

Tavolo tematico Salute e coesione sociale

Verbale della seduta

Venerdì 1 giugno 2012, alle ore 10,00, si è riunito presso la Sala Giunta di Palazzo Donini – come da convocazione con nota prot. n. 78005 del 18.05.2012 – il Tavolo tematico Salute e coesione sociale per illustrare i provvedimenti della Giunta regionale riguardanti il riordino e la razionalizzazione dei servizi del SSR.

Apri i lavori la Presidente Catiuscia Marini, affermando che la riforma consta di due atti predisposti dalla Giunta, un Disegno di Legge – che transiterà per competenza in Consiglio regionale - ed un documento riguardante le misure di riordino dei servizi del SSR, di promanazione diretta dall'organo esecutivo.

La premessa è metodologica e concerne l'iter di approvazione dei due atti:

il DDL vedrà un primo iter partecipativo presso la Giunta, da concludere entro il mese di giugno, per trasmettere la proposta definitiva in Consiglio, onde continuare poi la fase partecipativa presso il Consiglio stesso; sul documento concernente le misure di riordino del SSR, oltre al Tavolo tematico Salute e coesione sociale, sono previsti specifici incontri con gli operatori del servizio sanitario, di cui si faranno promotori, presso le singole Aziende, i Direttori Generali, oltre ad incontri con i sindaci promossi dal Presidente dell'ANCI Umbria, Vladimiro Boccali ed infine approfondimenti con i Sindacati e con i soggetti del terzo settore e associazioni no profit. L'iter partecipativo più articolato dovrà comunque concludersi con l'inizio del mese di luglio, per poi adottare la delibera di Giunta definitiva. Tale tempistica appare congrua anche rispetto ad alcuni obiettivi che le Regioni saranno chiamate a perseguire, in attuazione di misure decise dal Governo centrale nel quadro della cosiddetta "spending review".

La Presidente passa ad alcune riflessioni di carattere politico.

La calendarizzazione della riforma fatta dalla Giunta prevede di rendere operativo il nuovo ordinamento del SSR sul bilancio 2013, ovvero a valere dal 1 gennaio 2013.

Nodo fondamentale della riforma è la riorganizzazione delle Aziende territoriali in due USL rispetto alle attuali quattro e la modalità innovativa del rapporto tra Regione e Università degli Studi di Perugia in riferimento all'integrazione del servizio sanitario con le funzioni di didattica e ricerca della Facoltà di Medicina, in un quadro coerente con il D. Lgs. 517/1993, non contenuta in leggi precedenti.

Il DDL costituisce un disegno di legge quadro che assorbe la LR 3/1998 con le modifiche apportate nel 2000, integrandola con la legge 6/2011.

Punto innovativo contenuto nell'ultima parte del DDL, di particolare rilevanza, è rappresentato dalla modifica sostanziale del modello di finanziamento per quanto riguarda il rapporto tra le Aziende territoriali e le Aziende Ospedaliere, con governo unitario da parte della Regione. Parallelamente si stanno definendo i contenuti del Protocollo d'intesa per la disciplina dei rapporti tra Regione e Università, in coerenza con quanto indicato nel processo di riforma.

Molte regioni stanno adottando provvedimenti riguardanti singoli aspetti, mentre in Umbria si è scelto di varare un documento quadro strategico che in molte parti - non appena completato l'iter di approvazione - diventerà immediatamente efficace, mentre per altri aspetti dovrà essere tradotto in direttive alle Aziende per l'adozione di atti organizzativi e gestionali, di competenza delle Direzioni delle Aziende Sanitarie. Le misure di riordino devono essere coerenti con le scelte di programmazione finanziaria definite dal Governo centrale, in modo particolare nella misura del decreto convertito in legge nel luglio 2011 che riduce i fondi da destinare alla sanità a valere sulla programmazione 2013-2014, con un quadro di incertezza anche per l'anno attuale, visto che il piano di riparto adottato dalla Conferenza delle Regioni e PP.AA. è attualmente bloccato presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Ci potrebbero essere nuovi tagli non programmati che imporrebbero alle Regioni l'adozione di misure straordinarie per l'adeguamento. Mai la riduzione è stata concentrata in due annualità, con un anno a disposizione per adeguare la programmazione regionale (con 140 mln di € in meno e con le possibili conseguenze derivanti dalla annunciata manovra d'autunno sull'IVA).

Il quadro che si è voluto disegnare è unitario, affinché le singole misure contribuiscano a delineare un sistema che - nell'intento di salvaguardare la qualità del sistema stesso e garantire copertura e assistenza sanitaria universalistica – sia volto ad assicurare due elementi ineludibili: evitare la compartecipazione alla spesa del sistema sanitario con misure extra fiscalità generale e che l'intero bilancio regionale sia condizionato dalla sostenibilità del sistema sanitario (un articolo del Sole 24 ore individua nelle regioni Lombardia, Marche ed Umbria le uniche che nel 2011 hanno chiuso in sostanziale equilibrio per la sanità, senza oneri aggiuntivi a carico dei rispettivi bilanci regionali: l'intenzione è quella di garantire la medesima condizione anche per il 2013 ed il 2014).

Anche la fase partecipativa dovrà affrontare in prospettiva unitaria la riforma, a garanzia del mantenimento della qualità dei servizi, del mantenimento dei livelli del personale. La riforma parte con delibere adottate a fine del 2011, che riguardano essenzialmente la tecnostruttura, quali la creazione della Centrale unica del 118, il superamento dell'AUS e la riorganizzazione di una Centrale unica di committenza per l'approvvigionamento di beni e servizi e la gestione unitaria, su scala regionale del sistema assicurativo.

La Presidente passa la parola al Dott. Emilio Duca per illustrare dal punto di vista tecnico la proposta di riordino ed i punti salienti su cui si svilupperà il confronto.

Si parte dalla cornice programmatoria delineata nelle linee guida della riforma, tracciate nel documento del 26 settembre 2011, per proseguire con un percorso che può sintetizzarsi in tre fasi:

1. Fase di dicembre (logistica, sistema assicurativo, centrale unica 118);
2. Fase di maggio (documento di riordino e razionalizzazione del SSR, DDL sugli assetti istituzionali, Protocollo d'intesa Regione/Università verso un modello di Azienda ospedaliera integrata);

3. Fase della spending review, che maturerà nel secondo semestre 2012 e toccherà essenzialmente tre punti: la definizione delle nuove modalità di approvvigionamenti di beni e servizi, le misure riorganizzative relative al personale che le disposizioni del Patto per la salute impongono entro il 2012 e l'attivazione di un sistema di monitoraggio all'interno del Servizio sanitario, coordinato a livello di Direzione Regionale, delle tecnologie ad alto costo al fine di evitarne la duplicazione o costi aggiuntivi in caso di inutilizzo.

Il documento parte da una metodologia nuova che fotografa la realtà con i relativi numeri per illustrare le tendenze evolutive che la riforma intende tracciare.

Medicina del territorio:

a fronte di un aumento della cronicità la filosofia che ispira le relative politiche, sia sul piano della prevenzione, sia su quello dei servizi distrettuali, è quella della efficientizzazione del sistema, con il superamento della eccessiva frammentarietà e capillarizzazione degli interventi, per fornire maggiore continuità e qualità degli stessi (razionalizzazione e non razionamento del sistema). Ad esempio per le vaccinazioni si è scelto di concentrare i servizi in alcuni punti, con apertura in fasce orarie più consone e vicine alle esigenze delle famiglie.

Per gli screening, a parte un potenziamento dei livelli di adesione, specie per quello del colon retto, che vedrà il coinvolgimento dei medici di famiglia e dei medici specialisti ospedalieri, la novità è rappresentata sul versante tecnico dalla centralizzazione in un laboratorio unico regionale (per lo screening citologico e del colon retto), che consentirà non solo la realizzazione di economie di scala, ma altresì ma anche un miglioramento della qualità delle risposte, proporzionale al numero di letture che si fanno, evitando falsi positivi o negativi. Per lo screening mammografico è contemplata la costituzione di un pool unico di lettori, al fine di una migliore garanzia di qualità e sicurezza della refertazione.

Per la medicina distrettuale la riforma riguarda quattro grandi aree:

- *medicina generale* è in corso di definizione un nuovo accordo integrativo regionale con i MMG ed i PLS per la riaffermazione della centralità degli stessi nella governance clinica, anche attraverso l'evoluzione del modello professionale in forme di medicina di gruppo, di rete di professionisti, di associazionismo medico (già ben 510 su circa 750 professionisti lavorano con queste modalità) per una risposta del territorio che assicuri maggiore continuità e integrazione tra Medici di famiglia, medicina specialistica ed operatori dei *Centri di salute e delle Case della Salute* che ne costituiscono il modello evolutivo;
- Area quella delle *cure intermedie*, il disegno di riordino ne prevede il potenziamento. A partire dal dato fornito delle due Aziende ospedaliere regionali che vede il 76% (AO PG) ed il 78% (AO TR) della ricettività

dei reparti di medicina interna, destinata a pazienti ultrasettantacinquenni, in regime di ricovero si comprende come ci sia un elevato livello di inappropriately dei DRG.

E' importante pertanto portare a compimento quanto previsto già dalla programmazione già dal 2009 con il potenziamento dell'offerta assistenziale (fino 400 posti letto) destinata a pazienti - non così gravi da essere ospedalizzati, ma troppo gravi per essere gestiti a domicilio - presso le RSA, ovvero quelle strutture con degenza a ciclo continuativo, a prevalente assistenza infermieristica e governance clinica del MMG che attualmente ne conta 125; occorrerà provvedere – nel nuovo assetto della rete ospedaliera - alla riconversione delle funzioni di alcuni reparti di area medica che presentano sin da ora tale vocazione.

- Altra area riguarda le *liste di attesa*: dal luglio 2011 esiste un CUP regionale, per cui i cittadini umbri possono prenotare le prestazioni in qualsiasi punto dell'Umbria e sono state messe a sistema 21 prestazioni specialistiche a maggior utilizzo con i cosiddetti RAO (Raggruppamenti Omogenei di Attesa), che stanno ottenendo buoni risultati per i servizi rispetto ai quali i cittadini hanno priorità di accesso alle prestazioni. Il problema sussiste ancora per la cosiddetta "programmata" (controlli, follow up ecc), per cui i tempi sono ancora consistenti. E' previsto un rafforzamento del lavoro fatto con la creazione di una task force, di composizione mista regionale e aziendale, per il coordinamento di questi interventi.

Integrazione della rete ospedaliera

La rivisitazione e l'efficientizzazione del sistema di assistenza territoriale rende possibile la riorganizzazione della rete ospedaliera con obiettivi di appropriatezza ed integrazione e questi sono gli interventi a più elevato impatto economico. I circa 2950 posti letto degli ospedali umbri sono presenti su 15 presidi ospedalieri, con quasi la metà dei posti stessi collocati presso le due Aziende ospedaliere regionali. Occorre pertanto procedere a ridisegnare la rete in base agli obiettivi summenzionati, attraverso 5 direttrici fondamentali (sistema emergenza urgenza, alte specialità, chirurgie generali, medicine e punti nascita):

1. Sistema dell'emergenza – urgenza: la centrale operativa unica del 118 fa realizzare scarse economie, ma garantisce una governance unitaria del sistema attraverso:
 - a) la riorganizzazione dei dipartimenti di emergenza urgenza ed i presidi dell'emergenza in 4 grandi poli (Alta Umbria Castello- Branca, Perugia, Foligno Spoleto, Terni Orvieto) per le patologie tempo dipendenti (infarto, ictus e politrauma);
 - b) postazioni del 118. Creare rete, significa creare postazioni. Il documento non stabilisce quante, ma ne rimette la determinazione agli

accordi tra le Aziende e comunità locali. Attualmente in Umbria sono presenti 32 postazioni fisse, 4 auto medicalizzate, con 25 mln di Euro di costi fissi per il personale in standby. Da questi dati a scendere bisogna muovere per ridisegnare l'asset migliore al fine di coniugare sicurezza e controllo dei costi.

c) Trasporto sanitario bisogna ridisegnare le regole del trasporto primario e secondario ed è per questo che occorre una centrale che garantisca la governance unitaria del sistema.

2. Alte specialità: l'Umbria è caratterizzata fin dal 1995 dalla presenza di due Aziende di alta specialità a Perugia e Terni. L'evoluzione e la sostenibilità del sistema porta verso un modello integrato di Azienda ospedaliera, in grado di coniugare le esigenze didattiche e di ricerca con la qualità assistenziale dei servizi ospedalieri.

Le alte specialità principali sono la cardiocirurgia, la neurochirurgia e la chirurgia toracica. Neurochirurgia: l'evoluzione del sistema non può essere che quella di avere due poli, per i buoni livelli dimostrati di efficientizzazione, con uno sforzo di progressiva specializzazione dei professionisti, non ovviamente sull'emergenza, ma sull'attività elettiva ed una più forte integrazione tra i due presidi.

La cardiocirurgia deve uniformarsi verso una struttura unica interaziendale, come la chirurgia toracica, che lo è già, visto che la casistica attesa per la cardiocirurgia è di 800-900 interventi l'anno e che soltanto 600 pazienti umbri si operano nelle nostre strutture. Obiettivo è rafforzare la capacità attrattiva della cardiocirurgia ternana, (naturalmente portata ad attirare i pazienti di una regione come il Lazio, con piani di rientro) e realizzare un modello integrato in quella di Perugia, conquistando capacità attrattiva verso l'alta Umbria, che spesso ha tendenza a migrare in altre regioni.

3. Medicine in Umbria: ne esiste una in ogni presidio ospedaliero e più strutture complesse di medicina interna nelle due Aziende ospedaliere di Perugia e Terni. La tendenza, sia pure non come misura immediatamente operativa, deve essere quella di convertire parte delle strutture di medicina per l'attivazione di posti letto in RSA, al fine di ridurre DRG inappropriati in medicina. Anche i day hospital non terapeutici, ma diagnostici devono essere evitati e trasformati in day service.
4. Chirurgie generali e specialistiche. Introduzione di due concetti fondamentali quello che potrebbe essere definito come "interscambio di professionisti" e "pool di professionisti itineranti".
In Umbria si assiste infatti ad una migrazione dei pazienti per interventi chirurgici per un ammontare pari a 28/30 milioni di Euro (16 solo per la chirurgia ortopedica), causa lunghe liste di attesa.

Obiettivo è quindi quello di consentire ai professionisti delle due Aziende ospedaliere di fare attività anche sui presidi del territorio ed in qualche caso di elevata complessità al professionista dei presidi ospedalieri di territorio di potere operare anche presso le due Aziende, per garantire, attraverso un processo di integrazione, l'ampliamento della offerta, al fine di aggredire i fenomeni di mobilità sanitaria passiva.

Al fine di implementare l'offerta nel settore dell'ortopedia per il territorio del perugino si ritiene necessaria la realizzazione di un'ulteriore struttura operativa.

5. Punti nascita. Non è possibile parlarne senza esaminare i dati. In Umbria si registrano 8200 parti l'anno, in 11 punti nascita. Oltre la metà delle nascite si concentrano in tre ospedali, Perugia, Terni e Foligno, con 6 PN sotto i 500 parti annui (alcuni che si attestano tra 300-400). Nello specifico si può ipotizzare una graduale revisione di tale rete, con la riduzione di 2-3 PN in base a quattro criteri:

- Volumi storici di attività;
- Flussi attuali dell'utenza;
- Localizzazione geografica dei punti nascita, tenendo in considerazione le principali direttrici delle vie di comunicazione;
- Requisiti minimi di organizzazione tenendo conto degli standard di sicurezza.

Tale operazione non comporterà risparmi immediati, visto che il personale dei PN soppressi sarà semplicemente dirottato per potenziare gli altri PN della rete; tuttavia il blocco temporaneo delle assunzioni in questo settore, consentirà il rafforzamento di altri settori che si intendono potenziare (quale ad esempio quello della ortopedia).

La parola passa all'Assessore alla Tutela della Salute, Franco Tomassoni, il quale esordisce con alcune considerazioni sui due documenti che caratterizzano il riordino del SSR.

La preoccupazione principale è stata quella di rendere compatibile il sistema sanitario regionale con le risorse attualmente a disposizione e quelle a disposizione in futuro (ulteriore preoccupazione, oltre a quanto già esposto dalla Presidente Marini, è quella della potenziale compartecipazione alla spesa, – circa 2 miliardi di euro a livello nazionale - per cui il Governo centrale aveva inizialmente prospettato la fiscalizzazione, ma che dalle ultime notizie sembra non più ipotizzabile).

L'Assessore ringrazia preliminarmente il Direttore e gli uffici dell'Assessorato per la diligenza e la professionalità dimostrata nel lavoro svolto, lavoro di riordino senza precedenti per la metodologia utilizzata. Richiamo alla responsabilità di tutti gli attori del sistema nella fase della concertazione, visti i tempi strettissimi per rendere operativa la riforma per la quale è stata stabilita,

nei documenti e nelle deliberazioni dalla Giunta, una calendarizzazione a ritmi serrati per ogni singolo intervento.

L'Assessore fa rilevare quanto la riforma abbia operato l'esaltazione del ruolo fondamentale dell'Università degli Studi di Perugia per il sistema sanitario regionale con la necessità di una forte integrazione, non solo per quanto riguarda la formazione degli operatori, ma anche a garanzia della qualità e della sicurezza dei servizi.

L'operazione di riordino ha aggredito volutamente soltanto alcuni capitoli del sistema che andavano affrontati nell'immediato; sono stati invece volutamente tralasciate altre questioni che ci si riserva di affrontare in un secondo momento (quale ad esempio tutta la tematica dell'integrazione socio-sanitaria che, considerate le caratteristiche demografiche regionali, non potrà essere pretermessa).

Va sottolineata comunque la necessità di coesione, con un forte ruolo di governance regionale, che non lascia alcuno spazio a "egoismi localistici", che, se assecondata, potrebbero prospettare scenari drammatici.

Si aprono gli interventi, in base all'ordine delle iscrizioni a parlare, con Mario Bravi, Segretario generale CGIL Umbria.

Nel condividere l'impostazione complessiva del riordino, occorrerà tuttavia, sia pure nel rispetto dell'autonomia legislativa regionale, avviare momenti di contrattazione con le OO.SS. per gli aspetti relativi ai diritti dei lavoratori impegnati ad operare in questo sistema, che pure presenta indubbi elementi di qualità, ad invarianza fiscale.

Va bene la necessità di razionalizzare risorse e il riordino dei servizi, ma questo dovrà coniugarsi con le politiche sul personale sulle quali sarà necessario sviluppare un confronto; occorre notare infatti che tra gli elementi che hanno consentito al SSR umbro il raggiungimento di livelli di eccellenza vi sono anche gli elevati standard di produttività degli operatori del settore e l'utilizzo di forme di precariato.

Circa il rapporto tra Università e servizio sanitario, di cui si condivide l'impostazione, dovrà effettuarsi un percorso di coinvolgimento dei lavoratori e delle loro rappresentanze all'interno dell'Università, affinché possano apportare il loro fondamentale contributo.

A proposito delle riforme che stanno coinvolgendo a vario titolo la regione Umbria (riforma endoregionale, unioni dei comuni ecc.) si sottolinea la necessità di una chiave di lettura unitaria ed omogenea per affrontarne i contenuti (raccordo tra riforma istituzionale e riforma organizzativa delle ASL).

Interviene per la CISL Umbria, il Segretario regionale, Claudio Ricciarelli, che anticipa un imminente approfondimento dei documenti con i quadri del sindacato, rinviando allo stesso per un giudizio ponderato sulla stessa. A proposito delle considerazioni di carattere generale, possibili allo stato, si condivide il fatto che il processo di riforma è una necessità, nonostante la

buona prova di sé offerta fino ad oggi dal servizio sanitario regionale. E' necessario provvedere ad eliminare tutto ciò che risulta inutile e potenziare servizi attualmente carenti, nel quadro di un sistema sostenibile che continui a garantire ai cittadini umbri i livelli essenziali di assistenza, che sia attento alle politiche di valorizzazione del personale sanitario e che preveda forme di compartecipazione alla spesa basate su criteri di equità.

Il giudizio personale è comunque che molti aspetti del riordino vanno nella direzione giusta, altri vanno meglio approfonditi. Si tratta di due atti che ridisegnano il PSR, definendo le linee del futuro Piano.

Positivo il giudizio sul progetto di integrazione delle Aziende ospedaliere con l'Università, a patto che vengano approfonditi tre elementi:

- per gli aspetti relativi alla ricerca è necessario aprire gli orizzonti oltre i confini della nostra Regione;
- si concorda sulla previsione dell'Organo di indirizzo unico, purché allo stesso siano riconosciuti poteri effettivi di governo, a garanzia di una gestione unitaria e coordinata dell'Azienda ospedaliero universitaria;
- necessità di un confronto preventivo con le OO.SS. per governare i riflessi della riforma sul personale delle Aziende.

Si concorda a proposito della nuova definizione del sistema ospedaliero regionale, ma alcuni approfondimenti andranno dedicati alle chirurgie.

Il punto critico del sistema sanitario umbro è costituito senz'altro dalla carenza dei servizi territoriali e dalla eccessiva ospedalizzazione che ne rappresenta il contraltare. Il parametro per valutare il successo del processo di riordino sarà costituito dalla risposta a questa problematica.

Alcuni approfondimenti andranno previsti a proposito di:

- potenziamento massimo, sia pure nel rispetto delle competenze che la riforma affida alle costituenti Aziende USL, del livello distrettuale (con la possibile previsione di un sistema di partecipazione che coinvolga oltre ai Sindaci, anche forme di associazionismo e soggetti del terzo settore);
- dimensione territoriale dei distretti possibilmente coerente con la riforma endoregionale sulle unioni dei Comuni;
- per i Centri per la Salute o future Case della Salute occorre mettere in campo un modello di integrazione dei servizi uniforme su tutto il territorio;
- in riferimento al sistema emergenza-urgenza, si concorda sulla impostazione della centrale unica, ma sarebbe interessante prospettare un accordo, magari con Regioni limitrofe, per il servizio di elisoccorso;
- a proposito dei sistemi di finanziamento, gli stessi potrebbero essere ottimizzati attraverso la previsione di una serie di indicatori di efficienza, di costi standard, che consentano di prevedere incentivi per le gestioni più virtuose.

- circa le politiche del personale si concorda con il Segretario CGIL sulla necessità di un confronto con le OO.SS.

La parola passa a Marina Toschi che interviene come ex Consigliera di Parità della Regione Umbria, che nel riconoscere la bontà della riforma, espone alcuni spunti di riflessione.

L'intenzione è quella di evitare la discriminazione per maternità.

La Regione Umbria ha sottoscritto l'Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante *“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”*, noto come i 10 punti di Fazio

Le donne scelgono dove andare a partorire ma occorrono strutture dedicate. La nostra Regione, anche in tempi economicamente più floridi, non ha scelto di adottare il modello delle case di maternità che consentono non solo di demedicalizzare la nascita, ma anche di realizzare importanti economie (ci sono due proposte in Consiglio regionale volte a realizzarle).

Si concorda sul fatto che i punti nascita devono essere individuati in strutture qualificate, in grado di garantire madre e nascituro, ma c'è da affrontare ancora il problema dell'eccessivo ricorso ai parti cesarei, che comunque costituiscono una causa di diminuzione delle nascite e su cui c'è da lavorare.

Secondo punto di riflessione riguarda – a proposito del modello di integrazione individuato dalla riforma tra SSR e Università - la scarsa attenzione che la formazione universitaria riserva al territorio. Sul territorio sono presenti numerose buone pratiche che andrebbero divulgate tra gli operatori, cosa che in realtà non avviene, in quanto la formazione degli operatori sanitari è una formazione esclusivamente ospedaliera.

La Presidente Marini precisa che rispetto ai 10 punti di Fazio la Regione non è inadempiente, ma semplicemente che il Ministero non ha fornito la necessaria copertura finanziaria per la loro realizzazione.

L'intervento passa a Claudio Bendini, Segretario generale UIL Umbria, che dal punto di vista metodologico condivide l'approccio sistematico e globale del riordino.

Si prende atto del modello adottato, pur non nascondendo che si sarebbe preferita l'articolazione su una Azienda sanitaria territoriale ed una ospedaliera. Viene apprezzata anche la logica generale del riordino, salvo alcuni punti che meritano specifici approfondimenti.

Nel riservarsi comunque un giudizio specifico derivante da un esame più approfondito dei documenti trasmessi, alcune riserve riguardano:

- il sistema complessivo punta su un incremento della qualità dei servizi, ma manca una struttura a livello regionale che la valuti; andrebbe previsto anche un sistema che consenta il controllo di gestione,
- si ribadisce che l'aumento della spesa per la sanità è dovuto all'incremento dei costi di beni e servizi ed è incidendo su questi e non sulla spesa per il personale che si potranno realizzare significative economie di spesa;
- la partecipazione dei cittadini alla governance della sanità dovrebbe essere garantita in modo sistematico, con sistemi tipo le conferenze dei servizi di qualche tempo fa.

La parola passa ad Alessandra Garavani, Presidente Lega Coop Umbria, che sottolinea l'importanza della riforma sanitaria in fieri nel contesto attuale, con la definizione del ruolo che il privato sociale può avere in tale processo riorganizzativo. Infatti il privato può svolgere una funzione sussidiaria, che in futuro potrebbe delinearci anche in termini di investimenti, con modalità condivise che nulla toglierebbero al ruolo centrale delle istituzioni pubbliche. Si è parlato della necessità di potenziamento dei servizi territoriali e del ricorso alle Residenze Sanitarie Assistite come risposta importante ad alcuni bisogni; c'è da sottolineare che non sempre i posti disponibili sono effettivamente utilizzati.

Si approva il trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio, ma occorre che il sistema nel suo complesso vada calibrato sui bisogni effettivi dei cittadini.

Altro aspetto da sottolineare è la necessità di favorire la partecipazione dei cittadini al processo di riforma con la possibilità di prevedere audit civici per la valutazione della qualità percepita dei servizi .

La Presidente Marini passa la parola al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Perugia. Il Prof. Bistoni sottolinea che quella in esame costituisce una buona riforma, considerato che l'attuale SSN risale al 1978, con una riforma avvenuta nel 1992 ed è quindi un sistema modellato sulla società degli anni '60. Molto da allora è cambiato ed occorre quindi calare il riordino sugli scenari socio-economici e scientifico-tecnologici attuali.

La crescita esponenziale del numero degli anziani prevista nei prossimi 15 anni comporterà un'implosione del sistema del welfare. Occorrerà cambiare l'impostazione culturale per approcciare tale problematica.

Il sistema sanitario umbro è stato un buon sistema, con un problema di fondo rappresentato dalla scarsa integrazione e dalla carenza di coordinamento, in quanto vi è stata la prevalenza dei particolarismi locali.

Nasce pertanto in modo opportuno il concetto di rete che consente di costruire un sistema più snello e sinergico, di cui l'Università degli Studi di Perugia viene chiamata a fare parte integrante.

Tramite l'intesa che costituisce l'Azienda integrata ospedaliero universitaria sono state definite le basi del nuovo sistema, che andranno implementate

tuttavia con la definizione degli ulteriori documenti che dovranno determinare in termini concreti l'integrazione vera del sistema stesso, consentendo l'apertura verso il territorio (il Rettore specifica che non compete all'Università la formazione dei MMG, ma che per quanto riguarda la formazione degli specializzandi e del personale delle professioni sanitarie di pertinenza, l'intenzione è quella di un più forte coinvolgimento dei territori).

Occorrerà altresì rivisitare alcune criticità (quale il ricorso eccessivo all'ospedalizzazione durante i week end), riportando alle competenze specifiche le varie componenti del sistema. Impegno ad un incontro preliminare con le OO.SS. per un confronto sulle tematiche d'interesse.

L'ultimo intervento è quello di Carlo Di Somma, Forum Terzo settore.

Si incoraggia a compiere una riforma vera ed effettiva che, oltre al necessario contenimento dei costi, punti sulla qualità e l'efficienza del sistema. Si segnala il ruolo fondamentale del volontariato, delle associazioni dei familiari che si provvederà a coinvolgere, ma altresì del mondo della cooperazione, intesa non soltanto come cooperazione sociale, ma altresì come cooperazione di capitale e sanitaria.

La riforma sarà occasione anche per eliminare alcune criticità che vengono segnalate provenire dal territorio, come alcuni bandi di un'Azienda USL volti al reclutamento di personale socio-assistenziale e non socio-sanitario, di cui invece si avverte necessità di potenziamento degli organici.

Dopo i ringraziamenti per i primi contributi apportati, la Presidente conclude la seduta con alcune indicazioni di metodo. Per ogni punto sono stati indicati azioni ed obiettivi da perseguire; alcuni di essi sono di immediata realizzazione, altri abbisognano di approfondimenti tecnici e sanitari.

Circa la tempistica, le osservazioni sul documento di riordino dovranno pervenire entro la fine di giugno, per consentire anche alla Giunta di predisporre gli atti conseguenti. Oltre alla partecipazione organizzata in incontri con i diversi soggetti, anche su iniziativa dei Direttori Generali delle sei Aziende, è prevista la possibilità di un'ulteriore convocazione del Tavolo tematico. Sul DDL si accettano indicazioni prima della trasmissione al Consiglio regionale, che avvierà a sua volta la fase partecipativa sull'atto.