di consultazione al testo preliminare del PIS della Valdera 2006-2008

Nelle pagine seguenti sono riportati i testi delle osservazioni espresse dagli organismi di consultazione relativamente al testo preliminare del PIS della Valdera per il triennio 2006-2008:

- a. Comitato di partecipazione della SdS Valdera – *Parere sulla bozza del P.I.S. ex art.46 Statuto SdS* – consegnato presso la sede del Consorzio il giorno 27 febbraio 2006
- b. Consulta del Terzo Settore della SdS Valdera – *Piano Integrato di Salute. Parere della Consulta del terzo Settore* - consegnato presso la sede del Consorzio il giorno 23 febbraio 2006
- c. Organizzazioni sindacali CGIL, CISL e UIL di Pisa – *Parere sul Piano Integrato di Salute della SdS Valdera* – ricevute a mezzo e-mail il giorno 28 febbraio 2006
- d. Organizzazioni sindacali dei Pensionati CGIL, CISL e UIL di Pisa – *PIS. Settore Anziani* – ricevuta a mezzo e-mail il giorno 28 febbraio 2006

A. COMITATO DI PARTECIPAZIONE SDS VALDERA

Oggetto: parere sulla bozza del P.I.S. ex art. 46 Statuto SdS

Il Comitato di Partecipazione, dopo aver esaminata il Piano Integrato di Salute della Zona Valdera (PIS) recentemente adottato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 dello Statuto SdS Valdera, osserva sinteticamente quanto segue.

1. Considerazioni preliminari

Preliminarmente il Comitato di Partecipazione fa presente di condividere la visione del sistema socio-sanitario locale presa a riferimento nell'intraprendere il percorso di sperimentazione della Società della salute e l'impostazione di tale nuovo modello organizzativo locale.

Ciononostante, non può esimersi dal rilevare che il PIS adottato rimane ad un livello troppo generale-generico proprio nella sua parte più importante, cioè quella della programmazione: l'impostazione, gli obiettivi, le priorità e le affermazioni di principio non possono che condividersi, ma i programmi di intervento ed i progetti difettano di un livello sufficiente di specificità.

Inoltre mancano i collegamenti e le indicazioni sulla distribuzione delle risorse economiche che si intendono impiegare.

Pur comprendendo che si tratta di una "prima volta" e pur riconoscendo gli sforzi di tutti e la positività del processo, il Comitato auspica che il prossimo PIS raggiunga, fin dalla fase della sua adozione, un sufficiente livello di specificità, tale da garantirne una concreta effettività.

Ci pare di capire che il lavoro di specificazione sarà sviluppato nella prossima fase di "programmazione operativa": il Comitato si riserva pertanto di partecipare e di dare il suo "parere obbligatorio" su quanto verrà prodotto in quella sede.

Infine il Comitato invita a prestare nel futuro maggiore attenzione in sede di redazione del Piano (e dei documenti presupposti e conseguenti) al tipo di linguaggio utilizzato.

La comunicazione e la partecipazione - principi cardine della sperimentazione - mal si conciliano con anglicismi, divagazioni teoriche (non sempre strettamente funzionali), acronimi utilizzati senza alcuna spiegazione.

Crediamo che anche le cose più complesse possano essere espone in termini semplici, perché la difficoltà di linguaggio rende più ostica la comprensione e può nascondere talora idee non chiare.

2. Considerazioni generali relative alla fase di elaborazione e alla fase di specificazione del PIS

Il Comitato di Partecipazione ha già trasmesso alla Giunta - con nota del 4/10/05 che ad ogni buon conto si allega alla presente (doc. 1) - alcune osservazioni relative al procedimento di elaborazione del PIS e a "bisogni trasversali" alle diverse aree tematiche.

Nel richiamarle integralmente, il Comitato chiede che le stesse vengano tenute nella necessaria considerazione da parte della Giunta (che non ha finora dato riscontro alla nota in questione) in sede di programmazione operativa.

3. Osservazioni sugli schemi di programmazione articolati per aree di intervento

3.1. Area Minori e responsabilità familiari

Sull'Obiettivo 1 - Azione 1 - Programma d'intervento T2

Nella programmazione operativa, con particolare riferimento alla IVG (interruzione volontaria della gravidanza), si raccomanda di prevedere un'adeguata azione di informazione sul percorso e sulle modalità della stessa, per promuovere una consapevolezza dei diritti ovviamente nel contesto di un più generale progetto educativo esteso ai temi della sessualità.

Tale progetto potrà partire dalle istituzioni scolastiche e riguardare il territorio.

Per quanto sopra detto, i progetti operativi non potranno riguardare unicamente i consultori come invece indicato nell'attuale PIS.

Si osserva, inoltre, che l'attività dei consultori viene prevalentemente intesa e rivolta alla popolazione femminile, quando le problematiche oggetto del servizio sono equamente distribuite tra i due sessi: occorrerà pertanto tenerne conto in fase di progettazione operativa.

In ogni caso, le strutture a cui i minori prevalentemente si riferiscono, dovranno prestare particolare attenzione al rispetto della privacy e della persona, in quanto i "minori" sono meno in grado di reagire autonomamente alle eventuali disfunzioni dei servizi.

Sull'Obiettivo 1 - Azione 2 - Programma d'intervento MR1

Nei progetti operativi che prevedono l'erogazione dei sostegni economici occorrerà fare attenzione al rispetto dei criteri di trasparenza ed equità, limitando al massimo gli spazi di discrezionalità ed applicando lo strumento Isee.

Sull'Obiettivo 2 - Azione 1 - Programma d'intervento MR2

Con riferimento ai progetti "Parto anonimo" e "azioni specifiche per le donne straniere" dovrà prestarsi particolare attenzione all'aspetto dell'informazione: la possibilità del parto anonimo appare alla stato poco conosciuta, mentre le azioni rivolte alle donne straniere dovranno essere veicolate tenendo conto delle specificità culturali, sociali e delle difficoltà di accesso alle informazioni ed ai servizi.

Sull'Obiettivo 3 - Azione 1 - Programma d'intervento 1 ST2

In questo programma distrettuale pare opportuno inserire anche il Pronto Soccorso pediatrico, che potrebbe anche contribuire a risolvere il grave problema sanitario di funzionamento del Pronto Soccorso (affollamento) del presidio ospedaliero.

Sull'Obiettivo 3 - Azione 2 - Programma d'intervento 2 (MR4)

Si osserva che nessuno dei progetti sinteticamente indicati appare funzionale al risultato atteso "*maggiore emersione ...delle situazioni di abuso*".

Si suggerisce pertanto la promozione di interventi specificamente finalizzati all'emersione di tali situazioni: è evidente che l'ambito scolastico rappresenta il luogo privilegiato per l'espletamento di tali azioni.

Sull'Obiettivo 3 - Azione 2 - Programma d'intervento 3 (MR5)

Considerata l'attuale mancanza sul territorio di case d'accoglienza per madri con bambini, occorrerà dare nella fase della progettazione operativa la necessaria priorità alla loro istituzione.

Sull'Obiettivo 3 - Azione 6 - Programma d'intervento 2 e 4 (T11 e T6)

Si rileva l'incongruenza tra i programmi d'intervento e l'obiettivo indicato (*"prevenzione delle dipendenze"*).

In particolare, con riferimento al programma T11, si osserva che la problematica del sovrappeso appare riduttiva sia riguardo allo stile di vita (benessere) ed a maggior ragione riguardo alle dipendenze; anche la promozione dell'attività sportiva in sé appare ormai un concetto usurato nella prospettiva della prevenzione, quando non consista in una vera e propria attività specifica educativa.

Si propone pertanto di adottare programmi riferiti alle figure di riferimento dei minori che praticano l'attività sportiva (allenatori, accompagnatori, ecc.).

Quanto al programma T6 si fa presente che il Punto unico di accesso, come misura organizzativa *tout court*, potrebbe non promuovere l'accesso dei minori.

3.2. Area Anziani

Sull'Obiettivo 2 - Azione 1 - Programma d'intervento 1 (A2) e azione 2 programma d'intervento 1

L'accesso ai servizi per gli anziani (assistenza domiciliare, r.s.a.) viene percepito dalla popolazione come poco chiaro e poco verificabile.

I progetti dovranno tenere conto della necessità di dare, in primo luogo, trasparenza alle liste di attesa e rendere chiari e verificabili i criteri che ne giustificano la loro deroga.

3.3. Area Disabili

Sull'Obiettivo 1 - Azione 61 - Programma d'intervento 2 (H7)

In questa sede, il Comitato non può esimersi dal rilevare che l'abbattimento delle barriere architettoniche è una priorità che diventa un dovere soprattutto per le strutture pubbliche, mediche e sociali.

Non è accettabile che, anche recentemente, studi associati di medicina di base vengano attivati in locali che non rispettano la normativa vigente in materia di barriere architettoniche.

Si propone che vengano sollecitati progetti volti ad individuare e rimuovere le barriere architettoniche.

3.4. Salute mentale

Sull'Obiettivo 1 - Azione 1 - Programma d'intervento 1 (SMA1)

E' evidente, ormai da tempo, la carenza nel settore della psicologia adulti, che pertanto va potenziata.

Questa misura costituisce il presupposto di ogni progettazione.

3.5. Immigrazione

Sull'Obiettivo 2 - Azione 3 - Programma d'intervento 1 (I3)

In primo luogo si evidenzia l'opportunità di destinare risorse all'istituzione di almeno un altro centro di accoglienza rispetto a quello indicato nel progetto.

In secondo luogo, il Comitato raccomanda di inserire un programma di intervento che preveda progetti tesi a combattere i gravi fenomeni di sfruttamento del bisogno abitativo degli immigrati, prevedendo azioni di contrasto, di controllo e anche sanzionatorie, costituendo una rete tra i diversi soggetti competenti (assistenti sociali, sportelli, polizie municipali, ecc.).

3.6. Povertà

Sull'Obiettivo 1 - Azione 1 - Programma d'intervento 1 (P1)

Il sistema delle esenzioni (esenzioni tariffe, buoni acquisto farmaci, ecc.), che di regola e giustamente si basa sulle risultanze dello strumento Isee, deve prevedere alcune deroghe dettate dalla specificità di alcune situazioni: il bambino accolto temporaneamente da una famiglia affidataria, ad esempio, non può non beneficiare delle esenzioni a prescindere dalle condizioni economiche della famiglia medesima.

* * * * * * * * *

Nel ribadire i sopra esposti rilievi circa l'attuale genericità del PIS, il Comitato si rende disponibile a partecipare alla successiva fase della "programmazione operativa" e si riserva di dare un più accurato "parere obbligatorio" su quanto verrà prodotto in quella sede.

A disposizione per eventuali chiarimenti porgiamo cordiali saluti.

Il Comitato di Partecipazione

Pontedera, 4 Ottobre 2005

Egr. Sig.
Presidente Giunta Società
della Salute

SEDE

Il Comitato di Partecipazione, recentemente nominato e riunitosi per la prima volta il 30.8 u.s., dopo aver esaminata la bozza del documento di "sintesi del lavoro dei gruppi tecnici per l'immagine della salute" osserva sinteticamente quanto segue, riservandosi ogni approfondimento e più ampia considerazione in sede valutazione degli atti di programmazione, così come previsto dall'art. 46 dello Statuto.

Sulla prima fase procedurale di elaborazione del PIS

Preliminarmente, in ordine alla prima fase di elaborazione del Pis che ha condotto al documento di cui si tratta, il Comitato riconosce l'impegno profuso dalle diverse componenti (professionali e non) all'interno dei gruppi tecnici, che hanno costituito di per se un'esperienza estremamente positiva, favorita dalla sensibilità dimostrata dai coordinatori della segreteria tecnica.

I gruppi tecnici hanno funzionato come luogo di utile informazione reciproca, di approfondito confronto e discussione, ben al di là di quanto risulti dalle schede elaborate.

Proprio in ragione di ciò, pur comprendendo le esigenze di sintesi funzionali all'elaborazione del Pis, sarebbe opportuno per il futuro da un lato definire più complete forme di documentazione del lavoro svolto, dall'altro individuare modalità per dare un carattere permanente ai gruppi tecnici.

Sempre per utilizzare al meglio le potenzialità dei gruppi tecnici, occorre altresì che maggior impegno ed attenzione vengano profusi dalla componente pubblica in sede di elaborazione del "Profilo di salute", per la raccolta e la comunicazione di dati completi, appropriati e specifici: in alcune aree di lavoro (es. immigrazione) sono infatti emerse alcune carenze.

Si rileva inoltre l'esigenza di definire, soprattutto a livello statutario, regole più precise circa la composizione ed il funzionamento dello stesso Comitato di Partecipazione, per garantirne la rappresentatività e l'efficienza, in considerazione delle delicate competenze affidate dallo Statuto.

Su tale questione, sin da ora, il Comitato si rende disponibile ad un incontro.

Sui contenuti della bozza del documento di "immagine della salute"

In ordine al profilo contenutistico del documento in oggetto, il Comitato si limita in questa fase a fare alcune brevi considerazioni generali trasversali alle diverse aree tematiche, per indicare bisogni - magari sottesi al lavoro dei gruppi tecnici - ma che meritano di essere sottolineate affinché la Giunta ne tenga conto nella fase di programmazione.

1. Bisogno di una maggiore umanizzazione del rapporto con il cittadino-utente.

Tale affermazione, che parrebbe porsi su un piano esclusivamente di principio, è invece di seria e quotidiana concretezza.

In una fase di esasperata "aziendalizzazione" (budget, produttività, efficientismo, ecc.), il rispetto e la centralità della persona scivolano talvolta in secondo piano.

Tale principio, nelle sue diverse accezioni, deve invece improntare ogni attività e prestazione erogata.

Occorre, ad esempio, che il cittadino sia adeguatamente informato, in modo semplice e chiaro, sul tipo di prestazione che riceve.

In ambito strettamente ospedaliero, ciò si traduce non solo nel c.d. "consenso informato" - che comunque viene visto ancora come frettoloso adempimento burocratico - ma anche in orari certi per parlare con medici e primari (a causa della limitazione del periodo di ricovero, non è raro che il paziente parli con il medico solo dopo l'intervento).

Occorre altresì che si organizzino gli spazi e le modalità di "erogazione" non solo in funzione della economicità della prestazione ma anche della persona che ne ha bisogno (basti pensare alle condizioni di certi ambulatori di day hospital).

Occorre inoltre promuovere una più attenta cultura "civica" degli operatori

Occorre, in buona sostanza, fare quanto possibile affinché la malattia non indebolisca anche i diritti.

2. Bisogno di una maggiore trasparenza nell'accesso ai servizi.

La questione della trasparenza assume sempre maggiore rilievo sia con riferimento alle liste di attesa per le prestazioni sanitarie (es. quelle diagnostiche) sia per l'accesso a delicati servizi sociali, quali ad esempio le residenze per anziani.

L'accesso ai servizi viene infatti percepito dalla popolazione come poco chiaro e poco verificabile.

3. Bisogno di una maggiore facilità di accesso ai dati e alle informazioni.

In primo luogo, occorre che sia facilitato l'accesso a tutte quelle informazioni riguardanti la sfera sanitaria e sociale: dati epidemiologici (diffusione malattie tumorali, tipo

di patologie presenti e specifiche del territorio), risorse economiche utilizzate, risultati raggiunti.

Sarebbe opportuno arrivare ad un vero e proprio bilancio partecipato della sanità.

Il soddisfacimento di questo bisogno, peraltro, è il presupposto per realizzare una concreta ed effettiva partecipazione dei cittadini al governo della salute.

Tale bisogno, inoltre, va visto e soddisfatto anche in un'altra accezione: i cittadini devono avere la possibilità di accedere facilmente a chiare informazioni relative ai servizi di cui hanno bisogno.

4. Bisogno di una maggiore attenzione alla prevenzione.

E' evidente che la prevenzione sanitaria produce salute e fa risparmiare risorse utilizzabili in altri settori.

Tale principio va di pari passo con una attenta e costante analisi delle esigenze e delle patologie presenti sul territorio: in questa prospettiva occorre maggiormente utilizzare la rete dei medici di famiglia e coordinare i flussi di informazione tra i diversi soggetti.

La politica di prevenzione va intesa sia come potenziamento delle azioni di educazione alla salute sia come incremento dei programmi di screening.

All'educazione alla salute deve attribuirsi un significato più ampio, che va dalla promozione di adeguati stili di vita, alla tutela della maternità e della procreazione responsabile, per arrivare alla sensibilizzazione del territorio con riferimento ad un nuovo concetto di famiglia aperta e solidale, in grado di dare accoglienza a quei bambini in stato di momentaneo bisogno, allontanati dalle famiglie di origine (affidi familiari).

4. Bisogno di rafforzare la rete degli assistenti sociali.

E' fuori di dubbio l'importanza di una adeguata rete di assistenti sociali per fare emergere, monitorare e dare una risposta ai bisogni socio- sanitari del territorio.

La situazione non appare soddisfacente quanto a numero di professionisti, reperibilità (ad es. nelle ore pomeridiane, nei prefestivi e festivi) e appropriatezza degli interventi.

6. Bisogno di un maggiore intervento/supporto psicologico e psichiatrico.

Stesso discorso deve farsi nei confronti del servizio psichiatrico e psicologico, come emerge chiaramente dalle schede dei gruppi tecnici: la percezione è che tali servizi non riescano in alcun modo a rispondere alle richieste che provengono dal territorio, sia quantitativamente che qualitativamente.

Questo a fronte di un preoccupante allargamento delle aree di disagio in Valdera (minori border line, diffusione nuove dipendenze, ecc.).

Tra le numerose carenze, si rileva che addirittura per i bambini trapiantati non vi sono adeguati supporti psicologici che accompagnino il rientro in famiglia e al quotidiano.

6. Bisogno di una maggior integrazione e coordinamento dei servizi e delle risorse.

Tale aspetto è emerso dal lavoro dei gruppi tecnici ma merita di essere sottolineato con forza, per evitare - anche a livello delle stesse associazioni di volontariato - duplicazioni e spreco di risorse.

A disposizione per eventuali chiarimenti porgiamo cordiali saluti.

Il Comitato di Partecipazione

B. CONSULTA DEL TERZO SETTORE SDS VALDERA

PIANO INTEGRATO DI SALUTE: PARERE DELLA CONSULTA DEL 3^ SETTORE

Premessa

La Consulta è stata chiamata ad esprimere un parere in merito al documento relativo al P.I.S della Valdera, elaborato in maniera diffusamente partecipata, da tutti i soggetti coinvolti, a vario titolo, nel benessere della società. Esaminato il documento sono emerse le seguenti valutazioni: Vision e mission indicate, per i valori che esprimono, risultano pienamente condivisibili in quanto: la vision, finalità strategica di riferimento del sistema di welfare del nostro territorio, quella tipica della società europea, è universalistica, sostenibile, a conduzione prevalentemente pubblica, ed è basata su principi di solidarietà attraverso la compartecipazione economica degli utenti, in base alle capacità contributive di ciascuno.

La mission, finalità da perseguire, è quella di aumentare la soddisfazione degli utenti e degli attori del sistema del welfare locale garantendo, qualità, appropriatezza, equità delle prestazioni. Per raggiungere queste finalità è prevista una partecipazione diffusa alle funzioni di governo e di programmazione delle politiche per la salute.

Il modello organizzativo

Il modello organizzativo indicato risulta concettualmente corretto, infatti si propone di:

- comporre la frammentazione delle varie azioni del quadro operativo territoriale (enti pubblici e privati, associazioni, cooperative sociali...)
- integrare le funzioni e i servizi in una visione "olonica", cioè complessiva al cui interno operano enti e soggetti distinti e indipendenti, ma interconnessi tra loro, come fossero un unico soggetto
- la finalità è quella di raggiungere risultati condivisi e obiettivi comuni, per una migliore qualità della vita nel nostro territorio.

Gli organi di partecipazione del Consorzio

Il Comitato di partecipazione previsto, a tutela dei diritti degli utenti, la Consulta del 3^ Settore, organo di riferimento per la programmazione dei servizi dovrebbero, infine, garantire la partecipazione diffusa alle scelte di governo della S.d.S.

Il documento: analisi del quadro operativo e delle risorse

La Consulta del 3^ Settore, pur condividendo l'impianto generale del P.I.S, rileva alcune particolari problematiche, a suo parere, ritenute rilevanti, che non sono state sufficientemente approfondite e che richiedono integrazioni.

In riferimento al capitolo specifico sul bilancio la Consulta rileva una carenza riguardo a:

1. la conoscenza delle somme destinate all' assistenza sociale e sanitaria stanziata rispettivamente da parte dei singoli enti comprendenti anche le spese per il personale;
2. distribuzione del fondo Regionale per l' assistenza territoriale come ripartito nei vari livelli di assistenza;
3. ripartizione della spesa e delle attività territoriali in relazione agli indicatori specifici previsti dalle disposizioni Regionali.

Riteniamo di dover approfondire nel proseguimento del progetto di sperimentazione tutti gli aspetti della prevenzione e dell'informazione agli utenti, dell'accesso ai servizi in particolare, attraverso il coinvolgimento dei medici di base primi referenti e filtro nel rapporto utenti e servizi presenti sul territorio.

Rileviamo la necessità di attivare ulteriori specifici interventi per gli anziani non autosufficienti al proprio domicilio in quanto non sufficientemente considerati nel documento.

In riferimento al Regolamento per il funzionamento dei servizi elaborato in un'ottica di integrazione tra diverse aree, esprimiamo un parere positivo. Raccomandiamo l'attenzione di informare tutti gli utenti preventivamente riguardo al sistema di calcolo dell'ISEE soprattutto per le ricadute economiche che questo può comportare sulle rispettive famiglie.

A seguito della discussione avvenuta all'interno della Consulta, sono pervenute a questo organo anche altre osservazioni molto dettagliate in merito al PIS quali: l'utilizzo delle strutture residenziali e semi-residenziali, l'integrazione tra programmazione socio-sanitaria e settore agricolo, interventi per la riduzione del danno e la bassa soglia nel settore delle dipendenze, documenti che alleghiamo perché vengano considerati nelle sedi opportune per le motivazioni che essi esprimono.

Raccogliamo inoltre una ferma raccomandazione da parte delle associazioni che hanno rilevato direttamente la richiesta da parte degli utenti di non utilizzare la dizione "Terza età" nei documenti pubblici in quanto l'espressione crea una sorta di classificazione rigida che all'interno di una società moderna non ha più alcun senso.

Si rileva da parte di tutti una difficoltà di azione a causa dei diversi modelli di sperimentazione in atto nelle Società della Salute delle diverse Zone. Molti servizi infatti non sono gestiti in maniera omogenea come ad esempio il trasporto sociale - sanitario che per le sue caratteristiche incide su diversi territori con complicazioni che si riflettono sulla qualità e l'economicità del servizio. Si auspicano quindi interventi volti ad una maggiore integrazione tra funzioni e servizi di zone diverse, ma pur sempre limitrofe a quella della Valdera - vedi Zona Pisana, Livornese, Volterrana, del Val d'Arno.

La Consulta del 3° Settore della S.d.S della Valdera

C. ORGANIZZAZIONI SINDACALI CGIL-CISL-UIL di PISA

Parere sul Piano Integrato di Salute Della SdS Valdera

CGILCISL e UIL di Pisa

Nell'esprimere il parere sul Piano Integrato di Salute ci sembra importante partire da quanto abbiamo scritto nella presa d'atto sulla proposta di sperimentazione della SdS in Valdera partendo dalla constatazione che, all'atto della candidatura alla sperimentazione della SdS, parte dei Comuni componenti la Conferenza dei Sindaci della Valdera avevano la gestione diretta del sociale ed altri l'avevano, invece, delegata alla ASL5 :

“ L'Area socio-sanitaria della Valdera ha operato in questi anni per raggiungere una buona integrazione fra i servizi sociali e sanitari e pur partendo dal complesso delle politiche sociali dei 15 Comuni ha raggiunto una programmazione dei servizi e degli interventi fondata sull'analisi dei bisogni , della domanda e al tempo stesso sulla verifica della quantità e qualità dei servizi offerti.

Il complesso della programmazione della Valdera si è connotato per interventi significativi per l'handicap e per il disagio giovanile, è cresciuta l'attenzione per gli interventi per le persone anziane, ma non è ancora sufficiente il livello raggiunto rispetto al bisogno dell'Area.

Quindi, la sperimentazione della SdS in Valdera dovrà consentire con la gestione unitaria delle risorse (dei soggetti fondamentali: EELL e ASL5) una ottimizzazione e il miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria.”

La fase di sperimentazione, ha visto il coinvolgimento del sindacato confederale sia nella definizione del protocollo di relazioni sindacali, sia nei momenti più significativi di produzione delle linee programmatiche (sia generali, che specifiche per settore) che hanno portato alla produzione prima del Profilo di Salute, poi dell'Immagine di Salute ed infine alla definizione del PIS per la Valdera.

Le diverse fasi sono state oggetto di incontri di approfondimento ed a volte hanno prodotto una valutazione scritta (parere sull'immagine di salute del 4/7/2005, parere espresso unitariamente dai pensionati sull'assistenza agli anziani del 3/10/05). Ogni incontro ha prodotto un verbale, che è stato approvato negli incontri successivi, in cui sono espresse le nostre perplessità, preoccupazioni, proposte e giudizi che qui richiamiamo integralmente.

Il quadro normativo di riferimento in cui si sta sviluppando la sperimentazione è in pieno movimento. Il PSR 2005-2007, riconosce come strumento organizzativo ed operativo della sanità e del sociale nel territorio, la zona distretto, a partire da questo il PISR, che dovrà essere emanato dalla regione Toscana, dovrà essere segnato dalle sperimentazioni di integrazione come questa in atto in Valdera, e dovrà contenere, quindi, una programmazione integrata unitaria per i servizi e le prestazioni socio-sanitarie.

Rispetto alla situazione di partenza, il lavoro della Società della Salute, oltre alla produzione del Profilo di Salute e dell'Immagine, ha teso all'omogeneizzazione dei diversi

regolamenti (inizialmente 16) per l'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari nell'area della Valdera.

Il Sindacato Confederale, unitariamente, ha preso atto del nuovo regolamento e dei disciplinari per le prestazioni socio-sanitarie, sottolineando lo sforzo fatto ma rilevando che nonostante fossero state accolte alcune osservazioni fatte dal sindacato, restavano delle riserve sull'effettiva capacità del regolamento di favorire l'attuazione della continuità assistenziale e l'attuazione concreta del Punto Unico di Accesso. Ciò nonostante abbiamo convenuto sull'opportunità di avviare la sperimentazione del regolamento unico dei servizi avendo garantito dei punti di verifica e la disponibilità ad affrontare gli eventuali problemi. Un altro punto delicato del regolamento, ci sembra il rilievo riservato alle prestazioni di tipo economico rispetto alla erogazione di servizi, vorremmo a questo proposito riaffermare una posizione più volte espressa:

“quando si ipotizza l'intervento con sussidi in denaro, bisogna che l'erogazione di voucher o bonus sia assolutamente prevista all'interno di piani di assistenza personalizzati che prevedano anche altro, ad esempio formazione, aiuto nella ricerca di un lavoro, oppure forme di ricovero temporaneo, centri diurni, assistenza domiciliare..., che siano effettuate verifiche di efficacia dell'intervento in modo da non lasciare solo gli utenti. E' poi problematico valutare obiettivamente quanto l'erogazione dei bonus abbia corrisposto a criteri di efficienza, efficacia, qualità, ampliamento della platea degli assistiti, però bisognerebbe provare a farlo.” A proposito dei disciplinari, poi, va sottolineato che per problemi di tempo non è stato possibile discutere i disciplinari, pensiamo che la verifica del regolamento sarà l'occasione per una discussione approfondita dei disciplinari ed in particolare delle soglie ISEE fissate. Per quanto riguarda il regolamento in conclusione, non ci sembra completamente colto l'obiettivo di una integrazione piena dei servizi, intesa sia come integrazione socio-sanitaria, sia come integrazione di politiche per la salute che dipendano da amministrazioni diverse, quali le Istituzioni Scolastiche, il Centro per l'impiego etc. etc..

Per quanto riguarda la programmazione Operativa del PIS le OO.SS. hanno già espresso apprezzamento su programmi, obiettivi di intervento ed i relativi progetti operativi. Inoltre abbiamo convenuto con la SdS Valdera che il Piano Sociale di Zona 2006 sia l'estensione di quello del 2005. Quello che si chiede però è la possibilità di verificare i risultati concreti dei progetti 2005 in termini di utenza coperta, disagio superato ed efficacia ed efficienza degli interventi.

Per quanto riguarda gli anziani si fa riferimento e si assume il documento allegato, formulato unitariamente dai sindacati dei pensionati di CGIL CISL e UIL. Confermiamo anche qui la necessità di dare completa applicazione alla 402, di attribuire al territorio risorse adeguate e dedicate per la non autosufficienza; ricordiamo che l'obiettivo stabilito dalla regione Toscana è di raggiungere con l'Assistenza Domiciliare Integrata almeno il 3% della popolazione ultrasessantacinquenne. Pensiamo che gli obiettivi siano raggiungibili attivando concretamente il PUA e qualificando la rete dei presidi distrettuali. Ad esempio riteniamo che la gestione delle dimissioni precoci, non solo di anziani, dovrà avere come punto ordinatore il distretto e realizzarsi con uno stretto collegamento fra medico specialista dell'ospedale, il medico del distretto ed il MMG.

Dai dati relativi al bilancio dell'ASL 5 del 2004 si evince che il 5% previsto dal PSR come spesa per la prevenzione non è stato raggiunto (3,86%, in calo rispetto al 2003) sappiamo che il 5% è relativo a tutta la prevenzione, comprese ad esempio le vaccinazioni, ci piacerebbe avere i dati scomposti, capire la situazione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro in termini di risorse investite, personale occupato e risultati ottenuti.

Sottolineamo che l'ambito della formazione alla salute ed alla sicurezza ha una priorità fondamentale negli interventi verso i lavoratori extracomunitari e i lavoratori con contratti precari e/o temporanei, apprezziamo in questo ambito il progetto sui lavoratori Atipici in cui è impegnato il dipartimento.

Siamo assolutamente consapevoli che il PIS vede la luce in un quadro molto difficile dal punto di vista finanziario. Le ultime finanziarie e gli ultimi atti del governo dal taglio del 50% del Fondo Sociale Nazionale per il 2005 (comunicato dopo l'estate) confermato anche per il 2006 alla riduzione di fatto dei trasferimenti sanitari (nessun trasferimento legato al rinnovo contrattuale, non rispetto dei patti per il ripiano dei debiti pregressi), impongono di affrontare il problema di risorse per riuscire prima a confermare e poi a qualificare le politiche per la salute dei cittadini.

E' anche per questo che siamo molto preoccupati per la qualità e la quantità dei servizi socio-sanitari da erogare anche in questa zona e il nostro impegno è affinché cresca la infrastrutturazione distrettuale del territorio nel pieno rispetto dei diritti degli utenti dei servizi e degli operatori coinvolti nell'erogazione. A questo proposito vorremmo confrontarci sulle ipotesi di riorganizzazione delle presenze dei presidi sul territorio che vengono presentate nel piano. Siamo a richiedere un approfondimento su tutta quella parte, perché se siamo sicuramente d'accordo con una riorganizzazione che ottimizzi e qualifichi la presenza territoriale, siamo preoccupati che questo non significhi l'indebolimento di fatto della presenza sul territorio dei servizi e dei punti di erogazione delle prestazioni. Comunque insistiamo sul fatto che i processi siano coerenti anche dal punto di vista temporale, per cui un'estensione effettiva dell'ADI o di servizi domiciliari (ad esempio i prelievi) dovrà precedere la centralizzazione delle prestazioni e dei presidi. Infine chiediamo che si attivino per tempo tutti i tavoli necessari con le Categorie Sindacali di Riferimento.

In conclusione ci sembra importante confermare, nel pieno rispetto del protocollo sulle relazioni sindacali, la nostra volontà di confronto sul percorso di completamento e sulle fasi di realizzazione del Piano Integrato di Salute, sia per quanto riguarda le linee generali, bilancio compreso, sia per i progetti specifici.

Le valutazioni espresse attraverso le presenti osservazioni sui diversi contenuti programmatici del PIS, non faranno venir meno la necessità di una puntuale verifica delle singole azioni in esso previste, attraverso le forme di controllo definite nel protocollo delle relazioni sindacali che vorremmo rinnovare per adeguarlo alla nuova fase.

Pisa 27 febbraio 2006

CGIL – Pisa

CISL – Pisa

UIL – Pisa

D. ORGANIZZAZIONI SINDACALI DEI PENSIONATI CGIL-CISL-UIL di PISA

Oggetto: PIS – Settore Anziani

Le OOSS dei Pensionati CGIL – CISL – UIL, in linea con il parere scritto espresso dopo l'incontro del Settembre 2005, tengono a precisare il loro parere, in sintonia con il giudizio delle Confederazioni, rispetto al PIS della Vald'Era.

RICONFERMIAMO

Il nostro consenso sulla programmazione delle nuove RSA per aumentare i posti nelle strutture residenziali e semiresidenziali della zona e, quindi, far fronte alle esigenze che, attualmente, sono evidenziate dalle liste di attesa.

Siamo convinti della necessità di ampliare moduli previsti dalla DGR n° 402/2004, della programmazione certa di posti per Ospedale di Comunità e/o Hospices.

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Vorremmo conoscere il numero totale degli anziani non autosufficienti nei comuni della SDS della Vald'Era, e che nelle famiglie o nelle strutture residenziali, sono in carico ai servizi per le prestazioni sociosanitarie necessarie alla cura e all'assistenza. Questo c'è necessario per avere un parametro ed una proiezione della necessità di offerta di servizi sanitari e assistenziali.

ADI

Altro punto, per noi essenziale, diventano le scelte operative rispetto alla Assistenza Domiciliare Integrata, in modo da raggiungere, durante la sperimentazione, l'obiettivo stabilito dalla Regione Toscana di almeno il 3% della popolazione ultra sessantacinquenne.

Per dare compiutezza alla sperimentazione è opportuno sollecitare la Regione per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza definiti nei protocolli diagnostici per tutti i cittadini, i percorsi assistenziali per le malattie croniche e che maggiormente si manifestano tra gli anziani e dovranno prevedere anche percorsi assistiti (dimissioni programmate e protette) tra ospedale, ospedale di comunità e ADI.

A nostro avviso, è necessaria una maggiore puntualizzazione e chiarezza delle prestazioni socio sanitarie e assistenziali offerte dal Distretto; le ore disponibili delle specialistiche ed i punti di erogazione all'interno del territorio.

Riteniamo che la sperimentazione del Progetto Anziani, all'interno del PIS, avrà buoni risultati se funzioneranno realmente:

- Integrazione Ospedale – territorio
- Unità di Valutazione Multiprofessionale
- Il punto unico di accesso
- Coinvolgimento reale dei medici MMG
- I servizi di mantenimento per gli anziani, nel proprio domicilio, con patologie croniche e progressive anche se non completamente invalidanti

Siamo convinti in definitiva che la presa in carico dell'anziano e l'attivazione delle cure primarie sul territorio sono fra gli elementi essenziali per il concreto funzionamento dei servizi sociosanitari agli anziani. Chiediamo una definizione certa dell'applicazione delle cure primarie della SDS della Vald'Era.

Le Federazioni dei Pensionati, in linea con quanto richiesto dalle Confederazioni e con l'accordo di concertazione siglato con la SDS Vald'Era, sono a richiedere la possibilità di raggiungere intese scritte; sia sui progetti ed innovazioni che verranno messe in opera durante la sperimentazione, sia nella varie fasi di verifica nel corso della sperimentazione stessa.

Riteniamo questo percorso il corretto sistema di relazioni sindacali finalizzato alla vera contrattazione sociale.

Nell'attesa di incontrarvi distinti saluti

SPI – CGIL

FNP – CISL

UILP – UIL