

SOMMARIO

SEZIONE II

ATTI DI PROGARMMAZIONE

Consiglio Regionale
- Deliberazioni

DELIBERAZIONE 16 luglio 2008, n. 53

Piano sanitario regionale 2008 - 2010. *pag. 3*

- Ordini del giorno

Ordine del giorno n. 10 approvato nella seduta del Consiglio regionale del 16 luglio 2008 e collegato alla deliberazione 16 luglio 2008, n. 53 (Piano sanitario regionale 2008 - 2010). " 430

SEZIONE II

ATTI DI PROGARMMAZIONE

Consiglio Regionale

- Deliberazioni

DELIBERAZIONE 16 luglio 2008, n. 53

Piano sanitario regionale 2008 - 2010.

Il Presidente mette in approvazione la seguente proposta di deliberazione:

Il Consiglio regionale

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), e successive modifiche ed integrazioni;

Richiamato il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, con il quale è stato approvato il piano sanitario nazionale 2006 - 2008;

Visto il decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 (Disposizioni in materia di federalismo fiscale a norma dell'art. 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133);

Richiamata la legge regionale 11 agosto 1999, n. 49 (Norme in materia di programmazione), come modificata dalla successiva legge regionale 15 novembre 2004, n. 61, che definisce le finalità della programmazione regionale e ne individua gli strumenti e modalità di attuazione ed il relativo regolamento di attuazione approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale 2 novembre 2006, n. 51/R (Regolamento di disciplina dei processi di valutazione integrata e di valutazione ambientale degli strumenti di programmazione di competenza della Regione in attuazione dell'articolo 16 della legge regionale 11 agosto 1999, n. 49 "Norme in materia di programmazione regionale" e dell'articolo 11 della legge regionale 3 gennaio 2005, n. 1 "Norme per il governo del territorio");

Richiamata la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale), ed in particolare l'articolo 18, comma 2, ai sensi del quale il piano sanitario regionale (PSR) è approvato con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, nell'anno di inizio del quinquennio al quale si riferisce la programmazione e che pertanto all'inizio della prossima legislatura dovrà essere approvato il nuovo PSR con durata quinquennale;

Preso atto che ai sensi dell'articolo 142, comma 3, delle disposizioni transitorie della l.r. 40/2005, il PSR 2005 - 2007, è prorogato fino all'anno 2009, salvo aggiornamento alla scadenza del triennio;

Ritenuto necessario, in considerazione dell'avvenuta scadenza del triennio, procedere all'aggiornamento del PSR 2005 - 2007;

Richiamata la risoluzione del Consiglio regionale 19 luglio 2006, n. 13 con la quale è stato approvato il programma regionale di sviluppo 2006 - 2010;

Ritenuto opportuno, al fine di consentire all'inizio della prossima legislatura il previsto riallineamento temporale tra l'atto di programmazione sanitaria regionale ed il programma regionale di sviluppo, che il presente PSR, da intendersi quale aggiornamento del PSR 2005 - 2007, debba avere validità fino all'anno 2010;

Tenuto conto che la Giunta regionale ha definito la proposta di PSR 2008 - 2010 in conformità alla l.r. 49/1999, e successive modifiche ed integrazioni, ed al relativo regolamento di attuazione approvato con d.p.g.r. 51/R /2006;

Preso atto che il quadro riepilogativo delle risorse finanziarie è dettagliatamente riportato al paragrafo 7 del rapporto di valutazione, (Allegato C), parte integrante della presente deliberazione, e che tali importi sono coerenti con le previsioni contenute nel documento di programmazione economica e finanziaria (DPEF) 2008 nonché, per le somme relative al fondo sanitario regionale e alle risorse regionali per gli investimenti, con gli stanziamenti iniziali del bilancio di previsione 2008 e pluriennale 2008/2010;

Espletate le procedure di cui all'articolo 48 dello Statuto regionale;

Visto il parere positivo del Nucleo unificato regionale di valutazione e verifica degli investimenti pubblici della Toscana (NURV) espresso in data 28 febbraio 2008;

Considerato i positivi esiti delle attività di concertazione poste in essere;

Preso atto che il PSR 2008 - 2010 è costituito da due parti denominate, ai fini della presente deliberazione "Allegato A" relativo al PSR 2008 - 2010 - documento di piano e "Allegato B" relativo al PSR 2008 - 2010 - allegati e che quest'ultimo allegato B è costituito da un numero di sette allegati, di seguito elencati e denominati:

- Allegato 1: I livelli di assistenza;
- Allegato 2: Orientamenti generali per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali;

- Allegato 3: I livelli di assistenza socio sanitaria;
- Allegato 4: Pesi attribuiti alle classi di età per livello e sottolivello di assistenza;
- Allegato 5: Protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e le Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena;
- Allegato 6: Protocollo d'intesa in tema di salute tra la Regione Toscana e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;
- Allegato 7: I procedimenti per la verifica di compatibilità (ai fini dell'autorizzazione per la realizzazione e l'ampliamento di strutture sanitarie) e per la verifica di funzionalità (ai fini dell'accreditamento): criteri, modalità e ambiti di applicazione;

Preso atto che è in corso di definizione il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di revisione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nazionali, di cui all'allegato 1 del presente piano, e quindi del necessario adeguamento da parte della Giunta regionale che dovrà darne comunicazione al Consiglio regionale;

Vista la legge regionale 21 dicembre 2007, n. 68 (Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2008 e bilancio pluriennale 2008/2010) con la quale è stato approvato il bilancio di previsione 2008 e pluriennale 2008/2010;

DELIBERA

1. di approvare il PSR 2008 - 2010, da intendersi quale aggiornamento del PSR 2005 - 2007, formato da due parti, costituenti parti integranti e sostanziali della presente deliberazione, di cui agli allegati A e B, quest'ultimo composto a sua volta dai seguenti sette allegati:

- Allegato 1: I livelli di assistenza;
- Allegato 2: Orientamenti generali per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali;
- Allegato 3: I livelli di assistenza socio sanitaria;
- Allegato 4: Pesi attribuiti alle classi di età per livello e sottolivello di assistenza;
- Allegato 5: Protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e le Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena;
- Allegato 6: Protocollo d'intesa in tema di salute tra la Regione Toscana e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;

- Allegato 7: I procedimenti per la verifica di compatibilità (ai fini dell'autorizzazione per la realizzazione e l'ampliamento di strutture sanitarie) e per la verifica di funzionalità (ai fini dell'accreditamento): criteri, modalità e ambiti di applicazione;

2. di approvare il rapporto di valutazione, di cui all'allegato C, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

3. di disporre che all'attuazione del presente PSR, compresi il riparto e l'assegnazione delle risorse alle aziende sanitarie in relazione alla determinazione del loro fabbisogno ai sensi della l.r. 40/2005, provveda la Giunta regionale secondo i criteri e le percentuali indicate nel presente atto e sulla base di quanto previsto dalla normativa regionale in materia;

4. di prevedere che, a seguito dell'emanazione del prossimo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di revisione dei LEA nazionali, in corso di adozione, la Giunta regionale proceda all'eventuale adeguamento dei LEA, di cui all'allegato 1 del presente piano, dando comunicazione al Consiglio regionale.

Il presente atto è pubblicato integralmente, comprensivo degli allegati A, B e C, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lett. d) della l.r. 23/2007 e nella banca dati degli atti amministrativi del Consiglio regionale, ai sensi dell'articolo 18, comma 2, lettera c) della medesima l.r. 23/2007.

Il Consiglio approva

con la maggioranza prevista dall'articolo 26 dello Statuto.

Il Presidente
Angelo Pollina

I Segretari
Giuseppe Del Carlo
Bruna Giovannini

SEGUONO ALLEGATI

ALLEGATO A

Documento di piano

PIANO SANITARIO REGIONALE

Aggiornamento ai sensi dell'articolo 18, comma 3 e
dell'articolo 142, comma 3 della legge regionale n. 40 del 2005

Sommario

Parte Prima

UN PIANO PER LA SALUTE, UNA SANITÀ D'INIZIATIVA

1. Quadro normativo e programmatico

- 1.1 Premessa
- 1.2 Riferimenti normativi
- 1.3 Le relazioni con altri atti di programmazione

2. Quadro analitico

- 2.1 Base di conoscenza disponibile
- 2.2 Scenari di riferimento: variabili esogene ed endogene
- 2.3 Lo stato di salute della popolazione
- 2.4 I principali indirizzi strategici perseguiti con i precedenti cicli programmatici
- 2.5 La sanità come volano di sviluppo economico
- 2.6 Valutare per migliorare
- 2.7 Il confronto con altre realtà nazionali e internazionali

3. Valori, principi e obiettivi generali

- 3.1 I Principi ispiratori e le finalità cui tendere attraverso le politiche di Piano
- 3.2 Le scelte strategiche del Piano
- 3.3 Gli obiettivi generali

Parte Seconda

OBIETTIVI SPECIFICI E AZIONI

4. Un piano per il cittadino: i grandi progetti

- 4.1 Un'interfaccia trasparente fra il sistema e il cittadino: il CUP di Area Vasta e la Carta sanitaria del cittadino
 - 4.1.1 Il CUP di Area Vasta
 - 4.1.2 La "Carta sanitaria" personale
- 4.2 Il pronto soccorso: la porta dell'ospedale. I percorsi di miglioramento
 - 4.2.1 Sul versante territoriale
 - 4.2.2 Sul versante ospedaliero
- 4.3 Dalla medicina di attesa alla sanità di iniziativa
 - 4.3.1 La sanità di iniziativa in ambito territoriale. Il Chronic Care Model
 - 4.3.2 La sanità di iniziativa nell'assistenza ospedaliera
 - 4.3.3 La sanità di iniziativa nell'ambito materno infantile
 - 4.3.3.1 Contrasto all'obesità infantile e promozione di sani stili di vita in età pediatrica
 - 4.3.3.2 L'offerta consultoriale per le immigrate
 - 4.3.3.3 Sordità infantile: diagnosi precoce e trattamento del deficit neonatale
 - 4.3.3.4 Prevenzione dentale in età evolutiva
- 4.4 La rete ospedaliera
 - 4.4.1 Riqualificare i piccoli Ospedali
 - 4.4.2 Graduare l'Ospedale per intensità di cura
- 4.5 Sviluppo e ricerca
- 4.6 La valutazione come metodo di lavoro

5. Un Piano per cogliere le nuove opportunità nei livelli di assistenza

- 5.1 Le scelte e le alleanze per la promozione della salute
- 5.2 La prevenzione collettiva
 - 5.2.1 Igiene e sanità pubblica. Prevenzione e controllo delle malattie infettive
 - 5.2.2 Lavoro e salute
 - 5.2.3 Igiene degli alimenti e della nutrizione
 - 5.2.4 Alimentazione e salute
 - 5.2.5 Sicurezza alimentare
 - 5.2.6 Sanità Pubblica Veterinaria
 - 5.2.7 Sport e salute
 - 5.2.8 Medicina legale
 - 5.2.9 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di vita
 - 5.2.10 Incidenti stradali
 - 5.2.11 Il coordinamento interistituzionale
- 5.3.1 Il sistema delle cure primarie integrato
- 5.3.2 Il punto unico di accesso. Unità di valutazione multidisciplinare
- 5.3.3 La rete delle “Cure intermedie” – l’offerta per livelli di intensità
 - 5.3.3.1 Nutrizione Artificiale Domiciliare
 - 5.3.3.2 La rete delle Cure Palliative e l’Hospice
- 5.3.4 L’attività fisica degli anziani e l’Attività Fisica Adattata
- 5.4 L’Ospedale come valore per la collettività
 - 5.4.1 L’ospedale per intensità di cure
 - 5.4.2 Piccoli Ospedali
- 5.5 Il sistema dell’emergenza fra ospedale e territorio
 - 5.5.1 L’emergenza urgenza territoriale
 - 5.5.2 La gestione del trauma in rete
 - 5.5.3 La rete regionale e di Area Vasta delle terapie intensive
 - 5.5.4 La terapia iperbarica nella Regione Toscana
- 5.6 Le Azioni programmate ed i Progetti Obiettivo
 - 5.6.1 Le Azioni Programmate
 - 5.6.1.1 La rete Oncologica
 - 5.6.1.2 Il percorso assistenziale del paziente con ictus
 - 5.6.1.3 L’organizzazione del sistema trapianti
 - 5.6.1.4 Il Piano Sangue
 - 5.6.1.5 La cooperazione internazionale
 - 5.6.1.6 Medicine Complementari (MC) : la Rete di medicina integrata
 - 5.6.1.7 Riabilitazione
 - 5.6.1.8 Prevenzione delle malattie infettive e delle infezioni ospedaliere
 - 5.6.1.9 Il percorso di diagnosi e cura delle maculopatie degenerative
 - 5.6.1.10 La rete specialistica per la diagnosi e la cura delle malattie rare
 - 5.6.1.11 Diagnostica predittiva e medicina personalizzata
 - 5.6.1.12 Assistenza termale
 - 5.6.1.13 Il patrimonio scientifico, documentario ed artistico delle aziende sanitarie
 - 5.6.1.14 Assistenza religiosa
 - 5.6.2 Progetti Obiettivo
 - 5.6.2.1 Salute Mentale

5.6.2.1.1 La promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza

5.5.2.1.2 Diagnosi precoce, presa in carico interprofessionale e continuità delle cure dall'infanzia all'età adulta dei disturbi dello spettro autistico

5.6.2.2 Dipendenze

5.6.2.3 Disabilità

5.6.2.4 Anziani

5.6.2.5 Materno Infantile e Consultori

5.6.2.6 Salute Immigrati

5.6.2.7 La salute in carcere

6. I progetti speciali del Piano Sanitario 2005–2007. I risultati raggiunti e le criticità emerse

6.1 Le azioni per la prevenzione e la cura dei tumori

6.2 Attivazione di interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana

6.3 Il controllo del dolore come diritto del cittadino

6.4 L'Odontoiatria: un percorso sostenibile

6.5 Nascere in Toscana

6.6 Il percorso organizzativo "Artroprotesi dell'anca – Ortopedia chirurgica" come modello di programmazione e governo clinico

6.7 Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliero

6.8 Le unità di cure primarie, un nuovo modello organizzativo territoriale

6.9 Visite specialistiche: un obiettivo di qualità

6.10 Alimentazione e salute

6.11 La salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti

6.12 La sicurezza alimentare

7. Gli orientamenti per lo sviluppo. Le nuove sfide

7.1 La Formazione

7.1.1 Il fabbisogno delle professioni sanitarie

7.1.2 Formazione continua

7.1.3 Formazione per il management

7.2 Ricerca, innovazione e governance

7.3 Il Sistema informativo per la salute, unitario e integrato

7.4 Il Governo clinico: scelta di appropriatezza

7.4.1 Governo Clinico: qualità e appropriatezza clinica e organizzativa

7.4.2 Le attività del "governo clinico": linee guida e percorsi assistenziali

7.4.3 La valutazione delle tecnologie nel sistema regionale e d'area vasta (HTA)

7.5 Qualità e sicurezza

7.5.1 L'Accreditamento istituzionale e l'evoluzione verso l'eccellenza

7.5.2 La prevenzione e gestione del rischio clinico, e l'ergonomia del sistema

7.5.2.1 Rischio Radiazioni ionizzanti

7.5.3 Verso l'accreditamento dei servizi sociali e socio-sanitari

7.6 Umanizzazione, etica nelle cure e di fine vita

7.7 La politica del farmaco e per l'uso appropriato dei dispositivi medici

8. Gli strumenti di governo e di gestione

8.1 Comunicazione per la salute e per la partecipazione

8.1.1 La comunicazione per la salute – reti e marketing socio-sanitario

8.1.2 Partecipazione – Il sistema carta dei servizi e gli strumenti di tutela

8.1.3 Il percorso privacy

8.2 La programmazione

8.2.1 Il procedimento di programmazione

-
- 8.2.2 La partecipazione nel procedimento di programmazione
 - 8.3 ESTAV: verso un moderno ed efficiente centro servizi
 - 8.4 Valorizzazione delle risorse umane, produttività e responsabilità di governo
 - 8.5 Le relazioni di sistema
 - 8.5.1 Le Università
 - 8.5.2 Gli altri soggetti del sistema
 - 8.5.3 Gli Istituti scientifici
 - 8.5.4 Le relazioni con le imprese private
 - 8.5.5 Le convenzioni mediche
 - 8.5.6 Le relazioni con il terzo settore
 - 9. Le risorse**
 - 9.1 Il governo delle risorse economico finanziarie
 - 9.1.1 Il governo delle specificità geografiche: Aree insulari e montane
 - 9.2 Gli investimenti

Parte Prima

UN PIANO PER LA SALUTE,
UNA SANITÀ D'INIZIATIVA

1. Quadro normativo e programmatico

1.1 Premessa

Il presente documento costituisce un aggiornamento del Piano Sanitario Regionale 2005–2007, ai sensi degli artt. 18 e 142 della L.R. n° 40 del 24 febbraio 2005 “Disciplina del Servizio Sanitario Regionale”.

Le modalità adottate per la sua predisposizione sono conformi all’art. 10 della L.R. 49/1999 e alle procedure previste dall’art. 16 della stessa legge per l’elaborazione e la valutazione dei piani e programmi regionali, nel rispetto della specificità dei contenuti, così come indicato dall’art. 19 della L.R. 40/2005.

1.2 Riferimenti normativi

Secondo il D.Lgs. 502/1992 (art. 1, comma 13), il Piano Sanitario Regionale rappresenta “il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale, anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale”.

La programmazione regionale si propone di “assicurare la coerenza delle azioni di governo, l’integrazione delle politiche settoriali, il coordinamento territoriale e fattoriale degli interventi”, garantendo la trasparenza delle decisioni e i diritti dei singoli cittadini (art.2, comma 1, L.R.49/1999).

“La programmazione sanitaria della Regione assicura, in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale, lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali di zona–distretto e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale” (art. 8, L.R. 40/2005).

“Il Piano Sanitario Regionale è lo strumento di programmazione con il quale la Regione, nell’ambito del programma regionale di sviluppo e delle relative politiche generali di bilancio, definisce gli obiettivi di politica sanitaria regionale ed adegua l’organizzazione del Servizio Sanitario Regionale in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione” (art. 18, L.R. 40/2005).

Gli indirizzi triennali, attualmente in vigore, sono relativi alle annualità 2005/2007; pertanto, anche sulla base del mutato contesto socio–demografico e dei nuovi bisogni di salute emersi dalla Relazione Sanitaria Regionale, si rende necessaria la definizione di un aggiornamento del Piano per il periodo 2008/2010.

1.3 Le relazioni con altri atti di programmazione

Il Piano Sanitario Regionale, con i riferimenti naturali al Piano Sanitario Nazionale, si rapporta al Programma Regionale di Sviluppo, al Piano d’indirizzo Territoriale (PIT) ed al Piano Regionale di Azione Ambientale (PRAA), ed ha stretti collegamenti col Piano Integrato Sociale Regionale (PISR). Di questi condivide strategie di sviluppo ambientali, sociali ed economiche, che rappresentano l’intera gamma dei determinanti della salute.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006–08 (PSN), partendo da una disamina degli scenari che nei prossimi 3–5 anni caratterizzeranno il panorama sanitario italiano, prende in considerazione, accanto agli elementi di contesto quali lo sviluppo scientifico e tecnologico, e la situazione economica, demografica ed epidemiologica del Paese, anche l’attuale fase istituzionale (federalismo sanitario) e i precedenti cicli di programmazione sanitaria nazionale e regionale. La consapevolezza che tali elementi di contesto condizioneranno il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nei prossimi anni sottolinea la necessità di adattare e salvaguardare i valori fondanti del sistema, soprattutto il principio di uniformità, da declinarsi all’interno del federalismo sanitario.

Il Piano, focalizzando l’attenzione sulle scelte strategiche, afferma l’esigenza di strutturare in maniera forte le ini-

ziative capaci di connotare in senso europeo la nostra organizzazione sanitaria, per “portare la sanità italiana in Europa e l’Europa nella sanità italiana”.

I punti focali dell’azione del SSN e le priorità a cui il PSN fa riferimento sono:

- organizzare e potenziare la promozione della salute e la prevenzione;
- rimodellare le cure primarie;
- favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel SSN;
- potenziare i sistemi integrati di reti, sia a livello nazionale o sovraregionale (malattie rare, trapianti), sia a livello interistituzionale (integrazione socio-sanitaria), sia tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie);
- promuovere l’innovazione e la ricerca;
- favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del SSN;
- attuare una politica per la qualificazione delle risorse umane.

Sulla base di queste priorità, il vigente PSN definisce gli obiettivi di salute da perseguire nel triennio 2006–2008:

- la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza;
- le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie;
- la non autosufficienza: anziani e disabili;
- la tutela della salute mentale;
- le dipendenze connesse a particolari stili di vita;
- il sostegno alle famiglie;
- gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali;
- il controllo delle malattie diffuse e la sorveglianza sindromica;
- la sicurezza alimentare e la nutrizione;
- la sanità veterinaria;
- la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- l’ambiente e la salute.

Nel Programma Regionale di Sviluppo 2006–2010, strumento di indirizzo strategico della legislatura, la complementarietà delle azioni si conforma ad un modello cooperativo di rapporti funzionali tra soggetti istituzionali e non, e ad una “governance istituzionale, sociale e territoriale” in linea con i contenuti ed i metodi posti nel vertice di Lisbona e dai trattati della Comunità Europea. L’integrazione delle politiche settoriali e la promozione delle sinergie è la leva per attuare “il cambiamento” finalizzato ad un rinnovamento strutturale del sistema produttivo e del sistema sociale nel suo complesso.

“Il vivere bene in Toscana ” si configura allora come una identità collegata ad una visione estesa dello sviluppo, inteso come risultante tra le convergenze, l’integrazione e l’intersettorialità delle politiche per la valorizzazione delle risorse umane, la sicurezza del lavoro, l’istruzione, l’ambiente, la sanità e la promozione di corretti stili di vita.

La visione è resa più forte da una “filiera della salute e dei diritti sociali” capace di realizzare un “nuovo welfare” che sia:

- integrato al pubblico, e non vicariato a questo, dai diversi soggetti ed istituzioni, pubblici e privati, chiamati a svolgere un ruolo per l’affermazione dei diritti di cittadinanza e di solidarietà, e in grado di concretizzare e dare vita ad un modello di “welfare community” riaffermando il principio della programmazione esclusivamente pubblica;

- fattore di sviluppo di qualità, di attivazione economica, di pari opportunità ed occasioni di lavoro per dare risposte ai bisogni della famiglia, degli anziani, delle persone non autosufficienti e per contrastare povertà ed esclusione.

Il ruolo assegnato all'integrazione socio-sanitaria per la costruzione dei servizi è evidente: totalizzare al massimo l'uguaglianza per uno sviluppo partecipativo e non conflittuale.

Nella sezione del PRS dedicata a "cittadinanza, coesione, cultura e qualità della vita", il principio dell'integrazione delle politiche sociali e sanitarie è confermato come "valore aggiunto" che rende ancora più pervasivi i collegamenti e le integrazioni tra il Piano Sanitario Regionale ed il Piano Integrato Sociale Regionale.

Il Piano Integrato Sociale Regionale pone ad obiettivo della propria azione lo sviluppo dei programmi strategici contenuti nel PRS, individuando precise priorità:

- puntare su modelli organizzativi innovativi, incentrati sull'integrazione socio-sanitaria territoriale, per l'ampliamento delle potenzialità d'offerta nei settori attualmente carenti o non previsti e per dare maggiore efficacia alle risposte assistenziali integrate con gli interventi sociali allargati (alla casa, alla mobilità, al tempo libero, ecc.);
- definire il ruolo centrale dell'assistenza alla persona non autosufficiente e il sostegno alla famiglia, per fronteggiare gli effetti sociali dell'invecchiamento della popolazione ed aumentare la copertura assicurata dalle diverse forme di intervento;
- promuovere l'integrazione degli immigrati, per favorire la fiducia verso le istituzioni, e, nel contesto tracciato dal nuovo Statuto regionale, la ricerca di soluzioni legislative che rendano possibile la loro partecipazione.

Il raccordo del PISR con il PSR, è assicurato attraverso la realizzazione di una programmazione regionale unitaria per le politiche relative all'alta integrazione che riunifica i contenuti dei 2 Piani, rendendo possibile il loro riallineamento anche rispetto alla validità temporale. La Commissione consiliare "Sanita", successivamente all'approvazione del Piano e in collaborazione con la Giunta regionale, produrrà un documento (unitario sociale e sanitario) che prefiguri l'impegno a costruire per il prossimo triennio un unico piano integrato sanitario e sociale.

Sul fronte del governo del territorio e della qualificazione dello sviluppo regionale vengono sviluppati opportuni collegamenti con gli obiettivi strategici e le filosofie di intervento presenti sia nel PRS che nel PIT e nel PRAA 2007-2010. Con quest'ultimo, in particolare, sono condivise le finalità in merito alla riduzione della percentuale di popolazione esposta ad inquinamento atmosferico, acustico, elettromagnetico, alle radiazioni ionizzanti, così come condivisi sono gli sforzi tesi a contenere l'impiego e l'impatto dei prodotti fitosanitari e delle sostanze chimiche pericolose sulla salute umana e sull'ambiente ed a ridurre le probabilità di incidente rilevante.

2. Quadro analitico

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, Aziende USL e Ospedaliero - Universitarie, nonché più di recente, la nascita delle Aree Vaste, delle Società della Salute e degli Estav sono e-

sempi 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, il confronto 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, separazione dagli altri settori e spesa inutile.

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

2.1 Base di conoscenza disponibile

La programmazione è il riferimento metodologico su cui si basa lo sviluppo dei servizi sanitari. La forza di questo strumento sta nella imponente quantità di dati di cui il nostro sistema dispone.

Dalla sintesi del profilo di salute della popolazione residente in Toscana (prodotto dall'Agenzia Regionale Sanità, e parte integrante della Relazione Sanitaria Regionale, di cui all'art. 20 della L.R. 40/2005), dalla valutazione della performance delle singole Aziende (a cura del Laboratorio Management e Sanità della Scuola di Studi Superiori Sant'Anna di Pisa), nonché dallo Studio longitudinale toscano 2001-2005 relativo alla mortalità per condizione socio-economica realizzato dalla Regione Toscana sistema statistico, i comuni di Firenze, Livorno e Prato in collaborazione con l'Università di Firenze, C.S.P.O. (oggi ISPO), l'ASL 10 di Firenze e l'ARS così possibile delineare gli indirizzi programmatori secondo logiche di coerenza e sostenibilità.

2.2 Scenari di riferimento: variabili esogene ed endogene

Negli ultimi anni si sono affermati mutamenti e nuove dinamiche dello scenario epidemiologico e sociale che hanno contribuito alla creazione di aree socio-demografiche e socio-economiche, caratterizzate da una differenziazione della domanda di servizi e da disparità circa le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali.

Sono mutati i bisogni assistenziali della popolazione e stanno emergendo nuove sfide legate ai flussi migratori, alla frammentazione delle reti familiari, alla discontinuità dei cicli di vita, alla precarietà del lavoro, con parallela crescita di forme di impiego flessibili e atipiche.

L'innalzamento della vita media ha determinato un aumento delle patologie cronico degenerative collegate spesso alla disabilità, generando nelle famiglie, un alto bisogno assistenziale non sempre adeguatamente sostenuto da politiche di protezione.

La cronicità della malattia, le difficoltà della risposta assistenziale territoriale a fronte di bisogni complessi e articolati in un contesto sociale sempre meno solidale e coeso, le disuguaglianze nell'accesso alle cure, evidenziano uno "zoccolo duro" di iniquità sociale, marcato dalla relazione stretta, tra "status sociale e condizioni di salute", tra fragilità individuale ed esclusione sociale.

Gli indicatori di salute confermano una significativa associazione tra peggiori condizioni di salute e situazioni di svantaggio sociale ed economico, rendendo il tema dell'equità una questione ancora attuale e talvolta non sufficientemente analizzata, non tanto nell'universalità dell'offerta, quanto nella disparità nell'accesso e/o nell'utilizzo.

I recenti rapporti su salute e benessere sociale, occupazione ed immigrazione, così come su salute e qualità dell'ambiente, confermano la necessità di puntare ad una svolta delle politiche pubbliche basata sull'integrazione e sulla intersectorialità degli interventi, su forme di "coordinamento aperto", capaci di governare le grandi trasformazioni in atto con modelli di sviluppo sostenibili e qualificati.

I dati di mortalità evidenziano come le malattie croniche siano la principale causa di morte in Toscana, come in Italia e in Europa. Risultato dovuto sì alla "transizione demografica", cioè all'invecchiamento della popolazione, ma anche ad altri elementi, quali la maggior capacità di cura (ad es. in campo oncologico, neurologico, cardiologico, infettivologico) e la tempestività con cui vengono portati i soccorsi sanitari, così da trasformare in croniche, patologie prima destinate a provocare la morte.

Ne deriva la necessità di adeguare i sistemi sociosanitari verso una organizzazione in grado non solo di curare il bisogno acuto, ma soprattutto di prevenire la cronicità.

Anche il ricorso all'ospedale si è ridotto sensibilmente, per una più diffusa attenzione all'uso appropriato di questa risorsa costosa e finalizzata al trattamento dell'acuzie. Vi sono ancora, però, difficoltà da superare, che richiedono una definizione di competenze ed una sinergia virtuosa con il territorio.

Il fenomeno dei ricoveri ripetuti e della ri-ospedalizzazione, l'osservazione di una significativa variabilità in eccesso nella durata della degenza per le stesse linee assistenziali fra le varie Aziende Sanitarie e soprattutto la permanenza, in tutti gli ospedali per acuti, di una casistica caratterizzata da ricoveri di durata superiore a trenta giorni mostrano la necessità di un ulteriore impegno affinché si rafforzi la risposta assistenziale socio-sanitaria e che questa si arricchisca di nuove competenze più opportunamente allocate nel territorio.

Esperienze internazionali dimostrano, infatti, che l'uso dell'ospedale solo *quando* e *quanto* serve e il parallelo incremento dell'assistenza sul territorio non solo migliorano la qualità (anche percepita), ma insieme riducono i costi dell'assistenza.

Tuttavia l'ospedale è ancora considerato, in buona parte giustamente, come la risposta più sicura ed autorevole a fronte di una insufficiente "fisicità/visibilità" dei luoghi cui fare riferimento per la risposta territoriale.

Infine, rispetto al continuo modificarsi del quadro epidemiologico, e quindi dei bisogni assistenziali, non sempre si è tenuto conto dell'importanza che i necessari cambiamenti, soprattutto nel campo della organizzazione, fossero preceduti e poi accompagnati da adeguati processi formativi, tali da rispondere alle mutate condizioni, per conoscenze, capacità operative, padronanza nei comportamenti e nelle relazioni.

2.3 Lo stato di salute della popolazione

Partiamo, come ovvio, dallo stato di salute della popolazione attraverso i cinque 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 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.

2.4 I principali indirizzi strategici perseguiti con i precedenti cicli programmatori

Negli ultimi 10 anni, le scelte condivise del S.S.R. toscano sono state orientate a tre 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 che, per i ricoveri ordinari è passata da 7,09 giorni nel 2001 a 7,04 nel 2006.
2. Parallelamente al processo di "de-ospedalizzazione", è stato avviato un importante processo di rimodellamento organizzativo della offerta territoriale, che necessita comunque di un ulteriore sviluppo e definizione. 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 della 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 “sinergie di rete”, la cooperazione piuttosto che la competizione fra produttori interni, così come accade in altri sistemi sanitari occidentali.

2.5 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%.

È la sanità il settore dell'economia che riceve la maggior parte di attivazione interna (intesa 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 sette 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.

2.6 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, anche come percepita da utenti e addetti ai lavori, l'appropriatezza delle prestazioni, compresa la presa in carico e gestione del bisogno di salute del cittadino utente, sul raggiungimento degli obiettivi sanitari e di salute, e su parametri economico-finanziari.

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

Avere un sistema di valutazione delle aziende consente di valutare i Direttori Generali, al riparo da elementi di arbitrarietà che possono pregiudicarne 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.

2.7 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 basato 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 multiscopo “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.

3. Valori, principi e obiettivi generali

L'integrazione di bisogni e di ambiti differenti di intervento rende, nella nostra Regione, il diritto alla salute non tanto uno dei settori del governo regionale, quanto un principio fondante e l'obiettivo unificante di azioni strategiche diverse, ma compatibili ed efficaci.

Proprio in considerazione dei risultati raggiunti ed in coerenza con la filosofia di governo della nostra regione, si riconfermano i valori di riferimento e i principi cui si ispira anche il presente PSR ed in particolare quelli dell'uguaglianza, della umanizzazione, della salute intesa come diritto/dovere, della continuità. Di essi, nella loro interdipendenza, intendiamo cogliere il valore aggiunto rispetto a quanti, erroneamente, li considerano tra loro conflittuali e quindi improduttivi. Di ciascuno di essi vogliamo sottolineare gli aspetti di innovazione e di modernità, a fronte di una lettura che li vede, riduttivamente, ancorati a principi superati dai tempi.

L'uguaglianza è la massima espressione di un sistema che intende coniugare il proprio essere solidale ed universalistico con l'efficacia delle sue azioni.

Si esprime soprattutto con la realizzazione dell'equità nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi, il che significa, a partire dalla diversità dei bisogni, assumere questa come valore guida della programmazione.

L'uguaglianza esclude l'idea di compromessi sulla qualità ed anzi si deve realizzare nelle situazioni di maggior rischio di diseguità quali la fruibilità dell'alta specializzazione, dell'innovazione tecnologica, della ricerca.

L'equità deve essere declinata sistematicamente su nuove e vecchie criticità ed essere in grado di rispondere anche alle differenze di genere, di religione e più in generale di appartenenza.

L'umanizzazione assume nel PSR un valore operativo che riempie di contenuti l'affermazione di principio, declinandola in azioni e procedure quali il superamento delle criticità della burocrazia, la valorizzazione della relazione come componente dell'atto di cura, l'attenzione agli aspetti strutturali e al clima tra professionisti, l'effettiva presa in considerazione di quanto percepito dall'utente, la riduzione, il controllo e la cura del dolore.

Questo approccio richiede una diversa attenzione ai bisogni impliciti e la creazione di una nuova realtà in cui si integrano l'utente, il curante e la comunità all'interno della quale sono collocati i servizi.

In questo senso l'impegno verso l'umanizzazione si può tradurre nella ricerca di una più efficace *ergonomia del sistema*, intesa come capacità di progettare secondo parametri in cui la variabilità del fattore umano e dei suoi bisogni sia assolutamente centrale. La piena acquisizione delle problematiche emergenti nel rapporto tra gli esseri umani, e tra questi e l'organizzazione e le strutture diviene condizione indispensabile per progettare processi ergonomici.

La salute deve essere considerata un diritto per il singolo cittadino e un dovere della collettività. Questo concetto richiede una costante interrelazione tra individuo, sistema delle cure e comunità, sia nella sua accezione di "istituzione" che nell'ambito più generale di "convivenza" con conseguente assunzione collettiva di responsabilità nei vari ambiti del vivere sociale, ivi inclusi quelli connessi al rispetto dell'ambiente nel quale viviamo.

La ricerca di buone pratiche, individuali e collettive, richiede la condivisione di un piano di azioni e regole per il rafforzamento della volontà collettiva verso migliori stili comportamentali e verso la qualità dell'ambiente di vita e di lavoro.

La complessità del percorso assistenziale, la multidisciplinarietà che caratterizza oggi la maggior parte degli atti sanitari, la diversità dei luoghi di cura e di presa in carico, impongono un forte sistema di relazioni in

grado di *presidiare i passaggi in cura* e le integrazioni se non vogliamo che questi diventino elementi di criticità e frammentazione.

In questo senso, il principio di continuità deve essere applicato:

- nel percorso assistenziale, prevedendo appropriate procedure di tutoraggio fondamentali per garantire la *centralità del paziente*;
- nell'organizzazione dei servizi, strutturando connessioni e infrastrutture in grado di declinare il *percorso assistenziale* senza soluzioni di continuo,rispettando i diritti del cittadino;
- nella *formazione*, adottando il mentoring per ricomporre la frammentazione dell'offerta didattica in una sintesi tra conoscenze fondanti e specialistiche;
- nella *comunicazione* con i cittadini e fra strutture erogatrici in quanto fattore costitutivo dell'organizzazione stessa;
- nell'*integrazione* fra prevenzione collettiva, promozione della salute e protezione dell'ambiente.

Il principio di continuità trova nella informatizzazione, come strumento, e nella relazionalità, come metodo, i pilastri fondamentali.

3.1 I Principi ispiratori e le finalità cui tendere attraverso le politiche di Piano

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, nel rispetto della centralità della persona e della sua libertà di scelta.

È 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 e 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'intersettorialità 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.

- Il *Governo clinico* come strumento attraverso il quale è reso possibile ai professionisti garantire per i cittadini i migliori risultati delle cure, insieme all'appropriata allocazione delle risorse per la qualità e la sicurezza delle cure stesse, l'aderenza delle procedure alle più accreditate evidenze scientifiche, nel rispetto delle esigenze di sostenibilità che il sistema si è responsabilmente dato.
- La riorganizzazione degli ospedali per *intensità di cura*, già delineata dalla L.R. 40/2005, si inserisce in questa ottica di razionale valorizzazione delle risorse, ponendosi come definizione e scelta d'appropriatezza organizzativa, il cui nuovo assetto è funzionale a garantire qualità ed efficienza di un sistema centrato sul malato.
- L'impegno a riqualificare e riconvertire l'offerta, ridisegnando il ruolo dei *piccoli ospedali*, accompagna anch'esso gli sforzi per valorizzare le risorse presenti nella rete specialistica di Area Vasta.
- 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 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:

- l'*accoglienza* che costituisce il prerequisito indispensabile all'avvio di ogni possibile percorso assistenziale erogato sia in urgenza sia in modo programmato e l'unico approccio capace di risolvere i potenziali conflitti fra colui che vive, con comprensibile emotività, il proprio bisogno di assistenza e chi, latore dei necessari strumenti tecnico professionali, deve coniugarli con i tempi e gli spazi organizzativi disponibili. La realizzazione di un sistema unico centralizzato di prenotazione (CUP) di Area Vasta, non solo facilita l'accesso ai servizi, ma assicura al cittadino la necessaria trasparenza con la quale il sistema accoglie la sua domanda;
- 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;
- l'introduzione del principio meritocratico per una migliore qualità del servizio erogato al cittadino;
- 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;
- lo *sviluppo della ricerca* per la crescita delle conoscenze e la conseguente messa a punto di processi e prodotti innovativi, in grado di migliorare la capacità di risposta del sistema e la sua efficacia.

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

Produttività: il concetto di produttività è tradizionalmente associato ai meccanismi in uso nel mondo delle imprese private. Nella sanità pubblica esso si traduce oggi, e ancor di più per l'avvenire, in un dovere etico verso il cittadino che resta il giudice ultimo del ciclo del valore, finanziando il servizio, utilizzandolo, ed esigendo qualità, trasparenza e controllo sulla prestazione ricevuta (civic auditing). La produttività non è, perciò, solo il risultato di servizi sanitari al più alto livello di appropriatezza e qualità, ma mira a contrastare con determinazione sprechi e inefficienze.

La dimensione mediatica a volte distorce i fatti, ma in alcune situazioni può diventare un prezioso campanello di allarme, specchio di un fenomeno reale, segno che va immediatamente colto ed ascoltato da chi è chiamato a predisporre interventi specifici, che mirino a riconoscere e premiare con senso di equità i comportamenti di chi si impegna a compiere ogni giorno con passione e spirito di servizio il proprio dovere verso la collettività.

Valorizzare le risorse umane significa dimostrare con azioni concrete la volontà di cambiamento nella sanità, rispondendo con una logica di prestazioni misurabili.

La produttività, condizione vincolante per realizzare gli ambiziosi obiettivi che il nuovo Piano Sanitario Regionale si prefigge, mira altresì alla piena valorizzazione delle risorse tecnologiche, in particolare delle alte tecnologie, individuando opportuni standard di riferimento.

Essa va raggiunta facendo leva sulla leadership della dirigenza nell'ispirare e motivare i propri collaboratori nella gestione della prestazione (definendo obiettivi sfidanti e misurabili, monitorando con rigore gli avanzamenti e valutando i risultati), utilizzando gli strumenti della formazione e dello sviluppo personale e professionale, incentivando e allineando il sistema premiante all'effettiva prestazione realizzata, secondo una logica di valorizzazione delle differenze nella valutazione del contributo individuale.

La cornice entro la quale un siffatto cambiamento dovrà realizzarsi poggia su un sistematico ricorso agli strumenti già previsti dagli istituti contrattuali, attraverso una nuova stagione di relazioni sindacali all'interno del Sistema Sanitario Regionale.

Da queste considerazioni discende il bisogno di estendere nella Sanità toscana nel triennio 2008–2010 la pratica degli strumenti di valutazione delle prestazioni, ricompensando il merito e, con esso, il diritto di essere valutati come facce di una stessa medaglia, cardine di una cultura che risponde alla domanda di eccellenza nei servizi e di rigore nell'uso delle risorse, posta dal cittadino.

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 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.

3.2 Le scelte strategiche del Piano

Chi andasse a rileggere i Piani Sanitari Regionali (PSR) della Toscana, non potrebbe non cogliere come questi prefigurino, in virtù del loro contenuto originale, un grande disegno di una costante e continua evoluzione del sistema sanitario regionale che ha anticipato ed accompagnato le tendenze e gli obiettivi della nuova sanità garantendo, nello stesso tempo, la massima copertura assistenziale, al più alto livello, a tutti i cittadini.

Ogni PSR costituiva l'evoluzione armonica e consequenziale di quello precedente, di cui si assumevano criticamente i risultati ottenuti al pari delle nuove sfide, in una continua dialettica del conoscere e del fare. Pur inseguendosi con forza in questa tradizione, il presente PSR introduce anche elementi di discontinuità e segnali di cambiamento indispensabili per leggere le nuove realtà e prefigurare modelli avanzati e sostenibili.

Infatti in questi ultimi anni, in medicina e più in generale nelle scienze della vita, si sono aperte frontiere che nei decenni precedenti erano state solo intraviste o neppure percepite nella loro concreta potenzialità, nuovi scenari che sarebbe miope relegare nell'ambito della ricerca teorica o comunque lontani dall'impatto sulla organizzazione pratica del sistema sanitario e dei servizi assistenziali.

Il nuovo PSR si fonda sulla volontà e capacità del sistema sanitario nel suo complesso di raccogliere la sfida dell'innovazione globale per tradurla nel territorio in servizi di eccellenza al cittadino la cui centralità in quanto titolare del diritto alla salute, rispetto a tutti i portatori di interesse, viene riaffermata con decisione.

Nessuna innovazione sarebbe però concepibile senza il coinvolgimento di chi opera quotidianamente in Sanità.

La visione, sottesa al PSR, individua perciò la chiave di successo nella partecipazione convinta di ogni operatore sanitario al processo di cambiamento, nell'accrescimento del senso di appartenenza all'azienda sanitaria, nella promozione di nuove modalità di lavoro integrato e di squadra, connotando così la risorsa umana come patrimonio strategico e la cultura dell'outcome e della valutazione come condizione indispensabile a garantire il miglioramento continuo.

A questa consapevolezza, il PSR ne associa una seconda di non minor rilievo. Il Sistema Sanitario Regionale contribuisce in modo cospicuo alla generazione della ricchezza nell'economia toscana.

La Sanità toscana possiede dunque i titoli per essere non solo una delle componenti del "vivere bene in Toscana", ma anche per affermarsi a tutto tondo come volano di iniziativa, in sinergia con le politiche degli altri settori regionali (ambiente e agricoltura, istruzione, turismo, sviluppo economico), con i centri di eccellenza della ricerca (atenei e imprese), con le punte avanzate dell'innovazione imprenditoriale nel territorio (imprese farmaceutiche, biotecnologiche, etc), con soggetti ed istituzioni tra le più dinamiche in ambito internazionale. Grazie all'insieme coerente di interventi dell'amministrazione, di buon governo delle risorse ed di interdipendenza di questi con la responsabilità collettiva espressa dalla popolazione, il diritto alla salute trascende l'espressione di un settore pur importante del governo regionale, per assumere piuttosto l'identità di motore di crescita e strumento di unificazione di azioni strategiche diverse con lo scopo dichiarato di posizionare, in Italia, la Regione Toscana come leader in appropriatezza e qualità, produttività ed iniziativa.

3.3 Gli obiettivi generali

Partiamo da grandi consapevolezze:

- la salute costituisce la preconditione per il benessere e la qualità della vita e il riferimento per misurare la riduzione della povertà, la promozione della coesione sociale e l'eliminazione delle discriminazioni, anche di genere;
- l'adozione di strategie multisettoriali è fondamentale per affrontare i determinanti della salute, assicurandosi l'alleanza da parte dei settori esterni alla sanità;
- la salute è un elemento basilare per una crescita economica sostenibile: gli investimenti in questo ambito attraverso un approccio intersettoriale non solo offrono nuove risorse per la salute, ma anche ulteriori benefici importanti, contribuendo nel medio periodo allo sviluppo sociale ed economico complessivo.

La sanità non è un mondo a sé e non opera in un sistema immobile: i comportamenti sociali, gli scenari demografici, ambientali, i nuovi bisogni, le modalità d'uso dei servizi, mettono in evidenza la loro interazione, la loro continua evoluzione, e fanno emergere la necessità di interventi di adattamento e di innovazione, così da garantire la sostenibilità, anche finanziaria, del sistema. Oggi, la domanda di assistenza sanitaria è sempre più alta, per questo è necessario accelerare il percorso d'innovazione ponendo al centro delle nostre strategie le seguenti indicazioni:

1. *superare le visioni settoriali*, sia in campo sociale sia in campo sanitario, con un insieme di sistemi condivisi e sostenibili nell'organizzazione pubblica della sanità, in grado di dare risposte ai bisogni complessi, con azioni "sincrone". L'intersettorialità delle politiche e degli interventi sociali con quelli sanitari e socio sanitari si realizza, nell'ambito di questo stesso Piano, con l'introduzione di un unico documento di programmazione per le attività di integrazione socio sanitaria, nonché per le forme innovative di gestione unitaria ed integrata dei servizi tra Comuni e Aziende Sanitarie locali tramite la Società della Salute. Questa novità è il risultato di un complesso percorso normativo che si è basato sulla sperimentazione operativa del modello e che ha reso necessario un nuovo strumento di programmazione integrata;
2. *rispondere*, attraverso una collaborazione sistematica e più efficace tra i settori sanitario, ambientale e della ricerca, *alle nuove sfide* mediante azioni tese a ridurre i rischi nell'ambiente di vita e di lavoro, prevenendo altresì le malattie connesse *al clima ed all'inquinamento ambientale*;
3. *migliorare la sostenibilità e la qualità del sistema sanitario* pubblico con politiche che rispondano più da vicino ai bisogni del territorio e dei suoi abitanti, agendo in una logica diametralmente opposta a quella del consumismo sanitario, per ottenere ulteriori guadagni di salute incentrati nella promozione degli stili di vita, nella prevenzione della disabilità e della non autosufficienza, nell'attenzione alle fasce svantaggiate di popolazione. La sostenibilità del sistema non è mai disgiunta dalla promozione continua della qualità dei percorsi assistenziali, anche attraverso un assetto organizzativo che favorisca l'uso integrato ed appropriato dei servizi ospedalieri e territoriali, nonché la sicurezza delle cure;
4. *favorire la partecipazione dei cittadini e il coinvolgimento dei professionisti* con un PSR rivolto a loro: il presente Piano sanitario ha forma e contenuti pensati perché sia letto e valutato da cittadini e professionisti tutti. L'innovazione è un processo difficile se non è accompagnato da una migliore circolarità dell'informazione e della comunicazione dei principi e delle motivazioni che sostengono le scelte tra i diversi attori coinvolti nel binomio salute – società. Tuttavia, informare non basta, occorre assicurare momenti e strumenti attraverso i quali il "modello toscano" di sanità si confronta con professionisti e con i cittadini che, in forma singola o associata, concorrono alla realizzazione del diritto alla salute: dare voce agli utenti ed agli operatori accresce la fiducia nel sistema;

5. *recepire il contributo del volontariato e del terzo settore* per la promozione di politiche di salute sempre più efficaci e diffuse nella comunità: il terzo settore è una risorsa della comunità toscana ed è una realtà radicata ed organizzata, capace di costruire, in rapporto con i servizi pubblici, una formidabile rete di protezione sociale e di collaborazioni nel settore sanitario e socio sanitario. L'associazionismo, il volontariato, le cooperative sociali, ecc. giocano un ruolo strategico nella sinergia dei progetti per la promozione e protezione della salute come bene da difendere, passando *dall'idea di servizio pubblico a quella di sistema dei servizi pubblici*;
6. *integrarsi con il contributo e l'esperienza del mondo scientifico*: si colloca in questo contesto l'apporto, assai rilevante, del sapere espresso globalmente dal nostro sistema, dal mondo Universitario, dagli Istituti Scientifici e gli Enti di ricerca. Occorre aumentare il peso del Sistema Sanitario Regionale nel "mercato mondiale dei saperi", ridisegnare le strategie nella Regione Toscana, sia interne sia esterne, nel fecondo contesto interregionale europeo, per accrescere la quota di risorse destinate al settore Ricerca e Sviluppo, e quindi al "futuro", capitalizzando il rapporto che vi è tra la ricerca scientifica e le sue ricadute applicative per l'attrazione di investimenti e per il più generale sviluppo del sistema;
7. *rinnovare e qualificare le strutture e le tecnologie per la salute*: così come previsto dal Programma Regionale di Sviluppo, assicurare ad un sistema in continua evoluzione come quello per la salute, una "forte iniezione" di investimenti significa cogliere, pur in un contesto economico di stazionarietà delle risorse correnti, il bisogno di qualificazione che è presente sia in ambito territoriale che ospedaliero.

L'impegno profuso dall'intero sistema in questi anni, l'analisi epidemiologica aggiornata, lo studio approfondito delle migliori pratiche internazionali ci spingono a ritenere che la strada imboccata sia quella giusta ed insieme che occorra dare nuovo impulso all'intera rete assistenziale orientandola verso nuove mete per la salute.

Una ulteriore crescita del ruolo della prevenzione, l'implementazione di modelli di assistenza sul territorio orientati alla cronicità e tarati su standard assistenziali adeguati agli effettivi bisogni, la rivisitazione dell'organizzazione ospedaliera sempre più attenta alla sicurezza delle cure e pianificata sui bisogni del malato, attraverso un sistema informativo regionale capace di garantire interoperabilità ed accessibilità protetta ed attraverso un approccio alla formazione capace di cogliere tutte le sue potenzialità in un contesto orientato all'innovazione: questi, in sintesi, i nuovi orientamenti, queste le sfide su cui vogliamo aprire il confronto all'interno e all'esterno del sistema.

Gli obiettivi specifici e le azioni che seguono nella parte seconda del Piano delineano i soprariportati obiettivi generali, come meglio evidenziato nel paragrafo 5 del Rapporto di valutazione.

Parte Seconda

OBIETTIVI SPECIFICI E AZIONI

4. Un piano per il cittadino: i grandi progetti

Cosa chiedono i cittadini toscani

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?
- pesando 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, con particolare attenzione per le fasce più deboli e a rischio di emarginazione, sia alla complessità dei problemi che esistono nella moderna gestione della salute di tutti.

4.1 Un'interfaccia trasparente fra il sistema e il cittadino: il CUP regionale e la Carta sanitaria del cittadino

4.1.1 Il CUP di Area Vasta, verso il CUP unico regionale

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 verso il CUP unico regionale, prevede il superamento 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 ed evitandone la mobilità "di necessità" per prestazioni di base;
- 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. In funzione di uno sviluppo di percorsi assistenziali e per la gestione delle riacutizzazione delle patologie croniche saranno garantite, ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, quote di prestazioni specialistiche e diagnostiche fruibili nei tempi dettati dalla gravità delle patologie prese in carico dagli stessi.

Al fine di garantire la pertinenza e la sicurezza delle prestazioni diagnostiche, verrà sperimentata, in un singolo CUP di Area vasta, la presenza di una proiezione di un operatore professionale TSRM di radiodiagnostica per attività di counselling e di raccordo con i medici prescrittori.

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.

Inoltre, al fine di ampliare e facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini residenti nelle zone di confine delle tre Aree Vaste, le Aziende sanitarie sono tenute ad attivare idonee modalità di raccordo ed opportuni adeguamenti delle procedure connesse al sistema di prenotazione di area vasta, indirizzando lo sviluppo del sistema CUP verso la costituzione, nel corso del triennio, di un sistema unico regionale in rete e automatizzato, cui accedere anche in sede di prescrizione.

Un settore dove l'esperienza del sistema CUP sarà fondamentale è il Progetto Informaweb (Progetto Per La Comunicazione Sanitaria Regionale Sull'attività Chirurgica), che risponderà al diritto del cittadino ad essere informato nel modo più dettagliato e corretto possibile, anche sulle prestazioni di ricovero ospedaliero, adottando per gli interventi chirurgici analogo impegno a quello profuso per la messa a regime dell'offerta specialistica ambulatoriale.

L'obiettivo del Progetto Informaweb, prima iniziativa di un progetto di più ampio respiro, è quello di rendere accessibili e trasparenti, in tempo reale e a livello regionale, informazioni essenziali in merito alla offerta chirurgica del sistema sanitario toscano, informazioni tali da contribuire ad orientare la scelta del cittadino mettendolo in condizione di avere una visione d'insieme dei servizi, evidenziando le specificità di ognuno e soprattutto l'intervallo temporale entro cui, di norma, ogni singolo intervento può esservi garantito.

Con l'istituzione di un sito Web dedicato ed un numero verde regionale dedicato, già in fase iniziale sarà fornito l'elenco dei centri di chirurgia generale e specialistica, i nominativi degli operatori addetti, la tipologia di interventi effettuati con il relativo numero ed i rispettivi tempi di attesa; nella fase successiva si aggiungerà la possibilità di prenotazione diretta della visita chirurgica che, com'è noto, dà inizio al percorso che porta all'intervento nella sede prescelta.

4.1.2 La "Carta sanitaria" personale elettronica

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, tra cui potrà ospitare la prescrizione di farmaci e ricevere in deposito il risultato di analisi e diagnostica.

4.2 Il pronto soccorso: la porta dell’ospedale. I percorsi di miglioramento

La profonda modifica della percezione del bisogno di salute, ritenuto soggettivamente urgente, e della tipologia della offerta dei servizi ritenuti di maggior efficacia per la sua soddisfazione hanno rappresentato in questi anni una sfida culturale, prima che organizzativa, per il Sistema Sanitario Regionale.

Oltre un milione e duecentomila cittadini si sono rivolti nell’ultimo anno ai Pronto Soccorso della nostra Regione. Circa un terzo di tali accessi è stato classificato come problema “non urgente” (codici bianco e azzurro della procedura Triage). Anche la percentuale estremamente contenuta degli accessi in Pronto Soccorso cui segue ricovero ospedaliero (in media il 15%–18%) o, comunque, necessitanti di una osservazione di 24 ore in ambiente ospedaliero (un ulteriore 10–12%), indica un profilo della domanda sanitaria ritenuta urgente che, per la maggior parte, potrebbe rivolgersi alle strutture territoriali in grado di garantire teoricamente una risposta con pari efficacia, ma con maggior efficienza, anche in ragione dei costi delle prestazioni erogate nelle strutture ospedaliere.

Con questa ipotesi si sono sperimentati negli ultimi anni diversi modelli territoriali innovativi (Punti o Centri di Primo Soccorso) con a comune lo stesso riferimento concettuale: la risposta non ospedaliera a problemi urgenti di minor gravità.

Che si sia trattato di una diversa organizzazione delle cure primarie (disponibilità dei MMG sulle 12 ore con possibilità di collegamenti relativamente rapidi con i principali Servizi diagnostici) o di Punti di Primo Soccorso i risultati, nel loro complesso, non sono stati particolarmente significativi.

Anche questi risultati sono una conferma della profonda modificazione nel bisogno di salute percepito come urgente dai cittadini e nei conseguenti comportamenti adottati per la soddisfazione di questo bisogno: l’Ospedale ed il Pronto Soccorso hanno assunto la dimensione rassicurante della complessità ed efficacia– diagnostica e terapeutica– e tale complessità e competenza sono ormai diffusamente ritenute necessarie per risolvere qualsiasi bisogno urgente .

Il contesto ospedaliero si è invece strutturato nel tempo sul mandato della massima efficacia ed efficienza per le condizioni urgenti di maggior gravità; lo strumento dei codici colori ha rappresentato, a ben vedere, la risposta di una organizzazione che ha cercato, in costanza di risorse, di rendere equa l’offerta di Pronto Soccorso verso una domanda che superava la sua capacità di gestione.

Il sistema Pronto Soccorso ha utilizzato il tempo di attesa come strumento di equità garantendo tempi minimi o molto ridotti per i codici rossi e gialli e distribuendo il resto delle proprie risorse sui codici verdi, azzurri e bianchi che, in ragione di una domanda crescente, hanno registrato tempi di attesa sempre maggiori.

La Regione Toscana, anche in riferimento ad esperienze internazionali, ha introdotto un’innovazione organizzativa per affrontare la crescente frequenza di accesso nei Pronto Soccorso dei codici di minor gravità; gli ambulatori specificamente dedicati ai codici bianchi ed azzurri hanno consentito di rispondere a questa tipologia di bisogno con tempi ragionevoli e tali da recuperare, almeno in parte, un rapporto ed un clima di fiducia.

Per migliorare ulteriormente tale rapporto e tale clima il Sistema dei PS toscani deve affrontare altre iniziative di qualità con le quali, continuando a mantenere e rendere più efficaci le prestazioni proprie dell’emergenza–urgenza, si faccia anche maggiormente carico dell’insieme dei bisogni del cittadino. Deve, in altre parole, curare anche gli aspetti relazionali e psicologici del momento “urgenza”, in base ai quali viene spesso valutata dal paziente buona parte della prestazione ricevuta.

In sostanza un paradigma culturale diverso: il Pronto Soccorso, in questa fase storica, diviene un luogo appropriato per l'incontro con la nuova percezione del bisogno di salute che potrà, certo, modificare il suo profilo nella relazione con i nuovi modelli organizzativi della Medicina del territorio, ma non la sua importanza.

Si tratta quindi di arricchire il modello dei nostri PS con una particolare attenzione agli aspetti organizzativi e strutturali finora almeno parzialmente disattesi perché non compresi nel "mandato originario" che riserva gli elementi di giudizio "tempo di attesa" e "presa in carico" solo per la qualità del Servizio per i bisogni urgenti di maggiore gravità.

Alcune criticità sono, peraltro, di immediata evidenza: carenza in alcune realtà di Servizi dedicati di Radiodiagnostica che consentano percorsi rapidi, mancanza di adeguate condizioni strutturali ed organizzative per i momenti più significativi della permanenza in Pronto Soccorso (accoglienza sanitaria e amministrativa, area triage, sale di attesa, locali adibiti all'osservazione temporanea dotate di letti attrezzati per lo svolgimento dell'iter diagnostico-terapeutico del paziente, procedure di sorveglianza ed esplicita formalizzazione per la rinuncia alla prestazione e allontanamento dal Pronto Soccorso).

Il tema rappresenta, quindi, una priorità strategica ed uno dei grandi obiettivi di questa legislatura; per questo si ritiene necessario impegnare le Aziende sanitarie su un progetto che risponda alle nuove esigenze.

In sintesi, appare oggi possibile nei Pronto Soccorso recuperare la mission, non tanto sul piano della gravità delle situazioni cui rispondere (l'urgenza è tale anche se soggettiva) quanto sul piano di un inserimento organico in una diversa organizzazione ospedaliera e territoriale che permetta di svolgere al meglio la sua principale funzione di importanza cruciale: il pronto e adeguato intervento diagnostico-terapeutico su 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.

4.2.1 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, in un contesto di accesso alle diagnostiche strumentali non sempre garantito con sufficiente tempestività. 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. Medici di famiglia, infermieri di distretto, ambulatori territoriali e ospedalieri possono collaborare alla definizione e alla pratica di un tipo di assistenza proattiva propria della sanità di iniziativa. In molte situazioni il collegamento territorio ospedale può essere diretto, senza l'intermediazione del PS.

In caso di inevitabile riacutizzazione e conseguente necessità 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, che permettano una permanenza non superiore alle 24 ore) servono anche a una migliore stratificazione prognostica di svariate situazioni cliniche. Queste ultime possono combinare il concetto di decisione clinica (non ammissione o ricovero) con quello di case management. Il paziente non solo può, almeno in alcune circostanze, non essere ricoverato ma deve essere avviato al percorso più adeguato nell'ambito dell'assistenza territoriale. In taluni casi, possiamo considerare l'episodio che lo ha portato in DEA un "evento sentinella" di insufficienti cure primarie. Detto paziente deve quindi essere attivamente "rialacciato" al medico curante e ai Servizi di assistenza territoriale per il proseguimento delle cure, cercando di prevenire così ulteriori ricorsi al DEA.

4.2.2 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. Il tradizionale paradigma del DEA come valvola di sicurezza per le inefficienze ospedaliere deve dare il posto a una moderna visione del DEA stesso come componente integrata di un sistema organico fortemente interconnesso

Le principali direttive per questo obiettivo sono:

- 1) la diversificazione dei flussi in PS fra paziente a 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 eccessivi tempi di attesa e permanenza in PS. A questo vanno aggiunti i 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. La diversificazione costituisce una scelta coerente con la opzione di un'offerta in funzione dell'entità del bisogno: a tal fine le aziende sanitarie sono impegnate ad assicurare il completo utilizzo delle modalità sopra descritte, anche attraverso l'adeguamento di organico del personale medico ed infermieristico dell'emergenza-urgenza;
- 2) una diversa gestione dei flussi intraospedalieri. L'attuale organizzazione presenta due principali caratteristiche:
 - a) un flusso "pulsato" delle dimissioni (una volta al giorno) che determina una indisponibilità di accoglienza dei ricoveri per larga parte della giornata;
 - b) una commistione dei ricoveri di elezione con quelli di urgenza negli stessi spazi. La riorganizzazione degli ospedali per fascia di intensità di cure deve prevedere la separazione delle due linee in modo che i ricoveri in una zona non interferiscano negativamente sulla funzionalità dell'altra. 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 una migliore organizzazione dei Servizi di trasporto;
- 3) la diagnostica per immagini deve esser parte della dotazione tecnologica propria almeno nei PS ad alto afflusso. Le eccessive lunghezze di permanenza in DEA sono spesso attribuibili al confluire in un unico Servizio diagnostico delle richieste 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 (Centrale 118, PS, Aree di degenza ospedaliera, medicina territoriale). Una buona registrazione/comunicazione dei dati rende il lavoro assistenziale più sicuro e efficiente e permette l'analisi critica e il confronto delle e 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 per-

cepita 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 adottare interventi strutturali che migliorino gli ambienti di attesa e di lavoro e garantiscano la privacy, buon triage, 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 con messaggi chiari e comprensibili.

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

4.3 Dalla medicina di attesa alla sanità di iniziativa

Ripensare l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini in un'ottica di equità, propria di un sistema universalistico, richiede di tenere conto delle dinamiche demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche della nostra Regione.

I DATI EPIDEMIOLOGICI DELLA CRONICITÀ

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 valori tra i più elevati al mondo, stabilizzatisi, negli ultimi anni, attorno a 192 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani di età inferiore ai 15 anni.

In Toscana, in particolare, l'analisi del profilo di salute contenuta nella relazione sanitaria ci permette di effettuare una stima di prevalenza su alcune patologie croniche di grande rilevanza:

Sono presenti:

- oltre 150.000 pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici, un quinto dei quali trattato con insulina;
- circa 770.000 pazienti sono in cura con farmaci antipertensivi;
- si verificano circa 11.000 infarti miocardici acuti (IMA);
- poco meno di 11.000 sono gli ictus cerebrali, che si verificano ogni anno;
- 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.

LE CONDIZIONI SOCIALI

Particolare attenzione inoltre va posta verso le fasce di popolazione che, per condizioni socio-sanitarie, livello di istruzione e/o scarsa conoscenza dei servizi, si trova ad accedere al SSR con minore intensità e tempestività, oppure vi accede attraverso la rete dell'emergenza urgenza, con minori possibilità di recupero.

LA SANITÀ DI INIZIATIVA

Lo sviluppo della sanità di iniziativa si basa: su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico "proattiva" dei cittadini e 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 adeguate.

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

Pertanto l'obiettivo strategico consiste in:

un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia e che organizza un sistema che accompagna il cittadino, favorendo lo sviluppo di condizioni che permettono di mantenere il livello di salute il più alto possibile; un sistema capace di gestire, rallentandone il decorso, le patologie croniche ed anche di affrontare con efficacia l'insorgenza di patologie acute.

Risulta determinante pertanto ripensare i modelli organizzativi puntando a definire contenuti assistenziali integrati in un contesto organico di ruoli e funzioni, rimuovendo gli ostacoli all'integrazione dei professionisti. In questa ottica assume una particolare valenza la "capacità" del sistema di farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative di prevenzione primaria, quali l'adozione di corretti stili di vita, ed in particolare l'attenzione all'esercizio della attività fisica, di corrette abitudini alimentari, che debbono comunque essere viste non solo come strumento di prevenzione ma anche come indispensabile sussidio alle terapie nella gestione della patologia nel caso di insorgenza della stessa.

Nella filosofia di adozione del modello, la prevenzione secondaria e gli screening in particolare dovranno avere un ruolo primario nella diagnosi precoce di molte patologie croniche.

4.3.1 La sanità di iniziativa in ambito territoriale. Il Chronic Care Model

La gestione dell'incremento della prevalenza di cronicità rappresenta uno dei problemi sanitari e sociali più rilevanti che le società così dette evolute debbono affrontare; con l'aumento della speranza di vita della popolazione, la diffusione e la presenza delle malattie croniche sono in continuo aumento.

Attualmente i 4/5 delle prestazioni sanitarie sono richieste per il trattamento della cronicità ed i 2/3 dei ricoveri sono ad esse attribuibili; alcuni studi predittivi stimano che nel 2020 circa il 60% della popolazione sarà affetto da patologie croniche.

In media otto anziani su dieci soffrono di una o più patologie croniche caratterizzate da diversi stadi di gravità. Tale problema è particolarmente significativo per la Toscana dove l'indice di vecchiaia è tra i più alti di Europa.

Oltre ai costi diretti vanno ovviamente considerati i costi sociali che la cronicità induce, sia in relazione alle modifiche della struttura familiare che alla disabilità totale quale risultante dell'evoluzione delle patologie croniche.

SANITA' DI INIZIATIVA E 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 programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.

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

Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow up, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere.

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'attività fisica, ed le corrette abitudini alimentari, viste non solo come strumento di prevenzione, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione della patologia. In questa ottica è stata promossa l'Attività Fisica Adattata (AFA) come un programma di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicato per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate negli esiti della malattia. Il 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;
- l'implementazione delle competenze, nel team multiprofessionale, per far acquisire alle persone assistite quelle capacità che le mettano in grado di attuare un'adeguata autogestione (self care) della propria malattia
- l'attuazione degli interventi assistenziali presso il domicilio del malato o l'ambulatorio del MMG, ivi inclusi i test diagnostici e le medicazioni, ove necessarie con l'utilizzo del "Libretto Personale di Patologia", da inserire nella Carta sanitaria;
- un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG.

Tale registrazione dei casi, che potrà consolidarsi in uno specifico registro, permette la gestione di un sistema finalizzato ad almeno tre funzioni:

- 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;
- la ricerca attiva dei pazienti per garantire la presa in carico proattiva e la continuità del percorso in relazione ai programmi definiti e al monitoraggio dei costi collegati alla patologia.

IL TEAM MULTIPROFESSIONALE NELLA SANITÀ DI INIZIATIVA PER LA CRONICITÀ

La centralità del cittadino nell'espletamento delle iniziative di salute risulta determinante per garantire a lui e ai suoi familiari un migliore stato di salute e la possibilità di gestire al meglio la malattia.

Risulta determinante come obiettivo strategico del presente Piano, mettere la maggior parte dei pazienti affetti da patologie croniche, o parenti o assistenti familiari, in condizione di autogestirsi per quanto attiene la corretta alimentazione, l'esercizio fisico, il monitoraggio dei parametri specifici e il corretto uso dei farmaci. Diventa pertanto importante sviluppare nel paziente o nel caregiver le competenze necessarie per gestire autonomamente i suoi bisogni a domicilio, anche mediante l'utilizzo di strumenti che valutino o misurino il possesso e la progressiva acquisizione di tali competenze.

Nel caso di pazienti non in grado di autogestirsi o che non usufruiscono di un care giver familiare, tali azioni dovranno essere garantite a domicilio.

Tali funzioni saranno svolte secondo una pianificazione specifica a domicilio del cittadino, presso le strutture ambulatoriali dei MMG o presso strutture specifiche dedicate dalla azienda sanitaria locale. Nella scelta andranno privilegiati momenti e aspetti aggregativi che aiutino l'interscambio di esperienze tra i cittadini evitando l'isolamento assistenziale.

A tal fine nel corso del primo anno di vigenza del Piano, e su base sperimentale, come azione di valenza strategica per la gestione della cronicità sul territorio, la Giunta regionale svilupperà azioni specifiche per garantire

questa innovativa modalità assistenziale con personale specificamente formato, anche con il contributo della Medicina Generale, per l'assistenza alla cronicità attraverso:

- la identificazione, attraverso la rassegna scientifica e l'analisi dei dati epidemiologici a disposizione nelle aree individuate per l'avvio della sperimentazione, del fabbisogno di personale sia dipendente che convenzionato, nei profili professionali adeguati alle patologie croniche;
- l'affidamento di questo personale che sarà attribuito, con destinazione vincolata, alla Unità Operativa Assistenza Infermieristica Territoriale del distretto. Il personale sarà assegnato in proiezione funzionale ai MMG sulla base dell'assorbimento di risorse legato alla casistica afferente agli stessi, in qualità di responsabili clinici ed assistenziali delle cure primarie. Tale personale disporrà di spazi adeguati alla funzione loro assegnata. I MMG assumeranno gli obiettivi assistenziali definiti nelle rispettive zone-distretto/Sds. Il Direttore dell'U.O. Infermieristica territoriale garantisce le risorse e le competenze professionali per l'erogazione dell'assistenza;
- la definizione e attuazione del percorso formativo specifico che relativamente alla alimentazione e alla nutrizione prevederà il coinvolgimento del personale dietista;
- sulla base della contrattazione regionale, la definizione della remunerazione di risultato dei MMG sarà vincolata al raggiungimento degli obiettivi assistenziali sopraenunciati
- la messa a regime dei registri dinamici di patologia, almeno nel triennio di vigenza di Piano, per: ipertensione, diabete mellito, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria e BPCO, ictus;
- la definizione su base cartacea o informatica del " Libretto Personale di Patologia", da affidare al cittadino, sul quale saranno registrate le attività ed i monitoraggi effettuati. Tale libretto personale troverà evidenza nella carta personale sanitaria;
- la quantità/qualità delle prestazioni del personale a domicilio, presso lo/gli studi del/dei MMG o altra sede distrettuale e la definizione del sistema di relazioni tra questi soggetti e la rispettiva zona distretto;
- il sistema di monitoraggio dei risultati di efficienza e di salute per i cittadini assistiti anche con audit di primo e secondo livello pianificati con i dati informativi a disposizione.

Il primo anno di vigenza del Piano permetterà di mettere a regime il sistema; nel secondo anno sarà avviata l'attività su alcune aree del territorio regionale con relativa valutazione del processo.

I PERCORSI ASSISTENZIALI

L'erogazione di una uniforme e avanzata assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche nell'ottica di migliorare lo stato di salute dei cittadini e di ridurre alle situazioni di stretta necessità i ricoveri ospedalieri necessita di una nuova alleanza tra specialistica territoriale e ospedaliera e medicina generale. Tale alleanza è alla base del trasferimento di competenze cliniche e complessità assistenziale nel territorio, in un disegno diverso, e condiviso, dei confini di responsabilità clinica con riferimento a percorsi diagnostico-terapeutici definiti in ambito, e con responsabilità distrettuale. Tali percorsi sono volti ad assicurare, agli operatori impegnati nel fornire una assistenza ottimale ai pazienti cronici, standard operativi di presa in carico e di erogazione delle prestazioni del SSR. Si determina pertanto la necessità di una forte integrazione tra l'ospedale e il territorio in tutte le sue valenze socio-sanitarie.

Tale obiettivo si persegue facendo crescere nel territorio e tra i professionisti pubblici e convenzionati una comune cultura dell'integrazione. Obiettivo del presente Piano è quello di definire i percorsi adattati alle singole realtà territoriali, introdotti ed attuati secondo quanto previsto dalla Delibera Regionale n. 1038 del 24.10.05, che vedano protagonisti tutti i professionisti coinvolti a partire da specifiche patologie quali:

- a) Ipertensione medio-grave;
- b) Diabete mellito;
- c) Scompenso cardiaco;

- d) Insufficienza respiratoria in BPCO;
- e) Ictus.

Si ritiene che, sulla base di risultati della presente programmazione, potranno essere estesi gli interventi anche a patologie, quali il morbo di Parkinson, la demenza senile, le gravi osteopatie cronico-degenerative, quale l'artrite reumatoide.

Saranno promosse azioni tese ad evidenziare il ruolo della nutrizione e dei corretti stili alimentari come presidi fondamentali nell'ambito dei percorsi di cura per pazienti affetti da ipertensione e diabete di tipo II.

I singoli percorsi definiti su base aziendale dovranno essere approvati e pubblicati, come strumento di trasparenza verso i cittadini e di confronto tra i professionisti delle varie realtà territoriali, sul sito della Azienda. Sarà compito del CSR provvedere alla elaborazione delle linee guida regionali sulle specifiche patologie anche per gli aspetti sociosanitari.

La definizione dei percorsi seguirà il seguente iter:

1. definizione dei percorsi su base aziendale;
2. formazione degli operatori sanitari;
3. avvio della fase di sperimentazione;
4. revisione e messa a regime con revisioni periodiche delle linee guida.

Il sistema di verifica e valutazione delle attività territoriali

I percorsi assistenziali nella fase gestionale dovranno essere supportati da un valido sistema di valutazione e verifica condiviso tra tutti gli attori del sistema. Il sistema di valutazione e verifica delle attività territoriali costituisce un elemento innovativo del presente Piano e presuppone una attenta programmazione del sistema.

La funzione e le attività delle "Cure Primarie" sono parte essenziale e costitutiva nell'organizzazione dell'assistenza territoriale; a tale principio si conformano gli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie Locali e di conseguenza tutti i soggetti che hanno condiviso il sistema di verifica e valutazione.

La zona distretto e le S.d.S costituiscono il contesto ove si assicura il governo complessivo della sanità territoriale e la coerenza fra le varie funzioni assistenziali e gestionali che vi si svolgono. Sull'organizzazione distrettuale si basa, quindi, il sistema di valutazione delle attività rese dalle cure primarie.

Per supportare il processo di riorganizzazione dei servizi territoriali il sistema di valutazione della performance dovrà nel primo anno di vigenza del presente Piano, prevedere una reportistica specifica che possa sostenere il processo di programmazione e governo locale e dall'altro permetta alla regione di monitorare la capacità del sistema di perseguire le strategie in ambito territoriale.

Entro il primo semestre di vigenza del Piano, in coerenza con il sistema di valutazione delle aziende sanitarie, verrà individuato un data set di informazioni ed indicatori coerenti al nuovo assetto della medicina territoriale utili sia al supporto della gestione che all'analisi dei bisogni specifici.

Per tali indicatori, elaborati da parte dell'Agenzia Regionale di Sanità e del MeS, saranno definite le fonti, le modalità di rilevamento, la cadenza e il ritorno delle informazioni dal territorio alla Regione e ai professionisti coinvolti.

Nel sistema di indicatori del territorio permarrà la caratteristica di multidimensionalità dove la sostenibilità economica verrà monitorata a fronte della soddisfazione e partecipazione dell'utenza, dell'equità e della qualità dei servizi erogati.

Al fine di svolgere le attività di verifica sul territorio da parte delle S.d.S e delle zone-distretto, in sintonia con quanto previsto in termini formali e sostanziali dagli AA.CC.NN., Regionali e Aziendali, entro il primo

anno di vigenza del Piano sarà definito il sistema di verifica territoriale delle attività della medicina di base e dalla Pediatria di libera scelta.

Il sistema si articolerà e sarà organizzato con:

- audit di primo livello da svolgere da parte del personale delle aziende che in base all'analisi dei dati forniti dal sistema di rilevamento e valutazione permetta di programmare su base annuale quantità e qualità delle verifiche da svolgere in ogni azienda sanitaria;
- audit di secondo livello che in base all'aggregazione dei dati delle singole aziende e su base regionale permetta ai Settori regionali di competenza di verificare le azioni delle aziende sanitarie e la omogeneità del sistema regionale.
- audit civici, che vedano la partecipazione attiva dei cittadini e delle loro associazioni.

Entro il primo anno di vigenza del Piano sarà programmata e realizzata specifica formazione di auditors per tutti i medici distrettuali dedicati, per i medici di medicina generale responsabili delle Unità di Medicina Generale, per gli infermieri responsabili di U.O. e per i funzionari regionali dei settori interessati secondo le seguenti linee di formazione:

1. contesti socio-sanitari in cui agiscono gli operatori distrettuali, (norme e scelte di Piano);
2. tecniche di audit;
3. contenuti degli audit della medicina territoriale;
4. uso delle informazioni per la gestione epidemiologica e gestionale del territorio.

A questa formazione ove attivate potranno accedere su valutazione regionale figure di coordinamento della medicina convenzionata.

4.3.2 La sanità di iniziativa nell'assistenza ospedaliera

È necessario 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 riacutizzarsi 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 figure professionali cui sarà affidato il compito di garantire “pro-attivamente” la presa in carico e la continuità assistenziale, ove sia opportuno.

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. Il tutoraggio riguarda la capacità del sistema sanitario di rendere consapevole il cittadino e di rispondere allo specifico bisogno assistenziale ospedaliero e territoriale a partire dal momento di primo contatto. Pertanto, con apposito atto di indirizzo della Giunta regionale, saranno individuate le caratteristiche essenziali per la definizione dello specifico percorso individuale a partire dalla valutazione specialistica. In questa fase il professionista dovrà comunque garantire la valutazione di tutti gli aspetti clinico ed assistenziali necessari per la corretta programmazione ed esito del suo bisogno. Il bisogno assistenziale dovrà trovare continuità nella fase ospedaliera con specifiche competenze e professionalità che a partire dal censimento del bisogno effettuato dal tutor clinico, per tramite di un tutor assistenziale, assicuri il progetto e la continuità assistenziale anche attraverso il collegamento con l'assistenza infermieristica territoriale della zona-distretto di residenza del cittadino. Tale percorso dovrà essere graduato secondo un Percorso Personalizzato Integrato più appro-

priato in relazione all'intensità del bisogno. Il terzo elemento da definire con l'atto regionale prima richiamato è costituito dal ruolo svolto in ambito ospedaliero dal servizio farmaceutico che informi il paziente, al momento della dimissione, sull'uso appropriato dei farmaci, sui possibili effetti collaterali, nonché sulla necessità di segnalare eventuali eventi avversi attraverso il proprio medico di fiducia.

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. Per garantire infine una efficiente continuità assistenziale integrata fra ospedale e territorio, i tutor sopraindicati dovranno collaborare per predisporre un piano di dimissione che consenta al paziente ed al care giver di riferimento, un'ottimale gestione della assistenza a domicilio.

In tale contesto, il riconoscimento della specificità scientifica e metodologica della disciplina Psicologia può realizzarsi attraverso molteplici ambiti di intervento, indirizzati sia al personale sanitario, per migliorare la comunicazione medico-paziente e rendere maggiormente funzionale la relazione tra operatori, sia ai pazienti e ai loro familiari, per la gestione dei casi maggiormente complessi e per specifiche patologie, quali la fibrosi cistica, le malattie neoplastiche, lo scompenso cardiaco, le mielolesioni.

Una nuova collocazione della psicologia ospedaliera nelle Aziende Sanitarie della Toscana, che realizzi spazi di autonomia professionale e organizzativa, potrà infatti meglio presidiare le complesse problematiche sopra descritte, assicurando l'apporto disciplinare, nell'ambito dei percorsi assistenziali, nonché l'opportuno raccordo con i management aziendale.

Nella fase di avvio del vigente Piano l'atto di Giunta, che sarà assunto entro il 2008, dovrà prevedere la integrazione con i percorsi ospedale-territorio prima richiamati a partire dalle seguenti condizioni o patologie: IMA, Ictus, Scompenso Cardiaco, Insufficienza Respiratoria in BPCO, Diabete e patologie correlate, Interventi di protesi d'anca.

4.3.3 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.

4.3.3.1 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 dell'Università di Siena. L'indagine produce informazioni circa lo stato nutrizionale e 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 possibile configurare un programma regionale di contrasto all'obesità infantile che fa perno:

- sulla mobilitazione e il coordinamento intersettoriale degli interventi per la promozione di corretti stili di vita in rapporto all'alimentazione e all'attività motoria;
- 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) e ospedaliero.

Azioni e strategie regionali

Si prospetta quindi un programma d'azione secondo le seguenti direttrici, già definite dettagliatamente nella DGR N.657 del 17.09.2007, che riprendono le linee di indirizzo stabilite dal Piano Nazionale Prevenzione e dal progetto "Guadagnare salute":

- 1) prevenzione e promozione di corretti stili di vita ed in particolare educazione alimentare ed all'attività motoria;
- 2) definizione della rete regionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'obesità;
- 3) verifica della qualità dell'offerta alimentare interna in coerenza con gli obiettivi.

4.3.3.2 L'offerta consultoriale per le immigrate

I dati disponibili 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.

Uno degli ambiti nei quali attualmente si evidenziano le maggiori differenze nell'accesso ai servizi è l'applicazione della legge 194/1978, legge sulla tutela della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

L'analisi dei dati dimostra che, sul totale dei concepimenti, la componente relativa alle donne straniere è passata dal 14,6% del 2001 al 23% del 2006. A fronte di tale aumento dei nati da donne straniere, non si è osservata la stessa riduzione percentuale rispetto al numero dei concepimenti, osservata nelle donne italiane, degli aborti in tale popolazione, che sono passati dal 31,84% al 32,17%.

Infatti il dato che ci preme sottolineare, emerge dal confronto fra la percentuale delle interruzioni di gravidanza nelle donne italiane, pari al 16,1 %, in diminuzione rispetto agli anni precedenti, con il dato degli aborti nelle donne migranti pari, come visto sopra, al 32,17 %.

Le azioni intraprese in termini di utilizzo dell'offerta, di informazione e crescita culturale hanno avuto presa sulla popolazione toscana, mentre nessun impatto hanno avuto sulle fasce più deboli della popolazione. Appare evidente, quindi, come di fronte ad un'unica modalità di offerta del servizio, ci sia una differente capacità recettiva da parte della popolazione, riconducibile da una parte alle ineliminabili differenze etniche e culturali, e dall'altra alla difficoltà del sistema sanitario di proporre un sistema che sia realmente equo ed a carattere universale.

In primo luogo bisogna prevedere l'offerta attiva dei servizi e 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 atipicità delle forme di lavoro spesso non possono fruire delle agevolazioni previste dalla vigen-

te 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 (ad esempio, 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 gli scopi e nei limiti previsti dalla legge, 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 culturali in relazione alle etnie prevalenti;
- 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;
- la realizzazione di interventi di prevenzione del ricorso all'IVG sia a livello individuale che di comunità.

Gli accessi in urgenza al SSR verranno utilizzati per inserire i migranti nei percorsi socio assistenziali, così come la scelta del pediatra effettuata direttamente in ospedale al momento del parto, la visita post partum a domicilio del pediatra e dell'ostetrica, l'indirizzo al consultorio per percorsi di prevenzione ed assistenza e per una sessualità consapevole, che contribuiscano all'inserimento organico delle diverse immigrazioni nella realtà della regione toscana.

Presso la sede consultoriale sarà inoltre possibile offrire alla popolazione migrante femminile i servizi di screening per la prevenzione oncologica.

4.3.3.3 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, poiché 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 ha reso 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;
- la precoce protesizzazione e, nei casi più gravi di sordità profonda, il trattamento precoce con impianto cocleare;
- 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.

4.3.3.4 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, con il contributo degli odontoiatri privati anche coinvolgendo gli specialisti ambulatoriali a proseguire, nelle età successive a quelle individuate dal progetto prevenzione, gli interventi di controllo e sigillatura, eseguiti e da eseguire.

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.

4.4 La rete ospedaliera

L'evoluzione delle tecnologie sanitarie e il nuovo quadro epidemiologico hanno prodotto, nel corso degli anni, un consistente cambiamento dell'offerta ospedaliera in tutti i paesi occidentali.

In Toscana, inoltre, l'evoluzione del sistema delle Aziende e il consolidamento del ruolo dell'Area Vasta, sta progressivamente producendo una migliore stratificazione della rete specialistica dell'offerta ospedaliera.

Sono tuttavia necessari ulteriori interventi verso l'appropriatezza clinica e organizzativa: introducendo nuove, più avanzate logiche di integrazione, nella ricerca costante di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.

Va in questa logica un nuovo indirizzo di piano sui piccoli ospedali e sull'adozione dell'organizzazione per intensità di cura nei presidi ospedalieri.

4.4.1 Riquilibrare i piccoli Ospedali

Da un'analisi condotta sulle attività svolte presso i piccoli ospedali della Toscana, emerge che essi ricoprono un ruolo assai rilevante sia nell'ambito della gestione dei ricoveri internistici (per riacutizzazione di patologie croniche, in particolare neurologiche e cardio-respiratorie), sia nell'ambito della patologia elettiva chirurgica.

Assai limitato, se non del tutto assente, appare invece il ruolo di tali presidi per le patologie chirurgiche che necessitano di un trattamento in emergenza non differibile.

Su questo tema il presente Piano torna con un apposito paragrafo (5.4.2), qui si anticipano alcuni spunti organizzativi dei quali tenere conto nel completare il processo di accreditamento.

Occorre un ripensamento organizzativo delle "funzioni di soccorso" di tali presidi che, per poter migliorare la capacità di risposta, saranno dotati di adeguata strumentazione diagnostica (24 h), anche utilizzando a pie-

no le potenzialità che la telediagnostica ci offre integrando, ove possibile, le risorse interne dedicate, con quelle delle postazioni di emergenza territoriale.

In tali presidi possono, inoltre, essere programmati interventi di chirurgia specialistica, che team di Area Vasta accreditati, per le attività chirurgiche professionalmente complesse, possono svolgere garantendo la sicurezza del paziente.

I piccoli ospedali si qualificheranno per ulteriori importanti servizi che vi verranno svolti (esempio trattamenti chemioterapici), escludendo attività ad alto rischio quali la chirurgia di emergenza.

La ridefinizione delle funzioni dei piccoli ospedali renderà possibile un loro sviluppo nella rete specialistica di Area Vasta e, contemporaneamente, un loro migliore raccordo in continuità con l'assistenza territoriale e con i Medici di Medicina Generale prevedendo, in tale contesto, lo svolgimento di percorsi didattici per i medici in formazione, realizzati in collaborazione con le tre Università.

4.4.2 Graduare l'Ospedale per intensità di cura

Con il progetto "Ospedali per intensità di cura", si sono poste le basi per favorire un approccio multidisciplinare, centrato sul malato, e per superare una visione "d'organo", che il reparto monodisciplinare tende ad esprimere.

Attraverso la realizzazione di moduli/aree di ricovero "aperte e variabili", graduati per intensità di bisogno assistenziale, sarà possibile superare le criticità, frequentemente riscontrabili in ospedale, legate alla gestione del posto letto.

Il superamento del concetto di reparto non significa però sminuire o peggio rinunciare al ruolo delle equipe specialistiche. Al contrario, non dovendo necessariamente "costituire uno specifico reparto", si rende più facile il superamento, specie negli ospedali medio - piccoli, del principale ostacolo alla costituzione di poli specialistici cui affidare, secondo criteri di appropriatezza clinica, la gestione del paziente.

La concreta applicazione del modello, naturalmente, richiede un adeguato impegno delle Aziende ad attivare percorsi di formazione/addestramento, nonché processi finalizzati alla consultazione/condivisione dei professionisti coinvolti, così da meglio contestualizzare il modello alla tipologia di ospedale (caratteristiche dimensionali e strutturali) e all'asset organizzativo/professionale del presidio e dell'Azienda (realizzazione di Dipartimenti e Aree Funzionali).

Infine, attraverso la riorganizzazione per intensità di cure, ove il concetto di cure include sia gli aspetti assistenziali che quelli connessi alla diagnosi e alla terapia, l'Ospedale può meglio raccordarsi al territorio, un territorio che con il presente piano potrà progressivamente sempre meglio svolgere il proprio ruolo assistenziale.

4.5 Sviluppo e ricerca

La ricerca è una funzione fondamentale, costitutiva e pervasiva di ogni moderno sistema sanitario, poiché alimenta lo sviluppo delle conoscenze scientifiche ed operative e la conseguente messa a punto di processi e prodotti innovativi, in grado di migliorare la capacità di risposta del sistema e la sua efficacia. La ricerca determina una crescita complessiva della mobilità, della apertura e della ricettività all'innovazione da parte dei professionisti, ed è quindi inscindibile dalle attività di assistenza, di didattica e di aggiornamento continuo. L'investimento in ricerca consolida la fiducia che i pazienti e i cittadini ripongono nei servizi, ed è motore di reti e rapporti di collaborazione strategica tra i diversi soggetti che, a vario titolo, contribuiscono al sistema salute.

Il Servizio Sanitario della Regione Toscana, attraverso la programmazione e percorsi di condivisione e concertazione, sostiene lo sviluppo delle attività di ricerca messe in atto da una pluralità di soggetti pubblici e

privati, e promuove il raccordo e l'integrazione tra ricerca di base, ricerca applicata, sperimentazione ed innovazione nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi. È necessario superare una visione a comparti stagni e declinare la filiera che va dalla ricerca di base all'innovazione nella pratica assistenziale, ponendosi il problema del trasferimento della conoscenza, della capacità di assorbimento e delle competenze diffuse necessarie nel sistema. È altresì necessario riconoscere definitivamente il sistema sanitario pubblico come motore di sviluppo complessivo del sistema regionale, elemento di generazione di valore e di ricchezza nei molteplici settori produttivi legati alla salute, e perno fondamentale dell'economia della conoscenza delineata nella Strategia di Lisbona della UE. Questi presupposti sono presenti negli atti del governo regionale, a partire dal Programma Regionale di Sviluppo 2006–2010 e dalla promozione di uno spazio regionale per la ricerca e innovazione. Il ruolo del sistema sanitario pubblico diventa quindi indirizzare, supportare e governare, in una logica di integrazione con le altre politiche regionali, le reti "naturali" tra aziende sanitarie regionali, centri di ricerca, industria, centri di trasferimento e incubazione attraverso le quali si sviluppano ricerca e innovazione a beneficio del cittadino utente dei servizi.

Nel periodo 2005–2007 si è avviata una strategia di sviluppo del sistema di ricerca e innovazione, in particolare attraverso: il consolidamento della governance integrata delle aziende ospedaliero–universitarie, e l'identificazione esplicita della ricerca nella loro missione istituzionale; lo sviluppo della rete ITT ed in generale delle reti professionali e di eccellenza nel sistema complessivo delle aziende sanitarie; il finanziamento diretto di filoni di ricerca innovativi come la medicina rigenerativa; il sostegno alla sperimentazione clinica; sono state gettate le basi per una relazione di partnership sempre più incisiva con l'industria farmaceutica, biotecnologica e biomedicale, orientata alla promozione della ricerca e sviluppo e si sono consolidati parchi tecnologici nel campo delle scienze della vita, anche con il contributo di fondazioni private. Vi sono tuttavia ancora margini di miglioramento notevoli relativamente alla capacità di proteggere, valorizzare, far fruttare e trasferire le nuove conoscenze generate nel sistema della ricerca pubblica, orientandole ai bisogni di salute del cittadino, ed all'integrazione della filiera della ricerca con le traiettorie di sviluppo delle imprese operanti nei settori sinergici al sistema sanitario regionale.

Il presente Piano prevede quindi un salto di qualità nel sostegno alla ricerca e innovazione, attraverso un insieme organico di azioni e di strumenti di governance e di sinergie volte anche al reperimento di nuove risorse. In particolare sarà sviluppata la capacità di indirizzo strategico della ricerca e di supporto alla definizione delle priorità, anche attraverso la creazione di un Board della Ricerca, espressione professionalmente più qualificata dei professionisti che operano nel servizio sanitario regionale, che possa orientare consapevolmente i bandi e le linee di finanziamento sui bisogni del sistema sanitario toscano; l'azione di governance del soggetto pubblico favorirà l'integrazione tra le politiche settoriali di sostegno alla ricerca, e sarà tesa a garantire la valutazione indipendente dei programmi ed a presidiare, capitalizzare e proteggere i risultati innovativi, attraverso lo sviluppo di competenze in ambito di brevettazione e di supporto al trasferimento tecnologico. Nel contesto della partnership con le industrie si attingerà anche alle risorse ed alla progettualità del POR "Competitività regionale e occupazione", e saranno co-finanziati progetti di ricerca preclinica e clinica ed infrastrutture comuni di ricerca, dedicate allo sviluppo del settore biofarmaceutico e biomedicale in rete con le eccellenze della ricerca pubblica. La sfida è rendere operativo il "distretto regionale di scienze della vita e della salute", inteso come cornice per consolidare gli insediamenti e le competenze già presenti nei diversi poli del territorio, attrarre e focalizzare i finanziamenti su linee di sviluppo con alto potenziale di trasferibilità ed applicazione, favorire l'attrazione di nuovi operatori e di ricercatori e personale qualificato, beneficiare dei possibili effetti di rete, di coordinamento e di prossimità.

4.6 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 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 è ritenuto fondamentale coinvolgere un soggetto pubblico, di livello universitario, la Scuola Superiore Sant’Anna che, non essendo coinvolta, a differenza degli altri atenei toscani, nelle tre aziende ospedaliere universitarie di Pisa, Siena e Firenze, rende possibile un soddisfacente grado di terzietà rispetto al sistema delle Aziende. 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 è al tempo stesso uno strumento innovativo del governo regionale, una opportunità di crescita per gli operatori, un elemento di garanzia per cittadini.

Il sistema di valutazione è parte integrante del governo clinico e quindi recepisce le indicazioni che provengono dai professionisti che vi operano. Infatti, il governo clinico si avvale del sistema di valutazione quale strumento per la definizione delle procedure per il monitoraggio e il miglioramento dei percorsi assistenziali.

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana, che già oggi permette la verifica dei risultati multisettoriali delle aziende e del management, a partire dai Direttori Generali, e sarà esteso alla valutazione della piena operatività, dell’attività e dei servizi erogati attraverso l’ESTAV e l’Area Vasta.

Un ruolo di rilievo, pertanto, deve essere svolto dal CSR e dagli organismi di governo clinico.

Alla luce dei risultati ad oggi raggiunti e, soprattutto, della spinta innovativa che il sistema sanitario regionale nel suo complesso intende darsi, nonché per la trasparenza e chiarezza degli obiettivi da conseguire e dei risultati ottenuti, nel periodo 2008 – 2010 si conferma il sistema di valutazione adottato e la sua applicazione ampliata. In particolare nel corso del prossimo triennio il sistema sarà implementato:

- verso le attività e i servizi erogati a livello territoriale, incluso quelli erogati presso le Società della salute;
- verso il sistema di supporto e servizio alle Aziende (ESTAV);
- verso il sistema di integrazione e cooperazione fra le Aziende sanitarie (Area Vasta).

L’introduzione del sistema di valutazione dei risultati in questi diversi contesti richiederà un processo di adattamento alle finalità specifiche delle diverse realtà organizzative, nonché il coinvolgimento dei professionisti e degli operatori che vi operano e degli utenti che usufruiscono dei loro servizi.

Ferma restando la titolarità di ciascuna Azienda, la Direzione generale si farà carico di migliorare la visibilità e l’omogeneità dei sistemi di valutazione adottati anche in ambito dei singoli presidi ospedalieri e delle singole strutture organizzative, in coerenza con il sistema complessivo regionale.

I risultati conseguiti dalle aziende e dagli altri soggetti del sistema saranno pubblicati e resi disponibili a tutti i

cittadini. Gli stessi risultati andranno anche a costituire lo strumento per il monitoraggio annuale previsto dalla L.R. 40/2005 e per il monitoraggio richiamato al paragrafo 8 del Rapporto di valutazione che accompagna il presente Piano.



5. Un Piano per cogliere le nuove opportunità nei livelli di assistenza

5.1 Le scelte e le alleanze per la promozione della salute

Per “dare più anni alla vita e più vita agli anni” (OMS), il Servizio Sanitario intende sviluppare alleanze, azioni intersettoriali e sinergie per mettere in gioco tutte quelle opportunità che consentano di operare sui determinanti di salute, di migliorare gli stili di vita, avviando processi di promozione e di educazione alla salute basati sulla comunicazione e consensualità, dando valore alle politiche di genere.

Lo stato di salute di un individuo è influenzato, determinato, da molteplici fattori. Lo studio dei determinanti della salute è la base di una buona politica di sanità pubblica, perché consente di analizzare (e possibilmente modificare) i fattori che in varia misura influenzano l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie. L'evidenza scientifica dimostra infatti come agendo sui determinanti di salute si possano contrastare e ridurre molte malattie.

Importante è dunque da un lato rafforzare la capacità del cittadino di fare scelte consapevoli per la salute (empowerment) favorendo l'acquisizione di stili di vita sani, dall'altro avviare strategie integrate e intersettoriali tra i diversi attori del sistema al fine di condividere obiettivi comuni sulla salute.

Già con il precedente piano sanitario è stata ampiamente riconosciuta la multifattorialità dei determinanti della salute. La collaborazione con l'OMS, avviata attraverso l'accordo quadro per il quinquennio 2003–2007, ha permesso di attivare una solida strategia per la promozione della salute della popolazione, basata sui determinanti sociali ed economici.

Nel documento di lavoro “Concetti e strategie per gli investimenti per la salute– Sfide e opportunità della Regione Toscana” (2005) l'OMS ben evidenzia come un sistema capace di posizionare la salute della popolazione in un contesto più ampio di sviluppo regionale, diventi un elemento essenziale per una strategia efficace nell'ambito degli investimenti per la salute; occorre cioè posizionare la promozione per la salute come una risorsa per lo sviluppo sociale, umano ed economico della Toscana.

I punti deboli del sistema, che impediscono un'azione sistematica per la promozione della salute, sono spesso collegati a aspettative non realistiche nei confronti di programmi “isolati” diretti solo al cambiamento comportamentale a livello individuale. Un'azione sostenibile per la promozione della salute non può realizzarsi solo tramite azioni individuali o programmi isolati su temi che riguardano la salute.

La maggiore opportunità nel creare guadagni in salute nella popolazione e garantire la salute come risorsa per uno sviluppo generale sta nella capacità del sistema complessivo di un paese o regione di strutturarsi su tali obiettivi. Una solida strategia di promozione della salute si deve pertanto considerare non solo come parte della spesa sanitaria, ma anche come parte degli investimenti per il benessere e lo sviluppo equo e sostenibile della regione, delle sue province e dei suoi comuni.

Un buon stato di salute della popolazione è indicatore di una società civile ed un fattore base di sviluppo. Per raggiungerlo è necessario non solo un esplicito impegno a tutti i livelli di governo locale e regionale, ma anche il sostegno di risorse finanziarie e umane, l'impiego di infrastrutture e sistemi adeguati.

Una società civile, che partecipa attivamente alle questioni pubbliche, è in grado di organizzarsi meglio e mobilitare le risorse da investire nei settori che influiscono maggiormente sulla promozione della salute. Allo stesso modo, le comunità con maggiore capacità di autogestione e leadership, e che agiscono per migliorare la salute ed i suoi determinanti, sono meno soggette ad un rapporto di dipendenza. Occorre in questo senso rafforzare le iniziative per coinvolgere, informare e consultare le comunità su come e dove si dovrebbero promuovere gli investimenti e le azioni per produrre migliori guadagni in salute nella popolazione.

Le opportunità per la promozione della salute e dello sviluppo dipendono in gran parte da situazioni e risorse

locali. Le risorse per la salute si possono definire come capacità o fattori “salutogenici”, di protezione e/o di promozione, che contribuiscono allo sviluppo della salute della popolazione. Per esempio una delle risorse che la letteratura descrive come “protettiva” è il senso di appartenenza a una comunità. Una crescente evidenza scientifica indica che molte risorse che hanno un impatto di protezione/promozione della salute delle persone contribuiscono anche a uno sviluppo socioeconomico equo e sostenibile. Tra queste risorse si possono citare la qualità del capitale sociale toscano, la qualità e distribuzione delle reti civiche (social networks), la qualità dell’ambiente fisico, ecc. Tuttavia, il fatto di pensare in termini di risorse per la salute e lo sviluppo non è un atteggiamento che nasce spontaneo. La maggior parte degli interventi per migliorare la salute della popolazione si concentra principalmente sui bisogni o sui problemi della popolazione (per esempio sulle risorse mediche). Senza un approccio che tende a massimizzare le risorse “salutogeniche” presenti in un determinato territorio non sarà possibile produrre guadagni in salute che siano equi, sostenibili ed efficaci.

STRATEGIE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

La Regione Toscana ha contribuito negli anni a promuovere la salute dei cittadini avviando processi di crescita culturale e civile, azioni intersettoriali e sinergie di livello internazionale, nazionale, regionale e locale.

Il livello internazionale

La collaborazione con l’OMS, attraverso il citato accordo quadro per il quinquennio 2003–2007, ha rafforzato la capacità di stabilire, implementare, monitorare e valutare le strategie per la promozione della salute nella popolazione, prendendone in considerazione prioritariamente i determinanti sociali, economici e ambientali.

Ciò ha rappresentato la prima cornice organica alla quale riferire i programmi e le iniziative di promozione della salute da parte delle organizzazioni sociali e di scelta consapevole di stili di vita da parte dei cittadini.

L’accordo quadro con l’OMS ha permesso, infine, di aderire a reti internazionali (Network Regions for Health), di adottare modelli di sviluppo quali il CEHAPE (Piano europeo di Azione per l’ambiente e la salute dei bambini), di partecipare a studi e ricerche transnazionali quali l’HBSC sugli adolescenti (11–13–15 anni) e sui loro stili di vita.

In particolare: la Rete degli ospedali per la salute (HPH) ha accresciuto l’attenzione degli operatori sociosanitari sui temi di salute delle comunità locali, assicurando agli ospedali una responsabilità sociale e culturale nella promozione del benessere.

L’HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), ricerca condotta per la parte scientifica in collaborazione con l’Università di Siena, ha coinvolto direttamente le istituzioni scolastiche, dando ad esse la possibilità di acquisire un quadro organico e sistematico sugli stili di vita degli adolescenti toscani. Ciò ha permesso di cogliere l’influenza che alcuni contesti sociali, quali la scuola, la famiglia, la comunità, hanno sugli stili di vita e sulla salute degli adolescenti. Nello specifico è emerso che per gli adolescenti sono indispensabili azioni educative integrate con il territorio facendo leva sulle loro competenze abilità di vita facilitando relazioni per arricchire con nuove prospettive la convivenza sociale e civile.

L’adesione alla “Dichiarazione di Firenze, il benessere psichico dei bambini in Europa”, sottoscritta anche dall’OMS, per sviluppare la prevenzione delle malattie psichiche nell’infanzia e adolescenza.

Il livello nazionale

La Regione Toscana ha attivato dal 2005 collaborazioni con il Ministero della Salute all’interno del piano del Centro Controllo Malattie (CCM) per la prevenzione degli incidenti domestici e stradali.

Le sollecitazioni del programma ministeriale “Guadagnare in salute– Rendere facili le scelte salutari” si sono integrate positivamente nel percorso di sviluppo delle azioni della Regione Toscana sugli stili di vita sani.

L’azione del Ministero, in tal senso, è diventata elemento strategico ulteriore per alimentare un costante confronto e monitoraggio delle azioni di promozione della salute e di prevenzione nel campo degli stili di vita anche ai fini della progettualità delle Aziende sanitarie e delle Società della Salute.

Il livello regionale

Nel triennio del piano sanitario sono stati rafforzati i processi di integrazione e di operatività intersettoriale, sviluppando soprattutto collaborazioni con le istituzioni scolastiche e il mondo delle associazioni.

Le esperienze di livello internazionale e nazionale hanno favorito lo sviluppo di metodologie partendo anche dalle risultanze sugli stili di vita della ricerca HBSC.

Obiettivi per il triennio

Nel triennio saranno consolidati e rafforzati i processi culturali e strategici avviati con il precedente piano sanitario attraverso il finanziamento per progetti di promozione della salute.

In particolare si opererà per:

- rinnovare il Programma Quadro con l'OMS al fine di consolidare ed ampliare i risultati raggiunti in termini di sviluppo strategico e di miglioramento della salute in Toscana, attraverso il ruolo determinante dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di recente investita dall'OMS del ruolo di WHO collaborating center;
- dare continuità ai progetti che scaturiscono dalla collaborazione con l'OMS in particolare alla rete Health Promotion Hospital (HPH), accrescendo lo scambio e il confronto tra mondo sanitario, organizzazioni sociali e cittadini, finalizzandoli anche allo sviluppo di forme integrate di azione culturale in collaborazione con le Aziende USL e le Società della salute per la promozione della salute;
- proseguire lo studio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC);
- sviluppare progetti per il benessere dei giovani che tengano conto dei loro reali bisogni e valorizzi il loro protagonismo
- promuovere un raccordo strategico e funzionale con il Ministero della Salute nell'ambito del "Programma guadagnare salute";
- sviluppare forme organiche e sistematiche di collaborazione con le organizzazioni dei Pediatri di libera scelta e dei Medici di Medicina Generale per stimolare nei cittadini l'acquisizione di stili di vita salutari;
- favorire, tramite i Piani Integrati di Salute, lo sviluppo di azioni intersettoriali per sperimentare a livello territoriale percorsi formativi e culturali al fine di accrescere la conoscenza scientifica e far maturare motivazioni sociali per stili di vita sani e consapevoli;
- operare per favorire nella popolazione processi di inclusione sociale e attraverso la conoscenza, l'istruzione scolastica e la partecipazione sociale;
- creare e facilitare alleanze con i soggetti pubblici e del privato sociale per sviluppare intese e collaborazioni che permettano alle persone di guadagnare salute e accrescere il benessere nelle organizzazioni sociali;
- sostenere processi di sviluppo locale con obiettivi di salute misurabili e valutabili;
- definire un modello integrato di documentazione sulla promozione della salute che sostenga le iniziative regionali e locali, raccolga i risultati relativi alle buone pratiche sui temi della salute, degli stili di vita, sul contrasto alle malattie e alla povertà, prevedendo nell'arco del triennio una riorganizzazione dell'attuale sistema di documentazione sulla promozione della salute con l'obiettivo di migliorarne l'offerta informativa e culturale.

Si citano di seguito alcuni temi paradigmatici:

1. STILI DI VITA: IL GOVERNO DEL SISTEMA

L'Organizzazione Mondiale di Sanità definisce la salute umana come una condizione di benessere fisico, psichico e sociale. L'evidenza scientifica considera gli stili di vita scorretti come i principali fattori di rischio e causa di molte patologie. L'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute, il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, secondo l'OMS, sono determinati da patologie che hanno in comune fattori di rischio modificabili quali il fumo, l'obesità e il sovrappeso, l'abuso di alcol, la scorretta alimentazione e la sedentarietà (cfr. Ministero della Salute, "Guadagnare salute – Rendere facili le scelte salutari").

Negli ultimi decenni si è affermata la consapevolezza che la salute pubblica è determinata, oltre che da fattori riconducibili al patrimonio genetico e allo stile di vita individuale, anche da determinanti di tipo sociale, culturale ed economico. Tale considerazione ci porta ad individuare un "sistema della salute" che necessita un approccio integrato a livello intersettoriale, istituzionale e territoriale che sia in grado di promuovere la salute della popolazione, influenzarne i determinanti e ridurre le disuguaglianze mitigando l'esclusione sociale.

È pertanto opportuno aprire e rafforzare canali di collaborazione tra il settore sanitario e le componenti sociali, economiche, ambientali e culturali della società toscana.

La promozione di corretti stili di vita deve essere mirata alle specifiche condizioni fisiche, psichiche, anagrafiche, sociali della popolazione: dall'adolescente non ancora fumatore al fumatore adulto, dalla donna in gravidanza alla donna in menopausa, dai bambini a rischio obesità ai soggetti diabetici, ecc.

In tal senso la promozione di corretti stili di vita, oltre che strumento di prevenzione, diventa supporto ai percorsi terapeutici in un modello assistenziale per la presa in carico "proattiva" dei cittadini che fa riferimento alla medicina d'iniziativa.

I risultati conseguiti a livello di alleanze e di adesione della Regione a reti e protocolli nel corso del precedente Piano, da una parte, hanno permesso di disegnare un quadro reale dei bisogni, delle criticità e delle opportunità presenti nel nostro territorio, dall'altra hanno reso più facile la individuazione di obiettivi possibili e delle modalità di azione trasversali per promuovere stili di vita sani nella popolazione.

In un'ottica di governo regionale risulta importante affrontare alcune criticità per:

- a. ricondurre a sistema la ricchezza delle esperienze in un'ottica di ottimizzazione delle risorse;
- b. aumentare la condivisione delle azioni messe in atto dai diversi attori sociali;
- c. disporre con continuità di dati comparabili a livello regionale, nazionale e internazionale.

Appare perciò indispensabile costruire una cornice progettuale regionale che indichi gli obiettivi generali da perseguire nei singoli contesti territoriali, prevedendo la massima integrazione e condivisione.

Le Società della Salute rappresentano l'ambito territoriale ideale per censire i bisogni delle comunità locali e per programmare e progettare le azioni specifiche di promozione della salute e gli interventi di sensibilizzazione sugli stili di vita; i Piani integrati di salute sono definiti con il concorso delle forze sociali presenti sul territorio e diventano pertanto lo strumento più idoneo per incidere anche sui determinanti non sanitari di salute.

Nel corso del triennio di vigenza del Piano si individua, come obiettivo strategico fondamentale la integrazione tra le Direzioni Generali e le Agenzie regionali per la programmazione e l'attuazione di progetti e azioni verso un programma regionale di promozione di stili di vita sani, secondo quanto previsto dall'Accordo

Quadro di collaborazione con l'OMS e dal programma del Ministero della Salute "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari".

Sono individuati come obiettivi specifici:

1. l'attuazione del programma ministeriale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" rivolto alla prevenzione delle malattie croniche attraverso la promozione dell'attività fisica, di una dieta sana ed equilibrata, il contrasto alla dipendenza dal fumo e ai consumi di alcol;
2. l'attuazione dei programmi operativi promossi dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) istituito dal Ministero della Salute finalizzati alla promozione di stili di vita sani ed alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute;
3. l'istituzione di un Osservatorio regionale permanente composto dai rappresentanti di: Direzioni Generali e Agenzie regionali, Società della Salute, medici convenzionati generici e pediatri, ufficio europeo dell'OMS, organismi istituzionali di Area Vasta, finalizzato a:
 - raccordo tra tutti i soggetti coinvolti;
 - elaborazione di un sistema permanente di raccolta dati da mettere in rete;
 - individuazione di indicatori per la validazione delle politiche regionali e rilevazione di eventuali criticità di sistema;
 - valutazione annuale dei risultati raggiunti attraverso l'utilizzo di specifici strumenti di lavoro da parte delle Società della Salute e degli organismi di Area Vasta;
4. la prosecuzione dei percorsi integrati attivati con il progetto speciale Alimentazione e Salute (PSR 2005–2007) per la sorveglianza epidemiologica, la prevenzione e la definizione di percorsi assistenziali delle patologie riferibili alla scorretta alimentazione.

2. UNA SCUOLA CHE PROMUOVE SALUTE

Tutti i bambini e i giovani hanno diritto e dovrebbero avere l'opportunità di essere educati in una "Scuola che promuove Salute".

Una scuola che promuove salute, secondo l'OMS, risponde ai seguenti requisiti:

- offre un ambiente sano, dove poter lavorare e imparare;
- identifica obiettivi chiari per la promozione della salute;
- utilizza le risorse disponibili nella comunità per sostenere azioni di promozione della salute;
- recepisce i servizi sanitari e scolastici come risorsa educativa in modo che gli alunni e gli operatori ne diventino degli utilizzatori competenti;
- responsabilizza l'individuo, le famiglie e la comunità nei confronti della salute;
- incoraggia stili di vita sani offrendo opportunità che risultino attraenti sia per gli alunni che per il personale della scuola;
- promuove l'autostima degli alunni mettendoli in grado di realizzare le loro potenzialità fisiche, psicologiche e sociali (life skills);
- favorisce buoni rapporti tra il personale della scuola e gli alunni, tra gli alunni stessi e tra la scuola, la famiglia e la comunità;
- predispone percorsi curricolari coerenti con le finalità dell'educazione alla salute, la cui applicazione ricercherà metodi educativi che coinvolgano attivamente gli alunni;
- fornisce agli alunni le conoscenze e le capacità necessarie sia per prendere decisioni consapevoli riguardanti la loro salute.

Le scuole, i genitori, le organizzazioni non governative e le comunità locali, devono lavorare insieme per sostenere e rinforzare il l'istituzione scolastica che promuove salute e si impegna a sviluppare la coesione e il capitale sociale.

La Regione Toscana ha stipulato con l'Ufficio Scolastico Regionale – Direzione Generale il Protocollo “Promozione di azioni per favorire tra i giovani stili di vita sani e consapevoli per il benessere ed il successo formativo nella scuola e nella comunità”, il quale permetterà di comprendere al meglio il rapporto tra educazione, organizzazione scolastica e salute. La scuola che promuove salute, infatti, ha i suoi fondamenti in un modello sociale di salute che mette in evidenza da un lato, il ruolo dell'intera organizzazione scolastica nei confronti delle esigenze del territorio e dall'altro l'attenzione sugli individui e sulle loro competenze e capacità di scelta nell'intento di comprendere e favorire il rapporto tra l'educazione e la salute.

Come previsto dal protocollo è stato istituito un comitato di attuazione, composto dai rappresentanti delle diverse direzioni generali regionali, con l'intento di programmare annualmente azioni, interventi e strumenti innovativi non settoriali al fine di fornire alle istituzioni scolastiche un'unica proposta integrata di lavoro che prenda in considerazione il benessere complessivo dello studente, in linea con il Piano Nazionale del Benessere dello studente (2007 – 2010) elaborato recentemente dal Ministero della Pubblica Istruzione.

Nell'ambito del Piano sopradetto si prevede l'avvio di un'intesa tra il sistema regionale per la salute e il Ministero della Pubblica Istruzione, con l'obiettivo di realizzare azioni dirette a fornire agli adolescenti gli strumenti più adatti per conoscere ed evitare i comportamenti a rischio che possano danneggiare la salute, e soprattutto promuovere in loro la ricerca e la scoperta del valore positivo di una vita sana. In particolare si intende promuovere il consumo di frutta e verdura nelle scuole, azioni formative sul rischio dell'uso dell'alcool e di sostanze stupefacenti tra i ragazzi, e di interventi di educazione all'affettività e sessualità consapevole.

È stato dimostrato come le scuole che promuovono salute costituiscano un investimento sia per l'educazione che per la salute. Inoltre tale approccio ha un notevole impatto positivo nei confronti di tutti coloro che insegnano, amministrano, sostengono e sovvenzionano le scuole e le comunità in cui esse sono inserite. L'apprendimento e la salute sono strettamente legati. Il buono stato di salute degli alunni è un requisito essenziale per il raggiungimento degli obiettivi formativi così come lo stato di salute dei docenti è importante per lo sviluppo di scuole efficienti.

Una scuola che promuove salute mette al centro del programma il ragazzo che vive, lavora, gioca, e impara all'interno di un contesto dinamico che è la scuola.

L'educazione alla salute centrata sui ragazzi anziché sulle discipline significa sollecitare il mutamento per la costruzione di una nuova cultura della salute, una cultura che comprenda le interrelazioni, le interdipendenze dei fattori che determinano la salute.

Occorre un lavoro di squadra e un forte impegno collettivo perché la scuola possa effettivamente diventare “promotrice di salute” e assicurare ai giovani strumenti che permettano di promuovere scelte consapevoli e stili di vita sani, accrescere la responsabilità nell'autotutela, al fine di contrastare il disagio e il malessere con un'attenzione particolare verso chi ha meno opportunità.

3. LA SALUTE DELLE DONNE COME PARADIGMA DI CIVILTÀ

La salute delle donne conta (OMS, Dichiarazione di Vienna, 1994), ma l'approccio di genere non è ancora pienamente utilizzato come strumento sistematico per programmare le azioni e gli interventi di promozione della salute, persistendo da una parte stereotipi e pregiudizi, ad esempio nella ricerca biomedica, nello studio dell'eziologia dei fattori di rischio, ecc., dall'altra una sottovalutazione dei bisogni di salute delle donne, fatti derivare esclusivamente dalla sfera biologica–ormonale.

Il genere è, al contrario, un fattore determinante essenziale per la salute, in quanto lo stato di salute, la perce-

zione del grado di benessere, l'insorgenza e il decorso delle malattie, l'approccio terapeutico sono diversi tra uomo e donna. Superare il pregiudizio scientifico che riconosce alle donne differenze esclusivamente di tipo biologico, focalizzando l'attenzione sulle differenze legate alla dimensione sociale e culturale del genere, durante l'intero corso della vita delle donne, diventa pertanto elemento essenziale preliminare ad ogni programma di intervento.

L'iniziativa "Investire nella Salute delle Donne" lanciata dall'OMS è guidata da sei principi:

- 1) investimenti in salute: le donne costituiscono una risorsa fondamentale per la società: molti studi effettuati dalle Nazioni Unite e dalla Banca Mondiale dimostrano con chiarezza che investire nelle donne offre ritorni più elevati sotto forma di sviluppo più rapido, efficienza elevata, maggior risparmio e riduzione della povertà. Attraverso i miglioramenti nella salute delle donne, i governi possono dare significativo impulso allo sviluppo economico e sociale, grazie al miglioramento della salute dei bambini, al miglior benessere della famiglia e della comunità, a costi sanitari inferiori, a una maggiore produttività;
- 2) diritti umani: gli interventi di sanità pubblica devono porsi l'obiettivo di riequilibrare una situazione di disuguaglianza fra uomini e donne la cui evidenza epidemiologica è confermata da numerosi studi. La dimensione di genere rappresenta un efficace strumento per contrastare le disuguaglianze nella salute, legate all'appartenenza a classi sociali svantaggiate, alla povertà, all'invecchiamento. Pertanto, la promozione della salute delle donne costituisce un indicatore da una parte di qualità, efficacia ed equità del nostro servizio sanitario, dall'altra della coerenza delle politiche sanitarie e non sanitarie, in un'ottica di intersectorialità e integrazione;
- 3) salute per tutta la durata della vita: una politica sanitaria che sia favorevole alle donne deve considerare la qualità della loro salute durante l'intero corso della vita e rispondere alle realtà sociali, politiche ed economiche della vita delle donne;
- 4) empowerment: deriva dalla capacità delle donne di unirsi per promuovere il cambiamento, assumendo un ruolo guida nella definizione delle politiche sanitarie, nell'assunzione di decisioni e nella realizzazione di programmi. Ciò costituisce un prerequisito essenziale per aumentare la priorità riservata alla salute delle donne;
- 5) servizi adatti alle donne: le strategie e i servizi rivolti alla salute delle donne devono rispettare e tutelare la dignità delle donne, senza discriminazioni o stigmatizzazioni, rispondendo ai bisogni specifici delle donne;
- 6) relazioni fra uomini e donne: cambiamenti significativi nella salute delle donne implicano una trasformazione nel rapporto fra uomini e donne che devono condividere le responsabilità della pianificazione familiare e dello sviluppo dei figli.

La Regione Toscana in conformità a quanto previsto dall'art. 59 della L.R. n. 41 del 24.02.05 riconosce che ogni tipo di violenza di genere, ivi compresa la minaccia, costituisce la violazione dei diritti umani fondamentali alla vita ed una autentica minaccia per la salute. Pertanto, con la L.R. n. 59 del 16.11.2007 "Norme contro la violenza di genere" promuove l'attività di prevenzione e garantisce adeguata accoglienza, protezione, solidarietà, sostegno e soccorso alle vittime, indipendentemente dal loro stato civile e cittadinanza.

Le Aziende Sanitarie assicurano, per quanto di competenza, l'attivazione di almeno un centro di coordinamento per i problemi di genere con funzioni di:

1. garantire l'immediato intervento di personale sanitario e socio-sanitario adeguatamente formato per l'accoglienza, l'assistenza e la cura alle vittime della violenza, con procedure omogenee;
2. garantire la valutazione e l'attivazione immediata di un intervento multidisciplinare sulla vittima;
3. attivare una rete di protezione fra le aziende sanitarie e le Società della Salute, ove costituite, i Comuni, gli Uffici scolastici regionale e provinciali, le forze dell'ordine, la magistratura, i centri anti violenza presenti sul territorio, al fine di assicurare l'immediata predisposizione di azioni e servizi necessari.

4. PROMOZIONE DELLA SALUTE DEI MIGRANTI E MEDIAZIONE CULTURALE

Nell'attuale scenario sociale, ricco di elementi e attori che complessificano sia la definizione della salute quanto il suo raggiungimento, un'efficace programmazione di interventi di promozione della salute richiede una lettura approfondita del contesto, dei bisogni e delle caratteristiche sociali e culturali dei gruppi target. A questo proposito, si deve registrare il fenomeno della strutturalizzazione dei flussi migratori come uno degli elementi caratterizzanti l'attuale scenario con ricadute rilevanti: tra queste il dato che nelle statistiche Onu del 2005 ha portato l'Italia a figurare per la prima volta tra le prime 20 nazioni al mondo con il più alto numero di immigrati, con una trasformazione profonda del suo profilo sociale e demografico. Ciò comporta l'aumento della presenza degli stranieri, non solo sul territorio, ma anche nei servizi sociosanitari, e la conseguente necessità di far fronte a questo cambiamento in un'ottica di prevenzione e promozione della salute. Nel rapporto Assr del dicembre 2006 viene rilevata la crescita, nel triennio 2001-2004 di ricoveri di stranieri negli ospedali di tutto il SSN per oltre 415mila stranieri, di cui 395 mila regolari: il 46% in più rispetto al 2001 per una spesa di 659,543 milioni di euro. Il 20% degli stranieri regolari ricoverati afferivano al Lazio e in Toscana. Questo dato, collegato ad alcuni studi multicentrici prodotti in Italia (Zincone 2002; Morrone et Al. 2003), secondo cui le persone migranti non mettono in atto comportamenti preventivi, ma si rivolgono al medico o ai servizi solo quando la malattia è in atto, ricorda che più che mai come rispetto alle persone straniere sia necessario progettare modalità attive all'interno dei servizi, dotate di specificità ed efficacia.

Guardando alla Toscana, l'aumento dell'incidenza dei migranti sulla popolazione autoctona raggiunge alcune punte ben oltre la media italiana e delle altre regioni, caratterizzandosi, tra l'altro per una sempre più consistente percentuale di donne (già oltre il 50% secondo il Rapporto Caritas/Migrantes 2006), in particolare all'interno di alcuni gruppi.

La presenza strutturale dei migranti e la significatività del profilo femminile in Toscana richiama pertanto l'attenzione verso i bisogni di salute di questi soggetti. La necessità di progettare la promozione della salute dei diversi attori alla luce di una 'concezione integrale della salute' obbliga, inoltre, a non fare riferimento esclusivamente ai dati numerici, ma soprattutto alle criticità ancora ad esso correlate, quali la carenza di informazioni sull'offerta dei servizi e le risorse di salute, oppure le conoscenze parziali o non corrette di queste, anche in relazione al diritto alla salute di cui donne e uomini stranieri sono detentori nonché alle norme che lo tutelano.

Nel 2005 è stato istituito in Toscana presso l'Azienda USL 4 di Prato con delibera della Giunta regionale L'Albero della salute, Struttura regionale di riferimento per la mediazione culturale in sanità, con la finalità di porre al servizio dell'intero territorio toscano la sua funzione di analisi, modellizzazione, elaborazione di percorsi e pratiche finalizzate a favorire la promozione della salute dei migranti, affiancando le aziende sociosanitarie e ospedaliere nella sperimentazione e attuazione di quel modello di mediazione culturale, definito 'di sistema'. Tale modello prevede l'inclusione degli obiettivi sopra citati all'interno di un programma di comunicazione complessivo dei servizi locali che declina il rapporto significativo alla differenza culturale come funzione centrale dei servizi stessi, accanto e a supporto della presenza dei mediatori linguistico culturali.

Nel corso dell'intervento Mum Health (DRG 259/06) – realizzato in rete con le aziende sociosanitarie toscane e con la collaborazione di gruppi e associazioni migranti – e ispirato a tale modello, le priorità emerse nella promozione della salute dei migranti risultano quindi essere:

- il monitoraggio e la vigilanza anche sul piano della rilevazione di dati, in collaborazione con il Sistema informativo regionale relativamente ai bisogni di salute dei migranti, con particolare attenzione a quelli delle donne, dei bambini e dei gruppi particolarmente a rischio di esclusione dall'accesso ai servizi e di "fragilizzazione" sociale;
- lo sviluppo di una strategia comunicativa complessiva in rete tra le aziende, attraverso l'elaborazione dei materiali informativi in lingua, elaborati secondo protocolli condivisi e verificati con gli stranieri,

finalizzati anche allo sviluppo di comportamenti preventivi;

- il monitoraggio e la diffusione di informazioni uniformi e conformi alla normativa relativa alle persone migranti sul diritto alla salute nei servizi socio-sanitari;
- la razionalizzazione delle risorse di mediazione culturale nell'ottica dell'utilizzazione di tutti gli strumenti atti a favorire la comunicazione linguistica-culturale e a valorizzare la presenza e il ruolo dei mediatori possibilmente all'interno di progettualità comuni e condivise tra aziende per prossimità territoriale o bisogni;
- l'inserimento dell'obiettivo della formazione degli operatori socio-sanitari alla transculturalità in un ruolo di preminenza all'interno dei piani formativi aziendali;
- l'utilizzo di metodi partecipativi che favoriscano l'inclusione dei migranti all'interno delle progettualità relative ai bisogni di salute propri e condivisi con il territorio.

5. INIZIATIVE CONTRO LE DISCRIMINAZIONI DETERMinate DALL'ORIENTAMENTO SESSUALE E DALL'IDENTITÀ DI GENERE

La Toscana è stata la prima regione in Italia ad adottare una specifica legge contro le discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere (L.R. 63/2004), dando disposizioni affinché sia rispettato il principio di non discriminazione per omosessuali, bisessuali e transessuali.

L'intervento legislativo è stato realizzato a partire dai dati emersi da una ricerca svolta con l'Istituto Superiore di Sanità, che ha messo in evidenza il permanere di atteggiamenti discriminatori nei confronti degli omosessuali, la mancanza di un contesto sociale che permetta loro di vivere la propria condizione in maniera "visibile", la carenza di buone pratiche di salute ed infine l'esistenza di un problema di relazioni con il sistema sanitario ed i suoi operatori.

Nel 2006 la sanità toscana ha dato attuazione alle disposizioni contenute nella legge, con delibera di Giunta n. 258.

L'atto ha consentito di sperimentare momenti formativi ed informativi/preventivi, finalizzati ad affrontare comportamenti ed atteggiamenti potenzialmente discriminatori nei confronti dei cittadini omosessuali e creare, allo stesso tempo, le condizioni per un'affermazione serena e consapevole del proprio orientamento sessuale, fornendo gli strumenti necessari per l'esercizio di una sessualità libera e responsabile.

Nel triennio 2008 – 2010, si intende proseguire l'attività intrapresa consolidando sia il livello formativo attraverso l'inserimento nei programmi di formazione del personale sanitario dei moduli sperimentati nel biennio ("Positivo scomodo" e "Discriminazione sessuale in sanità"), sia quello preventivo/informativo, stringendo veri patti di collaborazione con le associazioni toscane LGBT e il sistema sanitario regionale nel suo complesso, proseguendo così l'impegno della Regione Toscana nel garantire l'accesso agli interventi e ai servizi, a parità di condizioni e senza alcuna discriminazione.

6. AMBIENTE E SALUTE

La definizione di "ambiente e salute" dell'OMS comprende sia gli effetti patologici diretti degli agenti chimici, fisici e biologici, sia gli effetti indiretti sulla salute e sul benessere dell'ambiente fisico, psicologico, sociale ed estetico in generale, compresi l'alloggio, lo sviluppo urbano, gli ambienti lavorativi, l'utilizzo del territorio e i trasporti. Tale definizione, a livello UE, si estende ormai agli effetti sull'ambiente e sulla salute dovuti ai cambiamenti climatici. Dunque, una definizione ampia che richiede un approccio globale ed integrato alla materia e l'elaborazione di politiche innovative. È necessario realizzare un nuovo sistema organizzativo integrato ambientale sanitario che assicuri livelli d'intervento professionale ed etico appropriati ai problemi ed ai bisogni territoriali, attraverso la costituzione di un'efficiente "cabina di regia politico-programmatica" regionale finalizzata alla pianificazione ed all'incentivazione delle politiche di raccordo. Ta-

le cabina di regia, collegata agli obiettivi del Programma Regionale di Sviluppo 2006-2010, dovrà raccordarsi, inoltre, con il Piano d'Azione per lo sviluppo sostenibile e i cambiamenti climatici, ed alle più significative azioni/programmi regionali. La costituzione di un Coordinamento dei soggetti interessati, sia a livello di Direzioni Generali regionali, che degli operatori delle Agenzie e delle Aziende USL, permetterà la programmazione e l'attuazione di interventi unificati e multifocali, suscitando una rinnovata partecipazione degli operatori, e una nuova visibilità delle attuali strutture coinvolte (ARPAT, ARS, Dipartimenti della Prevenzione delle Aziende USL, Università e Centri di ricerca).

Il Coordinamento regionale in tema di ambiente e salute deve garantire che la risposta istituzionale alle istanze della popolazione sia veloce ed univoca; inoltre, deve supervisionare l'implementazione delle azioni previste dalla programmazione regionale, monitorando i risultati e progettando interventi di miglioramento, attraverso il contributo della ricerca.

Analoga collaborazione è auspicabile anche nell'ambito della biometeorologia umana per adottare interventi nelle attività di gestione e programmazione della assistenza e prevenzione delle malattie connesse ai cambiamenti del clima e ai fattori di rischio ad esso connessi.

Gli effetti delle condizioni meteorologiche sulla salute umana sono noti e recenti ed approfonditi studi sono in grado di valutare sia le azioni dirette (temperatura, umidità, vento), sia quelle indirette (pollini, inquinanti), offrendo informazioni utili a ridurre i rischi per la popolazione. I cambiamenti climatici in atto e previsti per i prossimi anni rendono questo settore di ricerca sempre più importante anche per la nostra regione. A questo riguardo, le ultime proiezioni sui cambiamenti climatici indicano un incremento della frequenza e persistenza degli eventi meteorologici estremi, che rivestono un grande significato in termini di salute pubblica e per i quali risulta indispensabile studiare e applicare interventi di adattamento. Sono ad esempio noti gli effetti delle sempre più frequenti ondate di calore e di freddo sulla popolazione e soprattutto su alcune categorie di soggetti (anziani e malati cronici). Non va trascurata, inoltre, la probabile comparsa di nuove malattie infettive (malaria, dengue) ad alto rischio per la salute, nonché la variazione dei calendari pollinici di specie allergeniche.

Lo sviluppo dei servizi biometeorologici a supporto delle attività di Governo Clinico può contribuire:

- al miglioramento dell'efficienza delle misure preventive per patologie riacutizzate o determinate dalle condizioni meteorologiche;
- alla messa a punto di interventi assistenziali specifici basati sulla reale entità del rischio biometeorologico;
- all'ottimizzazione delle risorse economiche del servizio sanitario regionale rivolte alla assistenza e prevenzione, attuando interventi mirati per l'intera popolazione e le categorie a rischio.

Nell'ambito di vigenza del piano vengono confermate le azioni di ricerca e intervento previste nel progetto "Meteo-Salute" svolte in collaborazione con il Centro Interdipartimentale di Bioclimatologia – Università di Firenze – per:

- individuare le aree regionali a rischio di ondate di calore e di freddo, integrando le informazioni con sistemi informativi geografici e con la possibilità di indicare i livelli di rischio per specifiche categorie di soggetti (fasce di popolazione a rischio), mediante modelli e indici biometeorologici per migliorare l'efficienza dell'intervento tramite interventi mirati;
- implementare modalità di trasferimento delle informazioni utili a gestire nel breve e lungo periodo situazioni di rischio biometeorologico indirizzata a diversi utenti finali (Istituzioni Regionali per il Governo Clinico, Operatori sanitari o socio sanitari, categorie specifiche di lavoratori, amministratori pubblici, ecc.).

Fra i fattori responsabili degli inquinanti aerei, particolati e gassosi, un ruolo di rilievo – com'è noto – è svolto dall'impiego dei combustibili fossili. Infatti, tale fonte di energia, utilizzata per il riscaldamento e

l'illuminazione degli edifici, determina circa il 35 % delle emissioni complessive di gas serra. Da tale semplice valutazione scaturisce la grande importanza che il settore pubblico ponga particolare attenzione al problema, promuovendo progetti edilizi coerenti con le stesse normative promulgate sia a livello nazionale (con D.Lgs 192/2005 e 311/2006), sia a livello della stessa Regione Toscana (L.R. 1/2005). Se si considerano poi i costi per la salute che la produzione di energia determina, appare evidente la necessità di un impegno nel campo della bio ed eco sostenibilità, in particolare per l'edilizia sanitaria. Tale opzione, già incardinata nelle previsioni progettuali ed ancor prima nelle linee guida per la costruzione dei 4 nuovi ospedali toscani, rappresenta una scelta importante di per se e può costituire un elemento di sensibilizzazione per migliorare le scelte progettuali, specie nel settore pubblico, orientandole verso il rispetto dell'ambiente e la salvaguardia della salute per la collettività.

In tale contesto riveste importanza la mappatura della concentrazione dei gas radon in Toscana negli ambienti di vita e di lavoro fatta in collaborazione tra la Direzione Generale delle Politiche territoriali ed ambientali e la Direzione Generale del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà.

7. LA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NELL'ASSISTENZA E NELLE CURE

La sempre maggiore attenzione sui problemi della sicurezza del paziente degli operatori sanitari e delle associazioni dei cittadini è conseguente e coerente con gli indirizzi di politica sanitaria che, a livello internazionale e nazionale, sono stati indicati dalle maggiori istituzioni scientifiche.

Una scienza medica sempre più avanzata e che si spinge ai limiti delle possibilità tecnico-scientifiche e i crescenti bisogni di salute, hanno posto tra i temi prioritari degli interventi in sanità la sicurezza del paziente.

È a tale fine che la Regione Toscana, una delle prime ad essere intervenuta su questo tema istituendo la figura del clinical risk manager in ogni azienda sanitaria, è interessata a perseguire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- promuovere e sviluppare la cultura della sicurezza mediante l'attivazione del sistema di incident reporting e la pratica dell'audit clinico e delle rassegne di mortalità e morbilità in ogni azienda sanitaria e sul territorio, garantendo la riservatezza agli operatori coinvolti negli audit e trattando in forma assolutamente anonima e confidenziale i documenti sui singoli eventi avversi, in ottemperanza al codice deontologico FNOMCeO;
- consolidare l'organizzazione della gestione del rischio clinico in tutte le aziende sanitarie mediante un potenziamento delle funzioni e delle strutture deputate ad occuparsene, sulla base dei dati della rischiosità forniti dal sistema informativo sui sinistri e di incident reporting;
- dare un ruolo attivo al cittadino mediante un suo maggiore coinvolgimento nelle attività di gestione del rischio clinico, in particolare informandolo sull'applicazione delle buone pratiche per la sicurezza del paziente adottate nelle aziende sanitarie in ambito ospedaliero e territoriale;
- promuovere la trasparenza e la chiarezza nella comunicazione tra operatori sanitari e pazienti in tutte le fasi dei percorsi §clinico-assistenziali, in particolar modo per quanto concerne la comunicazione del rischio prima, durante e dopo i trattamenti;
- promuovere forme di conciliazione e gestire al meglio, per Area Vasta, la committenza assicurativa.

5.2 La prevenzione collettiva

L'analisi dell'evoluzione dello stato di salute della popolazione evidenzia in modo inequivocabile che è indispensabile e urgente sviluppare gli interventi di prevenzione, soprattutto quelli tesi a contrastare le malattie croniche o a contenerne gli effetti. Vi è necessità di attivare interventi organici sia con azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio sia mediante interventi per la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze.

Fondamentale è l'integrazione dell'azione in quanto numerosi soggetti sanitari e non sanitari possono concorrere al raggiungimento degli obiettivi, inoltre particolare attenzione deve essere posta al contrasto delle disuguaglianze in modo che gli interventi efficaci siano estesi anche a quella parte di popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi.

L'offerta di servizi per la prevenzione, come l'offerta per un'attiva promozione della salute dei cittadini, si ispira ad alcuni principi fondamentali:

- censire e selezionare i bisogni di salute espressi ed inespressi, identificando le priorità; si deve partire dall'analisi dei dati epidemiologici, ambientali e socioeconomici, per arrivare alla definizione delle iniziative, da sviluppare in tempi definiti, che devono essere condivise e partecipate il più possibile con i cittadini e le istituzioni rappresentanti interessi collettivi. Nella consapevolezza che l'epidemiologia tradizionale da sola non è sufficiente a verificare interamente i danni derivanti da una esposizione cumulativa a basse dosi, sarà inoltre necessario migliorare la capacità di indagine sulle trasformazioni genetiche di microrganismi e virus, sulle interferenze che i fattori ambientali hanno sui recettori cellulari, nucleari e sull'assetto (epi)genomico, sulle valutazioni eco-tossicologiche e tossico-genomiche ispirate alla biologia ed epidemiologia sistemica
- ricercare l'appropriatezza degli interventi con una continua verifica della loro efficacia attraverso gli strumenti della Evidence Based Prevention (EBP)
- proseguire nel percorso di miglioramento continuo della qualità dei servizi, già iniziato con l'apposito progetto previsto dal PSR 2005 – 2007, che si deve esprimere non in meri adempimenti burocratici ma in una reale crescita della cultura e dell'operatività dei servizi e degli operatori della prevenzione
- perseguire la riorganizzazione e la razionalizzazione delle attività puntando a creare un "sistema prevenzione" in cui le singole professionalità lavorano in modo integrato nella logica della rete, con l'obiettivo di migliorare la produttività garantendo comunque l'eccellenza della prestazione.

Tali principi sono stati largamente applicati negli ultimi anni, facendo registrare una notevole crescita nella "cultura della prevenzione" da parte degli operatori sanitari, grazie anche ad un percorso, portato avanti nel rispetto del Titolo V della Costituzione, di sviluppo della collaborazione fra Stato e Regioni che si è concretizzato in alcuni atti particolarmente significativi:

– il Piano Nazionale della Prevenzione approvato con Intesa Stato regioni del 23 marzo 2005 individua le seguenti priorità di azione:

- vaccinazioni;
- prevenzione degli incidenti (domestici, sul lavoro e stradali);
- prevenzione della patologia cardiovascolare, in particolare sui determinanti obesità e diabete;
- screening oncologici

per le quali ciascuna Regione deve pianificare tenendo conto della propria realtà, secondo linee operative definite dal Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM). La Toscana ha sviluppato programmi in tutti gli ambiti ottenendo le relative certificazioni previste dal Piano stesso.

– il Piano "Guadagnare salute", applicazione italiana di un analogo programma OMS, ha l'obiettivo di agire sui principali fattori di rischio (fumo, abuso di alcool, scorretta alimentazione e inattività fisica) attraverso strategie che sostengono e favoriscono le scelte salutari individuali; per far ciò si punta sull'intersettorialità, cioè sul coinvolgimento di vari soggetti istituzionali (Ministeri, Regioni, Amministrazioni locali, Scuola, sistema sanitario e mondo produttivo) per facilitare le scelte salutari.

Centrale in questo ambito risulta il ruolo dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende USL che erogano prestazioni nell'ambito della prevenzione collettiva nelle seguenti discipline:

- prevenzione nei luoghi di lavoro;
- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e nutrizione;
- sanità pubblica veterinaria;
- medicina legale;
- medicina dello sport.

In tali ambiti essi forniscono all'utenza informazione, assistenza e formazione, partecipando quindi all'azione di promozione della salute, ed esercitano azioni di prevenzione, di vigilanza e controllo. Sia a livello regionale che a livello delle singole Aziende USL viene perseguita la massima integrazione operativa tra le diverse discipline afferenti, in maniera da fornire risposte e interventi coordinati ed esaustivi. Solo con questi presupposti può essere garantita una visione unitaria dei problemi della prevenzione, anche attraverso i Piani integrati di salute.

Le strategie della prevenzione collettiva

Considerato il percorso ormai consolidato nel corso dei precedenti Piani Sanitari si ritiene opportuno riconfermare per il triennio 2008–2010 gli indirizzi attuali sulle funzioni dei Dipartimenti di Prevenzione: essi hanno quale obiettivo il miglioramento dello stato di salute e benessere della collettività e dei singoli, da realizzarsi attraverso la rimozione delle cause di malattia e la riduzione dei fattori di rischio, orientando la popolazione alla consapevolezza e all'applicazione di corretti stili di vita. Le Amministrazioni locali potranno, nell'attività di pianificazione urbanistica e nella considerazione degli effetti che questa produce sulle condizioni di salute (es. mobilità e traffico, rumore, esposizione elettromagnetismo, ecc.) avvalersi delle professionalità presenti nell'ambito del SSR e dell'ARPAT, anche attraverso la piena valorizzazione all'interno dei procedimenti in essere.

La Regione Toscana con il Piano di Sviluppo 2006–2010 punta sulla governance per rendere efficiente la pubblica amministrazione: è necessario individuare una strada che coniughi insieme l'esigenza di dare la massima semplificazione burocratica con quella di garantire la salute, la sicurezza dei lavoratori e dei cittadini, di salvaguardare l'ambiente ed i beni culturali ed ambientali. Ciò comporta una profonda trasformazione dell'organizzazione della macchina burocratica che deve superare in positivo la logica del controllo preventivo, valorizzando la responsabilità dell'imprenditore, dei professionisti, degli enti accreditati e riorganizzando le strutture e le risorse della pubblica amministrazione sotto l'attenta regia del sistema pubblico con la partecipazione dei lavoratori. Essa deve svolgere funzioni di programmazione e predisposizione degli strumenti semplificati per le imprese ed i cittadini e funzioni di controllo della veridicità delle attestazioni fornite dagli imprenditori e dai professionisti e dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate, anche attraverso l'integrazione fra vari soggetti interessati.

La Giunta regionale è impegnata a coordinare tutte le iniziative relative ad ambiente, attività produttive etc. che possono avere riflessi positivi per la prevenzione. Deve essere perseguita la massima integrazione possibile all'interno dei Dipartimenti della Prevenzione e con tutti i servizi aziendali con particolare riferimento a quelli territoriali.

Grande attenzione deve essere prestata al recepimento sostanziale delle normative comunitarie recentemente introdotte od in corso di introduzione e che riguardano tutta la filiera alimentare dalla produzione alla trasformazione, dalla vendita alla somministrazione degli alimenti e le tutele nei luoghi di lavoro.

Nel corso del precedente triennio in alcune Aziende USL sono stati creati poli unici della prevenzione collettiva finalizzati a fornire maggiore visibilità e facilità di accesso all'utenza che andranno ulteriormente svi-

luppati con il presente Piano.

Per il triennio 2008 – 2010 si individuano i seguenti ambiti prioritari di lavoro per i servizi di prevenzione nel loro complesso:

- a) sviluppare azioni di governo in sanità pubblica;
- b) sviluppare il percorso di miglioramento della qualità;
- c) implementare la “rete della prevenzione”.

a) Il governo dei processi in sanità pubblica

Alla luce dei cambiamenti avvenuti nel corso degli anni specie sul versante normativo, i dipartimenti della Prevenzione sono chiamati a dover svolgere di più un’azione di controllo sui processi che singoli soggetti pubblici o privati devono promuovere al fine di adottare misure idonee a tutelare il benessere dei cittadini, dei lavoratori, degli animali.

È perciò prioritario che il servizio pubblico eserciti la funzione di vigilanza e di controllo che la legge gli attribuisce nei vari settori (salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e di vita, sicurezza alimentare, sicurezza in ambito veterinario, nello sport) senza trascurare quella di regia mediante azioni di verifica sui percorsi decisionali propri di altri soggetti. Tale funzione potrà essere svolta mediante attività di coordinamento fra più soggetti e categorie, la produzione di linee di indirizzo, materiale informativo e quant’altro utile alla crescita culturale sulla materia, in modo da favorire un corretto rapporto con i soggetti controllati ed a ridurre la necessità di ricorso a provvedimenti amministrativi e penali.

L’esperienza del coordinamento–controllo sugli Accertamenti Sanitari Preventivi e Periodici, quella sulle valutazioni dei rischi nei luoghi di lavoro o nel settore degli alimenti possono essere implementate ed esportate in altri ambiti quali ad esempio la medicina dello sport o le strutture sanitarie.

Inoltre è centrale l’attività di promozione della salute mediante sinergie con altri soggetti pubblici o privati e con altre strutture del SSR allo scopo di ottimizzare le risorse per sviluppare azioni, anche innovative, capaci di incidere sulle scelte di singoli o di gruppi di cittadini. In tal senso il rapporto privilegiato con la Società della Salute potrà favorire una capillare diffusione di informazioni a vari livelli culturali e varie forme di partecipazione.

L’esigenza di una programmazione delle attività che tenga conto delle evidenze scientifiche in tema di rapporto tra ambiente e salute e dei vincoli normativi, degli indirizzi nazionali e regionali deve sapersi conciliare con le specificità locali che dovranno essere condivise ai massimi livelli favorendo la partecipazione a momenti di confronto con le parti sociali, le istituzioni, i professionisti operanti nel territorio, i medici di base e ospedalieri. Ciò potrà avvenire anche mediante intese in ambito di Area Vasta.

Infine nell’ambito dell’assistenza all’utenza dovranno essere assicurati quei servizi rientranti nei LEA con particolare attenzione alle categorie più deboli della società (invalidi, minori, stranieri) ed il supporto alle pubbliche amministrazioni in ordine alle scelte a maggior impatto sulla salute della popolazione.

b) Il percorso per il miglioramento della qualità

Con il precedente Piano 2005 – 2007 è stato finanziato e realizzato un progetto di miglioramento continuo della qualità finalizzato a omogeneizzare le conoscenze e le attività già in essere in molti Dipartimenti e ad aumentare la cultura e le iniziative in questa direzione. Per i Dipartimenti della Prevenzione il percorso intrapreso, attraverso un preciso programma, ha riguardato i seguenti aspetti: gestione e sviluppo dell’organizzazione del personale, gestione del processo di qualità, governo del rischio, gestione amministrativa, contabile e tecnica, gestione organizzativa dei singoli processi.

In particolare sono state sviluppate le procedure di qualità dei settori Veterinaria ed Igiene degli alimenti e della nutrizione in considerazione delle continue verifiche a cui questi servizi sono sottoposti da parte del Ministero della Salute e della Comunità Europea; l’obiettivo è di conseguire la certificazione secondo le norme ISO delle suddette strutture di tutte le Aziende USL entro il 2008.

Tale processo di qualità deve proseguire nel triennio di vigenza del presente Piano, anche nel rispetto del DPCM 21/12/2007 “Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro” coinvolgendo l'intero Dipartimento di Prevenzione prevedendo per tutti i settori la definizione dei requisiti di qualità organizzativi, strutturali e tecnologici, il conseguimento e la successiva certificazione almeno dei requisiti organizzativi, per il successivo perseguimento dell'accreditamento.

Occorre contestualmente dare avvio ad una progressiva revisione delle prestazioni direttamente erogate dalle strutture della prevenzione, là dove vi siano le possibilità legislative, promovendo l'assorbimento della domanda da parte di altri interlocutori aventi i necessari requisiti tecnico professionali ed il formale riconoscimento istituzionale; nei confronti di tali soggetti è opportuno avviare un'attività di coordinamento e controllo. In tale direzione potrebbero andare le scelte in materia di visite mediche per lavoratori a rischio, sulle verifiche di apparecchi ed impianti non di esclusiva competenza del SSN, di controlli sanitari per l'idoneità allo sport non agonistico o di atleti maggiorenni. Ciò potrà progressivamente favorire il recupero di risorse da destinare prevalentemente a prestazioni inserite nei LEA.

La Giunta regionale inoltre, nell'ambito del percorso per il miglioramento della qualità nei Dipartimenti di Prevenzione, si impegna a sviluppare alcune iniziative specifiche:

1. il sistema “Prodotti finiti”;
2. il progetto “PASSI”;
3. l'abolizione di procedure inefficaci ed obsolete;
4. il patto per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro.

1) Il sistema “Prodotti Finiti” è lo strumento per la registrazione dei dati relativi all'attività dei Dipartimenti di Prevenzione; sistema messo a punto, in collaborazione con il laboratorio “Management & Sanità” della Scuola S. Anna di Pisa, dopo un approfondito e condiviso esame dell'intero set di Prodotti/Attività (n. 72 prodotti) che ha portato alla loro pesatura per il consumo di risorse. Pesatura per ciascuna attività dei Dipartimenti di Prevenzione, basata principalmente sulla misurazione tempo/uomo diviso per categorie professionali coinvolte. Dal 2008 esso diviene il sistema ufficiale di rilevazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione e ne verrà assicurata una continua manutenzione per il suo miglioramento e adeguamento. Il sistema prodotti finiti si raccorderà inoltre con il progetto Mattoni e con le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza per la prevenzione collettiva in corso di definizione a livello nazionale.

2) La Toscana attraverso i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, in sintonia con il vigente Piano Sanitario Nazionale, ha già sperimentalmente adottato fra gli strumenti per la promozione della salute il Sistema di Sorveglianza “PASSI”, cioè l'attuazione di una sorveglianza continua dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi preventivi posti in essere per combatterli.

L'obiettivo è effettuare un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta (18–69 anni), attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita utilizzando come strumento di indagine un questionario telefonico, da rivolgere ad un campione rappresentativo della popolazione estratto dall'anagrafe sanitaria. Si tratta di un'iniziativa finalizzata ad individuare i bisogni di salute della popolazione, a promuovere l'adozione di stili di vita corretti e soprattutto a verificare l'efficacia degli interventi messi in campo. Si inserisce quindi a pieno titolo all'interno del percorso per il miglioramento della qualità

3) È indispensabile che anche nella nostra Regione si prosegua nel percorso di revisione delle pratiche preventive: normative ormai obsolete obbligano i servizi a procedure di non comprovata efficacia burocratiche e spesso inefficaci e inutili che è indispensabile eliminare per poter indirizzare gli sforzi verso le azioni che hanno dimostrato di poter effettivamente migliorare lo stato di salute. Con legge regionale sono già state abrogate alcune certificazioni (LISA, polizia mortuaria), ma alcuni studi in EBP ne hanno individuate molte altre e quindi, nell'ottica di appropriatezza che deve guidare la prevenzione, vi è l'impegno ad approvare una legge regionale che elimini i procedimenti inutili.

4) Il “Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro”, approvato con DPCM del 7.12.2007 e pubblicato sulla G.U. n. 3 del 4.1.2008, costituisce un documento di straordinaria importanza che impegna Regioni, Province Autonome e Ministero della Salute, con il coinvolgimento del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, nella realizzazione di azioni dirette alla salvaguardia della salute e della sicurezza del “cittadino che lavora”. Esso si colloca a pieno titolo nella più ampia strategia posta in essere dal sistema delle Regioni e finalizzata a individuare criticità e priorità della complessa attività di promozione della salute oltre che di prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro, attraverso la definizione di nuovi strumenti più efficaci e una presenza più puntuale dei sistemi sanitari regionali del nostro Paese.

Questo “Patto”, che trova una conferma attraverso il “patto per la sicurezza e la regolarità del lavoro in Toscana” siglato il 21/12/2007 dai soggetti del “Tavolo di concertazione generale” istituito presso la Regione Toscana, deve innanzitutto garantire, attraverso il coordinamento strategico di tutti i soggetti istituzionali impegnati sul fronte della prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, un apporto qualificato, anche di consulenza preventiva, che permetta di identificare le misure migliori da attuare contro il fenomeno, sempre più attuale, degli infortuni sul lavoro.

c) La rete della prevenzione

Punto strategico risulta il mantenimento e l'ulteriore sviluppo di una rete di strutture ed istituzioni che collabora alla realizzazione di progetti e programmi con obiettivi condivisi. A tal fine è indispensabile sviluppare:

- un lavoro integrato fra le diverse strutture settoriali del Dipartimento di Prevenzione; in tale ambito riveste priorità assoluta l'affrontare in maniera integrata i temi della sicurezza alimentare dei prodotti di origine animale e non, anche prevedendo, all'interno del modello previsto dall'art 67 della L.R.40/2005 soluzioni organizzative che facilitino l'integrazione di cui sopra,
- un forte raccordo operativo tra i diversi Dipartimenti della Prevenzione presenti nelle Aziende USL della Toscana, coordinato dalle competenti strutture regionali che si occupano di Prevenzione collettiva e che pure devono garantire un approccio integrato alle complesse tematiche della prevenzione,
- una forte integrazione funzionale tra le strutture organizzative del Dipartimento della Prevenzione, i distretti e gli ospedali; in particolare si individuano come interlocutori privilegiati i servizi di epidemiologia ed educazione alla salute, affinché la ricerca e la misura dei rischi e dei danni nelle popolazioni esposte indirizzino adeguatamente le iniziative di prevenzione. Debbono in particolare essere ricercate sinergie con l'assistenza sanitaria di comunità (vaccinazioni, interventi di educazione alla salute, medicina necroscopica e certificazioni medico legali obbligatorie), con i SERT (fumo di tabacco, alcool, droghe illegali), con i consultori materno infantili (educazione alla salute per fattori di rischio legati all'ambiente di vita e di lavoro ed agli stili di vita).

La Giunta si impegna sia a valorizzare il ruolo di coordinamento regionale tra i diversi settori che afferiscono alla prevenzione collettiva, sia ad individuare tutte le iniziative di altre Direzioni Generali regionali che hanno rilevanza per le attività di prevenzione al fine di costruire percorsi integrati che consentano un miglior impiego delle risorse regionali e da altri Enti pubblici, destinati alle imprese che hanno adottato significative iniziative per garantire la tutela dei lavoratori, dei consumatori, dell'ambiente.

Rientra in tale contesto logico la proposta, da condividere con gli altri settori regionali ed istituzioni coinvolte, di costituire un coordinamento permanente tra i soggetti, come meglio precisato nel paragrafo 5.1.

Deve essere assicurato inoltre il massimo raccordo dell'attività di prevenzione collettiva con Enti della Regione che hanno competenze utili alla tutela della salute collettiva (Laboratori di Sanità Pubblica, ARPAT, Agenzia Regionale Sanità, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, ARSIA, CSPO/ISPO). Di particolare rilievo risulta la costruzione di una rete regionale dei Laboratori a vario titolo impegnati nel controllo ufficiale e nel sostegno alle attività di prevenzione. A tal fine nel triennio di vigenza del Piano Sanitario deve essere proget-

tato e approvato un piano di riorganizzazione di tali laboratori che porti alla creazione di una rete integrata che eviti duplicazioni e favorisca la nascita di punti specialistici di eccellenza.

Strategico risulta lo sviluppo della collaborazione con le Università toscane, in particolare per la programmazione delle attività formative per l'accesso ai profili professionali del SSR, che dovrà essere caratterizzata da percorsi rispondenti alla necessità di acquisire operatori con specifiche capacità e competenze professionali, e per la ricerca e sviluppo delle attività analitiche di sanità pubblica al fine del miglioramento continuo dell'appropriatezza delle prestazioni collegate soprattutto al controllo ufficiale. È necessario che nell'attuazione dei percorsi di laurea, venga prevista una forte integrazione tra le facoltà universitarie e i Dipartimenti di Prevenzione delle aziende USL toscane, per quanto riguarda la definizione dei programmi e la realizzazione degli stage formativi. Inoltre deve essere assicurata la collaborazione tra le Università ed il Sistema regionale della prevenzione, al fine di favorire la ricerca applicata, l'individuazione di soluzioni tecniche per il miglioramento delle condizioni di lavoro e per ogni altra iniziativa finalizzata a sviluppare in tutti i settori la "cultura della sicurezza", con riferimento ai settori più a rischio.

Nell'ottica dell'integrazione, quale strumento prioritario, sarà utilizzato il Piano Integrato di Salute (PIS). Con il PSR 2005–2007 è stata effettuata la sperimentazione delle SdS come nuovo modello di integrazione socio-sanitaria in cui tutti gli attori coinvolti convergono su obiettivi prioritari di promozione della salute, definendo i programmi ed i progetti finalizzati al loro raggiungimento in uno strumento unico di programmazione, il PIS. Il PIS, attraverso una programmazione concertata e condivisa, risponde alla necessità di raccordare ed integrare le strategie e l'operato di tutti i soggetti coinvolti: istituzioni, aziende USL, enti territoriali, istituzione scolastica, l'associazionismo (cittadini, consumatori, volontariato, operatori economici).

Il luogo di ideazione, condivisione, realizzazione e valutazione del PIS è il territorio; che rappresenta quindi l'ambito privilegiato per la programmazione di azioni integrate inerenti gli stili di vita.

Dall'analisi di alcuni PIS si evidenzia però, accanto al tentativo di lavorare nell'ottica dell'integrazione degli interventi sugli stili di vita a livello territoriale, la mancanza di una cornice regionale progettuale che consentirebbe, accanto alla possibilità di avere una regia unica dei progetti e dei programmi attivati sul territorio, di evitare ridondanza di iniziative e di armonizzazione i risultati sul territorio regionale e con i progetti nazionali ed internazionali.

La realizzazione delle azioni dovrà quindi trovare collocazione ed integrazione all'interno di una cornice progettuale regionale, pur rispettando le peculiarità in termini di bisogni ed opportunità nelle diverse aree del territorio regionale.

La prevenzione deve anche saper colloquiare con il cittadino e le imprese rendendo facilmente fruibili le informazioni sui servizi e le competenze degli enti preposti al rilascio degli atti amministrativi ed eliminando il più possibile inutili lungaggini burocratiche. Con questa finalità sono nati gli Sportelli Unici della Prevenzione (SUP) la cui funzione deve essere ulteriormente potenziata con l'obiettivo di creare una interfaccia sempre più accogliente e fruibile dall'utenza. Tali strutture forniscono anche un fondamentale supporto agli Sportelli Unici delle Attività Produttive dei comuni (SUAP) con i quali è necessario realizzare la massima sinergia possibile in maniera da consentire la più tempestiva e qualificata evasione delle domande di vario tipo provenienti dalle attività produttive. La situazione attuale presenta esperienze eccellenti, ma attualmente vi è una forte disomogeneità sul territorio nella modalità di presentazione delle pratiche, dei tempi necessari per la loro definizione, determinando di fatto una disparità di accesso.

Questo cambiamento organizzativo e culturale sia degli operatori che dei professionisti e delle imprese non potrà avvenire senza un processo di formazione che consenta l'ulteriore elevazione e valorizzazione della professionalità del personale pubblico ed un imponente scambio con gli operatori privati, del patrimonio di conoscenze. Bisogna che la PA locale, oltre a fornire informazioni esaustive ed omogenee, contribuisca a creare una "cultura comune" tra i professionisti che hanno la competenza di dichiarare la conformità alla legge degli impianti e del rispetto delle norme sull'avvio di attività ed i soggetti preposti ad effettuare i controlli e valutarne i risultati al fine di far sì che il processo di semplificazioni si attui nel rispetto dei principi sopra enunciati.

5.2.1 Igiene e sanità pubblica. Prevenzione e controllo delle malattie infettive

Durante l'ultimo triennio le strutture di igiene pubblica hanno proseguito nel processo di rinnovamento che ha portato ad orientarsi sempre più verso attività di valutazione del rischio e sorveglianza epidemiologica, con attenzione all'emergenza di nuove patologie, privilegiando i ruoli formativi ed informativi.

Questo processo di trasformazione risulta ancora frenato dai compiti burocratici imposti da leggi ormai obsolete con scarse ricadute in termini di salute, inoltre sempre più frequentemente si assiste ad interventi di sanità pubblica in "emergenza". L'attenzione dei mass media verso rischi nuovi e importanti come fenomeno, ma spesso modesti in termini di rischio reale, impegnano i servizi distogliendoli da attività di prevenzione meno pubblicizzate, ma che risulterebbero più produttive in termini di salute.

Per il presente Piano sanitario regionale si individuano quali macroaree di lavoro:

- epidemiologia e profilassi delle malattie infettive;
- Salute e Ambiente;
- prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di vita;
- incidenti domestici e stradali.

Epidemiologia e profilassi delle malattie infettive

La sorveglianza sulle malattie infettive si basa già da anni su di un collaudato sistema informatizzato (S.I.M.I) che permette una vigilanza puntuale di tali patologie, attualmente in fase di aggiornamento. La Regione Toscana sta infatti sperimentando, per conto del Ministero della Salute, una nuova procedura via web, che a regime sarà adottata in tutta Italia e permetterà di avere informazioni in tempo reale.

Oltre alla sorveglianza di tipo generale alcune azioni sono da considerarsi strategiche e quindi verranno individuate quelle atte a garantire una sorveglianza più stretta sui seguenti eventi o patologie:

- tossinfezioni: attraverso l'apposito Centro di riferimento regionale devono essere costantemente aggiornate le procedure omogenee di indagine e controllo in collaborazione con i servizi che si occupano di sicurezza alimentare,
- tubercolosi;
- malattie infettive per le quali la vaccinazione è prevista dal calendario regionale delle vaccinazioni;
- meningiti batteriche;
- legionellosi.

Da considerare che alcune malattie sono sottoposte ad una sorveglianza speciale sulla base di protocolli previsti da Comunità Europea, Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità o decisi a livello regionale in particolari situazioni. I principali protocolli individuati, che possono essere stabiliti ed aggiornati in base a direttive della Giunta regionale, si riferiscono in particolare alla sorveglianza della tubercolosi, della legionellosi, delle paralisi flaccide e dell'influenza.

La medicina dei viaggiatori rappresenta un settore nuovo ed in via di sviluppo, con funzioni di protezione nei confronti di coloro che per vari motivi (lavoro, turismo, migrazione) affrontano viaggi: tutte le Aziende USL hanno attivato centri specialistici che nel triennio debbono sviluppare un sistema di lavoro coordinato ed in rete, mirato particolarmente alla raccolta di dati epidemiologici, e alla promozione di tali servizi presso medici, pediatri e farmacisti che possono svolgere un ruolo importante nella corretta informazione dei viaggiatori sui rischi per la loro salute.

Se in Regione Toscana già dal 1996 esiste un calendario regionale, recentemente è stato approvato dalla Giunta regionale un atto di indirizzo che prevede un percorso di miglioramento globale dei servizi di vaccinazione territoriale. Per i prossimi tre anni quindi si deve procedere alla realizzazione di quanto previsto nel-

la suddetta delibera, naturalmente la parte relativa al calendario deve essere periodicamente aggiornata, avvalendosi della Commissione regionale per le strategie vaccinali e la prevenzione delle malattie infettive, in base alle conoscenze scientifiche e alla disponibilità di nuovi vaccini il cui impiego andrà subordinato ad una accurata valutazione scientifica e all'assunzione di adeguati modelli organizzativi che consentano di fronteggiare le crescenti richieste.

Salute e ambiente

L'igiene pubblica è sempre più impegnata nella valutazione degli aspetti sanitari connessi con le problematiche ambientali. Non a caso, il Piano d'azione UE per l'ambiente e la salute 2004 – 2010 e la nuova strategia europea per la salute denominata “Together for Health – A Strategic Approach for the EU 2008 – 2013” (adottata il 23 ottobre 2007), ritengono fondamentale implementare il sistema delle conoscenze in ambito locale relativo alle relazioni ambiente-salute. Alcuni eventi continuano ad essere gestiti in emergenza, mentre è necessario intervenire con attività che siano in grado di monitorare e valutare in continuo gli eventuali rischi per la salute connessi all'ambiente e alla realizzazione di infrastrutture. Il PSR 2005–2007 individuava già la qualità dell'ambiente fra i fattori condizionanti la qualità della salute e considerava l'integrazione ambiente– salute tra gli obiettivi strategici. Tale obiettivo si declinava per tematiche, fra le quali spiccavano il miglioramento della qualità dell'aria, dell'acqua e del suolo, la sicurezza alimentare, la riduzione del rumore, la riduzione dei rischi legati ai campi elettromagnetici e la protezione dalle radiazioni ionizzanti. Esso ha trovato riscontro in alcune azioni delle Società della Salute e nel coordinamento ed integrazione fra strutture per la tutela dell'ambiente e la salvaguardia della salute. Al fine di dare continuità ma anche di consolidare e rafforzare le attività del PSR precedente, sono individuate le azioni per il raggiungimento di un ambiente di qualità in accordo con gli obiettivi del PRAA 2007–2010 in particolare per quanto riguarda le aree di rischio ambientale.

Funzionali a queste azioni sono:

- lo scambio sistematico di dati e conoscenze in materia ambientale con potenziali effetti sulla salute umana e animale, necessario anche per l'elaborazione di profili di rischio dei diversi comparti produttivi presenti sul territorio regionale;
- l'integrazione nei procedimenti di valutazione dell'impatto degli strumenti urbanistici, dei piani e dei programmi territoriali e ambientali, degli insediamenti produttivi nei confronti della salute e dell'ambiente;
- lo sviluppo della rete dei laboratori di sanità pubblica di area vasta, con funzioni di supporto per quanto riguarda azioni di prevenzione sull'ambiente di vita e di lavoro.

La presenza nei due strumenti di programmazione “verticali” (PSR e PRAA) di obiettivi e strumenti concordati ed integrati è la strada per attuare un coordinamento fra atti di indirizzo e di programmazione sanitari ed ambientali, che valutino la compatibilità e le conseguenze economiche e produttive delle scelte, anch'esse fondamentali componenti del benessere della popolazione. La collaborazione delle due Agenzie ARPAT ed ARS, il lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione ed il coinvolgimento delle istituzioni di ricerca qualificate nel campo, come il Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO), permettono di promuovere la crescita culturale e tecnica integrata e condivisa degli operatori dell'ambiente e della prevenzione e di realizzare i Piani Integrati di Salute che rappresentano un'opportunità per l'attivazione e lo sviluppo di metodi e strumenti per l'integrazione delle conoscenze ambientali e sanitarie a livello locale.

Azioni prioritarie per il triennio di vigenza del Piano sono:

- riduzione dell'inquinamento atmosferico. L'inquinamento atmosferico nella nostra Regione, legato al traffico e viabilità, in particolare, ed anche alle emissioni di impianti di varia natura, è direttamente

correlato con l'insorgenza e/o il peggioramento di stati patologici oncologici, cardiovascolari e respiratori, incidenti sia sui tassi di mortalità che sul ricorso ai servizi sanitari. Dovranno essere individuati indicatori di salute correlati agli indicatori ambientali sia in funzione dell'approfondimento conoscitivo delle relazioni tra fenomeni, sia per ridefinire i livelli accettabili delle emissioni, sia per verificare gli effetti delle misure e degli interventi;

- riduzione dell'inquinamento acustico. È noto che l'inquinamento acustico ha effetti negativi sullo stato psico-fisico della popolazione. È necessario qualificare e quantificare in modo sistematico gli effetti del rumore per la definizione delle soglie di accettabilità, per programmare il risanamento e per valutare gli esiti degli interventi;
- monitoraggio sull'inquinamento elettromagnetico. Anche se i dati epidemiologici sugli effetti dell'inquinamento elettromagnetico sono ancora poco consolidati, sulla base del principio di precauzione, vi è la necessità di sorvegliare i livelli di esposizione delle popolazioni, anche al fine di corretti processi comunicativi del rischio;
- attuazione del regolamento CE 1907/2006 in materia di sostanze chimiche (REACH). L'entrata in vigore del regolamento (1° giugno 2007) impone l'attuazione di interventi di controllo, informazione e formazione che devono essere gestiti in modo coordinato con le Direzioni generali aventi le competenze ambientali ed economiche. A tal fine si richiama la normativa regionale sull'inserimento della valutazione di impatto sulla salute all'interno di tutte le procedure di programmazione e valutazione di piani e programmi, auspicando, per il livello locale, una medesima attenzione;
- sorveglianza ambientale-epidemiologica. Per ottenere un'efficace sorveglianza delle interazioni fra scelte ambientali, produttive e la salute nella nostra regione, emerge fortemente la necessità di operare sull'integrazione dei dati. La sorveglianza è finalizzata ad individuare eventuali "punti critici" del territorio regionale dal punto di vista dell'impatto sulla salute della qualità ambientale. Al fine di realizzare una sorveglianza sistematica, è necessario:
 - promuovere l'uso di indicatori di salute riguardanti in particolare le patologie acute o sub-acute, come quelle di tipo respiratorio, caratterizzate da bassa latenza, ed inoltre quelle di latenza maggiore, come ad es. alcuni tipi di neoplasie, il cui insorgere è correlato a fattori ambientali e di misure di esposizione umana ai tossici;
 - promuovere l'individuazione e l'utilizzazione di indicatori integrati ambiente-salute, che riescano a rilevare livelli di esposizione che non hanno ancora dato nessun danno, ma che potrebbero darlo;
 - procedere alla "georeferenziazione" dei dati sulla salute e sull'ambiente.

In relazione a quest'ultimo punto si evidenzia che è in via di realizzazione il progetto SIT dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali che sta provvedendo alla georeferenziazione delle utenze e strutture di valenza sanitaria. Tale tecnica, combinata con l'intreccio e l'utilizzo dei dati provenienti da altre strutture di cui la Regione Toscana si è da tempo dotata (quali il CSPO, ISPO, ARS, registro tumori) permette di disegnare opportunamente intorno alle fonti inquinanti e relativamente ai periodi di interesse ed alle popolazioni suscettibili, microaree di residenza sia di soggetti esposti che di soggetti affetti da patologia, ottenendo con immediatezza ciò che prima era realizzabile solo con lunghi e complessi studi ad hoc.

- formazione. La logica dell'integrazione delle politiche impone il passaggio da un approccio di valutazione ambientale ad un approccio valutativo integrato. Al fine di permettere l'applicazione di adeguate metodiche conoscitive sulla relazione ambiente-salute, sulla definizione del rischio e sulla comunicazione, è necessario attivare corsi di formazione integrati fra operatori dei dipartimenti di prevenzione. Il supporto metodologico e la formazione epidemiologica sono realizzati con l'apporto della Agenzia Regionale di Sanità (ARS).

Controllo delle zoonofestazioni

L'esistenza sul territorio regionale di vaste zone umide naturali e seminaturali, sommata ai cambiamenti di stile di vita delle comunità, pone l'attenzione sulla necessità di una attenta sorveglianza epidemiologica sulle malattie a trasmissione vettoriale, attraverso indagini finalizzate alla conoscenza dell'ecologia degli agenti imputati della trasmissione ed alla loro distribuzione geografica. Il coordinamento delle attività di controllo e profilassi delle zoonofestazioni è effettuato con il concorso della struttura a valenza regionale di Zoologia ambientale di Grosseto.

I Dipartimenti della Prevenzione sono tenuti ad assicurare la specifica sorveglianza sulle attività di bonifica che implicano interventi di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione e nel caso siano dotati di strutture in grado di fornire tali servizi, possono effettuare in proprio dette prestazioni a favore di soggetti pubblici e privati, applicando apposito tariffario o stipulando opportune convenzioni.

Considerata la recente epidemia di *chikungunya* in Emilia Romagna, particolare rilievo devono assumere nel triennio i progetti di lotta alle zanzare, con specifico riguardo alle attività di monitoraggio e controllo del territorio con l'uso di mezzi a basso impatto ambientale.

5.2.2 Lavoro e salute

Il Piano Sanitario Regionale 2005/2007, ha previsto all'interno dell'Azione programmata "Lavoro e Salute" interventi per piani mirati e/o progetti con lo scopo di qualificare e rendere più incisivi gli interventi di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e per ottimizzare le risorse. In aggiunta ai progetti previsti dal "Nuovo patto per uno sviluppo qualificato e maggiori e migliori lavori in toscana" siglato nel 2004 dal Presidente Martini con le associazioni di Categoria, Sindacati, Enti locali ed Associazioni, sono in corso di realizzazione i piani Mirati e i progetti speciali che hanno riguardato:

- il programma d'interventi di vigilanza integrata in edilizia per contrastare il fenomeno degli infortuni e del lavoro irregolare concordato all'interno del coordinamento interistituzionale ex art. 27, D.Lgs. 626/94, di cui fanno parte la Direzione Generale del Diritto alla Salute, i dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL toscane, la Direzione Regionale del Lavoro, INPS ed INAIL;
- il protocollo di intesa fra la Regione e l'INAIL, per l'utilizzo dei dati sugli infortuni e sulle malattie professionali;
- il programma per migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi preventivi in agricoltura e selvicoltura;
- il programma di prevenzione nel comparto siderurgico che assicura un presidio incisivo in un settore produttivo che presenta forti elementi di criticità per la sicurezza e la prevenzione degli infortuni;
- interventi specifici a sostegno della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali nelle grandi opere infrastrutturali quali la tratta ferroviaria alta velocità/capacità Firenze – Bologna, l'intervento di potenziamento del tratto autostradale A1 Milano – Napoli e la realizzazione dei nuovi Ospedali.

Analisi del quadro occupazionale e degli infortuni

La consistenza della popolazione lavorativa nel triennio 2004–2006 ha visto un tendenziale incremento (58.000 unità – dati INAIL – ISTAT) sia per quanto riguarda i maschi che le femmine, interessando soprattutto il settore dei servizi; si rileva una lieve flessione della forza lavoro impiegata nell'industria, resta invece stazionaria la forza lavoro impiegata nel settore agricoltura.

Per quanto attiene la dinamica occupazionale 2007 è previsto un incremento di circa 4.230 unità che riguarderà in gran parte le piccole imprese.

Le tipologie contrattuali interessate dall'incremento sono in particolare quella a tempo determinato e le varie forme di lavoro precario. Si prevede anche una riduzione del numero di collaborazioni a progetto.

Particolare attenzione dovrà essere riservata al contrasto del fenomeno del lavoro nero, contro il quale pe-

raltro esistono nuovi strumenti normativi (L. 123/07) per la gestione ottimale dei quali sarà opportuno ricercare la massima collaborazione con la Direzione Provinciale del Lavoro. Analoga attenzione dovrà essere posta per preservare la salute e la sicurezza dei lavoratori precari dedicando particolare attenzione al rispetto della normativa nazionale (d. lgs. 81/2008) in particolare per quanto riguarda la formazione, la fornitura di DPI e il rispetto della dignità di questi lavoratori, anche attraverso l'obbligo sociale da parte delle aziende di adottare un codice etico.

Rispetto al dato infortunistico toscano (report INAIL 2006), gli infortuni denunciati sono complessivamente diminuiti passando dai 75.362 del 2004 a 72.434 del 2006. La riduzione ha interessato tutti i comparti, in agricoltura siamo passati da 5.462 del 2004 a 4.881 del 2006, nell'industria e servizi siamo passati da 67.697 del 2004 a 65.395 del 2006.

Per quanto riguarda le malattie professionali il confronto tra quelle denunciate nel 2004 e nel 2006, sia in agricoltura che nell'industria, non mostra differenze significative per quanto attiene il numero totale; viene invece evidenziata una riduzione di quelle tradizionali ed aumento di patologie non tabellate, come quelle a carico dell'apparato muscoloscheletrico.

Le strategie socio sanitarie per la promozione della salute

Le priorità individuate dal presente piano sono finalizzate a dare attuazione alle indicazioni contenute nel "Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" del 27 giugno 2007 con particolare riferimento al rafforzamento del sistema informativo per la prevenzione, al coordinamento dell'attività di vigilanza tra i diversi enti, al potenziamento degli interventi nei comparti a maggior rischio, al coinvolgimento di tutti i soggetti sociali prevedendo anche una azione di sostegno alle imprese ed alla valorizzazione della sorveglianza sanitaria.

Per tendere a più elevati livelli di salute è necessario associare agli interventi di prevenzione collettiva, politiche di *promozione della salute* finalizzate alla modifica di abitudini e stili di vita a rischio.

È noto che tra i lavoratori la prevalenza di alcuni di questi fattori di rischio è più elevata rispetto alla popolazione generale. Il primo tra tutti è il fumo di sigaretta, ma anche l'abuso di alcolici, la inadeguatezza della dieta e l'insufficiente esercizio fisico costituiscono importanti fattori di rischio.

Fattori legati al lavoro possono potenziare gli effetti negativi di questi comportamenti. Per es. l'esposizione ad agenti nocivi, fra i quali alcuni cancerogeni certi o sospetti, può potenziare in maniera notevole i rischi connessi al fumo.

D'altra parte le condizioni lavorative possono influenzare negativamente lo stile di vita o addirittura favorire l'insorgenza di comportamenti a rischio. È il caso, per es., del lavoro a turni che rende più difficile, interferendo con la regolarità degli orari dei pasti e con la vita familiare del soggetto, il mantenimento di abitudini alimentari corrette; è il caso della presenza, nella organizzazione del lavoro, di situazioni produttrici di ansia e stress oppure gli orari prolungati o l'eccessiva fatica (fisica o mentale), che possono indurre abuso di stimolanti e rendere difficile la pratica di un regolare esercizio fisico.

È quindi necessario affrontare il tema della tutela della salute dei lavoratori in un'ottica globale che cerchi di coniugare interventi specifici di prevenzione dei rischi ambientali con interventi volti a promuovere un miglioramento degli stili di vita dei lavoratori. A tal fine il Servizio sanitario regionale si può avvalere di competenze sanitarie diffuse (UU.FF. P.I.S.L.L., I.A.N. e I.S.P., MMG, in particolare) e di competenze epidemiologiche necessarie per sviluppare protocolli di studio e di monitoraggio degli interventi (CeRIMP, ISPO, ARS, ITT, Laboratori di Sanità Pubblica).

L'ambiente di lavoro è un luogo, per certi versi, "ideale" per interventi di promozione della salute, in quanto costituito da un gruppo omogeneo di popolazione. Tuttavia, gli interventi volti a modificare i comportamenti individuali, interferiscono necessariamente con la sfera più privata dell'individuo e come tali necessitano di una particolare attenzione alla possibilità di espressione totalmente libera del consenso. Il contesto lavorativo si presenta, da questo punto di vista, particolarmente delicato, sarà allora indispensabile:

- non “prescindere” dalla priorità degli interventi sulle condizioni di rischio lavorativo specifico (strutturale, tecnologico e organizzativo);
- valutare quei fattori organizzativi che possono interferire negativamente con l’assunzione degli stili di vita corretti;
- validare e definire il piano di intervento insieme agli stessi lavoratori e i loro rappresentanti;
- coinvolgere pienamente sotto il profilo operativo il medico competente;
- collaborare con le Società della Salute per realizzare piani integrati di salute;
- collaborare con le aziende che devono sentirsi incentivate ad adottare politiche di valorizzazione delle “persone” che tendono a diminuire il rischio di malattia e di infortunio ed a incrementare il benessere lavorativo e con esso le capacità produttive dell’impresa;
- promuovere interventi di vigilanza integrata in altri settori oltre a quello dell’edilizia;
- prevedere sistemi di verifica dei risultati;
- dare piena attuazione al Patto per la sicurezza e la regolarità del lavoro in Toscana.

Di conseguenza non sarà possibile pensare a questi interventi in tutti luoghi di Lavoro, mentre sarà opportuno sfruttare le sinergie tra tutti i soggetti sociali che possono concorrere a tutelare la salute dei lavoratori (organizzazioni sindacali ed imprenditoriali, istituzioni che hanno competenza in tema di sicurezza e regolarità del lavoro (AA.UU.SS.LL, Direzioni provinciali del lavoro, INAIL, INPS, VV.FF, ISPEL), istituzioni locali che hanno competenza in tema di politiche del lavoro, di politiche industriali, di assetto del territorio di concessioni edilizie (Comuni e Province), associazioni di cittadini.

Verrà inoltre favorita la ricerca e la sperimentazione di azioni integrate di vigilanza ed assistenza per l’adozione e la diffusione di “buone pratiche” e per la promozione della salute, della sicurezza e dell’ergonomia soprattutto nelle micro, piccole e medie imprese che rappresentano la gran parte del tessuto produttivo toscano.

Occorre agire sulla società civile, sulle istituzioni e le forze sociali, sulle scuole e le nuove generazioni, sui molti fattori di rischio del lavoro e di quelli sanitari e ambientali collegati. Non esiste “la soluzione”, occorrono invece molte azioni mirate e coordinate, tra loro integrate e inter/transdisciplinari, certezza delle norme e delle risorse umane e finanziarie.

Importanti sinergie tra Enti locali e AA.UU.SS.LL. possono essere conseguite nell’ambito della prevenzione degli infortuni in edilizia, che anche nella nostra Regione rappresentano un tema di grande importanza per la frequenza e la gravità degli stessi; le azioni che possono essere realizzate dalle Istituzioni sono:

- assicurare le migliori condizioni di sicurezza nei cantieri dei quali sono committenti;
- sensibilizzare l’utenza, che accede a propri uffici per presentare DIA od ottenere licenze o concessioni edilizie, sugli obblighi in tema di sicurezza del lavoro che incombono sui datori di lavoro e sui committenti;
- esercitare con la polizia municipale, raccordandosi con i servizi specialistici delle Aziende Sanitarie e con le Direzioni provinciali del lavoro un’azione di capillare vigilanza sul rispetto delle norme di sicurezza e regolarità dei rapporti di lavoro.

Il ruolo di regia regionale e il coordinamento interistituzionale

La Regione Toscana ha costituito il Comitato di Coordinamento Interistituzionale previsto dall’articolo 27 del D.Lgs. 626/94 di cui fanno parte tutti gli enti e gli organismi della pubblica amministrazione che operano nel settore della prevenzione e sicurezza sul lavoro. Il Comitato ha compiti di formulare proposte, esaminare i problemi applicativi della nuova normativa, proporre linee guida ed indirizzi tecnici, promuovere il coordinamento tra le diverse strutture operative ai fini di una maggiore omogeneizzazione delle attività di vigilanza e controllo. La Regione Toscana ha provveduto ad articolare il Comitato a livello territoriale istituendo in ogni ambito provinciale specifici organismi incaricati di definire e realizzare piani ed azioni a livello locale.

In riferimento all'approvazione della L. 123 del 3 agosto 2007, la Giunta regionale si impegna ad emanare gli atti attuativi del DPCM del 21/12/2007 che prevede la partecipazione di n.4 rappresentanti del sindacato e n.4 rappresentanti dei datori di lavoro nell'ambito del Comitato regionali di coordinamento.

I Piani mirati

Per qualificare e rendere più incisivi gli interventi di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di ottimizzare le risorse, la Regione intende confermare la metodologia di azione per Piani mirati, dando continuità e diffusione alle esperienze positivamente realizzate in alcuni settori, quali ad esempio l'edilizia, l'agricoltura, il settore siderurgico e quello estrattivo. L'approccio scelto per la definizione di strategie su Piani mirati intende affrontare in maniera organica i problemi dello sviluppo e della qualificazione del sistema produttivo regionale, del sostegno e della qualificazione delle capacità lavorative, del miglioramento delle relazioni sociali, delle condizioni di lavoro e di tutela della salute, cui si aggiungono anche altri interventi sul versante della trasparenza e della regolarità degli appalti.

La modalità d'intervento per Piani mirati rappresenta lo strumento per un'azione organica e sistematica in uno specifico settore produttivo e su di esso vengono indirizzate le risorse professionali interdisciplinari, logistiche e strumentali per:

- effettuare un'analisi dei rischi, degli infortuni e delle cause che li determinano;
- verificare lo stato di salute dei lavoratori, anche con programmi di verifica e revisione di qualità dell'appropriatezza degli accertamenti svolti, con particolare riferimento agli accertamenti laboratoristici e strumentali, in un processo partecipato con i medici competenti;
- contribuire alla crescita di un modello di gestione aziendale del fenomeno infortunistico e tecnopatico;
- collaborare alla ricerca di soluzioni tecniche, organizzative e procedurali;
- favorire il miglioramento dei sistemi di gestione aziendali, andando anche verso "certificazioni sociali" delle imprese e dei processi produttivi, promuovendo la sicurezza come indicatore di "qualità" d'impresa;
- sviluppare relazioni con i soggetti responsabili per la sicurezza e la prevenzione delle imprese e delle aziende, in primo luogo con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- sviluppare un'ampia azione di "cultura della prevenzione" e l'adozione di specifici piani per evitare il rischio e adottare comportamenti idonei alla protezione, interessando in primo luogo i lavoratori, gli studenti, i cittadini;
- utilizzare il contributo innovativo della psicologia del lavoro nei processi di crescita della percezione del rischio al fine di promuovere, nei luoghi di lavoro, l'adozione di adeguati comportamenti per la sicurezza;
- rendere più incisiva l'attività degli organismi pubblici attraverso il coordinamento interistituzionale, intensificando le funzioni di vigilanza e controllo integrati, anche attraverso interventi e campagne straordinarie come previsto dall'articolo 25 della legge regionale 13 luglio 2007 n. 38;
- proporre nei singoli comparti lavorativi, oggetto degli interventi mirati, i livelli di prevenzione standard verso i quali le imprese devono tendere, adattandoli poi alla propria specifica realtà lavorativa;
- fornire in sintesi un concreto contributo tecnico per la definizione e l'applicazione dei livelli di prevenzione possibili.

I settori prioritari di intervento sono:

- edilizia;
- grandi opere infrastrutturali;
- settore estrattivo;
- settore cartario e cartotecnico;
- agricoltura e selvicoltura;
- meccanica e siderurgia;
- cantieristica navale e porti;

- strutture sanitarie.

Con successivi atti regionali verranno definiti gli indirizzi tecnici di programmazione e definizione dei piani mirati regionali e locali comprendenti le modalità di rendicontazione annuale dell'attività svolta e dei finanziamenti utilizzati, prevedendo momenti di confronto e verifica con le parti sociali.

Nell'ambito dei Piani mirati, ma più in generale di tutta l'attività di prevenzione, sarà riservata un'attenzione particolare:

- ai problemi di sicurezza e attività di verifica per il controllo su impianti e macchine; assicurando lo sviluppo di collaborazioni integrate con Enti competenti alla sorveglianza di mercato sui prodotti soggetti a direttive comunitarie e la crescita, anche in collaborazione europea, della raccolta dell'esperienza degli utilizzatori, mediante il metodo "feed-back", per il miglioramento degli standards delle macchine e delle modalità d'utilizzo;
- alle tematiche connesse all'igiene del lavoro con particolare riferimento ai rischi chimico e cancerogeno;
- al controllo di filiera sugli agenti chimici pericolosi per la tutela della salute dei lavoratori e dei consumatori in relazione ai rischi che possono derivare dall'uso di agenti chimici pericolosi non correttamente classificati/etichettati, oppure soggetti a limitazioni d'uso o rilasciati in quantità non consentita da semilavorati e prodotti finiti;
- alla salute delle donne lavoratrici ponendo attenzione non solo ai rischi sulla salute riproduttiva, ma anche al rischio aggiuntivo connesso al doppio carico di lavoro e ad alcune malattie professionali per le quali è ipotizzata una maggiore suscettibilità nella donna (es. dermatosi, disturbi muscolo-scheletrici derivanti da movimentazione manuale dei carichi), agli infortuni ed alla specificità della cinetica delle sostanze tossiche, ponendo altresì attenzione alle problematiche di discriminazione di genere nei luoghi di lavoro e alle molestie sessuali e morali (rispetto a queste ultime le donne sono più colpite degli uomini, in rapporto di 2/3 a 1/3);
- alle specificità della condizione lavorativa dei migranti;
- agli aspetti connessi all'organizzazione del lavoro, che sempre maggiore importanza assume come determinante di infortuni e malattie professionali;
- alla salute e sicurezza nelle strutture sanitarie toscane anche attraverso il coordinamento dei servizi di prevenzione e protezione aziendale ed il coordinamento dei medici competenti;
- a garantire il coordinamento delle attività di prevenzione e sicurezza sul lavoro correlate alla cantierizzazione e realizzazione dei 4 nuovi ospedali (Prato, Lucca, Pistoia e Massa Carrara) tra le aziende USL interessate. La regione, nel corso del triennio, tramite gli uffici della Giunta, assicura la costituzione di una task-force che operi in diretto rapporto con la competente struttura della Giunta regionale. A tal fine vengono previste risorse finalizzate per il potenziamento della struttura di coordinamento regionale e per la promozione di piani e progetti mirati, con il coinvolgimento delle direzioni generali delle Az. USL interessate dagli interventi.

Formazione informazione e assistenza

Per rispondere efficacemente alle trasformazioni in atto nel mondo del lavoro è necessario potenziare l'attenzione verso processi formativi che favoriscano o sviluppo di competenze e professionalità dei soggetti coinvolti nel processo produttivo.

La Giunta regionale si impegna ad adottare i provvedimenti finalizzati a realizzare quanto previsto dalla legge n. 123/2007 che prevede la realizzazione di un sistema di governo per la definizione di progetti formativi, iniziative di informazione ed assistenza, con particolare riferimento alle piccole, medie e micro imprese, nei confronti di tutti i soggetti del sistema di prevenzione aziendale, da realizzare con la collaborazione degli enti bilaterali quali rappresentanti delle confederazioni nazionali, delle imprese e dei lavoratori.

La formazione nei dipartimenti di prevenzione

In linea di continuità con le esperienze realizzate dovrà essere assicurata la formazione del personale dei dipartimenti di prevenzione con specifici progetti regionali con l'intento di rafforzare, oltre che le competenze professionali degli operatori, il carattere multidisciplinare dell'attività dei Dipartimenti di Prevenzione, favorendo scambi di conoscenze, l'integrazione delle competenze e l'omogeneità dei comportamenti. Le attività formative esterne potranno essere rivolte anche a soggetti esterni, facendo riferimento alla realizzazione di piani mirati o a indirizzi regionali.

La promozione di progetti di prevenzione rivolti alla scuola

La promozione e la divulgazione della cultura della salute e della sicurezza sul lavoro dovrà trovare forme di collaborazione nei percorsi di formazione all'interno dell'attività scolastica ed universitaria da realizzarsi nel rispetto delle disposizioni vigenti e dei principi di autonomia didattica con lo scopo di:

- educare i giovani sviluppando piani di intervento volti ad integrare la cultura della sicurezza del lavoro nella formazione scolastica e professionale;
- coinvolgere la scuola ed i centri di formazione professionale in azioni volte a garantire una forza lavoro più sana e sicura.

La Legge n. 123/2007 intende incentivare la realizzazione di attività di prevenzione, di sensibilizzazione in ambito scolastico. La Regione Toscana, a partire dalle esperienze realizzate nella precedente fase di programmazione (Progetti "Sicurezza in cattedra" e "Scuola sicura") svolgerà un ruolo di promozione alla realizzazione di esperienze di prevenzione a livello territoriale tramite Tavoli Interistituzionali, creazione di Reti tra Istituzioni scolastiche, EE.LL., Aziende USL ecc., muovendosi in un'ottica di governance e di sussidiarietà, ed in sintonia con il livello nazionale e con le esperienze più avanzate realizzate in altre regioni.

Un'attenzione particolare dovrà essere riservata alla formazione dei docenti in qualità di formatori sui temi della sicurezza, ed alla valorizzazione dei soggetti della prevenzione interni alla scuola. Ciò al fine di ottenere una maggiore ricaduta nelle attività didattiche e di favorire un processo culturale di crescita della cultura della sicurezza all'interno della scuola.

Il ruolo delle Università

La Giunta regionale è impegnata ad adottare iniziative finalizzate ad assicurare che i corsi di laurea riferiti alla professioni tecniche della prevenzione siano sempre più adeguati alle esigenze del servizio sanitario regionale e delle imprese sia per quanto attiene i programmi che per l'organizzazione degli stage formativi. Tale risultato potrà essere conseguito attraverso una forte integrazione tra le facoltà universitarie ed il sistema regionale della prevenzione collettiva.

Tale collaborazione dovrà estendersi anche alle scuole di specializzazione ed ai master attivati nel settore della prevenzione collettiva ed a tutte le facoltà che possono utilmente contribuire alla prevenzione nei luoghi di lavoro.

Collaborazione con il sistema regionale delle politiche formative e lavoro

Nell'ambito di vigenza del presente piano sanitario regionale, anche in relazione agli indirizzi applicativi che emergeranno dai decreti delegati previsti dalla L. 123/07, la Giunta regionale si impegna a favorire iniziative finalizzate ad assicurare la formazione delle figure della prevenzione con particolare riferimento ai responsabili dei servizi di prevenzione e protezione aziendale, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e addetti a compiti speciali.

Informazione ed assistenza

Nell'ambito dell'informazione e dell'assistenza che i servizi sono chiamati a fornire, dovrà essere svolta un'azione di stimolo alle imprese per l'applicazione delle procedure di prevenzione previste dalla normativa vigente che, in base ai risultati dell'indagine sull'applicazione del dlgs. 626/94, sono risultati carenti, soprattutto per quanto attiene la formalizzazione dei compiti dei vari soggetti della prevenzione. Tali attività dovranno prevedere lo sviluppo di sinergie e forme di collaborazione con i comitati paritetici territoriali, espressione delle organizzazioni datoriali e dei lavoratori.

Lo stato di salute dei lavoratori

I dati a disposizione permettono una buona conoscenza dell'andamento del fenomeno infortunistico, mentre quelli relativi allo stato di salute dei lavoratori ed alle patologie professionali sono assolutamente insufficienti. Le patologie professionali dovute ad un solo fattore di rischio presenti in passato sono sempre meno frequenti mentre emergono con sempre maggiore frequenza patologie dovute alla azione concomitante di più agenti nocivi la cui diagnosi è estremamente difficoltosa. I dati messi a disposizione dall'Ufficio Internazionale del Lavoro affermano che viene diagnosticato un solo caso di decesso dovuto a patologia professionale ogni 80 decessi realmente accaduti. È quindi assolutamente prioritario migliorare le conoscenze sulla patologia lavoro correlata; questo risultato può essere conseguito mediante:

- il potenziamento dei flussi informativi che utilizzi i dati già esistenti con particolare riferimento a quelli provenienti dall'attività dei medici competenti, dei medici specialisti, ospedalieri e territoriali e dei medici di medicina generale, previa definizione di protocolli diagnostici condivisi applicati da tutti i professionisti che operano nel settore sia in ambito privato che pubblico; di particolare importanza può risultare il ruolo dei medici competenti che seguono lo stato di salute di tutti i lavoratori che svolgono mansioni potenzialmente nocive per la salute. In particolare dovranno essere realizzate nell'ambito di vigenza del presente piano iniziative finalizzate a raccogliere le relazioni sullo stato di salute delle singole imprese elaborate su modulistica concordata in maniera da consentire una efficace elaborazione statistica. Verrà inoltre facilitata l'adozione di programmi informatici rispondenti ad indicazioni regionali per ottenere una archiviazione omogenea dei dati. Per il conseguimento di tale obiettivo si prevede la costituzione presso ogni Dipartimento di Prevenzione delle Aziende USL di un *Osservatorio* sullo stato di salute dei lavoratori che avrà il compito di raccogliere i flussi informativi, verificare l'adozione di protocolli diagnostici omogenei, provvedere alla elaborazione epidemiologica dei dati, assicurare la qualità complessiva delle attività di sorveglianza sanitaria svolta;
- l'avvio di progetti di ricerca attiva delle patologie professionali, a partire da quelle ritenute più frequenti quali le affezioni a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, respiratorio, cardiocircolatorio ed i tumori, sulla cui insorgenza esercita un ruolo rilevante l'esposizione professionale e le patologie psichiche e psicosomatiche da costrittività dell'organizzazione del lavoro. Tali indagini vanno condotte sulla base di progetti a carattere regionale che possono prevedere l'approfondimento di tematiche differenziate nei diversi ambiti territoriali anche in considerazione delle caratteristiche produttive dei territori di competenza delle singole Aziende UU.SS.LL. La ricerca attiva delle patologie professionali passa ovviamente attraverso un'azione di informazione e sensibilizzazione dell'attenzione a singole tematiche e di definizione ed applicazione di protocolli condivisi da parte di tutti i sanitari che possono essere coinvolti (medici PISLL, medici competenti, reparti ospedalieri, medici di base, specialisti, medici INAIL);
- l'approfondimento specialistico del nesso causale esistente per alcune patologie, per lo più di natura oncologica, tra le stesse e l'esposizione lavorativa. A tal fine può essere particolarmente utile la collaborazione con l'ISPO, l'ITT, l'ARS e l'Università che in collaborazione con i SPISLL possono condurre ricerche applicate. A tal fine si procederà al censimento delle aziende, anche se dismesse, nelle quali, negli ultimi quaranta anni, risultava accertata la presenza di sostanze cancerogene utilizzate come materie prime nel ciclo lavorativo o presenti come prodotto secondario del ciclo stesso.

La Giunta regionale si impegna, entro sei mesi dall'approvazione del PSR, ad elaborare, con il coinvolgimento delle Organizzazioni sindacali, dei Dipartimenti di Prevenzione, delle Categorie Produttive e delle Associazioni dei Professionisti interessate, un piano mirato finalizzato a conseguire gli obiettivi sopra riportati valorizzando il ruolo che il Centro Regionale Infortuni e Malattie Professionali (CeRIMP) deve avere nell'assistenza e supporto a tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione del progetto, nell'acquisizione, verifica di qualità ed elaborazione dei dati trasmessi.

Igiene occupazionale

Una parte consistente della patologia professionale è legata ad esposizioni a sostanze potenzialmente tossiche per l'organismo umano; si rende necessario quindi potenziare le iniziative finalizzate ad individuare e quantificare le esposizioni lavorative, sia stimolando e verificando il rispetto della legge 25/2002 da parte delle imprese, che effettuando direttamente determinazioni dell'esposizione negli ambienti di lavoro sfruttando al massimo e potenziando ulteriormente le capacità di risposta delle strutture di Igiene occupazionale presenti nei Laboratori di Sanità Pubblica, che sempre di più devono operare secondo un sistema di rete regionale in grado di fornire risposte altamente specialistiche nei diversi settori. La puntuale determinazione delle esposizioni a sostanze tossiche nelle diverse situazioni lavorative permetterà la messa a punto di buone prassi finalizzate al loro contenimento, individuando livelli di prevenzione realmente e concretamente attuabili. Un intervento informativo da realizzare con la collaborazione delle forze sociali faciliterà l'applicazione delle buone prassi da parte delle imprese.

Dovrà essere attivata un'azione di controllo/assistenza dei professionisti esterni ai servizi PISLL, che svolgono le misure e le valutazioni del rischio, anche in collaborazione con gli "enti intermedi" interessati (associazioni di imprese e degli stessi professionisti).

Rischi organizzativi ergonomici e psicosociali

Nella realtà toscana, caratterizzata da un quadro infortunistico che pur evidenziando segnali di miglioramento presenta ancora aspetti di criticità e da una forte frammentazione del tessuto produttivo, che vede la presenza di moltissime imprese di piccole e piccolissime dimensioni, dovrà essere sviluppata l'attenzione alla tutela del lavoro per quanto attiene gli aspetti organizzativi, ergonomici e di prevenzione dei rischi psicosociali. Sarà necessario attivare iniziative finalizzate ad aumentare l'attenzione su questi temi, da parte delle imprese toscane, anche attraverso l'attivazione di progetti specifici finalizzati al miglioramento del benessere organizzativo, allo studio di condizioni di lavoro ergonomiche che possono essere diffuse nelle imprese con caratteristiche produttive simili, alla sensibilizzazione delle imprese nei confronti dei rischi psicosociali che possono creare condizioni di grave disagio lavorativo, talvolta di entità tale da non rendere più possibile l'inserimento del lavoratore nel contesto lavorativo. I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende UU.SS.LL. sono pertanto impegnati ad affrontare anche le problematiche connesse con questo fattore di rischio che richiede interventi multidisciplinari e multifunzionali. L'approccio ai rischi psicosociali da parte dei Dipartimenti di Prevenzione deve essere soprattutto di tipo preventivo favorendo la crescita della cultura imprenditoriale con l'adozione di codici di comportamento in grado di prevenire il concretizzarsi dell'evento dannoso. È tuttavia importate anche affinare le capacità diagnostiche dei servizi pubblici di prevenzione, sia attraverso specifici percorsi formativi rivolti agli operatori, che tramite l'attivazione di centri di riferimento regionali.

La Giunta regionale è pertanto impegnata a costituire un centro di riferimento a carattere regionale per l'approfondimento degli aspetti ergonomici ed un centro di riferimento a carattere regionale per le problematiche connesse al disagio lavorativo, assicurando per entrambi una proiezione in ciascuna area vasta.

Indicatori

Il periodo di vigenza del piano sanitario regionale 2005–2007 è stato caratterizzato da un lavoro intenso sul

tema della costruzione degli indicatori e della aderenza dei dati dai quali questi sono calcolati.

Attori principali del servizio sanitario regionale in questo processo, sono stati i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, che, con i loro servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza sui luoghi di Lavoro, hanno contribuito, anche grazie alla collaborazione del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, alla definizione di queste grandezze. Tra gli indicatori delineati:

- frequenza degli infortuni (tassi grezzi e standardizzati);
- copertura del territorio (cantieri edili visitati, unità locali visitate);
- efficienza (Sopralluoghi riferiti al personale impiegato).

Questi ambiti necessitano comunque di ulteriori studi ed approfondimenti a cui si rimanda con atti futuri della Giunta, anche alla luce del progetto regionale miglioramento qualità nei Dipartimenti di Prevenzione che ha individuato per il primo semestre 2008 come obiettivo prioritario l'individuazione di indicatori prestazionali, di qualità gestionale, di qualità tecnica e di risultato per la prevenzione collettiva.

Il raggiungimento degli obiettivi sarà altresì posto in relazione alle risorse dedicate (2% delle risorse del fondo). Tale sistema di indicatori, sia per una migliore definizione delle priorità, sia per una trasparente verifica dei risultati conseguiti deve prevedere un sistematico coinvolgimento delle parti sociali.

Il risultato e la piena, corretta finalizzazione delle risorse sono elementi di valutazione per i Direttori Generali. Entro 120 giorni la Regione definirà: un sistema di valutazione delle modalità con le quali le ASL devono assicurare la completa contabilizzazione dei fattori di costo connessi alle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro e un sistema per disincentivare comportamenti gestionali non coerenti con le finalità sopra indicate.

5.2.3 Igiene degli alimenti e della nutrizione

L'igiene degli alimenti e della nutrizione riveste un ruolo essenziale nell'ambito delle politiche di prevenzione da sempre perseguite dal Sistema Sanitario Regionale. Le competenze nel tempo hanno avuto un'evoluzione graduale, partita dalle semplici attività di vigilanza sulla salubrità di alimenti ed arrivata ad affrontare un sistema complesso, che vede i servizi di prevenzione strettamente interconnessi con il mondo produttivo e dei consumatori, al centro di una rete che deve assicurare in primo luogo la qualità di ciò che si consuma ma anche favorire informazione, educazione alla salute e crescita culturale del sistema agroalimentare.

In un quadro caratterizzato dalla globalizzazione e dalla liberalizzazione dei mercati, dall'introduzione di nuove tecnologie e contemporaneamente dalla salvaguardia delle nostre tradizioni alimentari, gli operatori della prevenzione devono acquisire nuove competenze, rispondere ai mutamenti produttivi, adattarsi a svolgere compiti che richiedono, accanto alle conoscenze professionali di tipo scientifico, anche capacità di comunicazione e di relazione con la realtà della produzione e del consumo.

In questo contesto le strutture di Igiene degli alimenti e della nutrizione, istituite con la riforma del Sistema Sanitario Nazionale (D.Lgs.502/92 e successivi), sono ormai una realtà consolidata e conferiscono un valore qualificante nel panorama della sanità pubblica orientata attivamente a promuovere la salute e il benessere della popolazione, attraverso la puntuale attuazione delle disposizioni comunitarie e la completa integrazione tra le politiche per la salute e le altre politiche territoriali.

Pertanto è necessario che, sia per l'ambito di igiene alimentare che per quello nutrizionale, la Giunta regionale approvi apposite linee che definiscano i contenuti e le modalità di intervento, forniscano strumenti metodologici e criteri uniformi di valutazione delle attività. In particolare deve essere sviluppato lo strumento rappresentato dai Piani Integrati di salute, quanto mai appropriato in questi ambiti in cui gli obiettivi sono raggiungibili solo attraverso il coinvolgimento attivo delle famiglie, delle istituzioni scolastiche, dei Comuni e delle Associazioni dei consumatori e di categoria.

Igiene della nutrizione

Gli aspetti prioritari sono sviluppati nel successivo paragrafo “Alimentazione e salute” e sono soprattutto focalizzati sulle attività di:

- sorveglianza nutrizionale, quale strumento attraverso il quale descrivere lo stato nutrizionale della popolazione e le patologie correlabili con la dieta;
- promozione di abitudini alimentari e stili di vita corretti da perseguire attraverso azioni di informazione mirate alla promozione di consapevolezza e sviluppo delle capacità di cambiamento.
- Promozione del consumo di prodotti alimentari biologici e della filiera corta
- Promozione della sostituzione dell’offerta, nei distributori automatici, di bevande e *snack* ipercalorici con frutta, verdura, *snack* ipocalorici e bevande non zuccherate.

Accanto ai tradizionali interventi di monitoraggio sui menù e di valutazione dei capitolati di appalto in ambito scolastico devono essere sviluppati metodi, strumenti, linguaggi efficaci e mirati. Gli obiettivi individuati sono i seguenti:

- 1) prevenire lo sviluppo del sovrappeso in soggetti di peso normale;
- 2) prevenire la progressione verso l’obesità di soggetti già in sovrappeso;
- 3) prevenire il recupero del peso in soggetti che hanno affrontato con successo un trattamento per la perdita di peso.

Di conseguenza, i destinatari degli interventi di prevenzione sono:

- 1) la popolazione generale (prevenzione universale);
- 2) i gruppi a rischio più elevato (prevenzione selettiva);
- 3) gli individui a rischio più elevato (prevenzione mirata).

La combinazione delle tre strategie rappresenta il modo più efficace di organizzare l’intervento di sanità pubblica. In tutti i target devono essere conseguiti risultati nell’ambito dell’incremento della attività fisica e del controllo dei consumi alimentari.

La strategia di prevenzione universale deve avere inizio dalle epoche più precoci, ossia a partire dalla prima infanzia ed indipendentemente dal livello di rischio.

La strategia di prevenzione selettiva sarà diretta ai gruppi a più alto rischio individuati sulla base di fattori di rischio: età (es: periodo prepuberale, adolescenza, prima età adulta); sesso (femminile); razza, gruppo etnico, status socioeconomico; dati epidemiologici di popolazione che riportano prevalenza di obesità, morbosità e mortalità per malattie cronico degenerative; abitudini alimentari e stile di vita (consumo di grassi >40%, consumo di frutta e verdura < 200 g/die).

Le informazioni esistenti suggeriscono pertanto di indirizzare gli interventi di prevenzione selettiva verso: i bambini, gli adolescenti, gli adulti in sovrappeso, le donne in gravidanza e in menopausa.

La strategia di prevenzione mirata è diretta agli individui a rischio, caratterizzati in base ad indicatori biologici (familiarità per obesità, diabete, dislipidemie) e comportamentali. Ad esempio i bambini in sovrappeso con genitori obesi sono da ritenersi ad alto rischio di obesità.

Gli interventi di prevenzione selettiva e mirata possono utilizzare in parte gli stessi canali e materiali usati nella prevenzione universale, da supportare con iniziative sociali e con strategie di counseling nutrizionale.

A tutti i livelli devono essere selezionati strumenti e metodi che agiscano non solo sul livello di informazioni possedute, ma sulla loro concreta applicazione nella vita quotidiana.

La Giunta regionale, con proprio atto, fornisce le linee di indirizzo individuando i target di intervento, gli strumenti da adottare e le misure con cui valutare l'efficacia di quanto attuato.

I Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) sono i servizi deputati a mettere in atto strategie di prevenzione nutrizionale, coinvolgendo tutti gli attori interessati e valutando l'efficacia delle azioni svolte. Per questo i SIAN avranno un ruolo importante nei Piani Integrati di Salute, che si dovranno necessariamente confrontare con le evidenze epidemiologiche ed i bisogni espressi dai cittadini in questo ambito.

Esigenze irrinunciabili sono le seguenti:

- integrazione con il territorio;
- coordinamento degli interventi;
- formazione continua degli operatori.

Igiene degli alimenti

Gli aspetti prioritari sono sviluppati nel successivo capitolo "Sicurezza alimentare" e si incentrano sui nuovi Regolamenti Comunitari, che richiederanno un ulteriore grande sforzo culturale e organizzativo ai Dipartimenti di Prevenzione per la loro applicazione sul campo. L'attività di vigilanza e controllo, cardine del sistema che garantisce la salubrità dei prodotti, deve quindi adeguarsi alle novità normative e soprattutto rimanere al passo con i progressi scientifici, utilizzando gli strumenti più adeguati per la programmazione quali la valutazione e la comunicazione del rischio. I Laboratori di Sanità Pubblica devono completare il processo di accreditamento richiesto dal D.Lgs.156/97, ricercando la massima integrazione con le altre strutture di controllo.

La Giunta regionale fornisce attraverso il Programma pluriennale regionale, che dovrà interfacciarsi con il relativo Piano nazionale, gli indirizzi programmatici più puntuali. Si ritiene di individuare alcuni ambiti specifici in considerazione di alcune novità normative già presenti o in via di definizione, attività da effettuare in collaborazione e coordinamento con le altre Unità Funzionali del Dipartimento di Prevenzione competenti:

- produzione e vendita di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare, con riguardo a quelli per la prima infanzia;
- attuazione e monitoraggio sugli alimenti contenenti allergeni di cui alle direttive CE 89/2003 e 77/2004 recepite con D.lgs. 114/2006;
- indicazioni nutrizionali e sulla salute fornite sui prodotti alimentari di cui al regolamento CE 1924/2006 e sugli alimenti "fortificati" di cui al regolamento CE 1925/2006;
- utilizzo ed impiego di prodotti fitosanitari;
- autorizzazione e sorveglianza sui laboratori che effettuano analisi per l'autocontrollo;
- agriturismo di cui alla L.R. 30/2003 e al suo regolamento di applicazione;
- monitoraggio sull'applicazione della L.R. 38/2004 "Norme per la disciplina della ricerca, della coltivazione e sull'utilizzazione delle acque minerali, di sorgente e termali".

Le attività di vigilanza di cui sopra saranno eseguite sulla base di linee guida e modelli regionali al fine di disporre di dati confrontabili ed aggregabili, con la predisposizione di report finali di livello aziendale e regionale.

Certificazione e Miglioramento della Qualità delle strutture Igiene Alimenti e Nutrizione

Il settore ha quale obiettivo principale il raggiungimento della certificazione, a norma ISO 9001:2000, per l'anno 2008 da parte delle strutture territoriali del settore in questione, coerentemente con il percorso intrapreso dalla Sanità Pubblica Veterinaria a partire dall'anno 2006 e come previsto nell'ambito del progetto di miglioramento della Qualità promosso da parte della Regione Toscana (D.D. n.6758 del 29.11.2005) che è

compiutamente in fase di attuazione da parte strutture appartenenti all'Igiene Alimenti & Nutrizione delle Aziende Sanitarie toscane.

Sviluppo di modelli di miglioramento della qualità e di condivisione della conoscenza in ambito della Prevenzione

Lo sviluppo di sistemi di miglioramenti della Qualità nell'ambito delle strutture dell'Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) dei Dipartimenti della Prevenzione delle Az.UU.SS.LL. toscane rappresenta un argomento di rilevante interesse per la struttura regionale del Settore Igiene Pubblica Ciò richiede un forte impegno da parte di questa organizzazione al fine della realizzazione del processo di allestimento e sviluppo di sistemi di qualità in coerenza con le prospettive di crescita strategica regionale, sia per favorire l'attuazione degli obblighi recentemente imposti dall'Unione Europea in materia di igiene degli alimenti sia per promuovere la circolazione delle informazioni e delle conoscenze e supportare la rete delle strutture sanitarie.

I principali obiettivi di risultato attesi dall'attuazione del progetto nel triennio di vigenza del Piano sono i seguenti:

- attivazione di un sistema di supporto finalizzato al coordinamento e all'indirizzo delle strutture SIAN delle Az.UU.SS.LL. toscane per la definizione di un modello di miglioramento continuo della qualità, per il raggiungimento della certificazione ISO9001 VISION 2000 e la definizione dei requisiti specifici di accreditamento regionale;
- attivazione di un sistema di verifica Ispettiva della qualità (Audit) per il Settore Igiene Pubblica della Regione Toscana;
- individuazione di un modello che favorisca lo sviluppo della "cultura della rete", supportato dalle nuove tecnologie, tra professionisti che operano nel settore sanitario.

5.2.4 Alimentazione e salute

Sulla base di quanto realizzato con il precedente Piano Sanitario Regionale vengono individuati i seguenti obiettivi per la prosecuzione del progetto "Alimentazione e salute":

- prosecuzione della sorveglianza nutrizionale, secondo progetti regionali e studio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC);
 - partecipazione ai progetti interregionali promossi dal Centro Controllo Malattie (CCM) in tema di alimentazione e salute;
 - applicazione delle linee guida già approvate dall'apposito gruppo di lavoro, e in particolare:
 - realizzazione di progetti mirati di promozione di stili di vita salutari;
 - promozione dell'attività fisica, anche al di fuori delle palestre, in spazi interni ai luoghi di lavoro o all'aperto nelle aree verdi;
 - promozione dell'allattamento al seno;
 - valutazione dell'efficacia dei progetti e individuazione delle best practice;
 - creazione in tutte le ASL di un percorso assistenziale per il soggetto obeso;
- verifica della qualità dell'offerta alimentare all'interno delle strutture sanitarie.

Un ruolo di rilievo sarà svolto dal Piano Integrato di Salute, quale strumento di programmazione condivisa e integrata, in cui gli attori, ovvero il sistema sanitario locale, i comuni, la scuola, le associazioni dei cittadini, il volontariato, il terzo settore ecc. sono chiamati a convergere su obiettivi prioritari che incidono sul comportamento volto al mantenimento dello stato di salute e benessere.

Nell'ambito del percorso assistenziale per il soggetto obeso le strategie dovranno prevedere il raccordo con il coordinamento regionale e di area vasta dei Disturbi del Comportamento Alimentare (D.C.A.)

- Applicazione della deliberazione della G.R. n. 279 del 18.4.2006 "Linee di indirizzo per la rete integrata di servizi per la prevenzione e la cura dei DCA" ed in particolare:
 - completare la rete integrata fra ASL e Aree Vaste dei servizi per la cura e la prevenzione dell'obesità e dei D.C.A. ;
 - avviare la sperimentazione di una struttura residenziale terapeutico riabilitativa specificatamente dedicata ai DCA gravi;
 - favorire il coordinamento delle azioni a livello di area vasta e regionale per superare la frammentazione degli interventi e per garantire percorsi integrati con il coinvolgimento di tutti i soggetti della rete compreso le Associazioni di volontariato ed i gruppi di auto aiuto;
 - monitorare l'attuazione delle linee guida su tutto il territorio regionale attraverso i livelli di coordinamento di Area Vasta e regionale;
 - promuovere il coordinamento di modalità di prevenzione nell'ambito della salute psichica;
 - sperimentare modalità di cura attraverso terapie complementare in giovani pazienti affetti da DCA;
 - promuovere azioni di sensibilizzazione e informazione sul tema in collaborazione con le Associazioni di volontariato e i gruppi di auto aiuto presenti sul territorio, anche attraverso l'organizzazione di un evento regionale;
 - promuovere la valutazione del rischio nutrizionale al momento dell'ammissione in ospedale.

Tali progetti saranno inseriti e armonizzati nell'ambito di progetti nazionali, in particolare con il Piano Nazionale Prevenzione e "Guadagnare Salute".

5.2.5 Sicurezza alimentare

Sulla base di quanto realizzato con il precedente Piano Sanitario Regionale vengono individuati i seguenti obiettivi per la prosecuzione del progetto "Sicurezza alimentare".

Il governo istituzionale del sistema

Nel corso del vigente Piano occorre consolidare il sistema di relazioni definito dalla Delibera n. 412 del 5 giugno 2006 attraverso:

- la definizione e l'entrata in vigore entro il 2008 delle nuove procedure autorizzative per il riconoscimento degli stabilimenti a bollo CE;
- la ridefinizione nel triennio, secondo i criteri di snellimento burocratico, di cinque atti di competenza regionale inerenti i sistemi autorizzativi e gestionali delle imprese operanti nel settore della sicurezza alimentare;
- la definizione di almeno tre linee guida inerenti la produzione primaria.
- sviluppo di politiche per la sicurezza alimentare, con particolare riferimento alle patologie derivanti dal consumo di macromiceti. In particolare si prevede la costituzione di un coordinamento regionale con sede presso la ASL fiorentina e di raccordo con le Aree vaste, volto a promuovere nella popolazione la consapevolezza dei rischi in materia micologica.

Il governo tecnico operativo del sistema

Nel corso del triennio si punta a migliorare i risultati conseguiti attraverso:

- la certificazione entro il 31 dicembre 2008 del sistema regionale di controllo degli alimenti (Sanità Pubblica Veterinaria e Igiene degli Alimenti e Nutrizione);
- la implementazione del Piano Pluriennale previsto dal regolamento 882/2004 standardizzando i sistemi di vigilanza e campionamento secondo criteri di valutazione del rischio connesso agli allevamenti ed alle imprese;
- il consolidamento e lo sviluppo del sistema di audit regionale della Sanità Pubblica Veterinaria e dello IAN secondo le procedure indicate dalle normative comunitarie. Il sistema degli audit rappresenta uno strumento di verifica delle attività svolte dai vari soggetti privati e pubblici che operano lungo la catena alimentare. Le procedure degli audit codificate con la Decisione 2006/677/CE del 29 settembre 2006 richiedono di comunicare ai cittadini gli esiti degli stessi audit. Nel triennio proseguirà l'attività di audit definendo in maniera dinamica il "Profilo di rischio Regionale e Aziendale" derivante dall'analisi delle attività degli organismi aziendali, regionali, nazionali ed internazionali. Nel corso del primo anno di vigenza del Piano con apposito atto di Giunta saranno definite le procedure regionali degli audit della loro pubblicazione sul sito web della Regione;
- la standardizzazione entro il 31 dicembre 2008 dei flussi informativi relativi al sistema di allerta e al sistema di rilevamento delle tossinfezioni alimentari, anche attraverso un rafforzamento delle azioni interdisciplinari tra lo IAN e la Sanità Pubblica Veterinaria;
- lo sviluppo di studi epidemiologici mirati a identificare per tipologia di attività le principali cause di tossinfezioni in termini di germi coinvolti e di errori di produzione/conservazione definendo al contempo procedure di prevenzione ed i relativi sistemi di comunicazione e informazione;
- lo sviluppo di una sempre più stretta collaborazione con iniziative di informazione e controllo effettuate tramite le Associazioni dei cittadini-utenti e altri soggetti coinvolti mirato alla riduzione delle tossinfezioni di origine casalinga;
- riorganizzazione nel triennio della rete dei Laboratori deputati al controllo ufficiale dei prodotti alimentari.

Il governo formativo/informativo

Si punta nell'arco della vigenza del Piano a:

- definire e rendere usufruibile entro il 31 dicembre 2008 di concerto con le associazioni dei consumatori, le Organizzazioni di categoria e professionali i contenuti, le modalità gestionali della sezione del sito web regionale dedicato alle "Allerta Alimentari" in grado di fornire in caso di emergenze sanitarie, ai cittadini toscani e al sistema delle imprese in tempo reale informazioni istituzionali e sanitarie;
- costituire nell'ottica della politica regionale orientata all'eccellenza e sulla base della Convenzione sottoscritta dalla Regione Toscana con la Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Ateneo di Pisa e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana il "Centro Regionale per la Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare".

Il "Centro" con sede presso la Facoltà di Medicina Veterinaria di Pisa, avrà per finalità il miglioramento delle competenze specifiche in questo settore strategico, attraverso il potenziamento e l'ottimizzazione delle risorse offerte dagli enti pubblici e privati coinvolti.

Il "Centro", per la formazione gestionale aziendale si correlerà al laboratorio MES della scuola S. Anna di Pisa.

Funzioni del "Centro" sono: rafforzamento dei rapporti d'interscambio fra le parti interessate; connessione con le reti d'eccellenza regionali, nazionali ed internazionali; monitoraggio dei bisogni formativi; valutazione delle competenze specifiche; progettazione e gestione di eventi formativi; servizio di consulenza e supporto nel campo della formazione professionale per le imprese e le Organizzazioni Professionali e di Categoria.

5.2.6 Sanità Pubblica Veterinaria

La Sanità Pubblica Veterinaria nel corso del triennio di vigenza del PSR 2005–2007 ha consolidato il sistema organizzativo sia a livello centrale che territoriale; sono state adeguate le norme regionali in materia di sicurezza alimentare ai cambiamenti normativi derivanti dal “Pacchetto Igiene” anche attraverso il ruolo di direzione svolto nell’ambito della Conferenza Stato–Regioni.

I risultati di salute per i cittadini toscani quale indicatore degli interventi di sorveglianza e vigilanza sull’intera filiera della produzione di alimenti di origine animale possono essere misurati con la significativa diminuzione delle tossinfezioni alimentari.

Gli audit effettuati da organismi internazionali e nazionali nella Regione, hanno evidenziato un alto livello di efficienza del nostro sistema di controlli in grado di garantire la salute dei cittadini toscani e di assicurare alle imprese esportatrici elevati standard sanitari indicando al contempo i margini di miglioramento in particolare sul versante della omogeneizzazione territoriale e nella integrazione con i sistemi di controllo degli alimenti di origine vegetale.

Sulla base dei risultati raggiunti e delle criticità emerse sono state individuate le seguenti dieci opzioni strategiche:

1. **salute animale e prevenzione delle zoonosi:** nel triennio 2008–2010, accanto al consolidamento delle anagrafi delle varie specie animali, sarà completato il risanamento degli allevamenti dalla tubercolosi, dalle brucellosi e dalla Leucosi Enzootica Bovina; saranno mantenute le qualifiche sanitarie già acquisite e sarà completato il risanamento nelle Province di Arezzo e Firenze e Massa. Tale risultato costituisce un fattore di tutela della salute pubblica, di prestigio ed economicità per le aziende zootecniche e permette alle aziende sanitarie una razionalizzare delle risorse dedicate. Particolare attenzione sarà posta alle strategie di controllo delle malattie infettive/stive presenti sul territorio regionale, emergenti o riemergenti ed in particolare per le malattie zoonotiche e per quelle trasmesse da vettori. È obiettivo del presente Piano la riduzione della prevalenza della scrapie negli allevamenti ovi–caprini e il conseguimento della qualifica di territorio regionale indenne da trichinosi. Nel corso della di vigenza del Piano sarà effettuato uno studio retrospettivo tra i casi di echinococcosi–idatidosi identificati in Toscana e i casi nella specie umana;
2. **il controllo degli alimenti di origine animale,** collegato alle azioni previste dal progetto “Sicurezza Alimentare”, deve prevedere una forte integrazione di tutte le figure professionali con la componente SIAN del Settore Igiene Pubblica definendo programmi annuali di vigilanza e controllo basati sul principio della unitarietà delle azioni e la programmazione sulla base della categorizzazione del rischio delle imprese e dell’analisi del rischio secondo criteri organizzativi concordati con il livello territoriale; tale procedura riguarderà anche il controllo degli alimenti zootecnici. In base alla analisi epidemiologica delle attività di controllo svolte, saranno avviati piani straordinari su specifiche matrici o filiere;
3. **le informazioni sanitarie** costituiscono la base per le attività epidemiologiche e per la programmazione regionale ed aziendale. Tali informazioni devono essere integrate con le altre banche dati regionali e della pubblica amministrazione e rese disponibili alla “platea degli utenti” pubblici e privati. Sulla base del lavoro preliminare definito nell’ambito della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà nel corso della vigenza del Piano sarà strutturato e reso operativo un sistema unico regionale per la sanità pubblica veterinaria e la sicurezza alimentare basato su tecnologia web che sostituirà recuperandone le informazioni gli attuali sistemi presenti nelle aziende sanitarie. Per quanto riguarda la integrazione con altre banche dati regionali deve essere sviluppato il raccordo funzionale con il sistema informativo dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana.

4. **le politiche di intersettorialità** hanno permesso di creare relazioni di sistema con gli altri settori della Regione ed in particolare con la Direzione Generale Sviluppo Economico, e con le Organizzazioni agricole e Professionali che si sono fatte carico dei processi di ristrutturazione delle aziende agricole toscane. Nell'ambito dei percorsi di salute previsti dal presente Piano e della promozione dei prodotti a Km 0, si intende promuovere gli aspetti sanitari delle filiere corte e la integrazione nei progetti "Guadagnare salute";
5. la Provincia di Grosseto costituisce il territorio con il più significativo patrimonio zootecnico della Toscana svolgendo peraltro specifiche azione progettuali di supporto del livello regionale. Pertanto viene ribadita la scelta, già prevista dal precedente Piano, di destinare specifiche risorse per le attività sanitarie da svolgere nel "**distretto rurale grossetano**";
6. l'Istituto Zooprofilattico, attraverso la propria rete di laboratori accreditati ai sensi della norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2005 e Centri di riferimento regionali e nazionali contribuisce a perseguire gli obiettivi del presente Piano in ordine a: sicurezza alimentare, salute animale e tutela dell'ambiente. Nel corso del triennio di vigenza del piano proseguendo le azioni già attuate saranno attivati i seguenti progetti:
- "Salute delle acque e prodotti ittici" a partire dalle specifiche funzioni attribuite al laboratorio di ittiopatologia di Pisa si intende costruire una rete di competenze integrate tra Soggetti del SSR, Assessorati competenti in materia di Ambiente e Sviluppo Economico ed i laboratori ARPAT e di Sanità Pubblica al fine di gestire ognuno per le specifiche competenze ma in maniera unitaria azioni di monitoraggio e sorveglianza, di gestione delle emergenze, di formazione, di condivisione delle banche dati e di comunicazione ai cittadini;
 - progetto per l'applicazione del risk assessment nel settore del controllo degli alimenti di origine animale, mangimi e allevamenti;
 - progetto di sviluppo dell'impiego delle medicine complementari in medicina veterinaria attraverso il centro studi per le terapie alternative e tutela del benessere animale presso la Sezione di Arezzo.
7. **le imprese alimentari toscane** per qualità sanitaria dei loro prodotti e per il valore aggiunto del "made in Tuscany" hanno aumentato la loro presenza sui mercati comunitari ed internazionali con significative presenze anche nei Paesi asiatici. Importanti collaborazioni tecniche sono state avviate tra Regione Toscana, Facoltà di Medicina Veterinaria di Pisa, IZS delle Regioni Lazio e Toscana e la Provincia di Guangxi della Repubblica Popolare Cinese. Tale collaborazione, anche in virtù della presenza in Toscana della più numerosa comunità cinese in Italia, è inserita nell'ambito della garanzia sanitaria degli alimenti e costituisce una potenziale base per ulteriori collaborazioni di tipo sanitario e commerciali. Nella prima fase di vigenza del Piano saranno definite le modalità di collaborazione tra la Regione e la Provincia di Guangxi che sarà sviluppata nel prosieguo del Piano sui contenuti di scambio di conoscenze sanitarie e di sviluppo degli interscambi.
8. **i Centri di riferimento**: Sono cresciute nel sistema regionale specifiche competenze professionali in termini di conoscenza, di capacità operativa e di relazioni. Tali competenze, sono utilizzate dalla Regione come supporto alla propria attività di programmazione e verifica. Si ritiene di organizzare tali competenze quali "Centri di riferimento" previo accreditamento da parte di una specifica commissione terza. Per acquisire tale qualifica dovranno essere definiti criteri strutturali, scientifici ed organizzativi generali e criteri legati alla specifica richiesta. I Centri, definiti nell'ambito delle attività strategiche del presente Piano, opereranno in stretto rapporto gerarchico con il Settore competente della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà e per le funzioni svolte potranno acquisire risorse dedicate. Dovranno garantire: a) attività di supporto per la programmazione e la verifica del livello regionale b) costituire un interfaccia operativo e di omogeneizzazione con le altre aziende sanitarie c) essere strumento di sviluppo e innovazione per la Regione Toscana d) essere interfaccia per le categorie economiche e professionali e) essere interfaccia per i cittadini consumatori.
9. **il benessere animale e farmaci ad uso veterinario**: costituisce uno degli elementi del nuovo sentire della collettività. Gli interventi in tale ambito, nel garantire che le modalità di allevamento siano rispettose dei

principi di protezione degli animali, rappresentano uno dei fattori che concorrono alla sicurezza alimentare. Una adeguata gestione degli animali in allevamento è garanzia di un migliore stato sanitario.

I progetti regionali riguardanti il benessere degli animali zootecnici saranno sottoposti a valutazione di risultato e riprogrammati con particolare attenzione al benessere durante il trasporto. Analogamente a tutela della salute umana e del benessere degli animali sarà obiettivo del Piano la definizione di un programma straordinario di controllo sulla commercializzazione del farmaco veterinario.

10.le attività di Igiene Urbana Veterinaria, mirano alla tutela della salute umana, al controllo del randagismo, alla promozione di una equilibrata coesistenza uomo animale. Infatti, le competenze in materia non sono strettamente veterinarie, ma spesso investono anche altri enti in particolare i Comuni. Gli inconvenienti derivati hanno spesso un forte impatto mediatico coinvolgendo, oltre ai soggetti istituzionali, anche l'associazionismo animalista, le associazioni di categoria nonché i singoli cittadini. Attualmente l'Igiene Urbana Veterinaria è una branca della Sanità Animale dalla quale dipende sia professionalmente che funzionalmente, ma essendo un settore emergente e come detto non completamente di competenza veterinaria, spesso viene penalizzato nella destinazione delle risorse e nella programmazione delle attività, in contrasto con una sempre maggiore richiesta di attenzione alle problematiche ad essa connesse. A tal fine, considerata la completa realizzazione dell'anagrafe degli animali d'affezione, è possibile consentire con maggior sicurezza il contatto fra uomo e animale, ad esempio sviluppando le attività di sostegno come la pet-therapy, la cui efficacia è consolidata nei pazienti disabili, nei bambini e negli anziani. D'altra parte, la promozione dell'adozione degli animali dai canili richiede anche una maggiore libertà di movimento: si tratterà pertanto di attivare, nel corso del triennio, norme finalizzate a facilitare l'accesso ai luoghi pubblici agli animali, regolarmente vaccinati e censiti. Nel corso del triennio di vigenza del nuovo PSR, anche alla luce degli impegni normativi che il Consiglio Regionale si appresta a promulgare in materia, verranno esaminati anche gli aspetti di assetto organizzativo connessi alla necessità di assicurare a questa attività le migliori condizioni per operare. Gli operatori tecnici addetti alla veterinaria, con funzioni anche di polizia giudiziaria, saranno collocati, dal punto di vista funzionale e organizzativo, nei servizi di prevenzione.

5.2.7 Sport e salute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha richiamato l'attenzione sulla sedentarietà quale problema sanitario emergente, sottolineando che ormai numerose evidenze scientifiche dimostrano come l'attività fisica fornisca, a tutti gli individui, sostanziali benefici sanitari, psicologici e sociali.

Ambito ideale per la promozione dell'attività fisica risultano essere i Piani Integrati di salute, vista la necessità di uno stretto coordinamento e concorso di molti soggetti ed Istituzioni.

In accordo con quanto previsto nel Piano Regionale dello Sport, per favorire l'attività fisica quale corretto stile di vita è necessario intraprendere azioni per:

- realizzare e rendere fruibili le infrastrutture per svolgere attività motoria e sportiva, promuovendo e valorizzando in particolare l'attività non agonistica;
- consolidare nella popolazione giovanile la cultura dello sport come strumento per il mantenimento del benessere psicofisico della persona anche in età adulta;
- promuovere manifestazioni ed iniziative volte a coinvolgere la popolazione e a farla aderire ai programmi che le comunità locali e le associazioni vorranno organizzare;
- creare le condizioni per favorire una maggiore attività fisica degli anziani, delle donne, dei disabili e degli immigrati.

La L.R. 9 luglio 2003 n.35 "Tutela sanitaria dello sport" ed il successivo atto di indirizzo approvato con deli-

berazione della G.R. 17 maggio 2004 n.461 forniscono precise disposizioni in questo senso.

La Medicina dello sport, ormai inserita all'interno del Dipartimento di Prevenzione, con evidenti finalità di disciplina preventiva, deve sviluppare gli aspetti di educazione all'attività motoria di tutta la popolazione e la valutazione dei soggetti praticanti attività agonistiche e professionistiche con i seguenti obiettivi:

- l'avviamento alle attività fisiche e motorie di quelle fasce e di quei gruppi di popolazione che non svolgono alcuna pratica motoria;
- lo sviluppo delle iniziative già in essere per migliorare il livello di salute dei soggetti che praticano attività sportiva;
- la prosecuzione delle azioni di prevenzione e contrasto al fenomeno doping.

In relazione a quest'ultimo punto si segnala il raggiungimento dell'Accreditamento nazionale (primo in Italia) rilasciato dall'Istituto Superiore di Sanità al Laboratorio Regionale Antidoping della Toscana collocato presso il Laboratorio di Sanità Pubblica di Firenze;

- l'utilizzazione della "Sport terapia" come strumento terapeutico in soggetti affetti da patologia nei quali l'esercizio fisico può essere utilizzato come "farmaco".

Negli ultimi anni la Medicina dello Sport si è infatti caratterizzata come disciplina specialistica polivalente che opera nell'ambito di attività valutative multidisciplinari, che vanno ben oltre la semplice visita di idoneità sportiva, come avveniva in precedenza.

Esiste infatti l'evidenza primaria che l'attività fisica regolarmente praticata è in grado di proteggere contro le malattie cardiovascolari e di avere effetti benefici su fattori di rischio ancora modificabili quali l'ipertensione lieve moderata, la dislipidemia, la resistenza all'insulina, l'obesità, le malattie osteoarticolari, ma anche nei confronti dei tumori, che tanto incidono sulla morbilità e mortalità nella popolazione generale. Ma esistono anche forti evidenze di come l'attività fisica possa essere considerato un intervento terapeutico di prima scelta in moltissime patologie croniche.

Le attività di medicina dello sport dovranno quindi svilupparsi su campi di applicazione e ricerca che permettano, al fine di prevenire eventuali effetti collaterali, la valutazione degli effetti dell'attività fisica nei giovani in fase di accrescimento, negli anziani e nei soggetti obesi e consentano la messa a punto di nuovi protocolli di valutazione medico sportiva.

In particolare, nell'ottica del perseguimento degli obiettivi di appropriatezza e miglioramento della qualità, verrà effettuata dalle UU.FF. di Medicina dello Sport una revisione dei protocolli di valutazione al fine di eliminare le prestazioni di scarsa o nulla utilità, che non hanno ricadute positive di salute.

Gli obiettivi prioritari per il triennio di vigenza del Piano sono:

- il consolidamento dell'implementazione dell'anagrafe degli atleti, istituita con la delibera della G.R. 19/12/2005, n. 1247;
- la prosecuzione del programma di sorveglianza sul rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico, istituito con la delibera della G.R. 19/06/2006, n. 445;
- la conclusione della fase sperimentale del Secondo Programma triennale per i controlli antidoping di cui alla delibera della G. R. 16/10/2006, n. 741 e l'avvio del successivo Programma definitivo di controlli ufficiali, da adottarsi con specifico atto normativo, che preveda:
 - a) l'organizzazione di eventi e campagne per la formazione, l'informazione e l'aggiornamento degli atleti, dei genitori, degli allenatori e preparatori atletici, degli insegnanti, dei Pediatri di Famiglia e dei Medici di Medicina Generale;
 - b) la promozione di progetti, sul modello del "Patto di Sesto", al fine di operare una forma di controllo etico e di sviluppo di azioni destinate ad Enti locali ed al Mondo sportivo, volte all'impiego delle strutture finalizzate alla promozione di iniziative di apertura ai soggetti svantaggiati e di contrasto delle condizioni culturali che alimentano il doping;

- c) il mantenimento della rete di relazioni con le Federazioni e le Società Sportive, gli Enti di Promozione Sportiva e le Istituzioni scolastiche, attraverso i lavori della Commissione regionale di coordinamento, per concordare strategie comuni e per l'effettuazione dei controlli analitici in accordo con la Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive del Ministero della Salute;
- d) lo sviluppo delle attività analitiche del Laboratorio Regionale Antidoping, in funzione anche del suo ruolo di laboratorio regionale di riferimento per la Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive del Ministero della Salute;
- e) lo sviluppo della Valutazione di categorie "a rischio" per l'attività sportiva: alcune patologie di carattere cardiovascolare metabolico, respiratorio, osteoarticolare e tumorale sono infatti attualmente in forte aumento nella popolazione attiva. In questi soggetti, l'attività sportiva non è controindicata, anzi può essere considerata anche un valido presidio "terapeutico". Ne consegue che la valutazione medico–strumentale deve essere in grado di permettere a questi soggetti di svolgere attività sportiva nel più sicuro dei modi;
- f) il monitoraggio degli effetti di attività fisica prolungata in particolari categorie di soggetti. L'attività fisica prolungata e intensa può in alcuni gruppi di soggetti–giovani in fase di accrescimento, anziani ed obesi, produrre effetti collaterali potenzialmente negativi fino ad oggi non sufficientemente chiariti.

5.2.8 Medicina legale

I servizi di medicina legale si trovano ad affrontare mutamenti profondi a causa di molteplici fattori, che hanno agito esternamente ed internamente al servizio sanitario regionale. Si pensi al complesso principio d'autonomia decisionale, che ha riflessi profondi in campo etico, deontologico, giuridico e medico legale e che ha trasformato il tradizionale rapporto medico–paziente e quello del servizio sanitario–utente, cambiando il quadro d'intervento dei servizi sanitari da monodisciplinare a multidisciplinare o spesso a multiprofessionale. Questo ha portato alla richiesta di percorsi e prestazioni appropriate nel quadro più complesso di un'organizzazione sanitaria costruita su percorsi assistenziali, dove la centralità dell'utente significa la realizzazione del consenso informato e degli altri diritti fondamentali che fanno capo alla persona umana per tutto il percorso assistenziale.

In questo quadro la medicina legale è ormai chiamata non più solo ad erogare prestazioni, ma ad agire su aree di lavoro complesse, quali quelle della tutela dei disabili, della sicurezza sociale, della certezza dell'accertamento della morte, del diritto al lavoro, della bioetica, della tutela dei diritti dei cittadini, della formazione degli operatori sanitari, dell'appropriatezza delle prestazioni e della prevenzione dei conflitti e gestione del contenzioso professionale, attualmente prevalentemente ospedaliero.

La medicina legale agisce pertanto all'interno dell'organizzazione sanitaria con una funzione trasversale, assicurando il proprio intervento in ambito territoriale ed ospedaliero e a favore di tutti i settori dell'organizzazione aziendale.

Costituiscono obiettivi specifici per il triennio:

- razionalizzare e ridurre i tempi di attesa per le visite collegiali per l'invalidità civile, l'handicap e la disabilità di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) e comunque nel rispetto delle normative vigenti;
- unificare e semplificare, sul territorio regionale, le procedure di accertamento sanitario di invalidità civile, cecità e sordomutismo, handicap ai sensi della legge 9 marzo 2006, n. 80 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto–legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione”);

- realizzare un sistema di comunicazione telematica, volto alla semplificazione dei procedimenti amministrativi in materia di invalidità civile, tramite la cooperazione dei sistemi informativi della Regione Toscana, Aziende Sanitarie, Amministrazioni Comunali, INPS, ognuno per la parte di propria competenza. (Progetto operativo invalidità civile–Delibera G. R. n. 381 del 29.05.2006);
- promuovere l'accoglienza e l'informazione al cittadino al momento della presentazione della domanda di accertamento sanitario sulla base di un progetto unificato regionale;
- mantenere una costante partecipazione ai Comitati Etici Aziendali;
- garantire l'attività di consulenza medico legale nelle singole Aziende Sanitarie tramite gli Osservatori Medico Legali Aziendali, coordinati tra loro a livello di Area Vasta ed afferenti al coordinamento dell'Osservatorio Regionale Permanente sul Contenzioso, in collaborazione costante e continua con U.O. Affari Legali, Ufficio Relazioni con il Pubblico, Difensore Civico Regionale, Sistema Gestione Rischio Clinico con sviluppo dei collegamenti con le strutture interessate delle Aziende Sanitarie ed in specie delle Strutture Ospedaliere anche a fine di prevenzione dei conflitti;
- istituire secondo le finalità contrattuali assicurative di Area Vasta, i nuclei per la valutazione della sinistrosità e del contenzioso allo scopo di monitorare e presidiare i legittimi diritti risarcitori nella logica di un corretto utilizzo delle risorse assicurative e in armonia con i principi di equità deontologica nei confronti delle parti interessate, favorendo risoluzioni stragiudiziali;
- sviluppare le collaborazioni nell'ambito delle attività di accertamento della morte cerebrale;
- sviluppare le collaborazioni nell'ambito dell'organizzazione e coordinamento delle attività di medicina necroscopica

Le attività innovative da svolgere sono pertanto:

- messa a punto di approcci per la valutazione globale della persona portatrice di minorazioni, in collaborazione con le altre professionalità coinvolte, al fine di poter ottenere nel corso di un'unica visita collegiale, su richiesta dell'interessato, accertamento e valutazione per l'invalidità civile, handicap e collocamento al lavoro (L. 68/99), anche attraverso l'adozione di linee guida e protocolli, ai quali dovranno far riferimento le commissioni medico–legali deputate all'accertamento;
- messa a punto, anche a carattere sperimentale, della cartella medico–legale unica nella prospettiva che venga istituita in ogni azienda;
- attuazione della normativa regionale, al fine di ridurre gli adempimenti sanitari e burocratici per il conseguimento dei benefici inerenti lo stato invalidante, per aumentare l'omogeneità di comportamenti e procedure sul territorio regionale, per promuovere percorsi formativi e di aggiornamento professionale mirati ad ottimizzare la qualità del lavoro e quindi al raggiungimento di standard di efficienza ed efficacia;
- facilitazione ai Comuni dell'acquisizione telematica in tempo reale dei verbali di invalidità civile al fine di velocizzare l'istruzione della pratica e conseguire risparmi amministrativi;
- definizione di protocolli legati all'accoglienza ed informazione al cittadino che presenti istanza di accertamento, anche con la produzione di documentazione divulgativa da consegnare al richiedente, come da progetto regionale;
- collaborazione della Medicina Legale nei Comitati Etici e con gli Uffici Relazioni con il Pubblico per lo sviluppo dei contenuti deontologici della formazione del personale e nell'esame delle criticità presentate dall'organizzazione sanitaria in rapporto ai percorsi assistenziali e alla diffusione della cultura della tutela dei diritti fondamentali dell'utente del Servizio Sanitario con finalità di miglioramento del rapporto medico utente;
- consulenze per finalità pubbliche inerenti i compiti del Servizio Sanitario Regionale, collaborazione in ambito epidemiologico, educazione sanitaria e bioetica, nonché costante raccordo con i reparti di degenza nelle sedi ospedaliere per supportare i Clinici e le Direzioni di Presidio sulle problematiche emergenti nella gestione delle prassi assistenziali;

- partecipazione alle politiche aziendali in materia di Rischio Clinico e Sicurezza del paziente attraverso gli Osservatori Medico Legali operanti in raccordo con l' Osservatorio Regionale Permanente sul Contenzioso, attraverso le seguenti azioni:
 - miglioramento continuo della pratica del consenso informato e della gestione della cartella clinica;
 - analisi critica dei casi di responsabilità professionale allo scopo di trovare soluzioni extragiudiziali in collaborazione con gli operatori sanitari coinvolti e con gli Uffici Affari Legali nell'ambito delle finalità dei contratti assicurativi;
 - salvaguardia dei legittimi diritti risarcitori nella logica di un corretto utilizzo delle risorse assicurative, anche in riferimento alla collaborazione con le U.O. Affari Legali per la definizione delle riserve e per la prevenzione dei conflitti, favorendo risoluzioni conciliative e stragiudiziali;
 - sistematico monitoraggio del contenzioso.

Le funzioni non territoriali sopra richiamate sono esercitate anche presso le Aziende Ospedaliere Universitarie.

5.2.9 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di vita

Sia l'OMS che la Comunità Europea stanno attribuendo sempre maggior valore alle azioni rivolte alla prevenzione e al benessere negli ambienti di vita: migliorare la qualità e la salubrità degli ambienti abitativi è una priorità che l'Igiene e Sanità Pubblica dovrà perseguire con sempre maggiore energia, in linea e a completamento delle politiche tese a divulgare migliori stili di vita.

Questo implica una maggiore capacità di analisi e valutazione dei rischi sanitari, rivolta anche verso possibili scenari futuri, a tutela della salute dei cittadini ed a supporto dei processi decisionali per prevenirli. Il mondo della sanità non può essere il solo ad affrontare le problematiche derivanti dall'ambiente, è necessario vi sia corralità nelle azioni di più soggetti a più livelli, con la strutturazione di una strategia di rete tramite un sistema di relazioni, protocolli di intervento, strategie comuni del settore economico, sanitario e ambientale e dei cittadini, con i vari enti ed istituzioni come ARS, Aziende USL e Ospedaliere, ARPAT, CSPO, CNR, Università, Comuni e Regione Toscana.

I livelli di inquinanti presenti influiscono sulla salubrità e sul benessere che si registra negli ambienti confinati. L'aria subisce alterazioni e modificazioni dovute in particolare: alla presenza di persone, ai materiali e ai rivestimenti con cui sono costruiti gli edifici e gli arredi, ai sistemi di trattamento dell'aria, alle operazioni di pulizia dei locali, degli uffici, scuole e abitazioni. La temperatura, l'illuminazione, il rumore, gli agenti chimici (naturali e quelli derivanti da attività umane) e gli agenti biologici (es. batteri, virus, parassiti, insetti) possono essere potenziali fonti di inquinamento o causa di un peggioramento del benessere degli occupanti. La difficoltà è conoscere e quantificare la pericolosità di questi agenti, singolarmente ed in combinazione; infatti, prodotti o materiali contenenti sostanze o composti tossici nei limiti normativi, li rilasciano nel tempo nell'ambiente, e sommati insieme possono determinare rischi per la salute soprattutto nei soggetti che permangono nell'ambiente molte ore. Con il "Progetto Indoor" (studio sul comfort e sugli inquinanti fisici e chimici nelle scuole), la Regione Toscana è la prima in Italia ad affrontare ed approfondire in modo articolato l'inquinamento indoor nelle scuole disponendo così di una serie di dati orientativi sulle caratteristiche degli ambienti scolastici del territorio regionale, attraverso sopralluoghi e misure specifiche nelle due stagioni con la valutazione della percezione della qualità dell'ambiente indoor da parte degli occupanti tramite un questionario rivolto ad alunni e insegnanti. Lo studio della materia a livello multidisciplinare (Igiene e Sanità Pubblica e Laboratori di Sanità Pubblica delle AUSL toscane) con soggetti diversi, come ARPAT e CSPO, ha permesso di formare competenze e di mettere in rete conoscenze, con l'adozione di una metodologia di lavoro omogenea degli operatori sanitari e la determinazione della reale consistenza rilevata dell'inquinamento indoor e del comfort microclimatico. Ha permesso inoltre

l'individuazione di alcune soluzioni e la predisposizione di reports di sintesi del progetto messo a disposizione dei Comuni, delle autorità scolastiche e del Ministero della Salute.

L'urbanizzazione delle città, il maggiore uso di impianti e apparecchiature tecnologiche contribuiscono alla presenza di inquinamento acustico, che risulta fra le principali cause del peggioramento della qualità della vita. Il rumore provoca una reazione negativa in chi lo subisce, con la possibilità di sviluppare disturbi e patologie da stress. La salubrità di un ambiente abitativo deriva anche dal comfort e quindi dall'assenza di disturbi acustici, tuttavia per un uso non corretto dei materiali impiegati in edilizia e dell'installazione di impianti nelle abitazioni si propagano rumori da calpestio, dall'installazione ed uso di impianti di sollevamento, dagli impianti di condizionamento e autoclavi, ubicati nei locali a comune o presso abitazioni confinanti o vicine. È necessaria quindi una profonda revisione dei criteri e dei metodi costruttivi che tengano conto delle tecniche edilizie adeguate per il rispetto dei requisiti acustici. Questo tema riveste un ruolo di primaria importanza per l'Igiene Pubblica che per questo ha affrontato la problematica, tradotta poi con il documento di studio "L'Acustica in edilizia-Linee guida per la valutazione dei requisiti acustici passivi degli edifici-D.P.C.M. 05/12/1997", approvato dalla Giunta con DGR n. 176 del 12/03/2007 promosso dalla Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, in collaborazione con la Direzione Generale delle Politiche Territoriali ed Ambientali della Regione Toscana.

Infine l'attuale mercato globale porta nelle nostre case prodotti potenzialmente rischiosi per la salute: dai giocattoli pericolosi per la salute dei bambini, ad oggetti di uso comune contenenti amianto. In Italia ed in Europa dopo anni di campagne di informazione, di leggi e di controlli, è stata dato come acquisito che la produzione ed importazione di prodotti si svolgano nel pieno rispetto delle norme. Assistiamo invece a questo nuovo fenomeno di prodotti e materiali pericolosi, provenienti per lo più da Paesi Extraeuropei, dove l'attenzione alle problematiche di salute, ambientali e di tutele sociali è in gran parte disattesa, ma il basso costo ne determina la presenza anche nel territorio toscano. I cittadini sono sempre più informati ed esigenti e la Toscana, regione aperta alla globalizzazione del mercato, deve vigilare e pretendere che i prodotti e i materiali presenti nel proprio territorio siano sicuri.

È in definitiva necessario riconvertire l'attività di controllo burocratico e sistematico in campo autorizzativo in controlli a campione ed in attività di studio di problemi a carattere generale ed a maggiore contenuto scientifico, con prevedibile maggiore possibilità di incidere sulla qualità degli ambienti di vita.

Si individuano quindi come obiettivi prioritari:

- a) progetto Indoor: l'approfondimento della natura delle concentrazioni rilevanti di PM 2,5 in alcune scuole e l'effettuazione di un'indagine conoscitiva sugli allergeni e principali inquinanti chimici presso alcune abitazioni con l'obiettivo di promuovere un adeguato numero di ricambi d'aria negli ambienti di vita collettivi, promuovendo altresì comportamenti tesi ad eliminare il fumo passivo negli ambienti familiari e nei veicoli in presenza di minori.;
- b) vigilanza sulle attività interessate dalla L.R. 31/05/2004 n. 28 "Disciplina delle attività di estetica e di tatuaggio e piercing" e dalla L.R. 09/03/2006 n. 8 "Norme in materia di requisiti igienico-sanitari delle piscine ad uso natatorio", in vista dell'approvazione dei relativi regolamenti. Infatti, la Toscana è la prima Regione a livello nazionale ad avere disciplinato con legge attività che hanno un importante risvolto sulla salute e sicurezza dei cittadini, quali l'attività di estetica, di tatuaggio e piercing e le piscine;
- c) azioni sull'inquinamento acustico: presentazione e divulgazione delle linee guida relative ai Comuni e ai professionisti, per raccogliere le loro osservazioni (Delibera GRT n.176 del 12/03/2007). Il momento è propizio in quanto quasi tutte le amministrazioni comunali toscane hanno completato la classificazione acustica del proprio territorio, e le linee guida supporteranno la conseguente pianificazione urbanistica attraverso l'inserimento nel regolamento edilizio ed urbanistico dei procedimenti necessari ad una preventiva valutazione dei requisiti acustici passivi degli edifici.
- d) prevenzione degli incidenti domestici: rappresentano un settore di notevole rilevanza sanitaria visto il

costo per la collettività in termini sia di morbosità sia di mortalità. Per la attuale normativa, il Dipartimento di Prevenzione ha il compito, in collaborazione con i servizi territoriali, materno infantile e con la medicina di base di individuare e valutare i rischi presenti o che si possono determinare, promuovere e coordinare iniziative di educazione sanitaria nei confronti della popolazione. È importante inoltre che venga valutata localmente la situazione dal punto di vista epidemiologico, sia per poter riconoscere eventuali situazioni di rischio specifiche (ad esempio abitazioni vetuste sprovviste dei più elementari sistemi di sicurezza degli impianti, parti della popolazione particolarmente vulnerabili come anziani, bambini, ecc.) sia per monitorare l'efficacia delle azioni preventive intraprese. La Giunta regionale, in stretta collaborazione con gli Enti locali e le Associazioni, è impegnata a emanare indirizzi e interventi mirati per la promozione della sicurezza in ambienti di vita, privilegiando le attività di assistenza e informazione verso la cittadinanza.

5.2.10 Incidenti stradali

Secondo il rapporto OMS *World report on road traffic injury prevention*, gli incidenti stradali sono la seconda causa di morte in tutto il mondo nei giovani fino a 29 anni e la terza nella fascia di età 30–44 anni. Anche in Italia gli incidenti stradali sono la prima causa di morte per la popolazione maschile sotto i quarant'anni: in Italia ogni anno provocano circa 7.500 morti e 20.000 invalidi gravi. Il target più vulnerabile è costituito dai giovani tra i 15 e i 29 anni, che rappresentano circa un terzo dei 300.000 soggetti morti dal 1970 ad oggi. I costi sociali ed economici che il Paese sostiene sono elevatissimi, intorno ai 13 miliardi di euro l'anno. In Toscana, mediamente, si verificano circa 17.000 sinistri con almeno un ferito rilevato; ogni anno in media si hanno 24.000 feriti e 450 decessi. Dal 1987 al 2002 la mortalità per traumatismi è la prima causa di morte negli uomini tra i 10 e i 40 anni e per le donne tra i 10 e i 30 anni. L'effetto dell'introduzione della patente a punti, nonostante abbia contribuito alla diminuzione degli incidenti nel periodo immediatamente successivo (luglio 2003), sembra aver perso parte della sua efficacia a partire dagli ultimi mesi del 2004 (Osservatorio epidemiologico della Regione Toscana).

Al fine di affrontare a livello integrato gli aspetti legati agli incidenti stradali nel 2006 le Direzioni Generali del Diritto alla Salute e politiche di solidarietà e delle Politiche territoriali ed ambientali hanno costituito un gruppo di lavoro congiunto con il compito di integrare le azioni promosse. È stato realizzato un confronto degli atti d'indirizzo, di programmazione e degli obiettivi delle due Direzioni generali per individuare un percorso di lavoro comune.

Sono stati individuati tre principali fattori critici:

1. comportamento umano: è il fattore di maggiore rilevanza nella causa di incidenti stradali, da qui l'importanza di porre attenzione alle azioni legate all'informazione ed educazione degli utenti;
2. ambiente stradale: legato allo stato dell'infrastruttura, nel senso che l'ambiente stradale deve essere reso sicuro, in termini di manutenzione dell'infrastruttura (manto stradale, segnaletica, ...) oltre che in termini di percezione dei rischi da parte dell'utente;
3. veicolo: fattore legato prevalentemente agli aspetti tecnologici di aiuto alla guida e di difesa passiva dei passeggeri, rappresenta un elemento sul quale la Regione ha minori possibilità di disciplina. Tale fattore è maggiormente legato alle norme di omologazione dei mezzi e alla normativa nazionale legata al Codice della Strada.

In particolare l'analisi del gruppo di lavoro si è concentrata sulle azioni legate al fattore umano, evidenziando come certe pratiche possano essere mitigate da interventi di educazione stradale e di promozione della salute. Ad esempio nel caso di:

- eccesso di velocità;
- guida distratta e pericolosa (autoradio, telefono cellulare);
- mancato rispetto della precedenza e della distanza di sicurezza;
- assunzione di alcol, sostanze stupefacenti e farmaci;
- difese passive quali uso del casco, cinture di sicurezza e dei seggiolini per bambini.

Dal 2005 le azioni regionali sulla sicurezza stradale rientrano nel monitoraggio predisposto dal Centro Controllo Malattie (CCM).

Sono state individuate alcune azioni per la sicurezza stradale che rappresentano il programma di lavoro per il triennio di vigenza del piano:

- programmi di educazione stradale, in collaborazione con le istituzioni scolastiche; a tale proposito va ricordato che la tematica degli incidenti stradali è considerata prioritaria nell'ambito degli obiettivi del protocollo definito congiuntamente tra la Direzione Scolastica Regionale e Regione Toscana;
- informazione del pubblico sui rischi dell'alcool, delle droghe e dei farmaci in relazione alla guida;
- attenzione sui comportamenti di guida pericolosa;
- progetti di identificazione, attraverso la segnalazione puntuale dei luoghi di accadimento degli incidenti, al fine della rimozione dei punti critici della strada;
- azioni per favorire l'uso delle cinture di sicurezza, l'uso dei seggiolini in auto per i bambini, l'uso del casco anche fra i ciclisti;
- diffondere conoscenze operative di primo soccorso.
- Promozione di una campagna di informazione sulle strade tesa a ridurre la presenza di messaggi che influenzano negativamente la sicurezza, spingendo alla velocità e in genere alle pratiche di guida insicura.

5.2.11 Il coordinamento interistituzionale

La necessità di un forte raccordo tra le Istituzioni che operano nel campo della tutela della salute Collettiva è stato raccomandato sia all'interno di questo capitolo del Piano (p. 5.2 e p 5.2.1), sia nell'ambito relativo alle necessarie "Alleanze per la promozione della salute" trattato nel paragrafo 5.1.

Di seguito vengono invece delineate due aspetti puntuali e di grande rilievo in tema di integrazione funzionale.

Integrazione funzionale fra i laboratori per la prevenzione

Attualmente i laboratori pubblici che svolgono nella Regione Toscana una collaborazione tecnico-scientifica ed un supporto alle diverse attività dei Dipartimenti della Prevenzione delle Aziende USL sono quelli dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana (ARPAT), dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) di Toscana e Lazio e il sistema regionale dei Laboratori di Sanità Pubblica (LSP) di Area Vasta. La rete dei LSP è considerata "Centro di eccellenza" in base alla delibera della GRT n° 1177 del 10.11.2003, in recepimento dell'Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 24.07.2003. Le principali criticità dell'attuale organizzazione generale dei laboratori per la prevenzione collettiva sono rappresentate a) dall'eccessiva frammentazione delle strutture e delle competenze; b) dalla separazione della competenza delle analisi microbiologiche su acque, alimenti, farmaci e cosmetici affidata ai LSP da quella delle analisi chimiche sulle stesse matrici affidata ad ARPAT.

Obiettivo prioritario è realizzare l'integrazione funzionale tra i laboratori per la prevenzione collettiva, con il coinvolgimento delle Università toscane, per contribuire al miglioramento continuo dell'appropriatezza delle prestazioni (ambito di ricerca e sviluppo), e perseguire la necessaria razionalizzazione delle attività e l'adeguata

valorizzazione delle risorse esistenti in ambito regionale.

Nel particolare campo laboratoristico ad alto investimento tecnologico sono indispensabili periodici e significativi investimenti per l'acquisizione e l'adeguamento delle tecnologie strumentali. È da ricercare perciò, attraverso corrette relazioni sindacali, la massima integrazione funzionale tra laboratori ARPAT, IZS, LSP. Va in questo senso la decisione della Giunta regionale n. 10 dell'11.09.2006 con cui si è formalizzato un percorso di integrazione tra le politiche sanitarie ed ambientali, sia nella fase di programmazione che in quella di organizzazione delle attività. Attraverso l'azione di razionalizzazione e riorganizzazione di attività e risorse, l'obiettivo, nel medio periodo, è di ottenere un sistema a rete dei laboratori in grado di produrre economie gestionali e di migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni.

Sono azioni da perseguire:

1) Governo centrale del sistema regionale dei laboratori

L'integrazione funzionale tra i laboratori per la prevenzione, l'uso integrato a livello regionale e di area vasta di tecnologie strumentali ad alta complessità e lo sviluppo della rete regionale necessitano di un gruppo centrale di coordinamento, avente la funzione di regolare i rapporti di collaborazione tra i diversi laboratori (LSP, IZS, ARPAT), garantire quotidianamente un'adeguata logistica interna al sistema e realizzare le azioni di coinvolgimento delle strutture universitarie toscane per la ricerca e sviluppo delle attività analitiche di sanità pubblica.

2) Programmazione delle attività analitiche e determinazione dei finanziamenti ordinari

Per ottenere un uso ottimizzato delle rete dei laboratori è necessario ricorrere ad una puntale programmazione delle attività analitiche da concordare con le utenze istituzionali. La programmazione è funzionale a determinare l'entità delle risorse economiche necessarie alla rete dei laboratori da destinarsi attraverso un finanziamento ordinario dedicato.

Ne sono indicatori: riduzione del numero dei laboratori, diminuzione dei tempi di risposta analitici, diminuzione dei costi di gestione delle strutture.

La realizzazione degli obiettivi sopra citati richiederà l'intera vigenza del piano a causa della complessità delle azioni da adottare e che comprendono il trasferimento e la rimodulazione di risorse umane, economiche e strumentali.

Gli obiettivi individuati sono coerenti con le linee di indirizzo generali del Piano, quali la definizione di percorsi di ottimizzazione dell'impiego delle risorse e la ricerca continua di una maggiore efficienza e sostenibilità del sistema, in grado di portare ad una razionalizzazione della spesa e funzionali a liberare risorse utili ad aumentare i servizi.

Gli obiettivi sono compatibili anche con le linee di indirizzo del PRAA 2007-2010 (Piano Regionale di Azione Ambientale) in relazione all'integrazione tra le politiche ambientali e sanitarie.

Il sistema della protezione civile

L'esigenza di assicurare la collaborazione e l'integrazione dei servizi di emergenza urgenza ed in generale di tutto il sistema sanitario regionale all'interno del complesso delle attività poste in essere dalla protezione civile deve essere registrata come necessaria ed ineludibile.

Sulla base delle indicazioni fornite a livello nazionale per la pianificazione dell'emergenza intraospedaliera e per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi, nonché delle disposizioni regionali in materia (L.R. 67/2003 e Regolamento 69/R del 2004) rivolte nello specifico:

- all'organizzazione del sistema di protezione civile, tra le cui componenti figurano le Aziende USL ed in generale tutte le strutture facenti parte del servizio sanitario;
- al coordinamento delle risorse disponibili nel territorio regionale;
- alla approvazione di piani operativi regionali che disciplinano l'organizzazione e le procedure per assicurare il concorso della Regione in emergenza;
- alla definizione delle procedure operative di competenza, relative anche alla elaborazione di specifiche procedure operative per fronteggiare i rischi Nucleare Biologico Chimico Radiologico (NBCR).

Le aziende sanitarie della Toscana hanno provveduto ad assumere i "piani sanitari Aziendali per le emergenze" e ad assicurarne il coordinamento e l'integrazione con i piani e le attività di protezione civile, secondo le disposizioni della Del.G.R. 1390 del 2004.

Le attività di competenza del livello regionale, in parte attribuite al Coordinamento sanitario regionale per l'intervento nelle emergenze, attengono alle necessità di raccordo, interno al sistema sanitario regionale, ed esterno nei confronti del Sistema Regionale di Protezione Civile, nonché allo svolgimento di tutti quei compiti che richiedono verifiche e ricognizioni, sviluppo di modelli di omogeneità in termini di procedure e di formazione, collegamenti e relazioni con altre Regioni e con il Dipartimento Protezione Civile.

Sono state altresì individuate specifiche risorse per assicurare la disponibilità della Regione Toscana, in maniera strutturata, a partecipare ad interventi attivati dal Dipartimento della Protezione Civile anche per eventi calamitosi fuori dal territorio nazionale.

L'impegno del triennio 2008–2010 si rivolge pertanto ad un consolidamento della programmazione aziendale in termini di rispondenza alle risposte che il sistema sanitario regionale è chiamato a fornire, sia sul territorio che in ospedale, a seguito di eventi calamitosi o comunque straordinari.

La programmazione dovrà necessariamente allinearsi, anche in questo settore di particolare rilievo, al modello di area vasta e individuare o consolidare tutte le integrazioni con i soggetti a vario titolo deputati ad operare all'interno del sistema di protezione civile.

5.3 I servizi territoriali per le comunità locali

All'interno del capitolo relativo ai nuovi grandi progetti che il SSR intende attivare, si è delineata la strategia di fondo che il sistema si darà (p.4.3), strategia che vede nei Servizi territoriali la risposta appropriata e qualitativamente più adeguata sia in considerazione del mutamento, anche epidemiologico, delle patologie prevalenti nella popolazione toscana, sia all'esigenza di raccordare fra loro gli strumenti in dotazione nelle varie istituzioni, la cui influenza, nell'ambito dei determinanti di salute, è ormai ampiamente condivisa.

Il Piano sanitario regionale rappresenta, quindi, il primo momento di definizione delle strategie per la salute, definendo il sistema delle responsabilità e l'individuazione di condizioni volte a sperimentare nuove forme di integrazione istituzionale e operativa.

In parallelo, il Piano integrato degli interventi sociali e sanitari consente di completare la definizione del sistema di welfare regionale, in modo che esso si caratterizzi per la sua natura solidaristica e universalistica, nonché per la sua capacità di dare risposte unitarie ai bisogni emergenti dal territorio. Attraverso l'unificazione della programmazione socio-sanitaria regionale si intende dare un unico riferimento alla programmazione locale, che, a sua volta, è chiamata a diventare momento programmatico unitario per i diversi soggetti pubblici e sociali, che, a diverso titolo, partecipano alla definizione delle scelte e sono

chiamati a collaborare per realizzarle.

Il sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari trova nelle Società della Salute la modalità più adeguata a realizzare percorsi integrati di programmazione e governo.

Tale livello di governo integrato dei servizi territoriali sarà sostenuto dal necessario raccordo che Azienda sanitaria e Comuni dovranno garantire nella fase di costruzione del sistema e nella predisposizione degli atti costitutivi della Società della Salute.

La programmazione delle politiche socio-sanitarie integrate deve coniugare il governo dell'offerta assistenziale con la promozione dello stato di salute (vedi Punti 7 e 7.1 del PISR 2007-2010).

Il sistema dei servizi socio-sanitari integrati si avvale, sia a livello regionale, che di Zona-Distretto, di una programmazione basata sulla conoscenza dei bisogni e dei problemi di salute del territorio, delle opportunità e delle risorse disponibili, tanto da costruire il profilo di salute in base al quale si definiscono i progetti e le azioni operative contenute nel PIS.

Il livello di programmazione di Zona-Distretto si intreccia inevitabilmente, nell'ambito delle singole aziende sanitarie, con quello di Area vasta, rendendo possibile la valorizzazione dell'apporto delle varie professionalità sanitarie e sociali operanti nel sistema dei servizi socio-sanitari.

Anche il sistema dei servizi socio-sanitari integrati dovrà sottoporsi, quindi, alle procedure gestionali tipiche delle realtà produttive (contabilità analitica, controllo di gestione, budgeting) ed alla introduzione nei programmi di sviluppo territoriali della valutazione dei risultati e della produttività. Perseguire l'obiettivo della massima efficienza dei servizi socio-sanitari significa anche operare una radicale ottimizzazione delle attività gestionali, attraverso l'economia di scala e la semplificazione delle procedure.

5.3.1 Il sistema delle cure primarie integrato

L'associazionismo

L'intensità del fenomeno "associazionismo", per entità e per rapidità del suo manifestarsi, esprime un bisogno profondo della medicina generale e degli stessi utenti.

La Regione Toscana in questi anni ha sviluppato un sistema articolato delle cure primarie.

Nella nostra Regione, il 71% dei MMG e il 70% dei pediatri di libera scelta opera in forma associativa e gestisce circa il 79% degli assistiti.

Nel periodo 2005-2007 sono state avviate 17 Unità di Cura Primaria coinvolgendo 240.000 assistiti.

Gli elementi che seguono sintetizzano i principali risultati conseguiti nell'ambito delle varie forme associative richiamando l'ulteriore evoluzione del modello:

- migliore accessibilità del bisogno; apertura continua, fino a 12 ore diurne;
- strutturazione, e visibilità, dei presidi di cure primarie;
- crescita professionale dei MMG e valorizzazione delle altre professionalità specialistiche del SSR;
- produttività di scala per l'organizzazione del lavoro rispetto al professionista non associato;
- efficienza dei processi di responsabilizzazione dei professionisti rispetto agli obiettivi definiti congiuntamente alle aziende sanitarie.

A partire dalla fine della sperimentazione delle U.C.P. che si conclude nei primi mesi del 2008 e in relazione agli esiti della contrattazione nazionale del A.C.N. dell'assistenza primaria, con atti di Giunta e di concerto con le OO.SS. saranno ridefinite le varie forme associative secondo un percorso di semplificazione del modello e di valorizzazione delle organizzazioni che garantiscono i migliori esiti di salute per i cittadini, privilegiando, anche sotto il profilo economico ed organizzativo, le forme più avanzate, quali la medicina di gruppo.

L'Unità di Medicina Generale

La corretta attuazione del modello costituisce un processo di superamento dell'isolamento culturale ed organizzativo dei professionisti; è la riaffermazione di un ruolo di cura e presa in carico dei bisogni di salute dei propri assistiti che una organizzazione specialistica ed ospedale-centrica delle cure, e la complessità delle relazioni necessarie alla sua soddisfazione, avevano affievolito, con un tendenziale confinamento ad un ruolo burocratico/amministrativo.

Limitare la lettura del fenomeno dell'associazionismo ad esclusive dinamiche contrattuali/economiche è pertanto riduttivo ed impedisce di cogliere le dinamiche di modernità che attraversano e possono, se promosse, ulteriormente avvantaggiare il sistema sanitario toscano.

La funzione sanitaria territoriale si connota, per gli aspetti clinici, come funzione operativa prevalente della Medicina Generale, mentre per gli aspetti organizzativi, integrativi e complementari agli aspetti clinici, è funzione operativa della zona-distretto.

La funzione operativa clinica della Medicina Generale afferisce alla struttura organizzativa Unità di Medicina Generale, in sigla UMG.

La struttura organizzativa UMG. è la struttura organizzativa professionale della Medicina Generale; i criteri e parametri di accesso sono definiti nell'ambito degli ACN; i criteri di assegnazione dall'Accordo integrativo regionale.

Con apposito atto di Giunta, in ciascuna zona-distretto/SdS è costituita una o più UMG in funzione della popolazione assistita; dei parametri di riferimento, (numerosità, epidemiologia del bisogno...).

La responsabilità funzionale (intesa come garanzia della omogenea presa in carico di tutti gli utenti e degli obiettivi concordati) e gestionale della Unità di Medicina Generale è attribuita ad un Coordinatore, scelto tra i medici assegnati alla UMG. La funzione di coordinatore della UMG può prevedere forme di compensazioni in relazione all'impegno dedicato.

Le caratteristiche ed i contenuti di nomina a coordinatore della UMG, sono definite con atto della Giunta regionale in base ad apposito accordo con le OO.SS. della medicina generale.

Nell'ambito della programmazione strategica ed operativa della zona-distretto/SdS, la UMG costituisce l'interfaccia unitaria di relazione, di negoziazione degli obiettivi e di remunerazione per i risultati raggiunti, nonché riferimento professionale per i processi di integrazione ospedale-territorio.

Il ruolo della pediatria di libera scelta

Con il presente Piano si vuole sottolineare il ruolo di rilievo svolto dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) nell'ambito dell'assistenza territoriale, resa in ambito ambulatoriale, domiciliare e, ove ricorra, residenziale. Ruolo che si ritiene debba ulteriormente consolidarsi attraverso l'attivazione di percorsi orientati a sviluppare gli obiettivi del piano stesso, con particolare riferimento ai grandi progetti della Sanità di iniziativa (4.3) e del Progetto Obiettivo Materno infantile (5.6.2.5) al fine di: contrastare l'obesità infantile e promuovere sani stili di vita, predisporre i Bilanci di salute rivolgendo proattivamente l'attenzione alla popolazione infantile socialmente svantaggiata, sviluppare azioni tese ad una maggiore integrazione dell'assistenza pediatrica territoriale con la rete specialistica ospedaliera.

Tali iniziative saranno assunte nel quadro della riorganizzazione in esito alla contrattazione nazionale.

La Medicina di Comunità nel sistema delle Cure Primarie

Fra i servizi territoriali assicurati dalla zona-Distretto, trova collocazione la Medicina di Comunità, disciplina specialistica costituita come branca della Sanità Pubblica, appositamente formata nell'organizzazione dei servizi sanitari di base e con specifica esperienza nel coordinamento dei servizi territoriali.

I medici di comunità operano nel campo della programmazione e gestione a livello di zona distretto e SdS in particolare per:

1. migliorare l'organizzazione complessiva dell'assistenza territoriale in termini di efficacia, efficienza ed

- appropriatezza per rispondere ai bisogni della popolazione;
2. valutare i bisogni di assistenza sanitaria della comunità e contribuire alla individuazione delle priorità;
 3. studiare tecniche e modalità innovative di intervento su gruppi di popolazione a maggior rischio e svantaggiati, in particolare utilizzando ed integrando banche dati diversamente collocate, al fine di favorire il passaggio dalla medicina di attesa a quella di iniziativa;
 4. applicare modelli assistenziali orientati alla comunità, di alta qualità e misurabili nei risultati prodotti attraverso sistemi informativi dedicati;
 5. facilitare il lavoro di gruppo all'interno dei team delle Cure Primarie, contribuendo a costruire una rete di professionisti e di servizi;
 6. contribuire a definire gli indicatori di valutazione;
 7. favorire la continuità delle cure, nonché l'integrazione socio-sanitaria;
 8. migliorare l'accessibilità al sistema in modo da limitare le disuguaglianze e favorire l'equità;
 9. programmare interventi di educazione, promozione della salute e supporto all'auto-cura;
 10. promuovere verifiche ed audit organizzativi, in particolare sui percorsi assistenziali, allo scopo di orientare il sistema al miglioramento continuo della qualità dei servizi.

La medicina specialistica ambulatoriale nell'assistenza territoriale

Si sottolinea la rilevanza della risposta specialistica assicurata a livello territoriale dai medici specialisti ambulatoriali. Tali specialisti, chiamati a rispondere sotto il profilo gestionale al direttore della zona – distretto e/o al direttore tecnico della SdS, professionalmente collegati alla struttura organizzativa professionale della ASL corrispondente per disciplina specialistica, svolgono un ruolo coerente con l'obiettivo di evitare il ricorso inappropriato, alle strutture specialistiche ospedaliere sia in elezione sia, ove organizzato e su libera scelta del cittadino, in urgenza.

La cabina di regia dei servizi territoriali

Affinché sia assicurata l'efficacia ed efficienza dei processi assistenziali, l'organizzazione della zona – distretto deve dotarsi di coerenti linee di governo gestionale, in analogia alle modalità da sempre presenti nel sistema ospedaliero. Inoltre, occorre che sia rinforzato il collegamento tra le UU.FF. presenti sul territorio per favorire multidisciplinarietà e multiprofessionalità negli interventi.

A tal fine la legge di organizzazione del SSR prevede la costituzione di un organismo con funzioni di coordinamento e supporto alla direzione della Zona Distretto.

Ferma restando l'autonomia delle singole professioni, come previsto dalla L.R. 40/2005, tale organismo è lo strumento a disposizione del Direttore della Società della salute/Zona Distretto attraverso il quale vengono condivisi la programmazione, gli indirizzi, l'organizzazione e la valutazione delle attività socio sanitarie del territorio di riferimento.

Pertanto esso costituisce lo strumento attraverso il quale vengono determinate le risorse necessarie al perseguimento degli obiettivi di programmazione nonché il luogo dove vengono verificati i risultati ottenuti. A tale strumento non attiene la definizione delle buone pratiche, linee guida e protocolli da adottare rimanendo tali funzioni prevalentemente a carico delle strutture professionali, così come la rilevazione dei bisogni formativi.

Di esso fanno parte, oltre a un rappresentante delle UMG di zona, le principali filiere funzionali e professionali che determinano la operatività e la corretta applicazione della programmazione a livello territoriale.

Oltre al personale dipendente risulta altresì determinante la presenza in questa struttura delle principali figure delle professioni convenzionate in un quadro definito di ruoli e funzioni, con particolare riferimento al rapporto e alle funzioni della medicina generale.

La continuità assistenziale e il bisogno sanitario urgente

Il concetto di continuità assistenziale, e l'organizzazione della relativa risposta, necessita di una definizione più puntuale dei suoi contenuti; tale necessità è il risultato di un profondo cambiamento, e di una precisa individuazione, delle caratteristiche del bisogno urgente, ancorché soggettivo.

Le cure erogate dal Pronto Soccorso e dal Sistema 118, hanno assunto in termini culturali e sanitari, la dimensione rassicurante della efficacia, diagnostica e terapeutica; tale complessità e competenza sono ormai diffusamente ritenute necessarie per risolvere il bisogno di salute percepito come urgente.

Oggi, la sfida dell'appropriatezza dell'accesso al P.S./118 è affidata alla capacità di organizzare una reale integrazione assistenziale tra il Sistema 118/Pronto Soccorso ed i nuovi modelli organizzativi della medicina del territorio, tale da garantire l'equilibrio delle cure urgenti assicurate, in via di principio, dal 118 o nel P.S., con la continuità delle cure collocata nella medicina generale.

Viste le modalità di consumo delle risorse sanitarie nel settore dell'emergenza urgenza, che non è, a differenza delle restanti modalità di consumo, direttamente collegato all'aumento dell'età, non è efficiente né efficace strutturare l'utilizzo di due diversi modelli di intervento per lo stesso problema.

La continuità assistenziale, ex guardia medica, nella attuale modalità organizzative, è funzione da ripensare nell'ambito del ruolo svolto dalla medicina generale. La continuità assistenziale è una funzione sanitaria essenziale per un sistema sanitario che tende a ospedalizzare con sempre minor frequenza in condizioni di ricovero continuativo e a trattenere nel territorio la gestione di condizioni e patologie sempre più impegnative. Si tratta di una funzione professionale che richiede "un sapere e un saper fare" diverso dalle competenze necessarie per la gestione del bisogno urgente, ed è altresì evidente come tale competenza sia naturale competenza del medico di medicina generale.

Il territorio dovrà adottare modalità organizzative simili al modello ospedaliero per garantire una continuità assistenziale di qualità 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno, tale da assicurare il mantenimento del riferimento assistenziale, e quindi le cure migliori, soprattutto a quei pazienti già inseriti in programmi di terapia domiciliare, ADI, o altre forme di presa in carico da parte del sistema delle cure primarie, mentre il bisogno urgente quale bisogno di nuova insorgenza, inatteso, sostanzialmente in un soggetto in buona salute o comunque in sostanziale stabilità clinica, è in linea generale di competenza del sistema 118, indipendentemente dal periodo di occorrenza, notturno e festivo o prefestivo.

5.3.2 Il punto unico di accesso. Unità di valutazione multidisciplinare

Nella prospettiva di un modello universalistico di assistenza socio-sanitaria alla persona, dove l'accesso al servizio è subordinato all'accertamento dello stato di bisogno, il primo passo per arrivare alla piena specificazione dei diritti dei beneficiari passa attraverso l'individuazione dello stato di bisogno e la conseguente traduzione in adeguate offerte assistenziali.

Le persone e le famiglie, con particolare riferimento a coloro che hanno situazioni di bisogno più acuto o in condizioni di maggiore fragilità devono essere messe in grado di poter accedere ai servizi rivolti a tutti, oltre che eventualmente a misure e servizi specificamente dedicati.

Coloro che hanno più bisogno, e perciò più titolo ad accedere al sistema integrato, non devono risultare esclusi o, comunque, ostacolati da barriere informative, culturali o fisiche nell'accesso ai servizi universalistici e agli interventi loro dedicati.

In tal senso non è sufficiente definire graduatorie di priorità che potrebbero, da sole, avere un effetto di segregazione sociale: occorre sviluppare azioni positive, miranti a facilitare e incoraggiare l'accesso ai servizi e alle misure disponibili.

Tali azioni dovranno riguardare la messa a punto di strumenti di informazione adeguati, di modalità di lavoro attive e rispettose della dignità e delle competenze dei soggetti, di misure di accompagnamento, anche valorizzando il contributo dei vari soggetti espressi dalla società civile che operano sul territorio, che compensino le

situazioni di fragilità e valorizzino le capacità delle persone e delle reti sociali e familiari.

L'obiettivo generale del sistema integrato è quindi l'organizzazione, a livello di Zona/distretto di un percorso di accesso unitario a tutti i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari, attraverso specifiche modalità di accoglienza e di gestione della domanda.

Le principali figure di riferimento sono il medico di medicina generale, l'assistente sociale e l'infermiere, che, oltre a valutare la domanda, creano le condizioni per attivare progetti personalizzati di intervento coerenti con la natura del bisogno.

In presenza di bisogni complessi, tali da richiedere competenze professionali integrate, l'accoglienza della domanda è assicurata dall'unità di valutazione multiprofessionale, cui partecipano, tenendo conto della natura dei bisogni da affrontare, le professionalità sanitarie e sociali necessarie. L'unità di valutazione multiprofessionale gestisce in modo globale il percorso, che va dall'analisi della domanda alla definizione del problema, dalla definizione del problema alla predisposizione del progetto personalizzato di intervento, alla sua attuazione e valutazione. La stessa U.V.M. individua un case manager che segue le diverse fasi attuative del progetto personalizzato.

L'apporto della competenza geriatrica, al di là dei modelli organizzativi presenti nella singola Zona Distretto, dovrà assicurare livelli funzionali idonei per supportare l'attività valutativa e progettuale dell'UVM.

Nell'intento di snellire al massimo la fornitura di prestazioni socio assistenziali per bisogni non complessi e visti i buoni risultati ottenuti dalla sperimentazione delle cosiddette microequipe e da strumenti informatici di collegamento delle tre figure professionali maggiormente implicate nell'erogazione di tali prestazioni (MMG, infermieri ed assistenti sociali), tali modelli, attivati attraverso i PUA potranno diventare uno strumento da utilizzare a livello territoriale in tutti quei casi nei quali necessitino risposte in tempi brevi, per una casistica non complessa.

L'organizzazione degli interventi assistenziali dovrà essere assicurata attraverso le seguenti azioni:

- la lettura tempestiva del bisogno al momento della presentazione della domanda di intervento, in modo da orientare la presa in carico e da assicurare le prime risposte.
- la valutazione delle condizioni di bisogno che orienta, in una logica di soddisfacimento dei diritti dei beneficiari, verso la risposta assistenziale più appropriata;
- la definizione di un progetto assistenziale personalizzato, con riferimento al criterio della unitarietà della gestione, cui concorrono apporti professionali sanitari e sociali in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse,
- l'individuazione della figura dell'operatore di riferimento che ne è il responsabile organizzativo;
- la certezza della dotazione organica delle figure professionali coinvolte nel programma assistenziale;
- la individuazione dei livelli di gravità del bisogno per l'assegnazione delle risorse adeguate: *(ISO gravità bisogno) = (ISO risorse)*.

L'attribuzione dei livelli di responsabilità

In ogni zona-distretto dovranno essere assicurati adeguati livelli di responsabilità funzionale per l'accesso integrato alle prestazioni socio-sanitarie e per la presa in carico delle persone non autosufficienti valutate dalle UVM. In tal senso entro il 2008 la Giunta regionale emanerà apposite linee guida.

5.3.3 La rete delle "Cure intermedie" – l'offerta per livelli di intensità

La continuità del percorso assistenziale, che garantisce al cittadino l'appropriata graduazione delle risposte al suo bisogno in un continuum ospedale territorio, ha il suo perno nell'assistenza al domicilio del paziente.

Per poter essere correttamente svolta deve avvalersi di più strumenti di risposta che tengano conto della complessità della casistica in dimissione e della necessità di rispondere con ricovero soltanto ai casi appropriati.

La valutazione del bisogno deve tenere conto, oltre che delle condizioni sanitarie, anche delle condizioni sociali e delle caratteristiche dei nuclei familiari composti sempre più da anziani soli.

Le cure intermedie sono quindi un ventaglio di opzioni di intervento, che spaziando dalla assistenza programmata, all'ADI nei suoi vari gradi di complessità, alla risposta residenziale nelle sue varie forme, temporanee o meno, all'ospedale di comunità, all'hospice, consentono, nell'ottica di una sanità di iniziativa, di risolvere al compito di gestire al meglio la fase di dimissione e ricercare una miglior appropriatezza nei ricoveri. Le cure intermedie sono quindi spesso caratterizzate anche dalla necessità di gestire un bisogno composto socio-sanitario che si aggiunge alla maggiore o minore complessità del singolo bisogno sanitario o sociale.

Il bisogno composto socio-sanitario è talvolta correlato ad elevata complessità assistenziale e la sua valutazione può avvalersi dei criteri già definiti nella Delibera 402/2005. Questi consentono di poter valutare il bisogno assistenziale unitamente al bisogno sanitario e di renderlo oggettivabile attraverso l'utilizzo di scale per la valutazione multidimensionale (organico funzionale, cognitivo comportamentale, socio relazionale).

Attraverso l'utilizzo di questo strumento di valutazione e perseguendo a livello regionale criteri di omogeneizzazione per ogni zona-distretto/SdS, il fabbisogno prevedibile di assistenza dovrà essere valutato con l'obiettivo specifico di garantire, sul territorio, standard assistenziali strettamente connessi agli effettivi bisogni dei pazienti, attingendo al ventaglio di opzioni di intervento prima citato.

Nell'ottica della implementazione della medicina di iniziativa e della gestione della cronicità mediante il Chronic care model, oltre agli strumenti sopra descritti, nel corso della vigenza del Piano, sarà sperimentata la possibilità di utilizzare anche spazi disponibili, possibilmente attigui all'ospedale, per il percorso diagnostico terapeutico di patologie specifiche (es. bpco, diabete e scompenso, ipertensione grave), che dispongano di funzioni specialistiche e tecnologiche con personale dedicato, la cui gestione può vedere una interazione efficace fra lo specialista ed il MMG che ha in carico il paziente. Tale modello organizzativo permetterà, nella gestione delle malattie croniche di monitorare il paziente nelle prime fasi della riabilitazione della patologia, di garantire al cittadino una tempestiva presa in carico dei problemi emergenti e di innalzare quindi l'appropriatezza del ricovero.

La sperimentazione renderà possibile l'identificazione del fabbisogno per azienda sanitaria.

L'attivazione di questo tipo di esperienza dovrà prevedere, attraverso specifici indicatori, la valutazione in termini di salute e di efficienza del sistema.

Si delinea con il presente piano un'ampia articolazione dell'offerta territoriale di cure intermedie come risposta coerente alla diversa intensità del bisogno. Si impegna la Giunta regionale a definire entro 180 giorni in maniera articolata le ulteriori linee e criteri per il loro impiego appropriato e gli standard di riferimento, tenendo presente l'opportunità di potenziare le strutture intermedie, di definire i criteri di accreditamento degli Ospedali di Comunità o di strutture assimilabili, e prevedendo i relativi finanziamenti.

La presa in carico

Attraverso la "presa in carico" viene assicurata al cittadino l'opportuna continuità delle cure e la risposta coerente ai bisogni di salute.

Per garantirla dovranno essere definiti gli apporti professionali (figure sanitarie, sociali e specialistiche), che supportino le fasi di accesso ai servizi socio-sanitari, con particolare riferimento alla valutazione multidimensionale, alla progettazione ed all'avvio dei percorsi terapeutico riabilitativo assistenziali.

Il modello organizzativo del sistema integrato dei servizi socio-sanitari, anche alla luce delle indicazioni scaturite dai vari percorsi sperimentali avviati, deve disporre di risorse professionali, tecniche ed economiche certe e programmate.

La programmazione e la valorizzazione delle risorse professionali, passano necessariamente dal raccordo con la programmazione aziendale e di area vasta e dalla ricerca di modalità organizzative territoriali che permettano di "presidiare" i percorsi sociosanitari legati alla continuità assistenziale, territorio-ospedale,

con i supporti specialistici adeguati.

A livello regionale nell'arco di vigenza del presente piano, verranno definiti gli indirizzi per il governo della continuità assistenziale territorio–ospedale, ed i requisiti organizzativi e gestionali di tutti i presidi che sono stati sperimentati nel corso del triennio scorso e che garantiscono la continuità ospedale territorio.

A livello territoriale le Società della Salute, o le Articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci, di concerto con le Aziende USL e/o ospedaliere, approveranno formalmente i protocolli di continuità assistenziale sulla base del modello regionale e vigileranno sulla loro applicazione.

5.3.3.1 Nutrizione Artificiale Domiciliare

Nell'ambito dei percorsi assistenziali assicurati nel territorio riveste particolare attenzione la nutrizione artificiale parenterale ed enterale domiciliari.

È stato osservato un incremento dei pazienti che richiedono la nutrizione artificiale domiciliare: si tratta di pazienti prevalentemente neurologici (esiti di ictus, TCE, SLA), neoplastici (per esiti di interventi demolitivi o in chemio–radioterapia), e di pazienti che necessitano di una supplementazione artificiale per disfagia (neurologici, esiti di tumori testa collo, neoplastici). Tale fenomeno conferma la necessità di assicurare il massimo impegno allo sviluppo di questo percorso assistenziale che, al momento, è sviluppato in modo disomogeneo nelle aziende della Regione.

Al fine di garantire la piena applicazione della Delibera 618/2001 e del precedente PSR, appropriatezza nelle indicazioni, riduzione delle complicanze, percorsi sicuri e chiari e massima integrazione ospedale territorio si individuano le iniziative necessarie al pieno sviluppo della attività:

- garantire in ogni azienda il Team, o Strutture Multidisciplinari (medico, infermiere dietista), per la Nutrizione Clinica e Artificiale con personale dedicato che si prenda carico di tutto il percorso assistenziale del paziente candidato a NAD dall'Ospedale al territorio e viceversa così da garantire la sicurezza del percorso;
- le strutture o team multidisciplinari, dovranno garantire il punto di riferimento costante per il paziente o i familiari, per la rete infermieristica distrettuale e per il medico di medicina generale, al fine di definire percorsi anche ospedalieri in caso di complicanze e garantire il monitoraggio costante dei pazienti nel tempo.

5.3.3.2 La rete delle Cure Palliative e l'Hospice

La Regione Toscana ha affrontato il problema dell'assistenza ai pazienti in fase terminale e dello sviluppo delle cure palliative per pazienti adulti a partire dall'anno 1997 nei vari Piani Sanitari Regionali, in coerenza con la legge 39/99 e con il DM 28/99; con specifici atti di Giunta e di Consiglio si sono definite le linee organizzative e a livello nazionale sono stati definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. Successivamente la Regione Toscana ha istituito, con deliberazione della giunta regionale n. 996 del 26 settembre 2000, le Unità di Cure Palliative in tutte le aziende sanitarie della regione, collegandole alla rete territoriale per l'assistenza domiciliare.

La Regione Toscana ha approvato nel 2007 il Documento "Gli Hospices in Toscana" che regola le modalità di accesso e di utilizzo degli hospices.

Lo sviluppo della rete di cure palliative trova sostegno nella costituzione dell'Istituto Tumori Toscano, nei documenti della Commissione regionale di Bioetica (Gruppo di Pontignano) e nell'attivazione da parte delle Università Toscane di idonei percorsi formativi.

La rete di assistenza ai pazienti in fase terminale oncologici è costituita da un insieme funzionale ed integrato

di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che si articolano in linee organizzative distinte ma integrate e specifiche strutture dedicate, riconoscendo che la complessità delle esigenze che emergono in queste situazioni non può essere esaurientemente soddisfatta negli ospedali che sono sempre più organizzati per rispondere a situazioni di acuzie.

A fianco dei malati oncologici esiste, con analoghe esigenze di assistenza, una vasta fascia di pazienti anziani e non, affetti da malattie degenerative croniche (nefropatici gravi, respiratori gravi, cardiopatici gravi, AIDS, neurologici, metabolici, ecc.). Tali pazienti terminali affetti da malattie degenerative possono essere assistiti da analoga Rete di cure domiciliari riducendo i costi diretti e indiretti per la collettività, con maggiore efficienza e migliorando la qualità della vita residua.

I Centri residenziali di Cure Palliative (Hospice) sono strutture ad alta complessità assistenziale che si prendono cura dei pazienti in fase terminale della vita quando, per una molteplicità di condizioni cliniche o sociali, il domicilio diventa inadeguato, rappresentano qualificanti articolazioni della Rete assistenziale per le cure palliative.

L'Hospice opera nel rispetto di principi di unitarietà e continuità con l'assistenza domiciliare, in conformità al modello organizzativo regionale.

I soggetti coinvolti nella funzionalità del sistema sono: le Aziende sanitarie, la cooperazione sociale, le associazioni di volontariato e gli enti locali; questi soggetti configurano un sistema nel quale la persona malata e la sua famiglia possono essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede d'intervento privilegiata nel 75 - 85% dei casi, e le strutture di degenza specificatamente dedicate al ricovero - soggiorno temporaneo o definitivo.

L'attenzione agli Hospices, al di là del valore concreto in termini assistenziali, è un importante segnale dello spostamento dell'attenzione pressoché esclusiva dalla malattia e dalla guarigione, alla considerazione della qualità della vita come parte integrante e strutturale dei percorsi assistenziali.

Gli Hospices ad oggi previsti in Toscana sono 18, per un totale di 170 posti letto + 8 in regime diurno, con un rapporto di 0,47 posti letto per 10.000 abitanti, importante sottolineare che l'attenzione degli Hospices si è focalizzata sul settore oncologico che rappresenta sicuramente l'ambito prevalente, ma non esclusivo di competenza.

La Regione Toscana ha avviato nel 2000 il Programma regionale Hospice, nel 2002 sono stati assegnati i primi finanziamenti e nel 2003 sono iniziate le realizzazioni delle prime strutture; allo stato attuale gli Hospices conclusi ed in funzione sono 6, ulteriori 10 sono stati completati dal punto di vista strutturale ed entreranno in funzione entro il 2008, e gli ultimi 2 saranno ultimati entro il primo trimestre 2009, completando così la rete prevista.

5.3.4 L'attività fisica degli anziani e l'Attività Fisica Adattata

La Prevenzione primaria della disabilità: l'attività fisica degli anziani

C'è un generale consenso nella letteratura scientifica sulla possibilità di prevenire numerose condizioni di morbosità e mortalità prematura nella popolazione anziana senza disabilità, contrastando la sedentarietà con un'attività fisica regolare.

Il Piano vigente conferma quindi l'impegno regionale nella promozione di stili di vita sani. La politica della salute deve assumere una progettualità organica, integrata e condivisa con le diverse parti sociali e le istituzioni locali.

Conseguentemente nelle politiche di prevenzione primaria, l'aumento dell'attività fisica dei cittadini anziani rappresenta un caposaldo della politica di programmazione della Regione e un impegno operativo per le aziende sanitarie.

Tale impegno deve coinvolgere come obiettivi di salute del loro lavoro ordinario i medici di medicina generale e gli operatori sanitari.

Per rendere il sistema in grado di valutare, in un quadro di prevenzione primaria della disabilità, l'attività svolta da tutti i soggetti coinvolti, quali i professionisti, le aziende sanitarie e le associazioni vocate all'attività sportiva non agonistica, saranno elaborati specifici indicatori di efficienza e di salute.

Per facilitare e promuovere l'attività fisica dei cittadini, la Regione intende stipulare nei primi mesi di vigenza del Piano una specifica Convenzione con gli Enti di Promozione Sportiva e Sociale operanti in Regione che consenta di promuovere in tutte le articolazioni sportive e sanitarie i corretti stili di vita e l'esercizio fisico come elemento determinante per la salute dei cittadini in ogni fase della vita.

La Prevenzione della disabilità: l'Attività fisica Adattata (AFA)

È stato dimostrato che la disabilità causata da molte malattie croniche è aggravata dall'effetto additivo della sedentarietà. È infatti provato che la sedentarietà è causa di nuove menomazioni, limitazioni funzionali e ulteriore disabilità. C'è evidenza per molte malattie croniche che questo circolo vizioso può essere corretto con adeguati programmi di attività fisica regolare e continuata nel tempo (prevenzione secondaria e terziaria).

In questa ottica è stata promossa l'Attività Fisica Adattata (AFA) come un programma di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicato per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate negli esiti finalizzato alla prevenzione degli esiti della malattia.

Nel passato triennio è stata promossa una sperimentazione a livello regionale, condotta con la collaborazione delle associazioni sportive riconosciute che ha prodotto importanti risultati in termini di coinvolgimento della popolazione interessata.

Al mese di dicembre 2006 erano stati attivati 424 corsi coinvolgendo 310 palestre e raccogliendo l'adesione di 6.211 cittadini.

La sperimentazione regionale, unica sul territorio nazionale, ha sollecitato l'interesse oltre che dell'Istituto Superiore di Sanità, anche di vari professionisti, di discipline diverse, che in Italia stanno studiando questa attività. Con questi stessi soggetti è stato promosso, in Toscana, la costituzione di un Osservatorio di studio che utilizzerà l'esperienza regionale per approfondire la materia.

Il Piano Sanitario, in relazione alla valenza strategica della gestione sul territorio della cronicità, punta a consolidare l'esperienza sperimentata fino alla sua messa a regime attraverso un processo di strutturazione dell'attività al fine di assicurarne qualità, appropriatezza ed omogeneità.

In tale contesto risulta determinante, e sarà oggetto di specifica attribuzione di obiettivi di salute a livello aziendale, il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale.

Sono obiettivi del vigente Piano:

1. la definizione entro il 31 dicembre 2008 di un percorso strutturato di attività fisica adattata in ogni azienda sanitaria che preveda:

- le modalità ed i criteri di accesso al percorso;
- la ridefinizione degli operatori coinvolti;

- le modalità di coinvolgimento, come loro specifica attività ordinaria, dei medici di medicina generale e degli altri operatori coinvolti;
- la implementazione del percorso nelle realtà aziendali favorendo un incremento dei cittadini che potranno usufruire di questo servizio;
- la definizione, in collaborazione con il MES e l'ARS di indicatori di efficienza e di salute con cui valutare le azioni svolte dai professionisti, dalle aziende sanitarie e dalle associazioni coinvolte.

La definizione del percorso si avvarrà delle valutazioni di modelli gestionali già applicati in alcune realtà aziendali.

2. la misurazione entro il mese di marzo 2009 dei risultati prodotti dalla sperimentazione attraverso una ricerca dedicata;
3. la proposizione a livello nazionale di un modello validato entro il mese di dicembre 2009 anche attraverso l'organizzazione di un convegno di confronto delle esperienze internazionali;
4. l'accesso a sperimentazioni di percorsi innovativi attraverso la partecipazione a progetti internazionali.

Nella realizzazione degli obiettivi indicati, condivisi a livello di società della salute, saranno coinvolti per le rispettive competenze le Università della Toscana e l'Istituto Superiore di Sanità.

5.4 L'Ospedale come valore per la collettività

L'Ospedale ha sempre rappresentato di per sé un valore e un punto di riferimento per la collettività che spontaneamente, o attraverso le sue istituzioni, ne ha costantemente controllato l'efficienza.

Semplificando, il ricorso a questa struttura è da sempre riconducibile alle seguenti motivazioni:

- a) risposta ad un fatto acuto che richiede prestazioni di emergenza;
- b) esecuzione di procedure complesse che richiedono tecnologie;
- c) necessità di inquadramento specialistico;
- d) *performance status* del paziente ritenuto insostenibile dai familiari o dalla rete sociale, anche per le caratteristiche del domicilio.

I profili dei ricoveri indotti da queste esigenze si sono profondamente modificati nel corso degli anni non tanto per i cambiamenti di tipo epidemiologico, quanto in funzione della capacità del territorio di dare risposte adeguate o di prevenire alcune manifestazioni cliniche prevedibili nella storia naturale di molte patologie, in particolar modo di quelle croniche. Questo vale per tutte le categorie precedentemente descritte e cioè per l'urgenza, per la diagnostica complessa, per l'attività specialistica, per i bisogni di tipo sociale.

Il percorso verso la definizione dell'ospedale come struttura per acuti è sicuramente andato avanti, ma sono ancora necessari interventi che ricompongano l'articolazione dei servizi sanitari in un'ottica di pariteticità e interdipendenza dell'ospedale e del territorio.

Se ancora è forte, nell'immaginario collettivo, il concetto di maggiore affidabilità dell'ospedale, occorre lavorare non tanto per contrastare l'inappropriatezza di alcuni ricoveri, quanto per valorizzare, anche sul piano del sentire comune, l'appropriatezza dei servizi territoriali.

È evidente che questo percorso si può completare nella misura in cui si riescano a trasferire nel territorio, dando loro visibilità, quelle quote di risposta svolte per anni dall'ospedale con la stessa affidabilità in termini di sicurezza, protezione, tempestività, livello elevato di specializzazione, attraverso assetti organizzativi e processi di efficacia e presa in carico capaci di assicurare i principi ed i requisiti di qualità sopra ricordati.

Il processo di riorganizzazione dei presidi ospedalieri ad oggi realizzato nella nostra regione, è la condizione per avviare un'ulteriore evoluzione del ruolo dell'ospedale che, seppure in parte, supera il rapporto esclusivo con la comunità del suo territorio e si proietta con maggior forza nella rete ospedaliera d'Area Vasta.

Questo aspetto rappresenta la scommessa più forte che abbiamo davanti in questo settore.

L'Ospedale assumerà sempre più il ruolo di un pezzo della rete e come tale si caricherà di una duplicità di funzioni comprendendo sia la risposta ai bisogni della collettività di riferimento sia le azioni di più ampio respiro che derivano dalla programmazione dell'offerta di Area Vasta. Le comunità di ciascun territorio sapranno controllare e difendere queste funzioni che rappresenteranno, congiuntamente, il patrimonio dei servizi sanitari della zona ed un'occasione di crescita del territorio e della sua realtà socio economica.

È evidente, tuttavia, che la rete ospedaliera e la programmazione dell'offerta di Area Vasta obbligano a scelte di diversificazione per livelli di specializzazione tra strutture e di definizione di precise competenze e dotazioni che si fondano su dati epidemiologici e su economie di scala in grado di coniugare la qualità, l'innovazione e la sicurezza degli utenti.

È su questi tre obiettivi che si concentreranno i necessari investimenti sapendo che il riassetto dell'ospedale non può essere un semplice trasferimento di funzioni al territorio, ma anche un preciso sostegno per una sua nuova connotazione in grado di rispondere in maniera sempre più adeguata sia ai bisogni di base che a quelli più complessi derivanti dalle sinergie di Area Vasta.

Emerge infine, come un'impostazione di questo genere, che privilegia dotazioni coerenti con le funzioni, alti livelli d'integrazione di competenze e la ricerca costante di qualità, e di adeguata casistica per assicurarla, sia la base per garantire quella sicurezza delle cure che rappresenta un obiettivo centrale del sistema sanitario regionale e che si inserisce nel più ampio impegno di tutela del cittadino utente.

In questo quadro tutte le aziende, nell'arco di vigenza del piano, attuano le procedure per il riconoscimento per i propri presidi ospedalieri, di "Ospedale amico del bambino" nel rispetto dei protocolli OMS-UNICEF.

5.4.1 L'ospedale per intensità di cure

L'ospedale del XXI° secolo si muove dalla tradizionale visione di luogo di cura e assistenza di alto livello, ma chiuso in se stesso, atto a separare e distinguere sani e malati, per diventare componente di un sistema di assistenza complesso e integrato che, funzionando in una logica di collegamento e collaborazione continua tra tutte le strutture, risponde in maniera completa alle legittime attese della persona.

All'ospedale moderno si chiede di mettere al centro la persona e le sue necessità, di aprirsi al territorio e di integrarsi con la comunità sociale. Per rispondere a tale mandato la legge 40/2005 che disciplina l'assistenza sanitaria in toscana prescrive un nuovo modello organizzativo.

Il nuovo ospedale promuove un approccio incentrato sul bisogno del singolo, garantendo assistenza continua e personalizzata, percorsi multiprofessionali e multidisciplinari nonché riferimenti sanitari certi ed appropriatezza nell'uso delle risorse. Le strutture organizzative titolari di funzioni operative restano dotate di piena responsabilità e autonomia tecnico professionale ma è previsto per esse il progressivo superamento del reparto differenziato secondo la disciplina. L'ospedale organizzato per intensità di cure, strutturato per aree in base a un fabbisogno assistenziale omogeneo secondo un ordine di complessità, definisce un nuovo paradigma del concetto di cura: in questo modello l'unitarietà delle componenti cliniche ed assistenziali, concetto di cura, è solo funzionale; il bisogno di assistenza si separa, secondo un parametro di intensità, dal legame tradizionalmente univoco con il percorso clinico e le responsabilità cliniche si scindono da quelle gestionali. È evidente che non è in discussione l'efficacia del modello medico-specialistico, che qui trova conferma, ma l'efficienza e la sua sostenibilità sistemica.

Con l'abbandono del vecchio modello che attribuiva alle unità operative spazi e posti letto prefissati e con il passaggio ai cosiddetti "letti funzionali", attraverso l'utilizzo di moduli di ricovero aperti con un notevole numero di posti letto, ogni presidio ospedaliero di medie dimensioni ha la possibilità di rispondere in manie-

ra flessibile e personalizzata ai cittadini graduando l'intensità delle cure, cioè commisurando le risorse (posti letto, assistenza infermieristica, tecnologie) verso quella popolazione di pazienti caratterizzati da più elevati livelli di complessità clinico-assistenziale, utilizzando in maniera congiunta tra più strutture le diverse tipologie di assistenza. In questo modello il personale infermieristico è chiamato a non lavorare più per compiti ma per funzioni e a svolgere un importante ruolo di cerniera per rendere possibile le integrazioni e la condivisione dei processi tra le diverse specialità, con una ricaduta positiva sulla qualità dell'assistenza fornita al paziente.

L'intensità di cura è una dimensione dell'assistenza non facilmente separabile da altre più specificamente professionali e qualitative: queste si riassumono nel lavoro in equipe di medici, infermieri ed altri addetti all'assistenza. Il valore dell'equipe sta, oltre che nel raccordo dei saperi e delle pratiche, nella conoscenza personale degli operatori e nel rapporto di fiducia. Tutelare questo patrimonio qualitativo è fondamentale per la qualità dell'assistenza.

In area chirurgica specifiche linee assistenziali sono facilmente individuabili mediante le modalità di frequenza più caratteristiche della degenza media postoperatoria; degenze post operatorie simili, anche per interventi chirurgici diversi, ipotizzano simili bisogni assistenziali e propongono modelli organizzativi modulati sul bisogno assistenziale, week surgery, day surgery, ricovero ordinario chirurgico: modelli assistenziali diversi per bisogni assistenziali diversi. Nell'ospedale moderno l'area medica si qualifica, invece, essenzialmente come ricovero diagnostico-terapeutico intensivo; il rapporto tra clinica ed assistenza è dinamicamente interagente. Ovunque esistano specificità di processo specialistiche, queste dovranno condizionare la strategia delle aggregazioni strutturali nel pool di posti letto.

Il nuovo modello prevede inoltre la creazione di percorsi differenziati all'interno dell'ospedale, tra emergenza-urgenza e attività programmata, creando percorsi specifici per i pazienti provenienti da pronto Soccorso e per le attività dell'area chirurgica.

Nelle aziende ospedaliero-universitarie la legge 40/2005 prevede un'organizzazione funzionale il cui criterio guida è la logica dei dipartimenti, basata su percorsi affini e sulla inscindibilità delle attività assistenziali, di didattica e ricerca. Nel rispetto della diversa missione, anche per le AOU rimane valida la filosofia di fondo, che pone al centro del sistema il cittadino, e invoca una risposta organizzativa commisurata ai bisogni. È quindi necessario predisporre un percorso di applicazione della logica per intensità di cura coerentemente con l'organizzazione dipartimentale.

Negli ospedali di piccole dimensioni l'organizzazione per aree funzionali introduce una nuova opportunità di attività intraospedaliera anche da parte di unità organizzative precedentemente impegnate solo a livello ambulatoriale.

L'ospedale per intensità di cure esige, nei suoi percorsi interni e nei rapporti con il territorio, un approccio più efficace al tema "continuità assistenziale", che non ha attualmente negli ospedali una risposta organizzata. La continuità assistenziale è un requisito "di sistema" e non può essere garantita ovviamente da un singolo operatore né da una singola struttura del sistema stesso. Bisogna perciò implementare sul versante ospedaliero una serie di strumenti ed azioni per raggiungere un continuum di interventi intorno alla persona: la cartella clinica unica ed informatizzata; i protocolli di comunicazione e il loro monitoraggio; il monitoraggio sui percorsi polispecialistici; la cultura della comunicazione con il malato, la famiglia e il medico di medicina generale. Un aspetto a cui i pazienti sono particolarmente sensibili è quello della presa in carico. Un'organizzazione che permette al paziente di rivolgersi, all'interno dell'unità operativa che ha la responsabilità primaria della cura, a un medico di riferimento, in grado di stabilire e supervisionare il piano delle cure ed il percorso del paziente, integrando tutte le funzioni specialistiche svolte dai colleghi e ponendosi in modo proattivo sin dal primo giorno di ricovero e fino alla gestione del momento della dimissione affinché il cittadino trovi la necessaria continuità. Il medico di riferimento non rappresenta un'ulteriore specializzazione medica o una figura diversa da quelle già presenti nei nostri ospedali, ma l'ulteriore diffusione e sviluppo

delle *best practice* già esistenti, che assumono una responsabilità complessiva di percorso, garantendo al cittadino una presa in carico costante.

Un ospedale basato sull'intensità di cura e così organizzato può funzionare soltanto in presenza di un territorio in grado di gestire la cronicità con percorsi assistenziali specifici, basati sul "disease management" e costruiti insieme al personale ospedaliero.

Un processo di cambiamento e trasformazione così profondo richiede la condivisione di tutti gli attori del sistema, in primis operatori e cittadini, e l'adattamento alla realtà locale, nella convinzione che il contributo di tutti sia il fattore di successo dell'iniziativa. Alle società scientifiche cui afferiscono gli specialisti del SSR si chiede di recare il loro contributo nell'elaborazione di una cultura del cambiamento e del governo clinico e nel dialogo con le istituzioni. Nel periodo di vigenza del piano, tenuto conto della complessità e della portata innovativa del progetto, si ritiene di estendere ad ogni Azienda Sanitaria la sperimentazione del modello di organizzazione per intensità di cura in modo da verificarne l'efficacia. Saranno monitorizzati e confrontati i risultati in ospedali con mission e dimensioni differenti. Il periodo di sperimentazione sull'avvio, l'applicazione e l'adattamento del modello sarà utilizzato anche per promuovere l'informazione e favorire il dibattito tra esperti, operatori e cittadini sul grado di rispondenza alle attese, e sulla capacità di coniugare efficienza ed efficacia, di valorizzare le capacità professionali degli operatori sanitari e sviluppare la cultura sanitaria.

5.4.2 Piccoli Ospedali

La rete ospedaliera regionale è stata interessata da un profondo processo di rimodulazione teso a migliorare la qualità dell'assistenza, nel rispetto di un equilibrio delle risorse a disposizione.

Il modello assistenziale per intensità di cure diventa uno strumento operativo necessario per governare, secondo il principio di appropriatezza delle cure in ambito ospedaliero, sia il processo di riconversione di circa il 60% dell'attuale attività eseguita in ricovero ordinario verso il regime di trattamento di ricovero diurno o ambulatoriale, sia la domanda di assistenza a maggiore intensità. Esso costituisce il presupposto per la configurazione dell'ospedale per acuti, ovvero l'ospedale come risorsa estrema, da usare in caso di reale bisogno e per il tempo strettamente necessario.

Va peraltro aggiunto che, in una offerta ospedaliera eccessivamente parcellizzata, esiste una difficoltà, stante i limitati bacini di utenza, e quindi per la tipologia e numerosità della casistica trattata, a garantire nel tempo la manutenzione e il perfezionamento dell'expertise dei professionisti e a raggiungere quei livelli di soglia necessari a minimizzare i rischi per i pazienti, e per gli stessi operatori.

Nel contempo cresce significativamente la patologia cronica e multi-organo, legata all'età avanzata, con problemi di salute che devono essere assistiti nel tempo da equipe pluri professionali.

Il potenziale rischio di tale modello è la "espulsione" dall'area ospedaliera di queste patologie, senza l'organizzazione di una adeguata rete sanitaria ed assistenziale che sappia intercettare e affrontare in maniera soddisfacente ed appropriata il bisogno di salute della comunità.

Occorre, in sintesi, far evolvere l'intera "rete sanitaria", trovando punti di equilibrio ulteriori che sappiano condurre il "sistema" verso un maggior coinvolgimento di tutti i livelli assistenziali, rimodulando i servizi sanitari e socio sanitari del territorio ad essa collegati. Questo è ancora più significativo per quelle Zone Sanitarie che, per caratteristiche oro-geografiche e densità di popolazione, hanno avuto storicamente come punti di riferimento Stabilimenti Ospedalieri che, allo stato attuale, presentano elementi di criticità da risolvere.

In questa ottica sono obiettivi di macro livello:

1. razionalizzare la rete ospedaliera ridisegnando il ruolo dei "piccoli" Stabilimenti ospedalieri, riqualficandone e riconvertendone l'offerta nel rispetto dei bisogni e della sicurezza dei cittadini;

2. mettere a punto linee d'indirizzo per incrementare il governo clinico, definendo percorsi, standard e parametri qualitativi che privilegino la continuità assistenziale e l'integrazione funzionale tra Ospedali e Territorio, analizzando prioritariamente la domanda nel modo più oggettivo possibile
3. prefigurare, in base ai due punti precedenti, il bisogno formativo degli operatori ai vari livelli professionali, elaborando modelli di aggiornamento che favoriscano l'evoluzione delle competenze necessarie. Per tale fine sarà possibile prevedere una mobilità del personale programmata ed istituzionalizzata nel rispetto delle norme contrattuali;
4. garantire la risposta al bisogno urgente (o soggettivamente ritenuto tale), in considerazione delle situazioni geografiche e dei tempi di percorrenza verso i Presidi maggiori, migliorandola dal punto di vista di efficienza/efficacia e di razionalità nell' "offerta".

In questo contesto, il piccolo ospedale si pone come strumento in grado di dare risposte non solo ad esigenze assistenziali, ma anche a nuove domande formative, assumendo così un valore strategico ed un ruolo significativo nell'insieme della rete ospedaliera.

In effetti, dai piccoli ospedali parte una nuova organizzazione, che consente la piena realizzazione del raccordo tra la struttura e il MMG, assicurando la necessaria continuità assistenziale tra la medicina ospedaliera e quella territoriale. In essi si ottimizza la gestione della riacutizzazione delle patologie croniche, sia nella fase sub-critica (ricovero ospedaliero), sia in momenti che richiedono più bassa intensità (Day Hospital, Day Service) che la diagnosi e la cura di patologie di nuova insorgenza, che non richiedono ricoveri ad alta intensità. Si delinea così nel territorio un insieme articolato di strutture (dall'ospedale di comunità al piccolo ospedale) che, per la peculiarità delle patologie che affrontano, non possono essere separate dall'offerta formativa.

Il modello dell'ospedale di formazione per la continuità rappresenta la modalità con cui si raccordano direttamente le sedi sopradescritte con le attività di formazione, attuando una proficua integrazione "periferica" con l'Università.

Tale formazione è finalizzata a:

1. minimizzare i rischi di un insufficiente expertise dei professionisti, a causa dell'esiguità del bacino di utenza e delle caratteristiche epidemiologiche del territorio;
2. preparare le diverse figure in formazione (studenti per le lauree di I e II livello di area socio-sanitaria, specializzandi, medici tirocinanti per la Medicina Generale) su casistiche normalmente non riferite alle strutture di alta specializzazione/intensità di cura;
3. favorire la mobilità dei professionisti nell'ottica della valorizzazione della continuità e della acquisizione delle conoscenze relative all'intero percorso assistenziale.

Dalla lettura dei dati di attività dei Presidi "periferici" si possono ricavare le seguenti considerazioni riassuntive:

- a) una riduzione negli anni dei tassi di Ospedalizzazione per i ricoveri medici ed una sostanziale costanza di quelli chirurgici, un aumento dei volumi di Ospedalizzazione diurna, sia in ambito medico che chirurgico (in linea con i dati regionali complessivi);
- b) una maggiore propensione per i residenti nelle aree di riferimento di tali presidi, ad utilizzarli per i ricoveri internistici, a fronte di una mobilità verso i presidi di maggiore dimensione per i ricoveri chirurgici;
- c) in ambito internistico la significativa numerosità di ricoveri che evidenziano motivi di ammissione per acuzie o riacutizzazioni di carattere neurologico o cardio-respiratorio;
- d) in ambito chirurgico la scarsissima incidenza di interventi in emergenza non differibile;
- e) la elevata percentuale di ricoveri ordinari con DRG medici dimessi dai Reparti di Chirurgia generale.

Il modello Ospedaliero che si può prefigurare è conseguibile attraverso i seguenti interventi:

- 1) incrementare la capacità di risposta del PS/DEA, per far fronte ai bisogni “urgenti”, e quindi operativamente attrezzato per rispondere alle emergenze – urgenze mediche, per inquadrare clinicamente e discriminare le urgenze chirurgiche e per gestire la piccola – media traumatologia. Per ottenere questi risultati è necessario:
 - a) equipe medica Ospedaliera dedicata in stretta integrazione con i medici dell'emergenza/urgenza territoriale;
 - b) adeguata strumentazione diagnostica 24H in dotazione al PS/DEA, disponibilità della tele–diagnostica per immagini e cardiologica; diagnostica laboratoristica secondo i modelli organizzativi recentemente elaborati;
 - c) attivare percorsi alternativi (“see and treat”, ambulatorio medico–infermieristico) per le “urgenze minori”;
 - d) organizzazione di un'Area di Osservazione Breve per l'inquadramento e stabilizzazione dei pazienti;
 - e) garantire un efficace ed efficiente sistema di trasporto in urgenza per casi complessi.
- 2) razionalizzare gli spazi di ricovero:
 - a) unificare l'Area di degenza ordinaria, eventualmente da differenziare in base alla intensità assistenziale
 - b) incrementare gli spazi per la Day Surgery, allargando la offerta ad alcune discipline specialistiche
 - c) attivare (o aumentarne gli spazi) il Day Service
- 3) limitare l'attività chirurgica a quella programmata,
- 4) incrementare la “offerta” specialistica, soprattutto in ambito di diagnostica/interventistica endoscopica e mini–invasiva
- 5) garantire una presenza, per assistenza, consulenza ed attività ambulatoriale per le discipline chirurgica e ortopedico–traumatologica;
- 6) sviluppare attività assistenziali di grande importanza quali il trattamento con chemioterapici.

Per migliorare il collegamento con il territorio per l'assistenza in fase post acuta e alla cronicità a rischio di instabilità, occorre estendere il modello dell'ospedale di comunità e gli altri richiamati del paragrafo sulle cure intermedie, confermando la loro totale autonomia organizzativa seppur eventualmente ubicati strutturalmente in spazi ricavati dallo stesso ospedale. E' importante, in ogni caso, che si continui a considerarli risorsa per la protezione delle popolazioni interessate e particolarmente di quelle zone socio-sanitarie che presentano criticità dovute a caratteristiche oro-geografiche e a densità di popolazione.

5.5 Il sistema dell'emergenza fra ospedale e territorio

5.5.1 L'emergenza urgenza territoriale

Il servizio di emergenza–urgenza territoriale, identificato con il numero 118, ha modificato, dal momento della sua attivazione, le modalità di gestione dell'emergenza a livello territoriale ed il rapporto della stessa con la medicina generale. Nel contempo, la formazione di personale appositamente dedicato ha permesso di innalzare la qualità del servizio, consentendo di effettuare interventi sempre più appropriati e tempestivi. L'attivazione del servizio di elisoccorso e l'introduzione di nuove tecnologie in grado di trasmettere dati dal sito di intervento ai Pronto Soccorso hanno prodotto un ulteriore miglioramento della qualità degli interventi.

Un numero telefonico unico “118”, rappresenta quindi un modello di intervento unico per il bisogno di nuova insorgenza, con un'unica regia e responsabilità.

Il 118 ha assunto, pertanto, nel tempo, in termini culturali e sanitari, la dimensione rassicurante della efficacia, diagnostica e terapeutica, collegata alla risoluzione del bisogno urgente. Ciò non toglie che esista la necessità, per la crescita del sistema di una riflessione sulla ridefinizione di alcune caratteristiche del sistema stesso, in particolare inerenti:

- le modalità di accesso del cittadino al servizio;
- l'organizzazione della Centrale Operativa;
- le qualifiche del personale impiegato nella Centrale stessa;
- l'ampiezza del bacino territoriale di intervento, considerando, per la centrale operativa, la dimensione di Area Vasta quale bacino ottimale;
- le modalità organizzative di intervento sul territorio, anche in relazione alle caratteristiche demografiche ed orografiche dello stesso;
- l'opportunità di utilizzo integrato "a rotazione" del personale afferente al sistema 118 – P.S., al fine di superare criticità derivanti dal continuativo impiego di detto personale in postazioni che richiedono prevalentemente prestazioni a bassa complessità professionale o da situazioni di carenza numerica. Tale complessità e competenza sono ormai diffusamente ritenute necessarie per risolvere il bisogno di salute percepito come urgente.

In questo contesto, la sfida dell'appropriatezza dell'accesso al P.S/118 è affidata alla capacità di organizzare una reale integrazione assistenziale tra il Sistema 118–Pronto Soccorso ed i nuovi modelli organizzativi della medicina del territorio, tale da garantire l'equilibrio delle cure urgenti assicurate dal 118 o nel P.S.:

- da un lato, con la continuità delle cure necessarie erogate appropriatamente nella medicina territoriale;
- dall'altro, con la nuova organizzazione degli Ospedali per intensità di cure e con la rete dell'alta specializzazione legata al sistema di emergenza–urgenza territoriale, che identifica, pertanto, il 118 quale strumento in grado di mettere in relazione il bisogno del cittadino con la capacità del sistema di risolverlo. In particolare per la risoluzione di evenienze quali il trauma, adulto e pediatrico, ed il grande ustionato è necessario pensare ad una corretta connessione con il sistema di rete.

Altre criticità attengono al sistema di elisoccorso. L'attuale organizzazione necessita di una maggiore integrazione e coordinamento delle attività delle tre elibasi. Risulta importante, nel corso della vigenza del Piano, favorire una maggiore appropriatezza nell'uso del mezzo ad ala rotante, che appare dall'analisi dei dati troppo spesso collegato ad aspetti localistici, con scarso scambio di informazioni da base a base e con prevalenza di utilizzo nella Provincia sede di elibase. In tale riflessione organizzativa dovranno essere compresi gli aspetti correlati alla sicurezza per il paziente e per gli operatori, essendo detta variabile imprescindibile per il buon funzionamento del sistema. Altra criticità è rappresentata dalla corretta implementazione dell'attivazione della rete delle elisuperfici. Tale aspetto si ripercuote, infatti, sulla capacità di penetrare la realtà territoriale più periferica, permettendo la ridefinizione della mission dei piccoli Ospedali in particolare per quanto attiene alle tematiche della gestione delle emergenze ed alle modalità di centralizzazione delle stesse.

Obiettivi per il triennio

- **Adeguare il sistema dell' Emergenza Urgenza territoriale** alla nuova mission derivante dal riassetto organizzativo della Medicina Territoriale e ridefinire l'assetto delle Centrali Operative per bacini di Area Vasta quale territorio di riferimento per la nuova gestione unificata, attraverso:

1. l'elaborazione di un progetto, e la sua sperimentazione, per la gestione unificata delle centrali operative 118 in Area Vasta, per mezzo dell'unificazione dei sistemi informativi, radio e telefonici, nonché dei protocolli operativi. La sperimentazione avverrà nelle tre Aree Vaste entro il 2009. Sulla base della sperimentazione, entro il triennio, si passerà alla costituzione di un'unica Centrale Operativa in ogni Area Vasta.;
 2. l'accreditamento per la qualità, nell'accezione più estesa del termine, delle Centrali Operative 118, coerentemente ed in parallelo all'accreditamento dei PP.SS. delle strutture ospedaliere;
 3. la definizione di sistemi omogenei per la trasmissione ed archiviazione dei dati;
 4. la definizione di un sistema omogeneo a livello regionale per la codifica della gravità di un evento di pertinenza del 118 (dispatch toscano).
 5. l'elaborazione di protocolli operativi con i Dipartimenti di Salute mentale per la gestione dell'emergenza psichiatrica in età adulta e adolescenziale anche al fine di ridurre il ricorso inappropriato al ricovero ospedalieri.
 6. l'elaborazione di protocolli operativi con il Centro Antiveneni della AOU Careggi per la gestione delle intossicazioni acute.
 7. l'ulteriore sviluppo dei programmi di formazione ed aggiornamento, in accordo con le associazioni del volontariato impiegate nei trasporti di emergenza-urgenza, con l'intento di assicurare il miglioramento ulteriore della qualità del servizio erogato.
- **Potenziare e razionalizzare il servizio di elisoccorso** attraverso:
1. l'elaborazione di una progettualità per la gestione unificata a livello regionale del sistema di elisoccorso che aumenti l'attuale efficienza;
 2. l'aggiornamento di procedure condivise per l'utilizzo del mezzo ad ala rotante e la definizione di indicatori e standard per la verifica dell'appropriatezza nell'uso;
 3. l'elaborazione di un progetto tipo con tempi di esecuzione definiti per la costruzione e l'autorizzazione delle elisuperfici;
 4. la pianificazione delle varie fasi della gara del servizio regionale di elisoccorso, definizione del capitolato speciale di appalto, effettuazione della gara, attribuzione del servizio di elisoccorso e verifica della fase di attivazione con particolare attenzione al tema della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

5.5.2 La gestione del trauma in rete

Appare indispensabile inserire una progettualità che dia risposte alle tipicità di bisogno legate all'altissima specializzazione collegata al sistema dell'emergenza urgenza generata da trauma sia nell'adulto sia nel bambino, così come per casistiche di grande complessità quali quelle collegate alle grandi ustioni. Casistiche per la cui soluzione è necessario che si produca una interazione virtuosa tra il sistema dell'emergenza ed il sistema a rete preposto alla gestione di tali complesse tematiche in cui il corretto approccio fino dal suo manifestarsi è spesso condizionante nell'evoluzione del quadro clinico.

Se fino ad oggi i Trauma Center si sono qualificati soprattutto per una capacità chirurgica diversa da quella operante negli altri nosocomi, l'organizzazione moderna deve tener presente che l'alta mortalità ed invalidità conseguenti al trauma derivano dalla compromissione del sistema nervoso e dell'apparato cardiovascolare, che devono trovare in questi centri una adeguata risposta assistenziale (centri HUB: centri nodali della rete). Tali centri, quindi, saranno contraddistinti anche da una adeguata Assistenza Specialistica per l'Emergenza (ASE), caratterizzata oltre che dalle più avanzate tecniche diagnostiche anche da procedure invasive non chirurgiche. La terapia conservativa in un paziente traumatizzato stabile, infatti, garantisce una risposta qualitativamente migliore sia sul piano dei postumi che della sopravvivenza.

È sulle sedi HUB che il presente Piano intende investire potenziando tali attività.

Si definisce così il completamento della rete del trauma incardinando sulle quattro aziende ospedaliero-universitarie i centri nodali della rete, che si distinguono per essere sedi di attività radiologiche e interventistiche operative oltre che di chirurgia specialistica cardiovascolare e neurologica.

Ecco quindi che la rete del trauma trova i suoi punti di eccellenza identificati per competenze sia su tutti i DEA della rete (Centri Spoke) che sui Centri HUB integranti l'assistenza per quelle patologie non trattabili in tutti i presidi ospedalieri.

In sintesi la realizzazione dei centri HUB deve inserirsi in un modello flessibile fortemente incardinato nella rete sanitaria toscana. La presenza di funzioni appropriate in tutti i nosocomi toscani consente di rispettare, nella stragrande maggioranza dei casi, il concetto della vicinanza dell'ospedale al luogo dell'evento traumatico, garantendo al paziente un soccorso adeguato con tempi di trasporto brevissimi. D'altra parte in presenza di segni di lesione cardiovascolare e neurologica già rilevabili sul luogo dell'incidente, si impone la centralizzazione ai centri HUB ogni volta in cui le condizioni di stabilità del paziente lo consentono, prevedendo, ove ciò non fosse possibile, la stabilizzazione del paziente nel più vicino nosocomio con successivo trasferimento in uno dei centri di riferimento per il trauma.

Si richiama altresì l'importanza dell'accoglienza del paziente medulloleso fin dalle fasi più precoci dell'evento traumatico, presso l'Unità Spinale Unipolare, per meglio garantire la prevenzione delle più frequenti complicanze.

La Giunta regionale è impegnata ad approvare entro il 2008 gli indirizzi organizzativi e tecnici finalizzati alla ottimizzazione delle risorse e al miglioramento dei sistemi di trasporto dei pazienti con trauma, individuando indicatori e adottando linee guida per la centralizzazione del trauma maggiore. Per l'elaborazione degli indirizzi la Giunta si avvarrà della collaborazione di esperti nominati dal CSR.

La Giunta è impegnata altresì a promuovere entro il 2008 azioni finalizzate allo sviluppo ed al completamento del sistema di tutela dei grandi ustionati, attraverso la riorganizzazione e l'ulteriore potenziamento del Centro Ustioni Regionale.

Interventi per la gestione integrata in rete del trauma epatico maggiore

Nelle lesioni epatiche minori (grado I–III) la mortalità dipende dall'entità delle eventuali disfunzioni o danni d'organo associate, mentre in quelle di grado elevato (grado IV–VI) l'outcome dipende dal danno anatomico primitivo del fegato.

Mentre le lesioni parenchimali di modesta entità possono essere trattate nella maggior parte dei casi con la loro sutura presso tutti i Presidi Ospedalieri, le lesioni più severe richiedono procedure complesse che vanno dalle resezioni parenchimali fino al trapianto di fegato. Le lesioni epatiche che non producono instabilità emodinamica possono essere trattate con metodica conservativa, monitorizzando il paziente in Unità di Terapia Intensiva, mentre quelle più gravi e che provocano instabilità emodinamica richiedono un intervento chirurgico in regime di urgenza, presso una struttura di riferimento.

Il paziente affetto da trauma epatico maggiore rappresenta una sfida complessa per l'organizzazione sanitaria territoriale in quanto richiede:

- un Centro di riferimento regionale di trapianto e chirurgia epatica ove siano disponibili le competenze professionali, le risorse tecnologiche e tutte le opzioni terapeutiche (chirurgiche, rianimatorie, radiologiche e trapiantologiche) oggi disponibili per il trattamento della patologia traumatica epatica maggiore;
- una Rete ospedaliera territoriale in grado, per capacità e tecnologia, di eseguire una prima, ma completa, valutazione di tutte le lesioni riportate dal soggetto, di programmare un percorso terapeutico basato sulle priorità, e di eseguire una stabilizzazione chirurgico-rianimatoria;
- un protocollo condiviso tra le Aziende, le strutture sanitarie territoriali e gli operatori professionali coinvolti nella gestione del paziente affetto da trauma epatico maggiore finalizzato all'individuazione dei casi che possono beneficiare del trasferimento presso il centro trapiantologico;

- un sistema di trasporto medicalizzato efficiente e pienamente operativo che conduca il paziente dal luogo dell'evento al Centro ospedaliero più vicino, e da questo, ove ne sia riscontrata la necessità, al centro trapiantologico;
- programmi di aggiornamento continuo per il personale coinvolto nella gestione del paziente affetto da trauma epatico maggiore;
- verifica dell'efficacia del sistema, individuazione delle criticità ed interventi correttivi grazie ad un costante monitoraggio.

Il paziente affetto da trauma epatico maggiore richiede quindi un percorso assistenziale multidisciplinare basato sull'integrazione a rete delle strutture di assistenza dell'intero territorio regionale affinché gli siano offerte tutte le opportunità terapeutiche, compreso il trapianto di fegato, attualmente possibile presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Centro di Riferimento Regionale per il trapianto e la chirurgia epatica.

Interventi per la prevenzione e trattamento del trauma pediatrico

Crescenti evidenze supportano la premessa che i Centri Traumatologici per adulti abbassano i rischi di morte nei pazienti severamente traumatizzati.

Lo stesso principio è stato applicato alla popolazione pediatrica e un numero in crescita di studi clinici evidenzia che, come nella popolazione adulta, il paziente pediatrico gravemente traumatizzato riceve un trattamento più adeguato e va incontro ad un miglior esito quando viene gestito presso un trauma center pediatrico dove il trattamento e la cura del bambino vengono forniti da personale esperto ed esplicitamente formato per rispondere ai bisogni del paziente pediatrico traumatizzato.

La gestione delle lesioni traumatiche acute è un punto di grande interesse per la Sanità pubblica della Regione Toscana che si pone l'obiettivo di migliorare gli esiti clinici utilizzando le risorse presenti sul territorio.

Questa iniziativa porterà all'attivazione di un programma che prevede:

1. il lancio di una campagna di prevenzione del trauma;
2. la strutturazione di una rete definita per il trauma pediatrico, tale da assicurare che i traumi maggiori siano gestiti in modo centralizzato presso l'Ospedale Pediatrico Meyer, in base a criteri clinici precedentemente concordati con tutti gli operatori del sistema;
3. un sistema di trasporto sicuro;
4. la definizione di un'offerta formativa rivolta ai medici afferenti ai dipartimenti d'emergenza.

5.5.3 La rete regionale e di Area Vasta delle terapie intensive

La attivazione di una "rete di coordinamento di area vasta e regionale delle Terapie Intensive", esplicitamente prevista dal precedente P.S.R. 2005-07, ha iniziato il suo percorso con la costituzione dei "Coordinamenti Tecnici di area vasta delle T.I. polifunzionali", nei quali sono state opportunamente integrate anche le T.I. specialistiche. Tali Coordinamenti Tecnici operano come promozione e sostegno nel governo clinico della programmazione di area vasta.

Le finalità costitutive della rete si sintetizzano nel mandato di garantire in emergenza-urgenza la possibilità di dare tempestiva risposta a tutte le necessità di ricovero in T.I., in particolare permettendo, quando necessario, il ricovero nelle T.I. dei presidi dotati di attività di alta specializzazione (Neurochirurgia, Cardiocirurgia, ecc). Quest'ultimo deve essere garantito, quando possibile, attraverso una centralizzazione primaria concordata con le Centrali Operative 118, altrimenti attivando modalità sicure di trasporto da ospedale a ospedale. D'altra parte il fabbisogno ospedaliero di posti letto di T.I. deve tener conto anche della necessità di dare corso in tempi congrui alle attività di elezione interne di ciascun Ospedale che necessitano di ricovero in T.I., con particolare at-

tenzione alle attività chirurgiche per le quali deve comunque essere valutata la attivazione di “recovery room”. Il buon funzionamento della rete di area vasta, grazie al quale ogni paziente trova il posto letto “al momento giusto nell’Ospedale giusto”, presuppone in ciascun Ospedale l’adeguato dimensionamento del numero dei posti letto intensivi e sub-intensivi, visti, ove strutturalmente possibile, non come entità fisicamente e gestionalmente separate, ma come un continuum assistenziale che si modula in base alle necessità dei singoli pazienti e, ove strutturalmente non possibile, comunque gestiti nella prospettiva dell’Ospedale organizzato per intensità di cure. La virtuosa integrazione tra letti intensivi e sub-intensivi permette di mantenere elevata la appropriatezza di uso dei letti intensivi, che deve essere periodicamente valutata.

La rete di area vasta delle T.I. troverà nel livello regionale, mediante uno specifico coordinamento, un ulteriore momento di integrazione allo scopo di confrontare i modelli organizzativi, i risultati ottenuti e le criticità riscontrate, e comunque di garantire il ricovero in T.I. in situazioni eccezionali (ad es. maxiemergenze) nelle quali la singola area vasta non riesce a far fronte al fabbisogno. Sarà inoltre opportuno che a tale livello siano elaborati criteri condivisi di ammissione e dimissione, di appropriatezza di uso e di valutazione della qualità dell’assistenza.

5.5.4 La terapia iperbarica nella Regione Toscana

La terapia iperbarica è una metodica consolidata, basata sulla somministrazione, attraverso le prime vie respiratorie, di Ossigeno puro oppure di miscele respiratorie con alte percentuali di Ossigeno, in ambienti ermeticamente chiusi (camere iperbariche) entro cui, con aria immessa dall’esterno, si aumenta la pressione ambiente.

Le camere iperbariche, con le quali si attua questa metodica, devono essere multiposto e essere situate in centri iperbarici che, nelle strutture pubbliche, afferiscono ai Dipartimenti d’Emergenza.

La mission dei Centri iperbarici deve:

- garantire le prestazioni sanitarie sia in routine sia in emergenza / urgenza per tutte le patologie per le quali essa è considerata efficace;
- promuovere lo studio e la ricerca sull’efficacia della terapia ed aggiornare, previa approvazione del Consiglio Sanitario Regionale, l’elenco delle patologie per le quali è indicata sia come terapia essenziale, sia come terapia complementare.

Nei Centri Iperbarici delle strutture pubbliche in Toscana, in rete e collegate fra loro con collocazione corrispondente alle tre Aree Vaste, facendo riferimento all’AOU di Pisa, all’AOU di Careggi, alla ASL di Grosseto, si confermano i principali requisiti organizzativi:

- devono avere personale sanitario specializzato dedicato;
- devono essere in grado di rispondere alle emergenze per H 24 e 365 giorni l’anno;
- devono garantire la risposta alla patologia programmabile;
- devono avere tutte le dotazioni previste dalle linee guida ISPESL atte a garantire la sicurezza sia dei pazienti in trattamento, sia degli operatori.

5.6 Le Azioni programmate ed i Progetti Obiettivo

5.6.1 Le Azioni Programmate

Con i precedenti Piani sanitari la Regione ha proposto alle Aziende, attraverso le Azioni programmate, indi-

rizzi e strumenti di programmazione tali da orientare i produttori su attività o temi sanitari di particolare interesse, quali il percorso assistenziale di determinate patologie, la regolamentazione di specifiche pratiche mediche, diagnostiche o di interventistica chirurgica, l'organizzazione di particolari iniziative di prevenzione collettiva, con la finalità di uniformare sul territorio regionale i risultati attesi dalla operatività di tale iniziative.

Con il precedente Piano sono stati altresì dati indirizzi alle reti di Area Vasta affinché producessero, con il contributo indispensabile dei professionisti, strumenti di programmazione specifici rispetto ad alcune linee assistenziali.

Il presente Piano conferma tale orientamento rilevando come solo attraverso il sistema delle aree vaste sia possibile appropriatamente assicurare una programmazione coerente ai bisogni assistenziali e valorizzare il contributo che il governo clinico può e deve assicurare alla pianificazione strategica.

In tale ambito si mantengono gli indirizzi per le aree vaste riguardo alle precedenti azioni programmate relative a:

1. patologie cardiovascolari e del metabolismo;
2. nefropatie croniche;
3. cure palliative;
4. insufficienza respiratoria cronica (ad integrazione di quanto già previsto nel capitolo relativo alla sanità di iniziativa);
5. malattie reumatiche;
6. patologie neurologiche e assistenza medullose.

Nel corso del triennio relativo al presente Piano è prevista la costituzione di Registri regionali dei pazienti affetti da nefropatia cronica, da sclerosi multipla e da patologia tumorali oltre quelli richiamati nei paragrafi specifici relativi alle malattie rare e dei difetti congeniti.

In riferimento all'azione programmata assistenza ai medullosei viene confermata la realizzazione, presso l'AOU di Pisa, del "Centro per la cura e la riabilitazione dei mielosei" dimessi in sicurezza e in modo precoce dalla unità spinale unipolare dell'AOU di Careggi.

Tale progetto, già previsto nel protocollo di intesa sottoscritto dalla commissione regione il 12/05/2004, prevede la realizzazione all'interno di un'area dedicata dell'Ospedale di Pisa di una struttura finalizzata al trattamento dei medullosei sia attraverso interventi di riabilitazione neurologia e urologica viscerale, sia con interventi di riabilitazione occupazionale. Collocata nell'ambito dell'area ospedaliera, la struttura disporrà di posti letto per la degenza e spazi adeguati per la riabilitazione. Quest'ultima, configurabile come un'attività di riabilitazione ospedaliera di secondo livello, si avvarrà anche di competenze "territoriali" finalizzati a favorire il reinserimento lavorativo grazie alla previsione di una gestione unitaria, inizialmente in forma sperimentale, fra l'AOU Pisana e l'Azienda USL 5 di Pisa.

Permangono tuttavia temi di interesse che richiedono un impegno programmatico tale da investire direttamente il livello regionale. Queste tematiche sono individuate sulla base della particolare rilevanza per lo stato di salute della popolazione toscana, a fronte di una insufficiente risposta assistenziale motivata dal rapido evolversi delle tecnologie e dei sistemi organizzativi, nonché nell'ambito di percorsi assistenziali strettamente legati al governo clinico regionale. Rispondono a tali caratteristiche le seguenti linee assistenziali e progettuali:

- la rete oncologica;
- il percorso assistenziale del paziente con ictus;
- l'organizzazione del sistema trapianti;
- il Piano Sangue;
- gli interventi di cooperazione internazionale;

- le medicine complementari e non convenzionali;
- la Riabilitazione;
- la prevenzione delle malattie infettive e delle infezioni ospedaliere;
- il percorso di diagnosi e cura delle maculopatie degenerative;
- la rete specialistica per le malattie rare;
- la diagnostica predittiva e la medicina personalizzata;
- l'assistenza termale;
- il patrimonio scientifico, documentario ed artistico delle aziende sanitarie;
- l'assistenza religiosa.

Si ritiene altresì di proporre le seguenti tematiche come meritevoli di specifici interventi da sviluppare nel corso del triennio:

- Dislipidemie ereditarie, soprattutto per le implicazioni in termini di medicina predittiva e nell'ottica della definizione di uno specifico percorso assistenziale di prevenzione del rischio;
- Insufficienza renale cronica, con particolare riferimento alla individuazione precoce ed agli interventi terapeutici in grado di contrastare l'evoluzione di tale patologia verso la necessità di dialisi;
- Patologie neurologiche, con particolare riferimento ai connessi percorsi assistenziali per favorire la prevenzione della invalidità correlata. Nell'ambito delle scienze neurologiche verrà altresì realizzato un sistema di rete regionale per lo sviluppo integrato della ricerca e dell'assistenza;
- Disturbi del sonno, con riferimento alle principali cause determinanti ed alla prevenzione degli accadimenti incidentali anche attraverso l'attivazione di un coordinamento istituzionale.

5.6.1.1 La rete Oncologica

Il carico assistenziale della patologia oncologica ha subito un progressivo aumento per almeno tre ragioni:

1. l'elevazione dell'età media della popolazione;
2. l'aumentata sopravvivenza di pazienti affetti da tumori anche se non guariti (cosiddetta "cronicizzazione");
3. l'incremento delle opportunità di cura.

A fronte di questo dato ha avuto luogo, comprensibilmente, un accrescimento della spesa assistenziale: sia per l'incremento del numero dei pazienti oncologici, sia per l'innalzamento delle spese diagnostiche e terapeutiche che ogni paziente, in media, richiede.

L'analisi epidemiologica ed i nuovi orizzonti della oncologia fanno prevedere un sempre maggiore peso per il SSR: tanto che vi è un rischio che questo settore assistenziale, se non efficacemente governato, possa entrare in crisi in termini di sostenibilità.

In questa ottica diventa ancora più importante l'attivazione di un piano per la prevenzione che, oltre a rafforzare la prevenzione secondaria, definisca scelte strategiche e intersettoriali in favore della prevenzione primaria, come la opzione più valida nel lungo periodo anche in termini di investimento economico.

Il presente PSR conferma la scelta strategica dell'Istituto Toscano Tumori (ITT) quale modello originale di valorizzazione e di integrazione di tutti i settori di prevenzione, cura, alta specializzazione e ricerca in campo oncologico.

Vengono qui rafforzati e declinati sul piano delle azioni i principi fondanti di questo modello, quali:

- un *unico sistema di governo* per tutti gli attori dell'oncologia (dalla prevenzione alla cura, dall'ospedale al

territorio, dalle risposte di base all'alta specializzazione ed alla ricerca) necessario per perseguire la coerenza ed assicurare la compatibilità degli interventi;

- la *struttura a rete*, che rende il sistema capace di intercettare integralmente la domanda, di promuovere la continuità di cura e di favorire le sinergie di percorso;
- un *modello organizzativo* caratterizzato da accessi molteplici nel territorio che attivano percorsi condivisi secondo regole di appropriatezza e rendono fruibili, gratuiti e tempestivi anche l'innovazione e l'alta specializzazione, ogni qualvolta siano necessari;
- una precisa *definizione di competenze* in cui l'ASL provvede all'accesso e all'avvio del percorso; l'Area Vasta si fa carico di perseguire l'equilibrio tra domanda e offerta assumendo anche una quota di funzioni di livello regionale; l'ITT individua le procedure per conciliare omogeneità con cure ottimali e promuove la creazione di infrastrutture in grado di arricchire la rete.
- la implementazione del ruolo dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) finalizzato a creare le premesse e le migliori condizioni per il riconoscimento di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico con il conseguente assoggettamento alla relativa disciplina.

Le azioni, condotte da attori diversi in diverse fasi del percorso assistenziale, assumono i seguenti obiettivi strategici unificanti:

- la *qualità diffusa* nelle prestazioni e negli aspetti relazionali in tutto il territorio regionale a partire dalle realtà periferiche fino agli snodi di alta specializzazione;
- l'*appropriatezza* come elemento guida della offerta e della programmazione degli investimenti, sostenuta dalla condivisione degli operatori, dall'attenzione critica all'innovazione e dalla responsabilizzazione dei cittadini utenti;
- la *continuità assistenziale* come risposta alla criticità dei passaggi in cura e della interazione tra ospedale e territorio;
- la *omogeneità della offerta* quale espressione del diritto di ogni cittadino ad essere curato in maniera adeguata indipendentemente dalla sua residenza e dal suo censo.

Il raggiungimento di questi obiettivi passa attraverso un utilizzo crescente di alcuni strumenti, quali:

- **governo clinico**: la capacità progettuale già ampiamente sperimentata dalla oncologia toscana, richiede ulteriore conferma specie nella effettiva facoltà di incidere sulle scelte;
- **procedure di sistema**: la definizione di modelli organizzativi e comportamentali comuni rafforza il senso di appartenenza e costituisce un elemento di garanzia per l'utente;
- **valorizzazione delle risorse esistenti**: dal censimento di attività di "nicchia" e/o di alta specializzazione nasce l'opportunità di una fruibilità collettiva e di un raggiungimento di massa critica di casistica;
- **infrastrutture e funzioni di servizio**: la disponibilità specie nel settore della ricerca clinica di strumenti messi a disposizione dal sistema aumenta la capacità e la penetranza di studi che hanno le potenzialità della casistica regionale.

Il presente PSR in una logica di continuità e rafforzamento dei precedenti piani prevede il completamento e l'avvio di azioni rispettivamente già intraprese o previste nell'ambito degli specifici documenti di indirizzo dell'ITT e in sintesi di seguito riportate:

- **ricerca**: realizzazione del Core Research Laboratory (CRL) in Firenze e dei laboratori satellite di Pisa e Siena. Finanziamento pubblico di progetti di ricerca clinica, ricerca traslazionale e ricerca di base nel settore oncologico all'interno della Regione. Bandi per promuovere anche l'intervento di finanziamenti esterni, in un settore caratterizzato da grandi investimenti. Si tratta, in tale contesto, di delineare i campi di

interesse e di pubblica utilità della ricerca stessa e di promuovere percorsi di sviluppo, anche in partnership con le imprese. In tale contesto ha particolare importanza promuovere condizioni organizzative e gestionali favorevoli allo sviluppo della ricerca integrata in campo oncologico nella fase precoce (fase I e II), affinché si possa beneficiare di un sistema che, fondato su attività di ricerca e innovazione, sia ancor più capace di competere con le migliori istituzioni internazionali. Entro 180 giorni la Giunta regionale definirà il piano di fattibilità e la piattaforma di sviluppo per l'attuazione di tale intervento.

- **infrastrutture:** attivazione di un Centro di Coordinamento delle Sperimentazioni Cliniche. Informatizzazione del Sistema (cartelle cliniche, teleconferenze, telepatologie, etc..). Creazione di un sistema informativo sotteso alla rete per il monitoraggio dei percorsi assistenziali e di supporto alla ricerca in grado di integrarsi con i flussi informativi già esistenti e di produrne nuovi e specifici. Core facilities per la Ricerca pre-clinica e clinica;
- **realizzazione** di almeno tre clinical trials spontanei a partecipazione multicentrica nella Regione;
- **prevenzione:** promozione di programmi di prevenzione primaria con particolare riferimento ad aree geografiche a maggior incidenza. Coinvolgimento dei MMG e di alcuni specialisti (ginecologi) nella promozione degli screening con particolare attenzione all'informazione nei confronti delle popolazioni migranti. Produzione di un Piano per la Prevenzione caratterizzato da progetti di lungo termine, con obiettivi specifici (ad es. riduzione a 10 anni del 10% dei tumori fumocorrelati), frutto della integrazione tra Sanità e Ambiente, correlato alla progettualità delle Società della Salute e all'alta integrazione di diversi settori regionali;
- **assistenza:** realizzazione di raccomandazioni cliniche condivise per altri tumori (oltre ai 6 gruppi già coperti).

Monitoraggio della adesione alle raccomandazioni cliniche già vigenti e identificazione di criticità.

Definizione di:

- a) strutture di riferimento e di percorsi assistenziali per soglia di attività per tipo di tumore e fase di malattia (dalla prevenzione alla terminalità) iniziando dal tumore mammario (Breast Unit);
 - b) identificazione di snodi strategici di alta specializzazione che a partire dai Dipartimenti Oncologici delle Aziende Ospedaliere Universitarie costituiscano strutture di riferimento per ciascuna Area Vasta;
 - c) individuazione funzioni regionali di riferimento attraverso un percorso di valutazione che adotti criteri oggettivi, condivisi e periodicamente verificati. Attuazione di un percorso definito per l'Alto rischio genetico. Miglioramento della presa in carico con minimizzazione dei pesi "burocratici" (prenotazioni, ritiro esami, etc.). Censimento completo dei GOM e monitoraggio della loro attività;
- **formazione:** integrazione con le Università per percorsi formativi regionali nell'ambito delle Scuole di specializzazione, miranti a creare un unico sistema di training ITT. Sviluppo e redazione di uno specifico programma formativo triennale elaborato sulla base di una rilevazione accurata dei bisogni e delle modalità formative più idonee (Promozione di procedure di formazione on line tra professionisti su casistiche complesse. Finanziamento stage c/o istituzioni straniere. Stage di interscambio tra le diverse unità dell'ITT. Calendario regolare di staff rounds e journal club per via telematica a livello regionale);
 - **governo clinico:** interventi su spesa farmaceutica, innovazione tecnologica, fabbisogno di radioterapia. Interventi strutturati per l'analisi dell'appropriatezza assistenziale con l'istituzione di un Osservatorio Regionale sulla valutazione delle tecnologie in oncologia.

Nella fase di vigenza del presente PSR e con il radicarsi nella realtà regionale della rete dei servizi coordinata dall'ITT si renderà necessario definire aspetti giuridici e regolamentari che affrontino in via prioritaria i seguenti temi:

- definizione giuridico-amministrativa dell'ITT anche in riferimento a nuove indicazioni nazionali relative agli IRCCS, al ruolo dei modelli regionali, alla prospettiva del CSPO e della nuova struttura ISPO;

- individuazione di strumenti di interazione tra ITT e Aziende sanitarie per la realizzazione degli indirizzi in campo oncologico con particolare riferimento allo stato di realizzazione e funzionamento dei Dipartimenti;
- superamento di alcune rigidità organizzative di sistema che ostacolano azioni volte alla implementazione della mobilità, della flessibilità delle sinergie tra attori;
- definizione di programmi di finanziamento basati su solide evidenze;
- definizione delle procedure atte a rispondere alle criticità emerse nel monitoraggio della adesione alle raccomandazioni cliniche.

5.6.1.2 Il percorso assistenziale del paziente con ictus

L'ictus cerebrale continua a rappresentare uno dei più rilevanti problemi sanitari e sociali, la cui frequenza tende ad aumentare in relazione all'invecchiamento della popolazione. In Toscana circa 10.000 soggetti vengono ospedalizzati ogni anno. L'evidenza scientifica internazionale, le linee guida nazionali SPREAD, riprese dalle linee guida regionali e dall'accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 3 Febbraio 2005, indicano in una unità organizzativa dedicata, definita "stroke-care" negli ospedali di secondo e terzo livello, il punto organizzativo centrale di riferimento nella strutturazione di una rete territoriale. La rete deve assicurare la presa in carico urgente da parte del sistema dell'emergenza-urgenza, l'avvio immediato verso l'ospedale per i trattamenti della fase acuta, la valutazione esperta delle indicazioni e la eventuale effettuazione della trombolisi, la migliore gestione delle complicanze e l'avvio del processo riabilitativo nella unità di degenza dedicata, l'affidamento alle strutture riabilitative e territoriali attraverso un adeguato collegamento ospedale-territorio. La trombolisi è la sola terapia farmacologica dell'ictus ischemico dimostrata efficace e sicura prima da trial randomizzati e controllati e poi da uno studio osservazionale, denominato Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke – Monitoring Study (SITS-MOST) proposto dall'European Medicines Agency. Questo studio ha dimostrato, nei pazienti che si presentano in ospedale entro 3 ore dall'evento e non hanno controindicazioni alla trombolisi, un recupero funzionale in oltre il 50% dei casi.

Per ampliare il numero dei pazienti che arrivano entro 3 ore in ospedale sono necessarie campagne di informazione per il cittadino e per i medici di base, ma il prerequisito fondamentale è la disponibilità sul territorio di un numero sufficiente di centri esperti ed organizzati che si identificano con le unità stroke. Gli standard devono seguire le linee riportate nel decreto autorizzativo del Ministero della Salute del 24 agosto 2003, oggi ripreso dalla determinazione dell'AIFA del 16.11.2007. Negli ospedali di terzo livello potranno essere implementate attività di alta specialità, comprendenti unità di degenza dedicate, attività neurointerventistiche, neurochirurgiche e di chirurgia vascolare. La rete stroke, come dal suindicato accordo Stato-Regioni, prevede anche una articolazione dell'intervento riabilitativo nelle seguenti modalità:

- 1) riabilitazione in fase acuta, in cui la presa in carico riabilitativa deve essere pressoché immediata, viene di solito intrapresa nell'area di degenza dedicata ed ha come obiettivi la prevenzione delle complicanze funzionali e la predisposizione dei percorsi riabilitativi successivamente avviati;
- 2) la riabilitazione post-acuta intensiva, indicata per i pazienti con disabilità medio-grave suscettibili di miglioramento funzionale ed in condizioni di instabilità clinica;
- 3) la riabilitazione post-ospedaliera, in cui un trattamento riabilitativo deve essere organizzato a livello territoriale presso specifiche strutture residenziali e/o ambulatoriali che devono garantire una effettiva presa in carico della persona con ictus.

L'insieme del percorso del paziente con ictus acuto deve rispondere al requisito fondamentale della continuità assistenziale. In considerazione della specificità delle attività assistenziali in tutto l'arco del percorso e a qual-

siasi punto della rete stroke, si rende necessaria l'implementazione di un piano formativo rivolto alle varie figure professionali a diversi livelli, universitario, regionale e aziendale.

Con il presente piano si intende assicurare in ogni Azienda Sanitaria l'erogazione delle seguenti attività:

- implementazione in ogni Azienda Sanitaria, Territoriale ed Ospedaliera, di un sistema integrato di diagnosi e cura per tutte le fasi della malattia, dalla prevenzione al trattamento della fase acuta, alla riabilitazione ed al reinserimento sociale;
- organizzazione in ogni Azienda Sanitaria, Territoriale ed Ospedaliera, di un percorso in rete tale da garantire al paziente con sospetto ictus l'arrivo all'ospedale di riferimento, dove possa essere sottoposto a valutazione diagnostica urgente e agli eventuali trattamenti della fase acuta (trombolisi) entro 3 ore dall'inizio dell'evento;
- la realizzazione negli ospedali di riferimento di un team multiprofessionale (medici, infermieri, tecnici della riabilitazione) esperto nella gestione dell'ictus, e la identificazione, in coerenza con l'organizzazione per intensità di cura, di un' area di degenza dedicata in cui ricoverare i pazienti con ictus moderato-grave, secondo quanto indicato nel PSR 2002-2004 e nelle Linee Guida Regionali;
- garantire un percorso riabilitativo sia ospedaliero che extraospedaliero per il 100% dei pazienti con esiti funzionali utilmente trattabili e realizzare un sistema "in uscita" dalla degenza ospedaliera, tempestivo ed appropriato;
- attivare in ognuna delle 3 Aree Vaste un sistema di formazione permanente da cui dipenda l'accreditamento delle strutture e delle attività specifiche;
- implementare entro il 2009 in ciascuna Area Vasta un data base per l'ictus quale strumento di monitoraggio degli indicatori di risultato.

5.6.1.3 L'organizzazione del sistema trapianti

Con l'istituzione dell'Organizzazione Toscana Trapianti (Ott) nel luglio 2003 la Regione Toscana ha optato per l'attuazione di un modello di governo clinico dedicato al settore della donazione e trapianti. Le sfide della moderna trapiantologia – ossia il mantenimento di adeguati livelli donativi ed il miglioramento costante degli standard di assistenza – richiedevano un approccio globale finalizzato ad un ulteriore sviluppo rispetto a quanto ottenuto con le Azioni Programmate. L'Ott ha perseguito tale logica globale, o di sistema, nella riorganizzazione delle attività regionali di donazione e trapianto, mirando alla costituzione di una rete integrata di professionalità, competenze, assistenza e servizi. L'azione dell'Ott è riassumibile nei seguenti elementi:

- integrazione permanente delle professionalità dedicate ai trapianti nel governo clinico regionale;
- dialogo tra tutti i componenti della rete regionale donazione-trapianto e costituzione di gruppi di lavoro dedicati ai vari settori dell'attività trapiantologica;
- costituzione delle reti aziendali donazione-trapianto per ciascuna delle Aziende Sanitarie, basate sul concetto dell'integrazione delle discipline, delle professionalità e dei servizi;
- benchmarking delle attività aziendali di donazione mediante report quindicinale;
- costituzione di percorsi assistenziali regionali dedicati secondo la tipologia del trapianto;
- costituzione di una rete regionale di sicurezza, mediante il ricorso ad eccellenze (*second opinion*); omogeneizzazione dei trasporti e delle comunicazioni; copertura h24 delle attività di laboratorio e di anatomia patologica;
- presa in carico dei soggetti, sia prima che dopo i trapianti, mediante un accompagnamento che usufruisca anche di adeguati sostegni psicologici;

- programma di formazione continua per gli operatori professionali;
- avvio della creazione della piattaforma informatica per la gestione delle attività di donazione e trapianto regionali;
- istituzione di un programma regionale di qualità per l'accreditamento di percorsi e processi delle attività di donazione e trapianto (Progress).

I risultati conseguiti dalla Regione Toscana nel periodo 2003–2006 sono consistiti non soltanto nell'incremento dell'attività di donazione, con un aumento medio del 93,4% rispetto al periodo precedente l'istituzione dell'Ott, ma anche nel numero di trapianti eseguiti, che hanno fatto rilevare un incremento medio dell'87,3%. Tali dati sono tanto più significativi alla luce dell'incremento del numero di donatori anziani (>60 anni), la cui percentuale è aumentata del 55,2% nel periodo Ott rispetto al precedente decennio, in linea con tendenze nazionali ed internazionali.

Gli obiettivi Ott per il PSR 2008–2010 consistono nel:

- mantenere i livelli donativi raggiunti, mediante l'opera già intrapresa di benchmarking aziendale e audit di verifica annuale;
- aggiornare e rendere il modello dell'OTT di grande interesse nella panoramica dell'organizzazione dei sistemi di donazione–trapianto grazie alla istituzione del Dipartimento dei Trapianti inter area vasta che permetterà il governo clinico dei programmi di trapianto mediante l'attribuzione della definizione delle linee guida, dei percorsi assistenziali e della certificazione dei programmi in una logica di rete regionale;
- implementare la qualità e la sicurezza, mediante l'integrazione di programmi specifici di risk management ed accreditamento dei percorsi e processi di donazione e trapianto;
- attribuire le risorse economiche alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere–Universitarie in funzione di progetti finalizzati concordati con le singole Aziende.

5.6.1.4 Il Piano Sanguine

Il Sistema Trasfusionale Toscano rappresenta, nel panorama nazionale, un punto di riferimento per la capacità di assicurare un adeguato governo della componente produttiva e per i risultati conseguiti negli ultimi anni che hanno consentito, tra l'altro, di raggiungere un buon grado di autosufficienza in emocomponenti labili (globuli rossi, piastrine, plasma per uso clinico) e farmaci plasmaderivati.

Nonostante gli interventi realizzati, le attuali disposizioni normative comunitarie e nazionali, congiuntamente alle evidenze manifestatesi in particolare nello scorso biennio, impongono un intervento di riorganizzazione del settore con le seguenti finalità:

- omogeneizzare le modalità di sviluppo dei processi produttivi: a tale scopo, l'Organismo regionale di coordinamento definisce, con la condivisione dei nodi della rete, gli standard clinici, organizzativi e di sicurezza e, parallelamente, individua il sistema di monitoraggio che ne consente la verifica dell'applicazione;
- migliorare l'economicità del sistema: attraverso la rimodulazione delle funzioni riconosciute ai diversi nodi della rete, finalizzata a conseguire i seguenti vantaggi:
 - evitare la duplicazione dei servizi che potrebbe generare diseconomie e situazioni di inappropriata qualità;
 - ottimizzare i sistemi di comunicazione anche mediante l'ulteriore sviluppo del Sistema informativo trasfusionale regionale, sotto il diretto controllo dell'Organismo regionale di coordinamento;
 - attivare processi di complementarietà tra le strutture coinvolte nella rete;
 - garantire dimensioni e composizione ottimali, dal punto di vista funzionale ed economico, delle unità

operative appartenenti alla rete;

- valorizzare le professionalità operanti nella rete regionale e in particolare le strutture di eccellenza nelle A.O.U. che hanno raggiunto ottimi livelli nelle attività di raccolta, trattamento e banking di tessuti e/o cellule staminali e nelle terapie aferetiche avanzate favorendo fenomeni di scambio tra la medicina trasfusionale e quella dei trapianti.

Qualunque operazione di riordino organizzativo e gestionale del settore trasfusionale, previo confronto con le O.O.S.S. dovrà tener conto che:

- 1) le attività di raccolta dovranno svolgersi nel territorio con un grado di capillarità coerente con l'organizzazione della società in centri urbani ed extra-urbani, secondo criteri definiti, condivisi ed in linea con le direttive vigenti;
- 2) le attività di medicina trasfusionale e l'assegnazione degli emocomponenti che hanno una valenza fondamentale nello sviluppo dei processi clinico-assistenziali all'interno dei presidi ospedalieri, dovranno essere ulteriormente integrate con le altre funzioni sanitarie ospedaliere in relazione all'intensità di cura ed al grado di complessità dell'attività clinica svolta nei singoli ospedali;
- 3) la dimensione clinica della medicina trasfusionale dovrà trovare adeguata valorizzazione nella concentrazione e riallocazione di funzioni a minore contenuto clinico – professionale a favore di una ridistribuzione di quelle di più elevato livello;
- 4) la distribuzione diffusa di determinate funzioni in tutte le strutture esistenti, che contribuisce all'eterogeneità dei processi e rende complesso governare il sistema, dovrà essere riprogettata. La concentrazione di talune funzioni consentirà la razionalizzazione e l'omogeneizzazione dei processi produttivi e ne favorirà il governo oltre a promuovere qualità e sicurezza.

L'intervento di riconfigurazione della Rete Trasfusionale Toscana rappresenta lo strumento per renderla adatta ad affrontare nei prossimi anni, la sfida del miglioramento complessivo della qualità, dell'appropriatezza e della produttività.

Le azioni da intraprendere per la riorganizzazione saranno tese a:

- adeguare le funzioni attualmente riconosciute all'Organismo di coordinamento regionale per renderle coerenti con quelle attribuitegli dalla vigente normativa, in particolare la definizione di standard organizzativi e gestionali regionali;
- adottare processi produttivi atti ad assicurare standard di alta qualità e sicurezza, agli emocomponenti, equiparati alle specialità farmaceutiche dalla normativa comunitaria e nazionale in materia trasfusionale;
- introdurre risorse tecnologiche in grado di modificare radicalmente i processi produttivi esistenti, attraverso investimenti che risultino economicamente sostenibili;
- avviare processi di riorganizzazione orientati al miglioramento del livello di economicità del settore perseguendo l'equilibrio economico – finanziario di sistema mediante il consolidamento della rete.

Il consolidamento della rete trasfusionale sarà conseguito mediante interventi di riordino strutturale, con particolare riferimento, alla concentrazione nei nodi principali della rete delle seguenti funzioni:

- attività diagnostica di laboratorio finalizzata alla qualificazione biologica delle unità trasfusionali raccolte/prodotte;
- lavorazione del sangue con mezzi fisici semplici e produzione degli emocomponenti.

Tale revisione consentirà di rimodulare, sulla base delle effettive necessità e in relazione alle caratteristiche dei diversi presidi ospedalieri toscani, anche le seguenti funzioni:

- l'assegnazione degli emocomponenti avvalendosi di sinergie con professionalità tecniche della stessa area funzionale, adeguatamente formate;
- le attività cliniche assistenziali di medicina trasfusionale di tipo ambulatoriale.

La necessità di ridisegnare in ambito regionale, in accordo con le direttive comunitarie e nazionali in materia trasfusionale, la Rete di raccolta, attualmente allocata in Servizi e Sezioni Trasfusionali, dislocati in tutte le sedi ospedaliere ed Unità di Raccolta gestite dalle Aziende Sanitarie e/o dalle Associazioni del Volontariato, richiederà di definire ed emanare standard per innalzare il livello qualitativo e garantire adeguati livelli di sicurezza, migliorando contemporaneamente l'accesso al percorso di donazione.

5.6.1.5 La cooperazione internazionale

La Regione Toscana nel suo impegno di cooperazione internazionale e nel suo impegno per la pace ha sempre operato all'interno del sistema Italia, in un corretto rapporto con il governo nazionale e le istituzioni europee.

Il Piano regionale per la cooperazione internazionale 2007–2010 (L.R. 17/99) ha delineato le finalità dell'azione della Regione Toscana nei prossimi anni:

1. promozione di interventi di cooperazione che producano riconciliazione e sviluppo, operando dalla parte delle vittime, secondo strategie dirette alla restituzione del diritto ad uno sviluppo umano e sostenibile alle vittime dei conflitti militari, economici, sociali e culturali del mondo;
2. promozione di interventi diretti a sostenere percorsi di sviluppo anche con riferimento agli Obiettivi del Millennio nei confronti delle comunità, dei gruppi sociali e degli individui vittime dei conflitti in tutte le periferie del Nord e del Sud del sistema mondo;
3. miglioramento dei processi di partecipazione dei soggetti toscani alle iniziative di cooperazione internazionale e di aiuto allo sviluppo.

In questo quadro viene intesa “la salute come un diritto fondamentale dell'uomo, come obiettivo sociale estremamente importante d'interesse mondiale che presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre a quelli sanitari”. Il diritto alla salute è un diritto inalienabile delle persone e delle comunità e diventa un imperativo univoco che i tecnici non possono eludere.

Nell'attuale contesto internazionale, caratterizzato da continui e significativi processi di cambiamento, gli obiettivi principali cui tende il Sistema regionale della cooperazione si identificano nella promozione dello sviluppo umano sostenibile in una logica di approccio integrato, quindi su scala locale e globale allo stesso tempo, nel rafforzamento della società civile e nella creazione di reti di partenariato: sono questi i concetti chiave del nuovo modello di sviluppo nello scenario degli anni 2000, rispetto ai quali debbono coerentemente declinarsi anche gli obiettivi specifici degli interventi di cooperazione internazionale in campo sanitario.

In questo scenario politico si colloca in modo ambizioso la programmazione delle attività di cooperazione sanitaria della Regione Toscana: intersettorialità degli interventi, appropriatezza e sostenibilità nell'utilizzo delle tecnologie, promozione dell'autosufficienza locale: sono questi i principi che secondo la Regione Toscana devono orientare le azioni di cooperazione sanitaria, nella consapevolezza che non basta limitarsi alla promozione di singole attività, ma che queste devono essere integrate nei servizi sanitari locali e devono essere permanentemente sostenibili. Non si tratta quindi solo di realizzare interventi umanitari o di emergenza, ma di definire una vera e propria strategia della cooperazione sanitaria internazionale. Pur nella diversità dei contesti geografici in cui ci si trova ad operare, le iniziative della cooperazione sanitaria devono collocarsi in un quadro di riferimento che ruota intorno ad alcune linee strategiche fondamentali:

- sostegno alle politiche di sviluppo dei sistemi sanitari nazionali;
- supporto ai sistemi sanitari locali e assistenza sanitaria di base;
- formazione delle risorse umane.

Con una serie di disposizioni attuative dell'atto di indirizzo la Regione ha provveduto a delineare compiutamente il quadro di riferimento della propria strategia di cooperazione sanitaria in campo internazionale. Ne discendono indicazioni precise per i progetti di cooperazione sanitaria internazionale che saranno improntati a:

- garantire l'universalità di accesso alle prestazioni dando priorità assoluta alle fasce più deboli della popolazione, i bambini e le donne;
- rafforzare i sistemi sanitari nel loro complesso, in alternativa alle strategie basate sui programmi verticali;
- potenziare infrastrutture, sistemi di programmazione e controllo, di acquisto e distribuzione di farmaci essenziali (inclusi i farmaci antiretrovirali per il trattamento dell'AIDS);
- investire prevalentemente in risorse umane all'interno del settore pubblico;
- formare e motivare il personale sanitario.

Sono stati anche definiti il contesto e gli attori, nonché un sistema stabile e strutturato di procedure e di relazioni sia tra i diversi livelli istituzionali coinvolti, sia tra i livelli decisionali e di intervento individuati in ambito infra ed extra regionale.

A questo fine si elencano di seguito gli attori della rete toscana della cooperazione sanitaria internazionale:

IL SISTEMA SANITARIO TOSCANO (SST)

1. la Regione Toscana, con ruolo di confronto interregionale, nazionale e internazionale, con funzioni di coordinamento interno e di promozione dei progetti;
2. le Aziende Sanitarie, come soggetti promotori ed attuatori dei progetti (propri o di interesse regionale attraverso la programmazione di Area Vasta);
3. le Aree Vaste, come livello intermedio di programmazione e proposta, con ruolo di coordinamento delle Aziende Sanitarie;
4. l'Agenzia Regionale per la Sanità (ARS);
5. le Società della Salute;
6. l'Università e altri centri di Ricerca;

-

IL SISTEMA TERRITORIALE LOCALE

1. Gli Enti Locali e le aziende di gestione di servizi pubblici locali;
2. il Terzo Settore:
 - Organizzazioni non governative – ONG;
 - Associazioni riconosciute e Fondazioni;
 - Organizzazioni di volontariato;
 - Associazioni di promozione sociale;
 - Cooperative sociali.

LA CROCE ROSSA ITALIANA (CRI) e altre istituzioni nazionali e internazionali impegnate a pieno titolo nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale.

Il Sistema Toscano della cooperazione sanitaria si avvale anche dell'attività del fund raising, attraverso la collaborazione e il sostegno di banche e fondazioni.

La Giunta regionale ha inoltre strutturato i seguenti livelli di supporto organizzativo–funzionale all'interno

del sistema sanitario toscano, in particolare:

- l'AOU Meyer, quale ente attuatore per conto della Regione Toscana di tutta la strategia di cooperazione sanitaria internazionale;
- le Aree Vaste, quali nodi centrale per giungere alla realizzazione di un piano di cooperazione sanitaria sviluppato "in rete" e concertato con tutti i soggetti attivi sul territorio, in modo da conseguire una progettualità più forte ed incisiva. In ogni AV è stato costituito un coordinamento di AV per la cooperazione sanitaria internazionale al quale partecipano i referenti aziendali. Ogni coordinamento di Area Vasta ha individuato un proprio coordinatore.
- il Comitato delle Aree Vaste (CAV) per la cooperazione sanitaria, organismo composto dai rappresentanti dei tre coordinamenti di AV (Coordinatori di Area Vasta) per la cooperazione sanitaria internazionale.
- le Aziende Sanitarie che costituiscono in termini di risorse strutturali ed umane, uno degli elementi essenziali di iniziativa, di promozione e di attivazione di interventi di cooperazione sanitaria internazionale. Al fine di sostenere la rete di cooperazione sanitaria regionale, ogni Azienda nomina un proprio referente per la cooperazione sanitaria supportato da un gruppo tecnico per la definizione e la gestione dei progetti stessi. Il referente aziendale svolge anche il ruolo di interfaccia con il Coordinatore di Area Vasta.
- L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana (IZS) attraverso la struttura Ricerca e Cooperazione Internazionale partecipa a progetti integrati nei quali è prevista la componente veterinaria in collaborazione con il sistema regionale di sanità pubblica veterinaria con particolare riguardo alla sanità animale e alla sicurezza alimentare.

Inoltre la Giunta regionale ha:

- individuato e regolamentato i seguenti settori prioritari di intervento:
 1. l'erogazione di prestazioni in regime di ricovero a favore di soggetti stranieri prevalentemente in età pediatrica con oneri a carico del servizio sanitario regionale, entro un tetto annualmente determinato;
 2. il supporto tecnico–metodologico e il rafforzamento dei sistemi sanitari dei paesi nei quali la Regione Toscana è presente con diverse progettualità;
 3. il trasferimento di conoscenze e competenze tecnico sanitarie attraverso l'attuazione di:
 - attività formative in loco (training on the job);
 - scambio di esperienze;
 - accoglienza presso le nostre strutture sanitarie e universitarie di personale sanitario in formazione;
 4. gli interventi di emergenza;
 5. la destinazione a favore di paesi terzi di attrezzature dismesse dalle strutture sanitarie toscane;
 6. la sottoscrizione di specifici accordi e/o intese di cooperazione sanitaria
- predisposto strumenti e soluzioni organizzativo–procedurali a sostegno della razionalizzazione delle strategie di intervento in termini di:
 1. attivazione di rapporti di collaborazione con soggetti esterni al sistema sanitario toscano;
 2. concreta valorizzazione e integrazione di tutte le competenze coinvolte;
 3. accettazione del lavoro in rete come modalità principale d'interazione tra i soggetti.

I risultati conseguiti nel triennio 2005–2007 evidenziano l'impegno della Regione nel garantire risposte tempestive ed efficaci ai bisogni sanitari urgenti di comunità straniere oltre che la capacità di qualificare la propria azione in una logica di sistema con modalità di intervento condivise e unitariamente programmate.

Per il triennio 2008–2010 l'obiettivo è quello di consolidare la rete di soggetti toscani fortemente impegnati nello sviluppo delle attività di cooperazione sanitaria qualificando e potenziando sempre di più le capacità delle comunità locali nel realizzare autonomamente e stabilmente proprie strategie sanitarie in risposta ai bisogni

delle comunità sottostanti.

A tale fine la strategia di cooperazione sanitaria internazionale sarà definita ed implementata per il periodo del presente piano consolidando un modello di cooperazione sanitaria che determina per tutti i soggetti coinvolti la necessità di confrontarsi con un'impostazione di ampio respiro, dove gli apporti e le risorse di ognuno sono efficaci solo se integrate e convergenti verso la stessa idea di sviluppo contemporaneamente a livello locale, nazionale e globale.

La Giunta regionale, nel triennio di vigenza del presente Piano, è impegnata a:

- intensificare la collaborazione e le sinergie con gli attori del sistema Toscano della cooperazione internazionale;
- valorizzare l'attività di progettazione per area geografica, consolidando nei Progetti di Iniziativa Regionale (L.R. 17/1999) la modalità principale di promozione e sostegno della programmazione integrata tra i diversi attori del sistema Toscano della cooperazione e i partenariati locali nelle diverse aree di intervento;
- consolidare la proficua collaborazione con gli Ordini e Collegi professionali al fine di creare una banca dati degli operatori che hanno esplicitato un particolare interesse a partecipare a specifiche iniziative di cooperazione sanitaria internazionale, e per diffondere fra gli operatori la cultura della cooperazione internazionale in attuazione del Protocollo stipulato fra le parti.

La Giunta regionale adotta la strategia di cooperazione sanitaria internazionale da realizzare durante il triennio, impartendo indirizzi specifici per la definizione dei singoli programmi e delle iniziative in attuazione dei contenuti del presente Piano.

5.6.1.6 Medicine Complementari (MC): la Rete di medicina integrata

Integrazione, libertà di scelta terapeutica dell'utente, libertà di cura del medico, qualità delle prestazioni, formazione degli operatori, ricerca, sicurezza dell'utenza, modello organizzativo a rete delle attività pubbliche di medicine complementari e non convenzionali: questi i principi cardine che ispirano l'azione di piano in tema di Medicine Complementari (MC). Infatti le medicine complementari (agopuntura, fitoterapia, omeopatia e medicina manuale) a seguito di un lungo iter programmatico, sono entrate a far parte dei LEA regionali (Delibera G.R. n. 655/2005), se ne prevede l'uso nelle linee guida regionali per il trattamento dei disturbi neurovegetativi della menopausa, sono rappresentate nel Consiglio Sanitario Regionale e nel Comitato Regionale di Bioetica e possono essere esercitate, fra l'altro, da medici specialisti ambulatoriali appositamente convenzionati (accordo regionale integrativo dell'ACN per la specialistica ambulatoriale). Queste sono state oggetto della L.R. 9/07 "Modalità di esercizio delle medicine complementari da parte dei medici e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti", definita con la collaborazione degli Ordini Professionali, che garantisce la libertà terapeutica del paziente, la libertà di cura del medico, la qualità dei servizi e il diritto all'informazione dell'utente, creando appositi elenchi dei professionisti che esercitano le MC e che di fatto rappresenta un passo ulteriore per integrare le MC nel SSR.

Tale processo di integrazione si è tradotto nella creazione di numerosi ambulatori di MC sul territorio (57 ambulatori – censimento aprile 2007), nella istituzione di una Struttura regionale di riferimento per le MC per lo svolgimento delle funzioni di interesse generale, che si articola, per le funzioni specialistiche, nell'Ambulatorio di Omeopatia dell'Azienda USL di Lucca, nel Servizio di Fitoterapia dell'Azienda USL di Empoli e nel Centro di medicina tradizionale cinese "Fior di Prugna" dell'Azienda USL di Firenze. Sono stati altresì attivati progetti di ricerca e avviati master formativi presso le Università toscane rivolti a medici, farmacisti, ecc.

La Regione Toscana intende rispondere con questa azione di governo alla domanda dei cittadini che ricorro-

no all'uso delle MC in maniera sempre crescente, come dimostrano i dati della campagna informativa regionale del 2005 rivolta alla popolazione, e vuole anche rispondere al progressivo sviluppo della ricerca sull'efficacia delle medicine complementari che ha evidenziato come l'agopuntura, la fitoterapia, l'omeopatia e la medicina manuale possono essere tecniche esclusive o integrative al trattamento consolidato in termini di efficacia, di sicurezza per l'utente e di risparmio per il SSR; esse inoltre hanno scarse controindicazioni, ridotti effetti collaterali e presentano una forte compliance e concordance da parte dell'utente.

Per queste ragioni il Piano Sanitario 2008–2010 guarda alle Medicine Complementari come ad una risorsa innovativa di cui ciascun settore del sistema toscano di salute potrà e dovrà giovare per rispondere alle esigenze dei cittadini, garantire l'uguaglianza nell'accesso alle cure, migliorare il livello qualitativo delle prestazioni e favorire l'assunzione di responsabilità del cittadino nella promozione della sua salute e nella prevenzione delle patologie.

Le linee di sviluppo e gli impegni per il triennio di validità del piano sono:

- radicare le attività di MC in tutte le aziende sanitarie offrendo agli utenti un punto unitario e visibile per le prestazioni di medicina complementare denominato “Centro di medicina complementare integrata”;
- costruire un modello organizzativo a rete che comprenda le attività di MC realizzate dalle Aziende Sanitarie e le Strutture regionali di riferimento;
- realizzare il primo presidio di medicina integrata presso l'Ospedale di Pitigliano ove verrà svolta anche la formazione clinica, la ricerca e la divulgazione scientifica delle medicine complementari,
- sviluppare la formazione e la pratica nelle medicine complementari in ambito pediatrico,
- consolidare la unità funzionale multi professionale della ASL di Firenze, struttura regionale di riferimento (delibera G.R. n.1384/2002), anche rafforzando le strutture dell'ambulatorio di Omeopatia dell'Azienda USL di Lucca e del Servizio di Fitoterapia dell'Azienda USL di Empoli e il Centro di medicina Tradizionale cinese “Fior di Prugna” dell'Azienda USL di Firenze per lo svolgimento delle funzioni prima ricordate;
- censire la letteratura scientifica e valutare il campo di applicazione delle terapie complementari e non convenzionali nel trattamento delle patologie oncologiche al fine di diffondere una corretta informazione nella popolazione e consentire l'utilizzo di tali terapie sulla base di protocolli condivisi;
- impegnare il Consiglio Sanitario Regionale a definire, nelle linee guida diagnostico–terapeutiche, il contributo fornito dai trattamenti di MC in quelle patologie per le quali evidenze cliniche, studi di valutazione di efficacia riportati dalla letteratura internazionale o esperienze di altri paesi della U.E. dimostrino essere vantaggiose in termini di miglioramento della salute dei cittadini, sicurezza per l'utente, diminuzione degli effetti collaterali e riduzione della spesa sanitaria;
- assicurare il sostegno degli istituti pubblici e privati di formazione accreditati a livello regionale per garantire una formazione professionale di alto livello dei medici e del personale sanitario nelle Medicine Complementari e mantenere vive le esperienze già consolidate;
- realizzare iniziative di formazione degli operatori pubblici che esercitano le MC, anche con una adeguata pratica clinica nei presidi ambulatoriali delle Aziende Sanitarie;
- attuare iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori del SSR, compresi i MMG, i pediatri di libera scelta e i veterinari, nonché gli operatori privati del settore, sui vantaggi e gli svantaggi che derivano dall'uso delle MC, sui loro campi di applicazione, sui limiti di impiego, sull'efficacia, i loro effetti collaterali e sul rapporto costo–beneficio che deriva dal loro uso;
- promuovere i programmi di cooperazione internazionale in ambito sanitario inerenti lo sviluppo della medicina naturale e tradizionale nei paesi in via di sviluppo;
- sviluppare programmi di sorveglianza sanitaria sugli effetti avversi dovuti all'uso delle MC a partire dal programma di fitosorveglianza attivato dal Centro Regionale di riferimento per la fitoterapia di Empoli con

l'Istituto Superiore di Sanità;

- fornire il supporto tecnico–scientifico per la procedura di accreditamento degli eventi formativi regionali di MC ai fini della formazione continua in medicina, per consentire l'aggiornamento professionale e il corretto esercizio della pratica terapeutica degli operatori sanitari che operano in questo campo;
- favorire il rapporto con la Commissione regionale di bioetica, per valutare gli ambiti degli studi proposti dalle Aziende Sanitarie e da ricercatori privati sull'utilizzabilità di trattamenti di MC come tecnica terapeutica esclusiva o complementare;
- diffondere una corretta informazione fra gli utenti sulle potenzialità terapeutiche e i limiti di impiego delle medicine complementari;
- promuovere la progettualità delle Aziende Sanitarie tesa ad offrire all'utenza la possibilità di utilizzo di tali medicine, in particolare si prevede l'uso delle MC:
 - nei consultori e nei punti nascita al fine di contribuire al miglioramento della salute della donna, alla promozione del parto fisiologico e l'allattamento materno, nonché nel trattamento dei disturbi neurovegetativi della menopausa;
 - nelle attività rivolte all'infanzia, anche per sostenere l'accrescimento, prevenire e curare i disturbi dell'alimentazione e del comportamento, nonché per il contenimento delle infezioni recidivanti connesse con la socializzazione scolastica;
 - per il miglioramento della qualità della vita e la promozione dell'empowerment nella gestione del paziente cronico, compresa la popolazione anziana, il paziente fragile e il paziente oncologico;
 - nei programmi di salute mentale dell'adulto e dell'infanzia;
 - nella lotta al dolore e nell'assistenza al malato terminale, individuando nella collaborazione con il settore cure palliative e le attività cliniche degli hospice della Toscana, un ambito di integrazione delle tecniche di medicina complementare;
 - nell'individuazione di modalità integrate di cura per patologie di particolare interesse epidemiologico come le allergie;
 - in campo odontostomatologico per la lotta al dolore, alla sindrome algico-disfunzionale ed a "l'ansia da poltrona";
 - nella sperimentazione presso l'ospedale di Pitigliano;
 - nel collaborare alla definizione di modelli interculturali di riferimento per affrontare le problematiche sanitarie di maggior rilievo della popolazione migrante.

Si ritiene inoltre fondamentale sviluppare attività di ricerca, in collaborazione con le Università e le associazioni private del settore, che, oltre all'efficacia del trattamento, monitorizzino la soddisfazione dell'utenza, la compliance e la concordance al trattamento, gli effetti indesiderati prodotti, ma anche il possibile risparmio per il SSR in termine di riduzione della spesa farmaceutica e di ricorso agli esami strumentali (costo/efficacia). Si dovrà inoltre valutare il contributo delle MC al cambiamento degli stili di vita.

In particolare i settori in cui sviluppare la ricerca sono la salute di genere, come specificato nel PSN, le malattie a carattere sociale e la riabilitazione.

Le discipline bionaturali (DBN)

Nell'ambito delle attività di promozione e conservazione della salute, del benessere e della migliore qualità della vita, è stata promulgata la L.R. n. 2 del 3 gennaio 2005, "Discipline del benessere e bio–naturali", allo scopo di assicurare ai cittadini, che intendono accedere a pratiche finalizzate al raggiungimento del benessere, un esercizio corretto e professionale delle stesse. In ottemperanza al dispositivo di tale legge, gli impegni del PSR sono volti alla definizione delle procedure di accreditamento delle scuole di formazione delle DBN e dei professionisti che le esercitano. Di conseguenza la Regione svilupperà la Rete Toscana del Benessere concedendo un marchio di qualità a quei centri che rispettino le prerogative della legge regionale e promuoverà lo sviluppo dell'applicazione delle DBN nelle aree verdi, nei luoghi di lavoro e di vita, come pure po-

tranno diventare ulteriore fonte di qualificazione della nostra offerta termale.

Obiettivo del triennio di validità del piano é favorire la sperimentazione dell'uso di tali discipline in particolari categorie di cittadini, anche con oneri a carico dell'utenza.

Elenco delle strutture della rete di medicina integrata

1. per la erogazione di prestazioni

Un Ambulatorio di medicina complementare per ogni Asl
Un ambulatorio per Azienda Ospedaliera Universitaria e Azienda Meyer
Ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano

2. per la formazione clinica

Centri regionali di riferimento di Lucca per Omeopatia, di Firenze per Agopuntura e di Empoli per Fitoterapia.
Ospedale di medicina integrata di Pitigliano .
Costituzione di un centro di omeopatia pediatrica presso il Meyer

5.6.1.7 Riabilitazione

La riabilitazione, attraverso un processo continuo e globale, mira all'integrazione sociale, a tutti i livelli, della persona diversamente abile, nonché al massimo recupero possibile delle funzioni lese, anche attraverso l'assistenza termale per quelle patologie per le quali esistono evidenze scientifiche di efficacia se erogate in ambiente termale, come riportato al paragrafo 5.6.1.12.

Tenuto conto della multifattorialità delle cause responsabili della perdita di autonomia dell'individuo, la riabilitazione si esplica nella realizzazione di appropriati servizi per i bisogni della persona disabile in maniera coordinata ed all'interno di un programma, che ha lo scopo di migliorare la salute, il benessere e la realizzazione degli individui sul piano fisico, sociale, formativo, psicologico e lavorativo, favorendo l'inserimento in attività utili e produttive.

In una visione universalistica di tutela della salute, quale è quella che ispira il nostro sistema sanitario, ogni persona, a fronte di qualunque menomazione che determina disabilità, alterando anche transitoriamente la sua autonomia, autosufficienza e capacità di partecipazione, ha diritto di ricevere una valutazione diagnostico-prognostica ed un trattamento riabilitativo adeguato alla sua specifica condizione.

L'intervento riabilitativo deve tener conto degli aspetti clinici, ma anche della complessità bio-psico-sociale dell'individuo ed essere orientato alla evidence based medicine (EBM).

Ne consegue che diviene valore intrinseco del sistema sanitario la capacità di rispondere efficacemente ai bisogni delle persone con disabilità attraverso la coerenza e la unitarietà degli interventi riabilitativi svolti a beneficio della singola persona. Lo strumento con cui assicurare tale unitarietà è il "Progetto Riabilitativo Individuale".

Per dare unitarietà e coerenza al Progetto Riabilitativo Individuale è necessario individuare riferimenti precisi per la persona disabile e la sua famiglia, e sistemi che assicurino la efficace integrazione degli interventi in vista di obiettivi definiti.

È particolarmente rilevante inoltre il valore della relazione di cura con la Persona, che richiede necessariamente una forte omogeneità e continuità del complesso degli interventi ed il costante monitoraggio dei loro esiti. Altrettanto importante è l'efficace coordinamento ed integrazione delle azioni svolte da più operatori, attraverso il lavoro in team multiprofessionale, e la individuazione di responsabilità definite per la gestione e la verifica del corretto uso delle risorse.

Anche nell'ambito degli interventi di riabilitazione il sistema sanitario toscano si impegna a sviluppare l'adozione, nel triennio di vigenza, del modello di classificazione della ICF – International Classification of Functions – tramite la quale si supera il riferimento alla singola malattia, si codifica la funzione e si prende in considerazione l'effetto concausale e modulatore dell'ambiente.

Nell'ambito degli interventi sanitari di riabilitazione si individuano due distinti livelli assistenziali in relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità di risorse assorbite:

- **attività di riabilitazione intensiva** dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili che richiedono un elevato impegno clinico, valutativo e/o terapeutico;
- **attività di riabilitazione estensiva** che si concretizzano in interventi di più moderato impegno clinico valutativo e terapeutico a fronte di un maggiore intervento assistenziale quali quelle dirette alla prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati, quelle dirette a soggetti con disabilità a lento recupero che non possono utilmente giovare o sopportare un trattamento intensivo o affetti da disabilità croniche evolutive, ivi compreso l'intervento riabilitativo per le disabilità neuropsichiche.

Gli interventi di riabilitazione necessitano, quindi, della collaborazione fra le varie strutture coinvolte nel percorso, così da assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale, nonché l'integrazione multiprofessionale.

Tali azioni si configurano nell'ambito del governo clinico, data la prevalenza di disabilità presenti sul territorio, e sono avviate sviluppando il fondamentale ruolo del territorio nel governo dei percorsi riabilitativi, anche al fine di un ottimale utilizzo della rete dei servizi. In questo contesto assume particolare significato la gestione ed il monitoraggio degli interventi di riabilitazione ambulatoriale previsti dalla normativa regionale di applicazione dei LEA.

In riferimento alle disabilità neuropsichiche, si conferma la validità delle strutture operative interprofessionali come strumento di definizione del percorso terapeutico per la presa in carico e la definizione del profilo di cura nelle diverse fasi del trattamento. In tale contesto, nella gestione delle condizioni croniche e/o stabilizzate, che necessitano prevalentemente di interventi socio-assistenziali, è opportuno prevedere l'adeguamento dell'attuale assetto normativo delle RSD, anche con riferimento ad analoghe strutture del sistema socio-assistenziale.

Esistono in Toscana esperienze e competenze di qualità nell'ambito del processo riabilitativo, che presentano tuttavia tra di loro una differente adozione di modelli operativi, un'insufficiente omogeneità di procedure e una scarsa interfacciabilità tra livelli diversi di erogazione dei servizi, condizioni che determinano scarsa compatibilità con un sistema integrato "a rete"; tali criticità si possono rilevare anche dai documenti dei Dipartimenti Interaziendali di Coordinamento Tecnico delle tre Aree Vaste, il cui ruolo deve essere sviluppato per assicurare la continuità dei percorsi assistenziali, garantire procedure operative condivise e integrazione tra prestazioni erogate in regimi diversi.

Si rende quindi necessario realizzare un governo integrato del sistema che determini:

1. maggiore appropriatezza del livello assistenziale attraverso azioni di governo clinico nei vari setting ospedalieri e territoriali;
2. organizzazione del sistema incentrata sulla gestione di percorsi riabilitativi con indicatori di processo condivisi, che precisino i criteri di accesso, la gestione dell'interfaccia nel passaggio tra i diversi livelli di attività riabilitativa il raccordo con gli altri nodi della rete, compreso il sistema socio-assistenziale, nonché indicatori di efficacia;
3. attuazione di un'omogenea distribuzione dei posti letto, per Area Vasta e nelle aziende sanitarie, in

riferimento ai parametri già individuati nel precedente PSR 2005–2007 riallineando l’offerta in funzione dei bisogni assistenziali, con particolare riferimento alla risposta ospedaliera. Per quest’ultima dovrà essere posta specifica attenzione al riequilibrio pubblico privato, consentendo l’eventuale incremento/riconversione di posti letto soltanto a favore delle strutture pubbliche;

4. omogeneità organizzativa e applicativa nel rispetto di una offerta complessiva ed organica relativamente ai bisogni dei cittadini toscani;
5. omogeneità dei parametri di analisi e di verifica, allo scopo di poter effettuare una specifica programmazione delle risorse necessarie, sia finanziarie che organizzative, per il sistema “riabilitazione” e parimenti effettuare una congrua allocazione di tali risorse;
6. predisposizione di adeguati sistemi informativi, disponibili anche per l’utenza.

È importante individuare elementi di specificità dei singoli percorsi (assistenziale e riabilitativo) ed azioni comuni che qualifichino, nel triennio di vigenza del PSR, l’insieme della rete dei servizi nel settore della disabilità, tramite:

- revisione dei requisiti organizzativi e dimensionali delle strutture residenziali e semiresidenziali in ordine alle loro finalità riabilitative e socio assistenziali;
- ridefinizione dell’offerta ambulatoriale in equilibrio con l’articolazione del territorio e sviluppando adeguate sinergie in condivisione con i medici di medicina generale;
- diffusione dell’assistenza a domicilio, sviluppando il ruolo regolatore e programmatore del servizio pubblico e la partecipazione attiva dei comuni e delle comunità locali, nell’ambito delle zone–distretto; in tale contesto l’organizzazione e lo sviluppo dei percorsi assistenziali per la gestione delle disabilità croniche deve fare riferimento ai modelli del Chronic Care Model con particolare attenzione allo sviluppo e al sostegno del self–management e al coinvolgimento dei care–givers.

Particolare attenzione è infine da dedicare allo sviluppo di azioni mirate per garantire una presa in carico integrata dei pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite.

Le gravi Cerebrolesioni Acquisite: il percorso appropriato, il monitoraggio dei processi assistenziali

Per Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) si intende un danno cerebrale di natura traumatica o non traumatica che determina una condizione di coma più o meno prolungato con Glasgow Coma Scale (GCS) < 8 in fase acuta associato a menomazioni motorie, cognitivo–comportamentali e sensoriali responsabili di gravi disabilità. Da questa definizione vengono quindi chiaramente escluse le patologie cronico–degenerative e la maggior parte degli ictus ischemici per i quali a livello regionale sono già state date indicazioni di appropriatezza per ricoveri e trattamenti riabilitativi.

I dati della letteratura scientifica dimostrano che soltanto un precoce intervento riabilitativo può condizionare un positivo risultato clinico, e pertanto il programma riabilitativo del paziente critico dovrà essere attuato quanto prima possibile rispetto al momento rianimatorio. Purtroppo si verifica molto spesso un eccessivo ritardo nel passaggio dalla rianimazione al reparto di riabilitazione, con implicazioni negative sull’attuazione del trattamento riabilitativo sia in termini quantitativi che qualitativi.

Per i pazienti in fase precoce trasferiti da reparti per acuti (Terapie Intensive, Neurochirurgie, ecc.), ancora potenzialmente instabili sul piano internistico generale e con necessità di assistenza medica e infermieristica dedicata nell’arco delle 24 ore, che necessitano di interventi riabilitativi intensivi omnicomprensivi, il ricovero è appropriato nei reparti di riabilitazione indicati come Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA) cod. 75, o, se in condizioni cliniche adeguate, in reparti cod.56 (riabilitazione intensiva ospedaliera) che devono essere sufficientemente presenti sul territorio regionale.

Si rende pertanto necessario assicurare:

- tempestività nell'intervento riabilitativo;
- accessibilità affinché il percorso possa essere garantito a tutte le persone che ne hanno necessità;
- efficienza con effettuazione di procedure riabilitative di validità riconosciuta e condivisa, evitando interventi di dubbia efficacia che inducono una domanda impropria da parte delle famiglie;
- continuità con coerente successione delle fasi di trattamento in funzione dell'evoluzione del processo morboso, della condizione clinica del paziente, ma anche della situazione familiare ed ambientale, con particolare attenzione all'integrazione con le strutture territoriali;
- precoce attivazione del livello territoriale per garantire adeguata continuità assistenziale, e nuova caratterizzazione, sia in termini di offerta che di opportuni collegamenti, dei servizi di riabilitazione territoriale, delle strutture territoriali di ricovero temporaneo e delle strutture a maggior vocazione socio assistenziale (RSA e RSD);
- coinvolgimento del paziente e della sua famiglia in tutte le fasi del percorso con l'obiettivo di favorire il processo di accettazione di eventuali disabilità non emendabili e di incrementare la capacità di gestione da parte dei familiari stessi.
- valorizzazione di percorsi per la presa in carico anche extraospedaliera dei pazienti operati di artroprotesi d'anca, con particolare riferimento alle strutture con particolare esperienza in tale campo;
- previsione di percorsi assistenziali specifici per le disabilità intellettive e relazionali in ragione della peculiarità di tale tipologia di disabilità.

Per i soggetti con grave disabilità e dipendenza da un'assistenza continuativa o con ridotta o assente responsabilità, l'obiettivo primario è, quando attuabile, la riconduzione del soggetto nel proprio contesto familiare con il supporto prioritario dell'ADI e dei servizi socio assistenziali territoriali.

In tale contesto sono individuati i seguenti obiettivi per il triennio:

1. attivazione nell'area vasta Centro dei p.l. per UGCA già previsti dal precedente PSR 2005–2007, utilizzando risorse presenti nel settore pubblico e/o privato accreditato e privilegiando lo sviluppo di esperienze già maturate;
2. riorganizzazione dell'offerta presente nelle strutture accreditate dell'area vasta Sud Est e dell'area vasta Nord Ovest;
3. definizione di specifici livelli di intervento per persone in stato di bassa responsabilità protratta e conseguente attivazione in tutte le aziende territoriali di moduli dedicati alla assistenza di tali persone, anche al fine di garantire la massima appropriatezza di ricovero nelle UGCA. La realizzazione degli interventi a livello territoriale dovrà tenere conto delle necessità delle singole realtà locali con nuovi progetti nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria o con riconversione di strutture extraospedaliere già esistenti.

Dati epidemiologici, oramai sufficientemente affidabili ed in linea con quelli di altre regioni italiane, calcolano un'incidenza di circa 350 casi/anno nella Regione Toscana solo per le GCA di natura traumatica ed emorragica. Restano da valutare con attenzione le GCA di natura anossica ed altra natura che sono in forte aumento, ma per le quali è necessario prendere in considerazione, almeno in alcuni casi, anche percorsi alternativi al trasferimento diretto da reparti per acuti alle UGCA.

Con apposito atto di Giunta saranno delineati gli interventi necessari al fine di assicurare un'appropriata organizzazione delle aree di assistenza e i criteri di trasferibilità dalle strutture ad alta specialità neuroriabilitativa a strutture a minor livello di intensità assistenziale.

L'assistenza protesica in riabilitazione

L'accesso all'assistenza protesica e il ricorso alle tecnologie facilitanti le autonomie personali e assistenziali sono elementi intrinseci del processo riabilitativo; il progetto riabilitativo individuale definisce il livello tec-

nologico degli ausili e dei dispositivi protesici appropriato alle caratteristiche della persona, dei suoi bisogni e individua gli obiettivi del loro utilizzo.

In questo contesto è fondamentale la conoscenza degli ausili disponibili e delle tecnologie innovative, avvalendosi del nomenclatore delle protesi e degli ausili, delle tecnologie domotiche per l'ambiente domestico, degli ausili personalizzati per l'istruzione, il lavoro e il tempo libero. L'equipe riabilitativa che indica il ricorso agli ausili si avvale, per particolari problematiche e tecnologie, della consulenza dei Laboratori ausili per la comunicazione e di quelli per le autonomie presenti nelle tre aree vaste, nonché dei centri di ricerca presenti sul territorio regionale.

Per garantire appropriatezza ed efficacia alla erogazione delle prestazioni di assistenza protesica, particolare attenzione deve essere posta sia al momento valutativo/prescrittivo che a quello autorizzativo e, ove previsto, al collaudo finale.

Le procedure attivate dalle aziende sanitarie per l'acquisizione dei dispositivi protesici, sia quelli definiti su misura ed in particolare con riferimento a quelli non personalizzati, devono essere impostate in modo da garantire adeguati standard qualitativi dei dispositivi medesimi ed adottare criteri selettivi che privilegino i requisiti di qualità.

5.6.1.8 Prevenzione delle malattie infettive e delle infezioni ospedaliere

L'attualità della patologia infettiva è confermata da alcune seguenti considerazioni tra cui la necessità di:

- un uso appropriato degli antibiotici nella cura e profilassi delle patologie da infezione sia in ambito intra che extra ospedaliero attraverso il sinergismo fra microbiologo ed infettivologo per la scelta degli antibiotici da testare negli antibiogrammi; la periodica revisione, tramite audit clinici, dei casi più complessi; l'utilizzazione di specifici antibiotici su indicazione dell'infettivologo; il parere obbligatorio dello specialista nei confronti della antibiosi di frontiera (casi multiresistenti, cluster epidemici in determinati reparti), per ovviare al grave fenomeno dello sviluppo di multiresistenze agli antibatterici;
- definire percorsi assistenziali e di isolamento per i malati infettivi in genere ed in particolare per i pazienti immunodepressi, per il supporto alla diagnosi e terapia delle infezioni opportunistiche e/o complesse in ambito oncologico, ematologico, trapiantologico e nelle terapie intensive;
- definire procedure e percorsi di diagnostica microbiologica e sierologia per il loro corretto utilizzo e interpretazione;
- costituire, all'occorrenza, una task force di pronto riferimento per le patologie emergenti (BSE, antrace,bioterrorismo, SARS, influenza aviaria);
- garantire l'assistenza clinica nelle patologie infettive nella popolazione detenuta, in quella migrante e nella fascia di popolazione emarginata (homeless, tossicodipendenti, prostitute);
- ottimizzare i percorsi di assistenza domiciliare integrata per la patologia infettiva evoluta (cirrosi scompensata, epatocarcinoma oltre all'infezione da virus dell'immunodeficienza umana);
- un adeguato e urgente controllo dell'infezione da HIV.

AIDS

Su questo ultimo punto siamo ben lontani dal controllo di tale patologia che anzi, durante gli ultimi anni presenta un aumento di prevalenza dovuto soprattutto ad un abbassamento della percezione del rischio ed accompagnato da un andamento epidemiologico fortemente cambiato, passando da una circolazione in soggetti appartenenti a categorie a rischio alla diffusione nella popolazione generale ed in particolare in soggetti eterosessuali.

Tale situazione ha portato ad una serie di conseguenze:

- la maggioranza delle infezioni viene scoperta in fase avanzata, spesso al momento in cui la malattia si manifesta in fase conclamata;
- il calo di attenzione verso la problematica AIDS e la convinzione che la malattia non riguardi comportamenti, ma sempre le categorie a rischio e che ormai sia una malattia guaribile;
- la bassa percezione del rischio e di conseguenza lo scarso uso dei profilattici;
- l'aumento della prevalenza dei casi di AIDS, dato il numero dei nuovi casi e l'aumentata sopravvivenza, che ha portato a un notevole incremento della spesa sanitaria per la cura della malattia.

Obiettivi per il triennio

Ne deriva la necessità di pianificare un programma di prevenzione che favorisca l'inversione del trend delle nuove infezioni, tenendo anche conto che lo sviluppo delle terapie, l'aver reso l'AIDS, se ben curato, una patologia cronica, impone di concentrare energie e risorse contro le discriminazioni e per l'efficacia delle terapie, con una attenzione particolare verso le popolazioni in condizioni di vita più disagiate:

- riqualificazione dei servizi in relazione all'evolversi del fenomeno, sviluppando a tal fine una modalità di lavoro per progetti, secondo criteri di adeguatezza e congruenza ai bisogni e di razionalità delle risorse;
- sviluppo di interventi di prevenzione sugli stili di vita mirati agli adolescenti ed agli adulti, in sinergia con le varie istituzioni e le associazioni del volontariato che, nel rispetto delle scelte individuali, promuovano l'uso del profilattico e di comportamenti non a rischio, con sviluppo delle iniziative all'interno dei centri di aggregazione;
- sviluppo delle azioni di sostegno finalizzate al reinserimento lavorativo e sociale delle persone sieropositive appartenenti alle fasce sociali più deboli;
- Maggiore diffusione e aumento dell'accessibilità al test in una ottica di diagnosi precoce;
- potenziamento del counseling pre e post test ovunque esso venga effettuato;
- garanzia della gratuità e dell'anonimato del test Hiv con particolare riferimento alle popolazioni a maggior rischio quali:
 - carceri: favorire e promuovere progetti riabilitativi volti al reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti sieropositivi, assicurando livelli di assistenza analoghi a quelli esterni;
 - tossicodipendenza ed alcolismo: coordinare l'attività di prevenzione all'AIDS con l'attività di prevenzione dell'abuso e dipendenza;
 - marginalità sociale: vanno assicurati percorsi terapeutici e assistenziali per i malati di AIDS senza fissa dimora, stranieri in regola con il permesso di soggiorno e non, persone non conosciute dai servizi, in collaborazione con le case di accoglienza e i servizi di bassa soglia;
- prevedere la costituzione dei comitati interaziendali di coordinamento tecnico scientifico in ambito infettivologico;
- garantire, rispettando l'appropriatezza nell'uso dei farmaci, le necessità terapeutiche ai pazienti sieropositivi per HIV.

Controllo delle Infezioni

Le complicanze infettive delle procedure assistenziali sono un problema rilevante la cui persistenza è anche legata all'aumento della complessità delle cure e della criticità dei pazienti. Tuttavia possono essere prevenute dall'applicazione di misure di controllo e strategie efficaci. I costi ad esse imputabili, sia di natura assistenziale che legati al contenzioso e al danno di immagine, sono tali da rendere gli interventi di controllo delle infezioni una priorità per il sistema sanitario toscano. L'evoluzione di modelli assistenziali inoltre impone di passare dal concetto di infezione ospedaliera a quello di infezione correlata alle procedure assistenziali (ICPS), con l'estensione dell'applicazione di standard di qualità e sicurezza a ogni modalità di erogazione delle cure.

La Regione Toscana intende promuovere un piano di interventi identificati in base alla loro efficacia e alla riduzione dei costi legati alla non qualità, per avviare in tutte le Aziende un programma di attività condivi-

so, sostenibile e continuativo dai risultati incisivi e misurabili mediante indicatori uniformi di attività e risultato. Nella definizione del programma di attività la Regione si avvarrà del parere di un Comitato di Coordinamento in rappresentanza delle tre Aree Vaste regionali, e di un Comitato Tecnico – Scientifico che garantisca il coordinamento interprofessionale e il collegamento con le altre attività promosse a livello nazionale.

Obiettivi per il triennio

Gli obiettivi indicati alle Aziende, costituiscono requisiti Regionali di accreditamento e sono finalizzati a:

- mantenimento e sviluppo di iniziative di sorveglianza che riguardino sia la sorveglianza attiva di aree di particolare criticità, sia il monitoraggio di dati correnti;
- miglioramento della qualità della pratica assistenziale e della sicurezza di pazienti e operatori, da conseguire attraverso la produzione, l'implementazione e la verifica di impatto di protocolli e linee guida condivisi.

In particolare, si indicano le seguenti azioni per specifiche aree assistenziali:

Area Chirurgica

Azioni di sorveglianza

- Effettuazione di studi ripetuti di incidenza delle complicanze infettive secondarie ad interventi chirurgici, che comprendano anche modalità di sorveglianza post-dimissione.

Azioni di miglioramento della qualità

- Verifica delle modalità di effettuazione della profilassi antibiotica in chirurgia, con l'obiettivo di valutarne la coerenza con le linee guida nazionali e regionali e di correggere le aree di inappropriata.
- Implementazione di modalità appropriate di gestione preoperatoria del paziente

Area Intensivistica

Azioni di sorveglianza

- Attivazione di un protocollo di sorveglianza continua delle infezioni nelle U.O. di Terapia Intensiva, attraverso l'adesione al "petalo infezioni" – Progetto Margherita – in collaborazione con l'Istituto Mario Negri

Azioni di miglioramento della qualità

- Validazione e implementazione dei Documenti di Consenso regionali esistenti, e redazione, diffusione e validazione di Linee Guida Regionali per la prevenzione delle polmoniti correlate alla ventilazione assistita.

Area della sorveglianza di laboratorio e dell'appropriatezza delle terapie antiinfettive

Azioni di sorveglianza

- Attivazione di un protocollo di sorveglianza continua attraverso la rete dei laboratori di microbiologia, rivolto alla identificazione degli eventi epidemici, alla definizione degli agenti patogeni prevalenti e dei loro profili di resistenza.

Attività di miglioramento della qualità

- Programmazione e attuazione della formazione specifica sul tema della prevenzione delle resistenze e del corretto utilizzo degli antibiotici per gli operatori delle aree critiche ospedaliere, dell'area chirurgica e delle strutture residenziali assistenziali e produzione di linee guida per il trattamento delle infezioni da microrganismi resistenti.

Altre aree prioritarie

Attività di sorveglianza

- Avvio di una indagine pilota sulle infezioni correlate alle procedure assistenziali nelle RSA.
- Sorveglianza continua degli eventi epidemici e monitoraggio degli eventi sentinella.
- Monitoraggio specifico del rischio biologico occupazionale, avviando sistemi di sorveglianza degli incidenti che interessino anche le strutture assistenziali extraospedaliere.
- Miglioramento dell'accuratezza della sorveglianza e delle modalità di segnalazione delle malattie soggette a notifica obbligatoria.

Attività di miglioramento della qualità

- Identificazione e coordinamento a livello regionale di centri di riferimento per specifiche problematiche, quali la Legionellosi, la tipizzazione dei microrganismi responsabili di infezioni trasmesse con gli alimenti, la tipizzazione molecolare dei microrganismi che si presentano in forma epidemica, la caratterizzazione delle resistenze antibiotiche.

5.6.1.9 Il percorso di diagnosi e cura delle maculopatie degenerative

Considerando un'incidenza annuale di Degenerazione maculare legata all'età (AMD) neovascolare pari a 1.05 per 1000 sopra i 55 anni di età (dal Rotterdam Study) e i dati ISTAT sulla popolazione toscana, si attendono in Italia 19.572 nuovi casi per anno.

In Toscana i casi incidenti attesi ogni anno sono 1.308 distribuiti nelle Aree Vaste come segue: 478 (Nord-Ovest), 528 (Centro), 302 (Sud-Est).

I dati disponibili indicano che la prevalenza è circa 10 volte l'incidenza annuale in valore assoluto, dato sostenuto dal fatto che l'età media dei malati è 75 anni, che la loro attesa media di vita è 10 anni e che la neovascolarizzazione coroideale (CNV) che caratterizza la AMD neovascolare ha effetti irreversibili sulla visione.

Il danno visivo legato alla AMD neovascolare è massimo nei primi mesi di malattia. Sebbene un certo recupero visivo si ottenga con le moderne terapie anti-VEGF, buona parte del danno subito è irreversibile. Per questo si dovrebbe poter diagnosticare e trattare un malato di AMD neovascolare entro 15–30 giorni in modo da stabilizzare la visione nella maggior parte dei soggetti prima che si realizzi un profondo deficit visivo.

Difficilmente il paziente che viene colpito da AMD neovascolare nel primo occhio riconosce tempestivamente i sintomi e richiede prontamente la diagnosi e il trattamento. Per ovviare a ciò si possono proporre interventi per l'individuazione e l'educazione dei soggetti a rischio. Sono a maggior rischio di sviluppare una AMD neovascolare (20% in 5 anni) soggetti di età maggiore di 55 anni che presentino lesioni maculari, che si possono individuare con un esame del fondo oculare.

A queste persone possono essere prescritti alcuni antiossidanti che hanno dimostrato di ridurre del 20–25% il rischio di malattia in un ampio studio randomizzato controllato (AREDS). Tali soggetti a rischio, se fumatori, dovrebbero essere avviati a programmi anti-fumo, in quanto questa esposizione aumenta di 3 volte il rischio di AMD neovascolare. Di semplice realizzazione sarebbero campagne di informazione sui sintomi della malattia dirette al medico di medicina generale ed al pubblico che afferra agli ambulatori medici, ad esempio con mezzi visivi. Saranno promossi inoltre programmi di screening che potrebbero essere limitati alle fasce d'età più elevate, sia per la maggiore incidenza di AMD con l'età, sia per la prevedibile minore autonomia di gestione della propria salute negli anziani fragili.

La AMD neovascolare ha un importante impatto psicologico sul malato anche se è colpito un solo occhio. Tuttavia, la compromissione della qualità della vita e della autonomia del paziente si verifica quando il secondo occhio viene coinvolto (rischio del 40% in 5 anni). Per ridurre la disabilità utilizzando le nuove terapie disponibili è fondamentale realizzare una rete assistenziale che conduca il paziente ad un rapido trattamento e ad una efficiente gestione del percorso clinico, attraverso gli specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, ai quali spetta in parte la sorveglianza in fase di cronicità insieme ai medici di medicina gene-

rale.

Nella medicina moderna il malato assume progressivamente il ruolo di soggetto attivo, coinvolto nella gestione della propria malattia cronica e capace di interagire con il sistema di cura tramite le associazioni che lo rappresentano. Una naturale estensione di ciò è il ruolo che il volontariato assume nella educazione sanitaria delle persone che vengono colpite da AMD neovascolare, anche allo scopo di fornire loro sostegno. Le associazioni di malati svolgono azioni di supporto al singolo malato accanto al personale sanitario e possono contribuire alla umanizzazione ed al miglioramento del percorso clinico. La pianificazione di campagne educative e di screening per la AMD neovascolare deve quindi avvenire insieme alle associazioni dei malati e delle associazioni che istituzionalmente collaborano con la Regione Toscana e il territorio alla realizzazione di tali attività e che possono inoltre contribuire al loro svolgimento tramite il volontariato.

5.6.1.10 La rete specialistica per la diagnosi e la cura delle malattie rare

L'assistenza ai soggetti portatori di malattie rare si conferma tra le azioni prioritarie del vigente Piano. Garantire trasparenza delle istituzioni, informazione sui servizi erogati e qualità degli stessi sono elementi di grande impegno per la Regione Toscana.

Nel corso della vigenza del PSR 2005–2007 l'impegno regionale è stato concentrato nel dare applicazione agli indirizzi nazionali.

Nel triennio si sono consolidate le azioni e in collaborazione con il Forum regionale e i professionisti della rete delle malattie rare sono stati individuati i presidi dedicati alla diagnosi e alla cura delle malattie rare ed è stato istituito il registro regionale delle malattie rare come articolazione del registro nazionale.

Diventa uno degli obiettivi prioritari del prossimo triennio potenziare le funzioni della rete regionale delle malattie rare, nella finalità di assicurare ai cittadini percorsi assistenziali clinico diagnostici omogenei, appropriati e condivisi.

Il registro, gestito per conto della Regione Toscana dalla Fondazione CNR – Regione Toscana “Gabriele Monasterio”, è uno degli strumenti funzionali al potenziamento della rete che, oltre a produrre misure epidemiologiche delle diverse malattie, consente di affrontare una delle criticità evidenziate in questo settore, ovvero la necessità di migliorare la diffusione delle conoscenze scientifiche, in particolare per quelle malattie per le quali proprio la rarità, la mancanza di informazione sui percorsi assistenziali assicurati, costituisce un problema vitale per i soggetti che ne sono portatori.

Gli obiettivi sopra indicati trovano conferma anche nel “Programma di azione comunitario” nel settore della sanità pubblica 2003 – 2008 che individua, come azioni comunitarie specifiche per le malattie rare lo scambio di informazioni a livello internazionale e lo sviluppo integrato di strategie e meccanismi di prevenzione.

Diventa obiettivo strategico del Piano, strutturare un modello organizzativo che privilegi i sistemi di comunicazione, di collaborazione e di coordinamento tra i presidi della rete regionale delle malattie rare con quella nazionale e tra questi e la rete europea.

La commissione di coordinamento regionale, nominata dal Consiglio Sanitario Regionale, assicura il coordinamento professionale nel settore, e conseguentemente la omogeneità e la appropriatezza dei percorsi di cura.

Nel triennio di vigenza del Piano la medesima commissione, integrata con le professionalità necessarie, dovrà elaborare:

- un protocollo che definisca le procedure operative cui si deve attenere ogni presidio della rete, anche in relazione agli accordi definiti a livello nazionale;
- le procedure organizzative che assicurino l'approccio interdisciplinare al paziente, l'integrazione con i servizi territoriali e il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta per l'erogazione dell'assistenza

in ambito domiciliare.

Costituiscono ulteriori elementi operativi del vigente Piano:

1. l'implementazione del sito web regionale gestito per conto della Regione dalla Fondazione CNR – Regione Toscana “Gabriele Monasterio”;
2. il consolidamento dell'attività del registro anche attraverso una articolazione a rete territoriale con punti di riferimento per Area Vasta;
3. lo sviluppo di programmi di ricerca sulla diagnosi ed il trattamento delle malattie rare incluso la disponibilità dei farmaci orfani prevedendo anche l'adesione ai progetti di ricerca nazionali ed europei;
4. lo sviluppo dei rapporti tra i presidi della rete per diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici;
5. la diffusione delle informazioni sui percorsi assistenziali accreditati presso tutti gli operatori del sistema coinvolti (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta ecc.) sfruttando anche le sinergie con le associazioni dei malati e dei loro familiari;
6. la realizzazione di periodici eventi di comunicazione tecnico/scientifica che coinvolgano i cittadini ed i professionisti e che con la collaborazione degli Atenei toscani favoriscano la conoscenza delle malattie rare da parte degli studenti universitari.

Inoltre, è prioritario che vengano attivati percorsi di formazione/addestramento, all'interno della rete specialistica regionale, affinché l'assistenza ai soggetti portatori di malattie rare, ancorché pianificata e monitorata dal centro di riferimento, venga garantita appropriatamente ed in sicurezza presso il presidio accreditato a tale terapia più vicino al domicilio del paziente, ciò anche in situazioni di urgenza. In tale contesto logico, può costituire utile esempio di approccio organizzativo quello proposto e progettato nel campo dell'assistenza per il paziente affetto da coagulopatie congenite (emofilia e sindromi correlate) in caso di emorragia. È possibile infatti prevedere tre livelli di intervento:

1. inserimento nella rete regionale del data base del Centro regionale di riferimento;
2. garanzia della presenza di farmaci antiemorragici nei Pronto Soccorso individuati;
3. attivazione di seminari annuali di formazione in ogni area vasta e corsi di training presso il Centro di riferimento.

5.6.1.11 Diagnostica predittiva e medicina personalizzata

Si è visto, nel corso degli anni, un processo evolutivo che ha segnato il passaggio dalla medicina curativa a quella preventiva e, contestualmente, da un approccio dell'organizzazione dei servizi sanitari da individuale a collettivo con azioni non più limitate al controllo dei sintomi, ma anche e soprattutto ad interventi di prevenzione primaria e secondaria.

I temi dell'educazione alla salute e della diagnosi precoce hanno assunto crescente importanza determinando significativi risultati in termini di riduzione della morbilità e della mortalità per molte patologie ed in particolare per alcuni tumori (lotta al fumo e tumori polmonari, citologia vaginale e cancro del collo dell'utero).

Più recentemente si è sviluppato un nuovo settore della medicina che, con il supporto di una diagnostica prevalentemente di tipo genetico, definisce il rischio individuale di sviluppare una patologia, consente di prevedere una particolare predisposizione o un significativo aumento della probabilità di una persona di ammalarsi.

Studi di prospettiva (Progetto Genoma) fanno prevedere un notevole aumento di test predittivi per sempre più malattie e la possibilità, attraverso la farmacogenomica, di disporre di farmaci bersaglio specifici e individualizzati.

Il presente PSR delinea la necessità di cogliere il valore della diagnostica predittiva monitorizzandone strettamente le acquisizioni, ed impegna le strutture regionali, sulla base delle informazioni relative al rischio individuale, a definire percorsi assistenziali per il singolo utente nei casi in cui sia stato definito con queste metodiche, un rischio elevato (medicina personalizzata).

La conoscenza di un preciso rischio individuale obbliga a programmi di controllo intensivi diversi da quelli previsti per l'intera popolazione ed una maggiore flessibilità clinico organizzativa in grado di attuare procedure personalizzate.

In senso estensivo sono riconducibili nell'ambito della medicina predittiva i seguenti campi di applicazione:

- a) **rischio ereditario/genetico specie in ambito oncologico:** l'ITT ha previsto uno specifico percorso assistenziale che a partire dal MMG e attraverso i Dipartimenti Oncologici concentri la casistica in strutture specifiche di Area Vasta in grado di definire il rischio individuale, attivarsi sulla famiglia, adottare specifiche azioni diagnostiche e terapeutiche;
- b) **diagnostica prenatale:** la conoscenza del rischio in utero consente non solo una specifica gestione della gravidanza, ma anche l'attivazione di procedure terapeutiche personalizzate in epoca perinatale e programmi di controllo appropriati dopo la nascita;
- c) **farmacogenetica:** l'acquisizione di conoscenza in termini di resistenza su base individuale a determinati farmaci può consentire scelte farmaceutiche personalizzate e tempestivamente efficaci.

È evidente che il settore della diagnostica predittiva è, al momento, uno degli ambiti di ricerca più interessanti anche perché apre la strada alla sconfitta di molte malattie; tuttavia esso conduce a problematiche rilevanti soprattutto di tipo etico per la complessità e delicatezza delle informazioni, per il coinvolgimento di più individui appartenenti ad una famiglia, per la pressione mediatica sul valore di indagini peraltro particolarmente costose.

Il tema necessita di un approccio equilibrato, in grado di coniugare, da una parte, una attenzione scrupolosa per i significati innovativi e insieme etici della problematica, dall'altra la capacità di garantire un'appropriatezza clinico-organizzativa del sistema, mediante l'adozione di linee guida e regole.

Il presente PSR intende valorizzare l'ambito della medicina personalizzata fornendo "linee guida di principi" in grado di definire:

1. informazione adeguata e responsabile per una coscienza collettiva dei cittadini;
2. le acquisizioni necessarie agli operatori coinvolti nel percorso assistenziale;
3. le finalità per il malato e l'appropriatezza per l'uso dei test;
4. i criteri con i quali valutare tempestivamente le opportunità da offrire e i settori da approfondire o assumere in via sperimentale;
5. la pertinenza rispetto al funzionamento del sistema di rete e i servizi necessari;
6. La proporzionalità rispetto alle risorse impiegate (analisi *cost-effectiveness*).

In tale contesto, e nei limiti di quanto sopra ricordato, un ruolo centrale, in campo biomedico, è oggi riconosciuto alla genetica.

La programmazione regionale, a tale proposito, ha pianificato da una parte gli ambulatori di genetica medica sul territorio rivolti ai pazienti e agli altri specialisti, dall'altra la centralizzazione dei laboratori con lo scopo di raggiungere una più razionale organizzazione in termini di qualità, di programmazione e di sviluppo culturale.

Nell'ambito del piano precedente sono stati individuati alcuni obiettivi prioritari, di seguito indicati, definiti con specifici atti deliberativi (D.C.R. n. 145/2004 e DGR n. 685/2005 DGR 887/2006):

- attivare un coordinamento scientifico e organizzativo di ambito regionale;

- garantire i test genetici presidiandone i criteri di sensibilità e specificità;
- programmare l'attività di genetica al fine di evitare sovrapposizioni o carenze;
- definire le modalità per l'introduzione di nuovi test genetici;
- collegare il percorso diagnostico con lo specialista clinico di riferimento della patologia;
- garantire la fase pre-test e post-test di consulenza genetica;
- assicurare l'esecuzione dei test genetici in strutture autonome di genetica con personale dedicato.

Il Coordinamento regionale scientifico e organizzativo per le attività di genetica medica è stato costituito per le seguenti finalità:

- rendere ottimali ed uniformi diagnosi, prevenzione e cura (intesa anche come riabilitazione) degli utenti;
- garantire la rispondenza dei percorsi clinico/diagnostici ai requisiti identificati anche a livello nazionale e internazionale per specifiche patologie genetiche (diagnosi presintomatica, diagnosi ai minori);
- assicurare la omogeneità operativa territoriale offerta nelle tre Aree Vaste.

Con la DGR 714/2007 è stato approvato lo schema di accordo tra la Regione Toscana e la Regione Emilia Romagna per l'istituzione di un osservatorio per l'attività di genetica che tra i suoi obiettivi si propone di condividere criteri, atti e percorsi assistenziali e formativi.

Nel corso del triennio di vigenza del piano si è provveduto a strutturare opportunamente il quadro normativo di riferimento.

Le recenti acquisizioni nella comprensione di come i fattori genetici contribuiscano alla suscettibilità, alla progressione e alla risposta ai trattamenti pongono nuove sfide ai servizi sanitari. I laboratori di genetica devono essere definiti con logiche di appartenenza dell'intera rete dei laboratori toscani. Gli scopi dei test genetici con le conoscenze attuali non riguardano più soltanto la salute delle future generazioni, ma anche i rischi attuali di chi si sottopone al test. Inoltre, mentre i test genetici tradizionali erano focalizzati su malattie monogeniche rare, gli attuali test interessano patologie multifattoriali nelle quali la componente genetica è solo una parte. La conseguenza è un espandersi del numero dei test genetici con rilevanti implicazioni per la popolazione, quindi occorrerà programmare una corretta informazione e una adeguata distribuzione dei servizi al fine di assicurare qualità della attività e razionalizzazione della spesa. In particolare occorre, come sopra ricordato:

- definire i requisiti minimi di accreditamento per i servizi di genetica medica;
- definire linee guida per l'appropriatezza di erogazione dei test genetici, attraverso appropriati percorsi di health technology assessment;
- strutturare l'attività dell'Osservatorio Interregionale per l'attività di genetica;
- programmare opportunamente la distribuzione e l'offerta dei servizi sul territorio regionale valutando i costi in termini di personale, di strutture, di test da erogare;
- organizzare interventi di formazione e informazione rivolti prioritariamente agli operatori sanitari e ai cittadini fruitori del servizio;
- attivare una rete con medici di famiglia e pediatri di libera scelta. A loro è demandata la gestione dei pazienti; quindi, una corretta formazione/informazione sulla patologia genetica e sulle eventuali complicazioni a distanza, è di fondamentale importanza per la qualità di vita degli stessi. La rete può garantire il follow-up utile per i possibili aggiornamenti diagnostici e per una programmazione assistenziale regionale;
- assicurare il percorso diagnostico secondo le indicazioni regionali;
- coinvolgere le associazioni dei pazienti e dei loro familiari;
- implementare l'informatizzazione dei laboratori al fine di garantire un sistema di qualità nel flusso dei dati assicurando l'attuazione delle raccomandazioni del Garante per la Privacy;

- attivare un sistema di rete informatica tra i servizi di genetica, la rilevazione toscana dei difetti congeniti e il Registro Toscano Malattie Rare;
- attivare un sistema di flussi informativi che consentano una rilevazione puntuale dei dati di attività di genetica;
- attivare strumenti di sorveglianza e audit attraverso la condivisione degli indicatori di attività e di impatto economico.

5.6.1.12 Assistenza termale

Lo sviluppo delle politiche di salute della Regione relative al settore termale è indirizzato alla promozione e valorizzazione dell'offerta termale toscana tramite il rilancio del ruolo sanitario delle strutture termali regionali. In particolare sono individuati i seguenti obiettivi:

- individuazione di riferimenti certi per la autorizzazione e l'accreditamento degli stabilimenti termali, anche in attuazione degli accordi nazionali per la erogazione delle prestazioni termali;
- individuazione di percorsi riabilitativi e definizione di prestazioni sanitarie per le quali esistono evidenze scientifiche d'efficacia se erogate in ambiente termale, anche tramite la attivazione di sperimentazioni in relazione a specifiche patologie;
- promozione dei rapporti tra strutture termali ed Università, anche ai fini del coinvolgimento delle aziende termali nella realizzazione di indagini epidemiologiche e statistiche e di ricerche scientifiche nel campo degli interventi sanitari termali;
- verifica ed eventuale revisione dei requisiti per la attribuzione di livelli tariffari differenziati relativamente alla remunerazione delle prestazioni sanitarie termali erogate con oneri a carico del servizio sanitario regionale;
- verifica della possibilità di inserimento degli stabilimenti termali nello sviluppo dei processi di integrazione delle medicine complementari e delle discipline bionaturali (DBN) negli interventi per la salute;
- sostegno ad azioni coordinate con il livello territoriale al fine di promuovere la realizzazione, presso le aziende termali, di programmi finalizzati alla promozione di sani stili di vita.

Entro 180 giorni dall'approvazione del presente piano, la Giunta regionale provvede a istituire uno strumento di governo coordinato tra settore turismo e sanità, al fine di assicurare la coerenza dell'offerta termale con le linee del presente piano.

5.6.1.13 Il patrimonio scientifico, documentario ed artistico delle aziende sanitarie

Le aziende sanitarie sono chiamate ad occuparsi della conservazione e valorizzazione del patrimonio storico culturale e scientifico di rilievo ai fini della documentazione dell'evoluzione storico-culturale e scientifica della sanità pubblica.

In particolare i settori su cui intervengono sono i seguenti:

- i beni strumentali, costituiti dalla strumentazione scientifica dimessa e ritenuta di interesse per la storia della scienza e della tecnica;
- il patrimonio storico artistico, beni mobili e immobili;
- i patrimoni archivistici;
- i patrimoni antichi delle biblioteche;
- il patrimonio librario e documentario corrente, libri scientifici/riviste scientifiche per le necessità delle aziende.

Le finalità sopra indicate sono perseguite dalle aziende sanitarie tramite le proprie strutture ed avvalendosi di specifiche competenze, anche in stretto raccordo con le Università (vedi Centro tutela e valorizzazione antico patrimonio scientifico senese) e gli istituti di ricerca nazionali e internazionali.

La legge regionale n.40/2005, all'articolo 116, prevede che "le aziende per l'accertamento della rilevanza dei beni ai fini della documentazione dell'evoluzione storica, culturale o scientifica della sanità pubblica e per stabilire le modalità per la loro conservazione, tutela e valorizzazione, possono avvalersi di apposite commissioni tecniche, nonché della collaborazione dei competenti organismi dell'amministrazione statale e regionale preposti alla loro tutela e valorizzazione culturale scientifica".

La Giunta già nel 2000 ha dato indicazioni per la costituzione di tre Commissioni tecniche con funzioni di area vasta. Questi organismi con varia composizione ed assetto giuridico, hanno sviluppato i diversi filoni di attività in maniera anche molto differenziata. Sono stati realizzati vari interventi: operazioni inventariali, percorsi museali, pubblicazioni editoriali ed avviate iniziative per la biblioteca in rete.

Nel 2007 sono stati approvati nuovi indirizzi regionali per rafforzare i vari livelli organizzativi e risistemare complessivamente la materia. Viene valorizzata la funzione di promozione esercitata a livello d'area vasta dalle Commissioni tecniche, che devono garantire il coordinamento tra le aziende dell'area vasta, predisporre un piano annuale di attività a livello di area vasta e assicurare il raccordo con il livello regionale.

Il Comitato regionale, istituito con la DGR 462/2007, costituisce la sede di coordinamento e di monitoraggio delle iniziative sul territorio. È composto da rappresentanti della Direzione Generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, della Direzione Generale Politiche formative, beni e attività culturali, delle Commissioni tecniche di Area vasta, della Direzione regionale del Ministero per i Beni e le attività culturali, dell'Università e dell'Ordine dei Medici.

La presente azione di Piano sanitario regionale intende promuovere e sostenere le attività delle Aziende sanitarie sulla base dei seguenti interventi:

- valutazione, selezione e conservazione, in stretta connessione con le Sovrintendenze, della documentazione amministrativa, storica e sanitaria delle singole aziende e corretta distruzione della documentazione di cui non necessita la conservazione;
- selezione e catalogazione della strumentaria medica secondo le norme dell'ICCD;
- catalogazione dei beni storico-artistici e dei beni archivistici secondo standard concordati;
- reperimento locali idonei per la conservazione della strumentaria scientifica obsoleta, dei beni storico-artistici e dei beni archivistici;
- promozione dello studio e della documentazione degli edifici ad uso ospedaliero e sanitario – mantenendo gli opportuni contatti con le autorità competenti in materia di beni ambientali e architettonici;
- promozione fra gli operatori e nella popolazione, di un'azione di conoscenza e sensibilizzazione sulla storia della sanità e dell'assistenza nella realtà Toscana. Sviluppo di iniziative di divulgazione della cultura scientifica in un quadro d'evoluzione storica rivolte agli operatori, ai cittadini e al mondo della scuola;
- costituzione di un sistema bibliotecario integrato relativo alla documentazione biomedica per le necessità delle Aziende Sanitarie. Realizzazione di un catalogo unico integrato con le Università;
- promozione di interventi di formazione e qualificazione del personale che si occupa della gestione del patrimonio storico artistico culturale e scientifico e delle biblioteche nell'ambito delle Aziende sanitarie.

La presente azione di piano evidenzia inoltre la necessità di stabilire forme di collegamento e collaborazione con le specifiche iniziative e attività di cui al Piano integrato della Cultura 2008–2010.

Costituiscono obiettivi per il prossimo triennio:

1. piena applicazione degli indirizzi regionali relativi all'organizzazione delle strutture aziendali e regionali di riferimento;
2. reperimento locali idonei per la conservazione della strumentaria scientifica e della documentazione clinica di carattere storico;
3. utilizzo scheda unica a livello regionale per selezione e catalogazione della strumentaria medica secondo le norme dell'ICCD;
4. realizzazione di eventi di promozione e divulgazione.

Infine una gran parte delle opere d'arte presenti nei nostri musei proviene dagli ospedali. L'arte veniva utilizzata come sostegno al paziente ricoverato e se oggi appare alquanto rischioso togliere opere d'arte dai musei per rimetterle nelle strutture sanitarie, appare invece utile promuovere l'arte contemporanea nei reparti ospedalieri sia sotto forma di opere che di realizzazione di reparti con attenzione all'arte figurativa, arte e architettura, arte come musica o come presenza spettacolare. L'ospedale ma più ancora la struttura sanitaria a bassa intensità deve abbandonare l'immagine asettica per tornare luogo di speranza di vita e di sostegno anche nella struttura.

5.6.1.14 Assistenza religiosa

La legge 23 dicembre 1978 n. 833 all'articolo 38 prevede che presso le strutture di ricovero del S.S.N. sia assicurata l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino.

La Regione Toscana considera diritto fondamentale il rispetto delle diverse opzioni filosofiche, esistenziali e delle fedi religiose e intende assicurare il servizio di assistenza religiosa presso tutte le strutture di ricovero in conformità delle norme concordatarie e statali vigenti in materia.

A tal fine le Aziende sanitarie sono tenute a disciplinare l'ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica d'intesa con gli ordinari diocesani competenti per territorio e, per gli altri culti, d'intesa con le rispettive autorità religiose competenti per territorio, in conformità agli indirizzi regionali.

In ogni Azienda Sanitaria dovranno essere garantite, attraverso apposite convenzioni con le autorità ecclesiastiche locali, le modalità organizzative atte ad assicurare l'assistenza religiosa all'interno dei servizi socio-sanitari.

I rapporti relativi all'assistenza religiosa cattolica sono regolati da un Protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e la Conferenza Episcopale Toscana, comprensivo di uno schema tipo di convenzione da stipularsi tra le Aziende Sanitarie e le competenti autorità ecclesiastiche locali.

5.6.2 Progetti Obiettivo

La strategia regionale di promozione di un sistema integrato di interventi socio sanitari ha come strumento fondamentale i progetti obiettivo ad alta integrazione, che costituiscono parte integrante e nucleo delle attività dei servizi socio sanitari territoriali. La loro realizzazione avviene nell'ambito della organizzazione sanitaria territoriale, fatte salve le necessarie connessioni ed implicazioni rispetto all'organizzazione delle strutture ospedaliere di secondo e di terzo livello.

I progetti obiettivo definiscono le strategie programmatiche specifiche per dare una risposta completa ed unitaria ai bisogni complessi in essi rappresentati, secondo i principi dell'unitarietà d'intervento, della continuità assistenziale, della valutazione multidimensionale del bisogno, del piano personalizzato di intervento, della progettazione integrata delle risposte sanitarie e sociali e della condivisione degli obiettivi, della valutazione

partecipata e periodica degli esiti.

La metodologia di lavoro, orientata per progetti, mira alla personalizzazione degli interventi al fine di collegare, in modo qualitativo, i bisogni alle risposte e migliorare l'accessibilità ai servizi, unificando i punti d'accesso e contrastando le disuguaglianze, garantendo la tutela soprattutto dei soggetti più deboli.

Come ricordato nelle pagine precedenti, quindi, è fortemente ricercata la unitarietà della programmazione strategica con il PISR, nei campi ove questa appare qualificante e necessaria. A tal fine i progetti sottoriporati sono confermativi ed integrativi a quanto già previsto dal PISR.

5.6.2.1 Salute Mentale

Nel corso del triennio di vigenza del Piano Sanitario Regionale 2005–2007 è proseguita l'azione di consolidamento della rete integrata dei servizi territoriali per la salute mentale coerentemente con i principi organizzativi indicati fin dal 1995 dall'OMS nel documento "World Mental Health: Problems and Priorities in Low–Income Countries" e nel rispetto dei principi fondamentali che stanno alla base del modello organizzativo dei servizi della Toscana:

- la conferma del divieto di ogni forma di contenzione fisica e l'attenzione alla persona alla sua storia e al suo contesto culturale e sociale;
- lo sviluppo delle più appropriate forme di assistenza e di cura, anche per combattere l'isolamento e lo stigma;
- il "prendersi cura" della persona, il sostegno alla famiglia e la definizione del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato mirato al superamento delle sue difficoltà psicologiche e se possibile, alla sua guarigione, recupero del suo ruolo sociale e familiare;
- la realizzazione di servizi di salute mentale di comunità con l'attivazione di interventi assistenziali che si sviluppino nella, e con, la comunità locale;
- servizi diffusi sul territorio, versatili, culturalmente integrati.

In particolare nel triennio l'impegno della Regione e dei Dipartimenti di Salute Mentale è stato concentrato su alcune linee di azione:

- analisi e confronto sull'organizzazione dei servizi di salute mentale in coerenza con le scelte strategiche della Toscana, rivolgendo l'attenzione ai pertinenti livelli di programmazione: Aziendale e delle Società della Salute;
- sviluppo di una cultura orientata alla verifica e valutazione del grado di raggiungimento dei risultati, all'appropriatezza ed efficacia delle azioni e al monitoraggio delle attività dei servizi;
- istituzione della Commissione regionale per il governo clinico della salute mentale (Deliberazione G.R. 1210 del 12.12.2005) e avvio di azioni riguardanti:
 - un'appropriata valutazione dei servizi: l'accreditamento dei servizi per la salute mentale;
 - la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti (andamento della mortalità su popolazione di pazienti seguiti dai servizi di salute mentale della Toscana);
 - i rapporti tra i Dipartimenti di Salute Mentale e le Università;
 - le competenze professionali e la relazione tra operatori e pazienti;
- monitoraggio delle attività dei servizi attraverso l'avvio di un Sistema Informativo Regionale sulla Salute Mentale sulla base del progetto approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1181 del 28.10.2002 e inserimento dello stesso nel Manuale di certificazione dei flussi informativi sanitari per il monitoraggio continuo dell'attività dei servizi;

- definizione del ruolo delle Aziende Ospedaliere Universitarie, delle Università e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nell'ambito dell'assistenza, della formazione e della ricerca nell'ambito della salute mentale;
- promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, anche tramite l'adozione di specifiche linee guida, attraverso la prevenzione e l'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva e dei disturbi psichici nell'età adolescenziale e l'elaborazione di percorsi assistenziali per la gestione dell'emergenza psichiatrica;
- sviluppo di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), con particolare attenzione ai Centri ambulatoriali aziendali, in applicazione di quanto disposto nelle linee guida adottate dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 279 del 18.4.2006, come specificato nel progetto speciale "Alimentazione e salute" del presente Piano;
- analisi dei percorsi assistenziali per pazienti affetti da disturbi dello spettro autistico e avvio di sperimentazioni di servizi integrati per la diagnosi precoce, la cura e l'assistenza.

I Dipartimenti di Salute mentale, pur trovando qualche difficoltà in termini organizzativi, che necessitano di approfondimenti, anche con opportuni tavoli di concertazione, hanno cercato di rispondere adeguatamente alle richieste di assistenza sempre più diffuse ed articolate dal lato dei bisogni da parte di utenti con vari disturbi compresi quelli "gravi".

Gli utenti attivi in carico ai servizi sono circa 90.000 di cui circa 27.000 minori di età. I ricoveri nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura hanno avuto una leggera flessione, mentre è da tenere sotto controllo il dato dei Trattamenti Sanitari Obbligatorii (T.S.O.). In Toscana il tasso di mortalità per suicidi risulta più basso della media nazionale con una tendenza alla diminuzione del fenomeno.

La rete dei servizi, relativamente alla salute mentale adulti, è abbastanza articolata e diversificata in relazione ai bisogni. Per quanto riguarda le strutture residenziali, in questi anni è proseguita l'azione di riorganizzazione e adeguamento delle stesse sulla base di quanto indicato nel precedente Piano Sanitario Regionale. A tale riguardo si evidenziano le difficoltà incontrate dai servizi per attivare una maggiore mobilità nell'ambito delle strutture terapeutico-riabilitative soprattutto per la carenza di programmi e investimenti abitativi diretti a garantire l'inserimento sociale dei pazienti attraverso idonee soluzioni. Critica si presenta anche la risposta al bisogno di inserimenti lavorativi per le persone con problemi di salute mentale. Come specificato nel paragrafo 7.13 del Piano Integrato Sociale Regionale, di cui alla deliberazione del Consiglio Regionale n. 113 del 31.10.2007, devono essere rafforzati gli interventi socio sanitari integrati mediante una maggiore progettualità strategica, nell'ambito della programmazione delle Società della Salute. Le particolari difficoltà riscontrate nel collocamento al lavoro delle persone con disturbi psichici evidenziano la necessità di sviluppare forme di collaborazione sistematiche tra Dipartimenti di Salute Mentale e Province per l'applicazione della Legge 68/1999 e di prevedere stabili strumenti di integrazione con i servizi per il Collocamento Mirato. La Regione Toscana si impegna a proseguire il percorso avviato diretto a favorire tali collaborazioni e a individuare percorsi propedeutici al lavoro e strumenti di controllo e verifica sull'andamento del tutoraggio e dell'inserimento al lavoro.

Per quanto riguarda la salute mentale infanzia e adolescenza, la rete dei servizi non è ancora completata e non sempre è garantita la continuità delle cure dall'infanzia all'età adulta. Occorre definire e adottare in ogni Azienda USL protocolli condivisi, con verifiche della loro attuazione, tra servizi di salute mentale infanzia adolescenza e adulti e tra questi e gli altri servizi sanitari e sociali presenti sul territorio per migliorare l'integrazione e la collaborazione. È necessario inoltre che venga assicurata maggiore attenzione agli interventi diretti alla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, nell'ambito della programmazione, sia a livello della zona-distretto che aziendale e di area vasta.

Non è ancora a regime in ogni Azienda USL il sistema informativo salute mentale e ciò non consente il monitoraggio complessivo dei risultati prodotti dalla rete dei servizi. Occorre pertanto una uniforme applicazio-

ne delle disposizioni regionali su tutto il territorio.

Il presente PSR in una logica di continuità e rafforzamento del precedente, integra e sviluppa quanto indicato nel Piano Integrato Sociale Regionale 2007–2010 (adottato con deliberazione del Consiglio regionale n. 113 del 31.10.2007) prevedendo le seguenti linee di azione nel triennio.

L'organizzazione dei servizi per la tutela della salute mentale

È necessario assicurare la completa e diffusa applicazione delle Linee guida sull'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute mentale adottate dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 1016 del 27 dicembre 2007 con particolare attenzione alle seguenti priorità.

In ogni Azienda USL deve essere istituito il Dipartimento di Salute Mentale quale struttura organizzativa tecnico professionale finalizzata alla promozione della salute mentale, alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici, nonché di quelli neurologici e neuropsicologici in età evolutiva.

Il Dipartimento concorre, supportando la Direzione Generale delle Aziende USL e delle Società della Salute, alla programmazione delle azioni riguardanti la salute mentale. In particolare, partecipa alla sperimentazione delle Società della Salute contribuendo alla determinazione del profilo di salute della comunità, alla rilevazione dei determinanti di salute, alla definizione di indicatori per la misurazione delle attività ed alla progettazione dei piani di prevenzione e di miglioramento continuo della qualità assistenziale, nonché di interventi per il miglioramento della qualità della vita della comunità.

In ogni Zona–distretto devono essere istituite le Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza e Adulti con il compito di garantire il funzionamento e l'operatività della struttura mediante il coordinamento e la gestione delle risorse umane e finanziarie.

Nelle zone–distretto con più di 150.000 abitanti, è possibile attivare più Unità Funzionali al fine di garantire una migliore funzionalità dei servizi per la salute mentale.

Alle Unità Funzionali deve essere assegnato il personale, come indicato nel Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale di cui alla Deliberazione del Consiglio regionale n. 41 del 17.2.1999 e nella Deliberazione della Giunta regionale n. 596 del 16.6.2003, per assicurare la interdisciplinarietà degli interventi.

Il Dipartimento, attraverso il suo Coordinatore ed i responsabili delle Unità Funzionali della zona–distretto, coadiuva gli organismi di direzione delle Società della Salute nelle fasi di programmazione e stesura del profilo di salute e del piano integrato di salute. In particolare il Dipartimento deve contribuire a favorire, attraverso il monitoraggio e la rendicontazione analitica dei costi, il controllo e l'uso delle risorse, nonché il progressivo superamento degli squilibri strutturali tra zone–distretto in un quadro unitario a livello aziendale.

I Direttori delle Unità Operative, istituite presso ogni Azienda USL, curano gli aspetti tecnico–professionali del profilo di appartenenza.

Il Comitato Tecnico di Dipartimento e la Consulta sono costituiti in ogni Azienda USL e afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale per garantire una gestione partecipata delle attività dipartimentali e per coadiuvare il Coordinatore del Dipartimento di Salute Mentale, nonché per garantire la partecipazione attiva dei cittadini e in particolare degli utenti e dei familiari e delle loro associazioni alla programmazione e alla verifica delle attività del Dipartimento.

In coerenza con la normativa vigente in materia di Dipartimenti interaziendali di Area Vasta, è istituito in ogni Area Vasta un Coordinamento tecnico professionale per consentire l'esercizio del governo clinico ai diversi livelli del sistema e la valorizzazione in rete dei livelli di offerta delle prestazioni e dei servizi per la salute mentale.

È necessario assicurare la collaborazione tra Università e Dipartimenti, così da sviluppare le condizioni per una proficua collaborazione sia nell'ambito dell'assistenza, sia in quelli della ricerca e della didattica.

L'articolazione dell'assistenza

I Servizi di Salute mentale assicurano livelli di assistenza, con presenza di operatori medici e delle professioni sanitarie, attraverso una rete di servizi territoriali ed ospedalieri, nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette. Operano attraverso gruppi operativi interdisciplinari garantendo quattro tipologie di servizio:

- il Centro di Salute Mentale è organizzato per assicurare tutti i giorni dell'anno nell'arco delle 24 ore una risposta a domande sia programmate che urgenti, di tipo ambulatoriale e domiciliare;
- il Centro Diurno: struttura semiresidenziale, di norma aperta per sei giorni la settimana, sulle dodici ore al giorno;
- le Strutture Residenziali a vario grado di assistenza;
- il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a porte aperte.

Questa articolazione dell'assistenza deve rappresentare un sistema di cura unitario e complesso con passaggi coerenti e chiari per evitare il rischio della disarticolazione in tanti frammenti con conseguenti servizi confusi e prestazioni inefficaci ed inefficienti. La funzione unificatrice dell'articolazione dei suddetti interventi viene garantita dal Centro di Salute Mentale che costituisce la sede organizzativa degli operatori ed il punto di coordinamento dell'attività di tutela e presa in carico della Salute Mentale e rappresenta il punto di riferimento centrale dell'Unità Funzionale.

I servizi devono operare in rete tra loro ed in rapporto con gli altri servizi socio-sanitari.

Con il presente piano si afferma inoltre l'importanza che vi sia una risposta autorevole e rassicurante in caso di crisi di tipo fobico, stati d'ansia o depressione. In tal senso la Giunta, entro 180 giorni, emanerà precisi indirizzi alle aziende sanitarie per garantire facilità di accesso all'interno delle strutture territoriali e la messa a disposizione di una risposta immediata, anche telefonica, nell'arco delle 24 ore, tutti i giorni.

Il percorso terapeutico-riabilitativo

Soltanto attraverso un chiaro e ben definito percorso terapeutico-riabilitativo è possibile riconoscere e valorizzare le qualità della persona e favorire il recupero, parziale o totale, della sua autonomia, consentendole di vivere una vita accettabile sotto i profili sociale e familiare.

Di seguito si puntualizzano alcuni aspetti fondamentali del percorso per orientare le modalità di approccio alla cura e all'assistenza.

- *L'accesso ai servizi.* Avviene ordinariamente attraverso il personale del Centro di Salute Mentale che elaborerà un atto strutturalmente predisposto in cui sarà dato conto di una valutazione complessiva dei disturbi di salute mentale presentati dal soggetto, dei suoi bisogni e appronterà un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato.
- *La valutazione del bisogno e la definizione del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato.* Se la persona necessita di interventi complessi in una dimensione interprofessionale che richiede gli apporti di diverse competenze, alla definizione del progetto partecipano tutti i professionisti interessati al percorso di cura e assistenza. A tal fine, sono predisposti specifici percorsi terapeutico-assistenziali in collegamento alle linee guida per le patologie di maggior impegno adottati nell'ambito delle funzioni della Commissione regionale per il governo clinico della salute mentale. Per garantire la continuità delle cure occorre prevedere l'individuazione di un responsabile dei processi di cura ("case manager") che segue le diverse fasi del progetto terapeutico-riabilitativo ed ha il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale, l'apporto integrato delle varie professionalità e l'attivazione dei

servizi socio-sanitari previsti. Nella definizione del progetto terapeutico-riabilitativo sarà assicurata l'acquisizione del consenso della persona o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate. Con l'assenso del/la cittadino/a interessato/a, il progetto potrà essere condiviso con i familiari e/o con le persone di aiuto formalmente individuate.

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

L'attenzione posta dai Dipartimenti di Salute Mentale alla funzione di ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ha permesso, l'avvio di processi di riorganizzazione con particolare attenzione a garantire che l'attività di ricovero svolta in ospedale rimanesse all'interno dei percorsi di cura definiti nell'ambito delle Unità Funzionali e la messa in atto di azioni per evitare ogni forma di contenzione fisica. Il processo avviato deve trovare conferma, attraverso:

- il tassativo divieto di ogni forma di contenzione fisica ed una maggiore attenzione al ricorso a quella farmacologica che dovrà essere monitorata;
- lo sviluppo e l'estensione delle sperimentazioni effettuate in alcune aree della Toscana per la ricerca di soluzioni organizzative che garantiscano la continuità terapeutica ed assistenziale e che si collochino il più vicino possibile ai contesti di vita della persona. Per assicurare un'efficace risposta all'emergenza di bisogni psichiatrici acuti nelle zone-distretto con popolazione inferiore ai 60.000 abitanti, presso reparti di area medica, è prevedibile l'utilizzo di posti letto per i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori. Tali servizi vengono attivati al bisogno.
- la diffusione di protocolli operativi che delineino modalità assistenziali nei casi di pazienti con doppia diagnosi e abuso di sostanze.

Le persone "non collaboranti"

Al fine di assicurare la presa in carico delle persone con disturbi mentali che hanno difficoltà ad affrontare la propria sofferenza e ad esprimere richieste di assistenza o rifiutano le usuali vie di accesso ai servizi, è necessario sperimentare (con rigorose valutazioni di risultato), nuove forme di facilitazione dell'accesso e di offerta di aiuto, professionale e non, per intercettare i bisogni non espressi e per offrire le cure necessarie. Si prevede pertanto l'avvio di sperimentazioni di servizi di prossimità per il funzionamento dei quali occorrerà avvalersi della collaborazione delle associazioni di volontariato presenti sul territorio e prioritariamente dei gruppi e associazioni di auto mutuo aiuto costituite da utenti. È necessario inoltre operare attraverso l'integrazione con le strutture territoriali che stanno già sperimentando questa modalità operativa.

Verso l'accreditamento delle strutture per la salute mentale

Un importante impegno della Regione Toscana e delle Aziende USL per il prossimo triennio riguarderà la definizione dei requisiti di accreditamento dei servizi rivolti alle persone con problemi di salute mentale.

L'obiettivo, in coerenza con quanto enunciato nei paragrafi 7.5.1 e 7.5.3 del presente Piano Sanitario Regionale, è quello di promuovere lo sviluppo della qualità del sistema integrato dei servizi socio sanitari per la salute mentale e di facilitare i rapporti tra servizi, le strutture e i cittadini.

La salute mentale in carcere e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (O.P.G.)

A integrazione di quanto disposto nel paragrafo 7.13 del Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 al punto "Salute mentale e carcere" e in coerenza con gli obiettivi previsti nel paragrafo 5.6.2.7 del presente Piano Sanitario Regionale, si individua, quale obiettivo prioritario per il prossimo triennio, il completo superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino. A tal fine la Regione Toscana partecipa al progetto di revisione della realtà degli O.P.G. e delle case di cura circondariali in discussione a livello nazionale e si impegna a definire il modello organizzativo per assicurare una nuova gestione della struttura sulla base del principio fondamentale della territorialità. L'ambito territoriale deve costituire la sede privilegiata per affrontare

i problemi della salute, della cura e della riabilitazione delle persone con disturbi mentali internate o detenute nell'O.P.G.

Le Regione Toscana è altresì impegnata a proseguire il percorso avviato finalizzato a garantire idonei livelli assistenziali attraverso la realizzazione, nell'ambito della programmazione di Area Vasta, di specifiche strutture per gli internati residenti in Toscana.

I rischi di mortalità dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici

I dati di letteratura evidenziano che le persone con disturbi di salute mentale presentano un aumento del rischio di mortalità sia per cause naturali che non naturali. A tal proposito sono stati condotti studi nelle province di Firenze e Livorno che confermano queste segnalazioni. Infatti le ricerche evidenziano che i pazienti con diagnosi psichiatrica hanno un aumento del rischio di mortalità tre volte più alto della popolazione non affetta da tali disturbi. I fattori più comunemente suggeriti per dare una lettura complessiva tale fenomeno sono: gli stili di vita poco salutari, gli effetti collaterali dei farmaci psicotropi, la minore frequenza con cui verrebbero diagnosticati e debitamente trattati i disturbi fisici.

Anche la percentuale di morte per cause quali il suicidio ed altre cause violente è più elevata.

Emerge pertanto la necessità di orientare i servizi di salute mentale e più complessivamente tutto il sistema assistenziale perché si sviluppi una maggiore attenzione ad una "presa in carico globale" di questi pazienti. La Regione Toscana si impegna ad un costante e diffuso monitoraggio di questo fenomeno.

I Farmaci e le terapie complementari

Nella Regione Toscana l'uso dei farmaci antidepressivi è più alto della media nazionale con differenze territoriali significative.

Occorre pertanto sviluppare azioni, insieme alla Commissione terapeutica regionale, per promuovere l'uso appropriato dei farmaci su tutto il territorio e migliorare il rapporto tra medici di medicina generale e Dipartimenti di salute mentale. Per favorire tali percorsi verranno adottate specifiche linee di indirizzo in materia.

La riduzione del ricorso ai farmaci all'interno di un percorso terapeutico-riabilitativo è perseguibile anche attraverso una piena valorizzazione delle terapie psicologiche (dalle terapie psico-educative a quelle più propriamente psicoterapeutiche). Entro il triennio di validità del presente Piano saranno a tal fine elaborate specifiche direttive operative.

Richiamato quanto indicato nell'azione di piano al paragrafo 5.6.1.6 del presente Piano Sanitario Regionale sulle Medicine Complementari e discipline bionaturali, si ritiene utile proseguire la sperimentazione di tali terapie nelle attività di cura e riabilitazione per le persone affette da malattia mentale avvalendosi dell'apporto professionale della Struttura regionale di riferimento di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 1384 del 2002, e prevedendo lo sviluppo di programmi diretti:

- alla valutazione di efficacia di tali trattamenti su minori e adulti;
- a diffondere la conoscenza di tali pratiche attraverso iniziative di formazione per gli operatori e di informazione per la cittadinanza.

5.6.2.1.1 La promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza

La promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, rappresenta una priorità nell'ambito delle attività della salute mentale.

Come afferma anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità i bambini fino dalla prima infanzia, gli adolescenti ed i giovani si collocano tra le aree di popolazione particolarmente a rischio di disadattamento e di veri e propri disturbi psicopatologici a causa di fattori di rischio biopsicosociali. A questa fascia di popolazione deve essere quindi concessa un'elevata attenzione nelle attività di promozione della salute mentale, di prevenzione e di trattamento dei problemi ad essi correlati. I disturbi nell'infanzia e adolescenza inoltre possono essere importanti

precursori di disturbi nell'età adulta e quindi le azioni condotte in favore della salute mentale dei bambini e degli adolescenti costituiscono un investimento strategico tale da produrre benefici a lungo termine per gli individui, la società ed i sistemi sanitari.

A fronte di tali problemi, la Regione Toscana, già con il PSR 1999–2001 ha previsto, con la costituzione di Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale, l'attivazione di interventi interprofessionali di varia intensità per la prevenzione e la presa in carico di soggetti dell'età infantile e adolescenziale.

Gli strumenti di programmazione regionale e locale hanno consentito l'avvio di un importante lavoro interdisciplinare e l'attivazione di servizi con équipes multidisciplinari integrate operanti a livello della comunità.

Nel triennio di vigenza del PSR 2005–2007 è proseguita l'azione di sviluppo dei servizi dedicati all'infanzia e all'adolescenza. La costituzione delle Unità Funzionali salute mentale infanzia e adolescenza in quasi tutte le zone–distretto ha permesso, attraverso interventi interdisciplinari, una migliore accoglienza e trattamento dei soggetti con disturbi psichici, neurologici e neuropsicologici e psicologici quali i disturbi specifici dell'apprendimento e le disabilità correlate, i disturbi alimentari psicogeni, i disturbi derivanti da eventi traumatici come gli abusi e il maltrattamento, i disturbi dello spettro autistico. È stato altresì affrontato il problema dell'emergenza/urgenza in preadolescenza e adolescenza per assicurare, attraverso percorsi certi e qualificati, idonee risposte alle situazioni di scompenso acuto.

Tuttavia, le azioni intraprese non sono ancora sufficienti a garantire risposte assistenziali e percorsi di sostegno e cura adeguate ai bisogni accertati, su tutto il territorio della Regione Toscana.

È necessario pertanto consolidare il processo avviato confermando le strategie per la tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza definite con il Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale contenuto nel Piano Sanitario regionale 1999–2001 e nel Piano Sanitario Regionale 2005–2007 e rafforzare gli interventi di promozione della salute mentale, di prevenzione e le risposte assistenziali, fornendo, entro il primo anno di validità del presente Piano, indirizzi e linee guida specifici e indirizzando risorse aggiuntive a quelle attualmente destinate, sui seguenti ambiti di azione:

- la promozione della salute mentale nella accezione dell'OMS
- la prevenzione e l'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva;
- i disturbi psichici dell'età adolescenziale: prevenire e accogliere precocemente.

Il lavoro di prevenzione e di promozione della salute mentale nell'età evolutiva deve prevedere un maggiore coinvolgimento dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale. I servizi di salute mentale e tutti gli altri soggetti pubblici e privati devono operare in stretto contatto con chi sta facendo promozione della salute integrandosi costantemente sia a livello progettuale–operativo che formativo.

Occorre inoltre adeguare gli strumenti di informazione, lettura e valutazione del bisogno e dell'organizzazione degli interventi di promozione della salute mentale, di prevenzione e della risposta assistenziale per assicurare la qualità e l'efficacia delle azioni intraprese.

Sarà, pertanto, assicurato lo sviluppo dei seguenti processi:

- formazione e aggiornamento continuo degli operatori;
- accreditamento dei servizi;
- messa a regime del sistema informativo salute mentale aziendale;
- adozione da parte della Giunta regionale di linee guida per l'individuazione e accoglimento precoce della sofferenza psichica dell'adolescente e per la realizzazione di una rete integrata di servizi;
- adozione da parte della Giunta regionale di linee guida per l'individuazione precoce del disturbo, la presa in carico, in tutte le fasi della vita, delle persone affette da autismo e delle loro famiglie e la definizione della rete integrata dei servizi;

- adozione da parte della Giunta regionale di linee guida per l'individuazione tempestiva dei Disturbi Specifici di Apprendimento (dislessie e disabilità correlate) e per la promozione di percorsi integrati di abilitazione che coinvolgano l'istituzione scolastica, la famiglia e le Associazioni nel processo di promozione di salute del minore nella comunità scolastica;
- adozione di protocolli operativi tra Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza, Unità Funzionali Salute Mentale Adulti, Attività consultoriali, SERT, servizi sociali, Aziende Ospedaliere Universitarie;
- diffusione della "Dichiarazione di Firenze – Il benessere psichico dei bambini in Europa Piani e Prospettive".

La prevenzione e l'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva

Dalle esperienze e iniziative che hanno affrontato in questi anni, con modalità diverse, le necessità di prevenzione, rilevamento precoce e intervento terapeutico nel disagio perinatale (in particolare sulla depressione post-partum e sul disagio relazionale precoce), emerge quanto segue:

- esiste un'eccessiva frantumazione dei percorsi ed una disomogeneità territoriale;
- i dati generali relativi all'efficacia degli interventi sono scarsi;
- di difficile rilevamento risultano i protocolli di intervento sul disagio una volta che questo è stato rilevato o che dall'area del rischio si è passati all'espressione sintomatica;
- è molto alta la percentuale della psicopatologia materna perinatale sommersa: solo 1/3 dei casi viene riconosciuto e riceve interventi terapeutici adeguati;
- risulta ridotta la quantità complessiva di risorse impegnate.

I fattori di rischio e gli indicatori di disturbo evolutivo

Nella individuazione precoce dei disturbi neuropsichici occorrerà porre attenzione ai principali fattori di rischio responsabili di alterazioni delle prime relazioni e di fallimenti nello sviluppo psicoemozionale, tali da poter condurre a esiti di psicopatologia, quali:

- le condizioni genitoriali correlate a sviluppi patologici della prole;
- le condizioni del bambino che espongono a rischio di disturbo psicopatologico successivo;
- la tardiva o mancata disponibilità di diagnosi e di cure nella prima infanzia.

Gli interventi di prevenzione e trattamento precoce

Pur non potendosi definire alcun intervento da solo completo, ma ritenendo opportuno trovare fra i vari approcci un'integrazione sia per modalità sia per sedi di erogazione, si devono distinguere diverse articolazioni:

- partecipazione ed aggiornamento continuo di un apparato di conoscenze e informazioni sull'importanza della qualità delle prime relazioni e dei processi di attaccamento negli operatori che lavorano con i genitori, i bambini, l'evento della nascita (pediatri di famiglia, operatori dei punti nascita e dei servizi pediatrici ospedalieri, operatori dei nidi e delle scuole per l'infanzia, operatori dei servizi di salute mentale, operatori dei servizi sociali e del volontariato sociale);
- rete di servizi (sociali, delle dipendenze, della salute mentale, dell'assistenza alla gravidanza, pediatrici, educativi della prima infanzia) in grado di comunicare e di cogliere il rischio e il bisogno nel momento in cui emerge;
- team multiprofessionali di primo livello e specialistici, dedicati e di facile accessibilità, con sufficienti risorse per una valutazione precoce del rischio di fallimento genitoriale e di distorsione dell'attaccamento e familiarità con strumenti efficaci di individuazione precoce del rischio prenatale e postnatale (PDI, RQ-CV, Edimburgh PND Scale, FEAS, ITSEA ecc.), attraverso tecniche di intervento specifiche, che

presuppongono una formazione apposita.

La rete integrata dei servizi

Occorre prevedere più livelli di intervento che richiedono una continua integrazione tra loro e i diversi attori e un funzionamento in rete, per includere attori formali e informali, istituzionali ed extra-istituzionali presenti in ciascuna specifica realtà al fine di sostenere in via prioritaria la genitorialità. È inoltre indispensabile avvalersi dell'esperienza degli utenti che rappresentano una risorsa necessaria a mantenere e sviluppare la qualità del servizio e a favorire l'empowerment di componenti sociali formali e informali.

La rete dei servizi si articola sui seguenti livelli:

- interventi sociali di base per garantire la tutela e le condizioni materiali della genitorialità e dello sviluppo del bambino;
- interventi indiretti per arricchire la rete di sostegno alla genitorialità, le competenze dei genitori, l'accesso ai servizi, accrescere la cultura della genitorialità efficace;
- servizi clinici ed educativi di primo livello di facilitazione delle competenze del bambino e dei genitori. Interventi di doula, visita domiciliare, di gruppo, di auto-aiuto, basati sull'ambulatorio del pediatra di famiglia, etc;
- servizi clinici specialistici di secondo livello (uno per Azienda USL) per interventi terapeutici individuali orientati su tutte le aree di sviluppo del bambino (sensoriale, motorio, cognitivo, emotivo, familiare e comunitario);
- servizi clinici specialistici di terzo livello (in ambito di area vasta).

A fronte di quanto sopra si individuano i seguenti obiettivi:

- favorire una uniforme e diffusa azione sul territorio per attivare ed ottimizzare risposte efficienti e di specifica qualità che vadano realmente ad incidere sulla prevenzione (primaria e secondaria) e sulla riduzione dei gravi quadri psicopatologici;
- costruire la rete per l'individuazione precoce dei soggetti a rischio, la segnalazione degli stessi all'ambulatorio competente, la tutela della continuità assistenziale per i casi già in carico, il sostegno allo sviluppo delle competenze genitoriali nelle situazioni problematiche;
- prevedere servizi ambulatoriali specializzati 0-5 per gli interventi di prevenzione selettiva di diagnosi e gli interventi terapeutici nella grave psicopatologia;
- realizzare una campagna di sensibilizzazione dell'opinione pubblica sull'importanza della prima relazione madre-figlio e dei processi di attaccamento.

Per favorire il raggiungimento di tali obiettivi saranno sviluppate iniziative di formazione specifica degli operatori che lavorano con genitori e bambini piccoli.

I disturbi psichici dell'età adolescenziale: prevenire e accogliere precocemente

L'età adolescenziale e post-adolescenziale, come tutte le fasi di passaggio del ciclo evolutivo vitale, è particolarmente soggetta al rischio di comparsa dei disturbi psichici.

È in questa fase che si strutturano i disturbi di personalità, compaiono i disturbi alimentari psicogeni, appaiono i primi segni che preannunciano un esordio psicotico, si manifestano comportamenti suicidari. Le stime epidemiologiche segnalano che circa il 20% degli adolescenti e preadolescenti soffrono di disturbi psichici. Un adolescente su cinque presenta difficoltà cognitive, emozionali e di comportamento, un adolescente su otto soffre di un disturbo mentale riconoscibile. La prevalenza di questi disturbi cresce di decennio in decennio.

Una volta individuati i fattori ai quali possono essere ascritti in tutto o in parte i disturbi delle personalità dei bam-

bini, adolescenti e giovani occorre organizzare la rete dei servizi potenziandone i vari punti e individuare percorsi assistenziali chiari e definiti in modo da garantire l'individuazione precoce del disturbo, la presa in carico tempestiva e complessiva dell'adolescente e la definizione del progetto terapeutico individualizzato con risposte differenziate e integrate.

La complessità dei disturbi infantili e adolescenziali ed i bisogni che emergono richiedono un costante lavoro in rete con altri servizi ed operatori sia all'interno dell'Azienda USL che con servizi presenti sul territorio. In particolare nella programmazione delle azioni di prevenzione e promozione della salute mentale è importante tenere conto del ruolo progettuale ed operativo dei Consultori adolescenti nei percorsi di promozione del benessere, prevenzione del disagio e presa in carico delle tematiche adolescenziali e giovanili. I Consultori, come indicato nel paragrafo 5.6.2.5 del presente Piano Sanitario Regionale.

Va inoltre considerato che lo sviluppo e la crescita dei giovani si realizza sempre più spesso attraverso il ruolo esercitato da contesti caratterizzati dalla più varia potenzialità educativa e formativa. A tal proposito la scuola rappresenta un contesto estremamente significativo, che dispone al suo interno di elevate potenzialità non sempre utilizzate nelle forme più efficaci e funzionali. Per svilupparne le potenzialità, nella direzione di una più elevata capacità di promuovere il benessere e la salute, diventa fondamentale costruire azioni condivise tra i servizi di salute mentale, i consultori, l'educazione e la promozione della salute ed i SERT per recepire i bisogni e le necessità del sistema scuola e per guidarlo nel suo complesso tenendo conto, in particolare, di quanto indicato nel paragrafo 3.2.2 del presente Piano relativamente a "Una scuola che promuove salute".

Un'attenzione particolare va posta inoltre alle situazioni di emergenza psichiatrica in preadolescenza e adolescenza. A tal proposito si evidenzia che del 20% degli adolescenti e preadolescenti che soffrono di disturbi psichici il 5% soffre di disturbi psichiatrici che necessitano di percorsi di diagnosi e cura più intensivi che spesso hanno annoverato anche un ricovero in ambito specialistico; solo una percentuale ridotta di tali ricoveri riveste carattere di emergenza-urgenza. Come sopra richiamato la Regione Toscana si impegna ad adottare linee guida che orientino le Aziende unità sanitarie locali nella riorganizzare del percorso diagnostico terapeutico e della risposta all'emergenza psichiatrica e psicopatologica in preadolescenza e adolescenza nel rispetto dei seguenti principi:

- la specificità dell'età adolescenziale (11-18 anni) richiede servizi specificatamente destinati a questa età;
- i servizi devono essere messi in grado di gestire la gran parte delle complesse, frequenti e talvolta gravi problematiche psicopatologiche dell'adolescente con modalità ambulatoriali diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, e anche di ricovero senza caratteristiche di emergenza-urgenza;
- nei casi in cui sia indispensabile il ricovero nelle situazioni di emergenza-urgenza è necessario prevedere che avvenga nell'ambito di una struttura sicura ma aperta e dove sia possibile la permanenza di un genitore in modo da far partecipare la famiglia alla risoluzione della crisi e preparare il ritorno rapido nei luoghi abituali di vita dell'adolescente. È inoltre indispensabile assicurare la dotazione di medici, psicologi, personale infermieristico ed educativo appositamente formato a lavorare con gli adolescenti;
- il ricovero non è mai un intervento sanitario isolato e ridotto al puro contenimento sintomatologico della crisi, quanto piuttosto una fase in un percorso di cambiamento della situazione psicopatologica e di vita del minore.

Nel corso del triennio saranno sviluppati e qualificati:

- i percorsi terapeutico-riabilitativi per soggetti in preadolescenza e adolescenza;
- i servizi per la gestione delle gravi problematiche psicopatologiche dell'adolescente con le seguenti modalità:
 - ambulatoriali diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
 - semiresidenziali, centri diurni terapeutico-riabilitativi;
 - residenziali, comunità terapeutico-riabilitative;
 - interventi integrati con le strutture di accoglienza socio-educative con particolare attenzione ai giovani

immigrati;

- interventi integrati con la scuola e con altre agenzie educative e formative presenti sul territorio.

Obiettivi:

- sviluppare forme di collaborazione sistematiche tra le Unità Funzionali Salute mentale Infanzia Adolescenza e Adulti, l'Educatione e la promozione della salute, l'Unità Funzionali attività consultoriali, i SERT, i Servizi dei Comuni dedicati all'infanzia e all'adolescenza, i servizi delle Aziende Ospedaliere, i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale per promuovere la salute ed il benessere psichico degli adolescenti;
- definire percorsi per l'individuazione precoce dei problemi di salute mentale nell'adolescenza per poter intervenire preventivamente attraverso azioni uniformi e diffuse su tutto il territorio regionale;
- completare l'organizzazione della rete dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza ridefinendo i percorsi di accoglienza e cura, con particolare attenzione alle situazioni di emergenza e crisi acuta in età adolescenziale.

5.6.2.1.2 Diagnosi precoce, presa in carico interprofessionale e continuità delle cure dall'infanzia all'età adulta dei disturbi dello spettro autistico

L'autismo è un disturbo dello sviluppo celebrale che si manifesta entro i tre anni di età. La prevalenza dei casi di Autismo è più alta di quella osservata nei decenni scorsi probabilmente a causa dell'applicazione di un concetto di autismo più ampio e del miglioramento degli strumenti diagnostici. Essa viene stimata da 2 a 6 casi su 1000 bambini. Su una popolazione di minori nella Regione Toscana di circa 500.000 unità dovrebbero essere presenti circa 2.500 bambini e adolescenti affetti da autismo; nella popolazione generale si valuta che siano presenti in Toscana dai 10 ai 15 mila soggetti con autismo.

Si osserva inoltre che la fascia di età che presenta la maggiore incidenza riportata dai servizi di NPI è quella coincidente con l'età della scuola dell'obbligo, mentre i casi in età pre-scolare sono solo il 17,1% della casistica, indicando la mancanza di una diagnosi precoce e quindi di una tempestiva presa in carico assistenziale-riabilitativa. Un'indagine conoscitiva effettuata in Toscana nel 2006, pur avendo fornito dati parziali, ha evidenziato, in particolare, che:

- l'età media della prima diagnosi è intorno ai 3 anni e 9 mesi. Con una diagnosi in età così avanzata si perdono le ampie possibilità di recupero connesse ai trattamenti precoci;
- la fascia di età che presenta la maggiore incidenza è quella riportata dai servizi di neuropsichiatria infantile e coincidente con l'età della scuola dell'obbligo;
- non sempre è presente una valutazione funzionale ed una programmazione adeguata dell'intervento precisa, documentabile e valutabile nel tempo;
- non è garantita la continuità delle cure tra i servizi per i minori e quelli per gli adulti. Solo sei aziende su dodici si occupano di adulti con problemi di autismo. Nessuna azienda dichiara di seguire persone con disturbi dello spettro autistico con un'età maggiore di 44 anni.

Si rende pertanto necessario sviluppare una strategia di azione complessiva su tutto il territorio regionale che, tenendo conto delle criticità emerse, affronti le problematiche dell'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico.

La Giunta regionale è impegnata a svolgere un'adeguata indagine e a fornire apposite linee guida, ivi compreso i percorsi diagnostici, assistenziali e terapeutici, a garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni e a rafforzare gli interventi e le risposte assistenziali indirizzando risorse aggiuntive a quelle attualmente destinate.

In particolare occorrerà che, nel triennio di validità del presente Piano Sanitario Regionale, vengano assunti i seguenti obiettivi:

- individuare precocemente il disturbo. Un'efficace strategia per l'individuazione precoce del disturbo deve prevedere due fasi successive: la prima intorno al compimento del primo anno di età (9–12 mesi) e la seconda tra i 18 e i 24 mesi. È necessario pertanto prevedere idonei strumenti per l'individuazione dei casi a rischio nell'ambito dei bilanci di salute, sviluppare le competenze dei pediatri nel riconoscimento degli indici di rischio clinico e attivare programmi per il trattamento precoce;
- assicurare la presa in carico della persona attraverso una valutazione funzionale pluriprofessionale e interdisciplinare e la definizione del progetto terapeutico–riabilitativo individualizzato che tenga conto dei bisogni specifici e della situazione contestuale;
- definire e qualificare la rete integrata dei servizi per la cura, riabilitazione e assistenza dei disturbi dello spettro autistico con particolare attenzione ad assicurare la continuità della presa in carico dall'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza all'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti e allo sviluppo di interventi coordinati e qualificati lungo tutto l'arco di vita;
- migliorare e potenziare l'integrazione scolastica dei minori; garantire interventi educativi e assistenziali domiciliari e di comunità;
- garantire percorsi specifici di accoglienza ospedaliera in attuazione alla deliberazione della Giunta regionale n. 393 del 13/4/2001.

Per favorire il raggiungimento di tali obiettivi occorre garantire:

- la formazione e l'aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale che favorisca in particolare l'acquisizione delle conoscenze sulle più recenti acquisizioni scientifiche nel settore e la diffusione dell'uso di strumenti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
- lo sviluppo di specifiche competenze di alcuni professionisti nel campo della diagnosi e del trattamento precoce;
- lo sviluppo di un osservatorio epidemiologico sull'autismo nell'ambito delle funzioni dell'Agenzia regionale sanità toscana;
- la ricerca e il monitoraggio continuo sugli esiti dei percorsi avviati e dei progetti di trattamento integrato;
- lo sviluppo di nuove sinergie e di sistemi di aiuto ai familiari.

Nella costituzione della rete integrata di servizi è necessario assicurare interventi articolati sui seguenti livelli:

- Rete pediatrica territoriale per l'individuazione precoce del disturbo;
- Gruppo Interdisciplinare adulti e infanzia adolescenza (a livello aziendale): istituito nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale e formato da figure professionali diverse afferenti alle Unità Funzionali adulti e Infanzia adolescenza, con competenze specifiche nel settore dei disturbi dello spettro autistico e coordinato da un responsabile.

Il Gruppo Operativo Interdisciplinare deve assicurare:

- la diagnosi, la presa in carico globale della persona in tutte le fasi della vita e la definizione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato;
- il percorso assistenziale, le modalità terapeutiche specialistiche e gli interventi integrati specifici che assicurino la continuità dell'assistenza e le finalità riabilitative in tutte le fasi della vita;
- la valutazione sul tipo e grado di intensità di supporto nelle varie fasi della vita;

- interventi di supporto guidato (parent training) per i familiari e attività di counseling;
- **Centro diurno**: garantisce il percorso riabilitativo qualificato per accogliere le persone con disturbi di salute mentale nelle varie fasi della vita (zona–distretto e/o plurizonale);
- **Struttura residenziale** (aziendale e/o area vasta) articolata su più moduli: assicura la continuità del percorso assistenziale sia in fase di lunga assistenza sia per limitati periodi di tempo in relazione alla situazione clinica e alle esigenze della famiglia;
- **Centri di riferimento di Area Vasta** per la formazione, la consulenza e il supporto tecnico al Gruppo Operativo Interdisciplinare aziendale per la conferma diagnostica e per il trattamento delle complicanze nelle fasi acute, per la supervisione del trattamento e per la valutazione della sua efficacia e del percorso assistenziale, nonché per la ricerca e la diffusione delle conoscenze scientifiche, definizione di protocolli per la diagnosi e la cura condivisi.

Nella costruzione di tale rete regionale di assistenza occorrerà porre particolare attenzione alla necessità di garantire:

- servizi accessibili e ben identificati;
- percorsi terapeutico–assistenziali chiari e coordinati;
- la presa in carico interdisciplinare attraverso l’apporto integrato di competenze specificamente qualificate ed in grado di assicurare risposte professionalmente qualificate e specializzate nel settore dei disturbi dello spettro autistico;
- la continuità di cura con particolare attenzione al passaggio dalla minore alla maggiore età;
- l’aggiornamento continuo di tutto il personale coinvolto;
- l’integrazione tra servizi sanitari e sociali, tra istituzioni pubbliche e privato sociale;
- la collaborazione e il confronto con gli utenti ed i familiari.

5.6.2.2 Dipendenze

In tema di dipendenze il PISR 2007–2010 ha focalizzato l’attenzione su aspetti peculiari quali l’integrazione degli strumenti di programmazione socio–sanitaria, il potenziamento della rete dei servizi pubblici e del privato sociale, la diffusione dell’uso di droghe tra i giovani (data la costante diminuzione dell’età di primo consumo), l’approccio globale verso tutte le forme di dipendenza, ivi comprese quelle da sostanze legali e quelle non correlate a sostanze, l’individuazione di azioni specifiche per fasce di popolazione a rischio di esclusione sociale.

Le presenti disposizioni integrano, armonizzano e sviluppano i contenuti del PISR 2007–2010 in riferimento a nuovi bisogni e problematiche con quanto già elaborato e contenuto nei seguenti atti:

- Accordo Stato/Regioni del 29/03/2007 relativo al Piano Nazionale Alcol e Salute;
- Piano Nazionale “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari” approvato con DPCM del 4/05/2007;
- Relazione Sanitaria dell’Agenzia Regionale di Sanità;
- Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia;
- Piano Italiano di Azione sulle droghe approvato dal Consiglio dei Ministri il 29 novembre 2007;
- Decreto del Ministero della Salute del 16 novembre 2007 concernente la consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate;
- Decreto del Ministero della salute del 16 Novembre 2007 concernente la detenzione ed il trasporto di medicinali stupefacenti da parte di cittadini che si recano all’estero e di cittadini in arrivo sul territorio italiano;

- Atto di Intesa Stato/Regioni del 30 ottobre 2007 relativo all'accertamento di assenza di tossicodipendenza in alcune categorie di mansioni lavorative;
- Sentenza della Corte Costituzionale 387/2007 sul ricorso di illegittimità costituzionale di alcuni articoli della Legge 49/2006 presentato dalle Regioni Toscana, Lazio, Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte ed Umbria.

Nei precedenti atti di programmazione, sanitaria e sociale, la Regione Toscana ha perseguito con continuità il principio dell'integrazione delle offerte terapeutiche così da favorire la continuità assistenziale ed assicurare un razionale utilizzo dei servizi e dei livelli di assistenza.

In questo processo è stato decisivo il ruolo dei Servizi Tossicodipendenze (SERT) che oltre ad assicurare le attività di prevenzione, di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale si sono fatti promotori della cooperazione tra soggetti pubblici e non, per un'integrazione tra Pubblico e Terzo Settore che è stata fortemente valorizzata a partire dalla Legge Regionale 72/97.

Le controversie ideologiche sono state pertanto superate a favore di una "politica del fare", rispettosa delle differenze e con l'obiettivo comune di dare risposte concrete ed efficaci alle persone con problemi di dipendenza.

I servizi pubblici e privati sono stati dotati di un software gestionale unico per tutto il territorio regionale e specifici atti hanno precisato il diverso apporto dei servizi al circuito di cura e definito gli standard minimi da assicurare ai cittadini in ordine sia alla valutazione diagnostica multidisciplinare sia nella predisposizione dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi.

È stata realizzata una rete di Centri Antifumo unica in Italia e sono stati anche introdotti nei Livelli Essenziali di Assistenza regionali specifici pacchetti assistenziali per la disassuefazione dal tabagismo.

Per altre patologie (ad es. gioco d'azzardo patologico), ad oggi non comprese nei LEA, sono state favorite specifiche sperimentazioni, anche residenziali.

È stato dato un concreto impulso alla formazione professionale per dipendenze, come quella da cocaina, per la quale sono tuttora carenti terapie farmacologiche di comprovata efficacia.

Per l'alcolismo e le problematiche alcolcorrelate si è provveduto ad istituire sia il Centro Alcolologico Regionale che le equipe alcolologiche territoriali e rafforzata la rete dell'associazionismo e dell'auto mutuo-aiuto.

È stato attuato il riordino delle strutture residenziali e semiresidenziali per garantire risposte appropriate ai molteplici bisogni di cura ed un sistema tariffario articolato per intensità di cura nelle quattro diverse aree di intervento in cui si articolano oggi i servizi di accoglienza, terapeutico-riabilitativi, specialistici (doppia diagnosi, osservazione diagnosi e orientamento, madri con figli) e pedagogico-riabilitativo.

Sono state avviate concrete azioni a sostegno di progetti di riduzione del danno e per persone a forte marginalità sociale.

È stato infine avviato il processo di accreditamento istituzionale dei SERT in un'ottica di qualità e di efficacia nell'erogazione delle prestazioni.

L'impegno programmatico profuso dalla Regione Toscana si è concretizzato in alcune realtà territoriali che sono divenute veri e propri punti di eccellenza per il modello organizzativo, mentre altrove sono state riscontrate difficoltà che hanno ostacolato un'omogenea applicazione del modello nell'intero territorio regionale.

Tali criticità possono così riassumersi:

- a) aumento assai rilevante delle persone in cura ai servizi, dai 9000 casi del 1990 agli oltre 25.000 osservati nel 2007; tale incremento, cui si associa un diverso e più dinamico approccio diagnostico terapeutico, in alcune realtà non è stato affiancato da un parallelo e adeguato potenziamento delle risorse necessarie;
- b) istituzione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali nel quale è confluito anche l'ex Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga, privando così di fatto il settore di risorse economiche finalizzate per la

- realizzazione di interventi organici e innovativi, soprattutto a livello locale;
- c) progressiva diminuzione dei trasferimenti statali agli enti locali a fronte di un aumento delle competenze degli stessi e delle risposte socio-assistenziali e socio-sanitarie da garantire;
- d) incertezze operative legate alle recenti modifiche dell'assetto organizzativo del sistema socio-sanitario regionale (Società della Salute, Aree Vaste);
- e) disomogeneità da parte delle Aziende USL nell'applicazione delle disposizioni regionali; le criticità maggiori sono state riscontrate nelle Aziende USL dove non sono stati costituiti i Dipartimenti delle Dipendenze;
- f) permanere in molte parti della società civile e dei servizi di uno stigma delle dipendenze come comportamenti devianti, immorali, criminali; tali orientamenti contribuiscono a ritardare l'accesso ai servizi, ad impedire diagnosi precoci e a deresponsabilizzare i pazienti verso le cure;
- g) notevole incremento e diffusione delle droghe, legali e illegali, con nuove modalità e abitudini di consumo in particolare nelle fasce giovanili.

Obiettivi

- garantire, nel rispetto della dignità e della libertà della persona, la qualità e l'appropriatezza delle cure in rapporto a specifiche esigenze e bisogni di salute, delle persone con dipendenze patologiche e dei consumatori problematici;
- consolidare l'accesso al Fondo Sanitario Regionale nella quota di assorbimento dell'1,5% già prevista dai precedenti Piani Sanitari Regionali per i livelli assistenziali delle dipendenze;
- favorire la compliance alle cure rendendo omogenea l'applicazione delle norme regionali;
- consolidare l'integrazione e la collaborazione tra servizi pubblici e privati, anche in relazione a nuovi bisogni socio-sanitari emergenti;
- favorire l'integrazione tra servizi di salute mentale e dipendenze per una effettiva presa in carico di persone con problemi di dipendenza e comorbilità psichiatrica, anche attraverso l'adozione di protocolli operativi;
- stabilizzare i programmi di primo intervento, le unità di strada ed altre azioni denominate di bassa soglia in quanto finalizzate a ridurre i rischi per la salute per persone non ancora in condizioni tali da poter sospendere l'uso di sostanze;
- rafforzare e stabilizzare gli interventi socio-sanitari, quali gli inserimenti lavorativi, in quanto favorevoli la cura e il reinserimento sociale;
- utilizzare il sistema informativo delle dipendenze per favorire il costante monitoraggio del fenomeno, a livello locale e regionale;
- intervenire su tutte le sostanze di abuso, comprese quelle legali, e sulle dipendenze senza sostanze (Gioco di Azzardo Patologico) in sintonia con i Piani Nazionali "Alcol e Salute" e "Guadagnare Salute", anche attraverso una differenziazione fisica dei luoghi di cura.

Strategie

In continuità con la precedente programmazione regionale sanitaria e sociale occorre pertanto:

- rafforzare la rete dei servizi, pubblici e privati, la cui integrazione ha caratterizzato in questi anni il modello toscano di contrasto alla droga e d'intervento sulle dipendenze patologiche;
- avviare una forte azione tesa al consolidamento ed alla messa a regime su tutto il territorio delle disposizioni regionali del settore delle dipendenze.

L'Organizzazione dei servizi per le dipendenze e la partecipazione

a) I SERT

La rete regionale dei SERT è quella risultante dal processo di accreditamento (DGR 709/2006).

I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei SERT sono quelli disciplinati dalla Deliberazione del Consiglio regionale n. 70 del 19 luglio 2005.

Le Aziende USL e le Società della Salute adottano i necessari atti affinché i SERT assicurino la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti legali e illegali e da dipendenza senza sostanze, nonché la prevenzione e la cura delle patologie correlate, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, e svolgano le funzioni ad essi assegnate da disposizioni regionali e nazionali.

I SERT vengono riconosciuti come strutture complesse qualora abbiano un'utenza in trattamento con dipendenze da sostanze illegali e legali non inferiore alle 400 unità.

Per la definizione di soggetto in trattamento le Aziende USL e le Società della Salute faranno riferimento alla tabella 1 del DM 444/90.

Il carico di utenti dovrà risultare dai dati estratti, in ambito aziendale, dal Sistema Informativo Regionale sulle Tossicodipendenze.

b) I Dipartimenti delle Dipendenze

Le Aziende USL, al fine di assicurare l'omogeneità dei processi assistenziali e delle procedure operative nonché l'integrazione tra prestazioni erogate in regimi diversi, costituiscono il Dipartimento di coordinamento tecnico delle dipendenze.

Ad esso è preposto un Coordinatore nominato dal Direttore Generale, in base alle vigenti norme.

Il Coordinatore del Dipartimento partecipa ai processi decisionali della direzione dell'Azienda USL e delle Società della Salute nelle forme e con le modalità stabilite nei rispettivi atti.

Nelle Aziende USL monozonali il coordinatore del Dipartimento coincide con il responsabile del SERT.

c) I Comitati delle Dipendenze

Al fine di realizzare una cooperazione improntata all'ottimizzazione della rete degli interventi del pubblico, degli Enti Ausiliari e degli organismi rappresentativi del Terzo Settore nell'ambito delle risposte preventive, di cura e reinserimento sociale e lavorativo per le persone con problemi di dipendenza è costituito in ogni Azienda USL il Comitato delle Dipendenze.

Il Comitato è lo strumento di supporto alla programmazione territoriale per le azioni di governo nel settore delle dipendenze.

È presieduto dal coordinatore del Dipartimento delle Dipendenze ed è composto, oltre che dai rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore, da soggetti rappresentativi delle realtà locali interessate alle azioni di contrasto alle droghe ed alle dipendenze (Uffici territoriali del Governo–Prefetture, Questure, Forze dell'Ordine, Amministrazione Penitenziaria, Istituzioni scolastiche, Cooperative e associazioni di mutuo–auto–aiuto).

Il Comitato del Dipartimento delle Dipendenze supporta le Società della Salute e l'Azienda USL nel coordinamento e nella verifica delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e reinserimento sociale e lavorativo nel settore delle dipendenze e opera per favorire l'integrazione operativa tra servizi pubblici e del privato sociale nella copertura dei servizi esistenti e sull'attivazione di eventuali nuovi servizi.

Il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze

Al fine di favorire il consolidamento della rete del sistema integrato regionale dei servizi rivolti a fronteggiare le dipendenze, di realizzare strategie di intervento condivise ed uniformi nei vari ambiti territoriali, di elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale, la Giunta regionale con apposita delibera istituisce il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze.

Il Comitato ha funzioni di rilevazione dei bisogni, verifica sull'adeguatezza degli interventi e supporto tecnico all'azione di governo della Giunta regionale.

È presieduto dal Direttore Generale del Diritto alla Salute o suo delegato e ad esso partecipano rappresentanti

dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore delle dipendenze.

Al Comitato compete altresì il supporto ai competenti assessorati per l'organizzazione e la realizzazione, almeno una volta ogni tre anni, di una Conferenza regionale degli operatori del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale con la finalità di favorire la più ampia partecipazione degli operatori, di evidenziare le buone prassi esistenti nel territorio regionale sui temi della tossicodipendenza da sostanze illegali, sull'efficacia del sistema dei servizi.

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

Il riordino delle strutture semiresidenziali e residenziali, sia a gestione pubblica che degli Enti Ausiliari, avviato dal 2003, ha perfezionato la specificità dei servizi e si è dimostrato di fondamentale importanza nel percorso di cura e riabilitazione per le persone con problemi di tossico-alcolodipendenza.

Tutte le strutture, sia pubbliche che degli Enti Ausiliari, hanno raggiunto l'adeguamento ai requisiti minimi strutturali, organizzativi e funzionali previsti, così che sono regolarmente autorizzate tutte le strutture che operano sul territorio regionale. In virtù di questo risultato, possiamo affermare che, ad oggi, la Toscana è l'unica regione d'Italia ad aver concluso un percorso di riordino così complesso che, con un quinquennio di lavoro comune tra operatori pubblici e privati ha prodotto, quale ulteriore risultato, un'approfondita ed estesa conoscenza dei punti di forza e delle criticità del sistema.

• La situazione al 31 dicembre 2007

Il fabbisogno regionale risulta coperto da complessivi 1.130 posti in comunità residenziali e semiresidenziali autorizzati e convenzionati con le Aziende USL (959 gestiti da Enti Ausiliari e 171 gestiti da Aziende USL).

Il fabbisogno calcolato in base al tasso di occupazione ammonta a circa 860 posti complessivi.

Nel triennio di validità del Piano non è pertanto consentita l'apertura di nuove Comunità residenziali e semiresidenziali o l'aumento dei posti già autorizzati.

La spesa storica per gli interventi residenziali e semiresidenziali per utenti toscani si è assestata attorno a Euro 13.700.000,00 (Euro 9.600.000,00 per assistiti in Comunità gestite da Enti Ausiliari Toscani, Euro 2.000.000,00 per assistiti in Comunità gestite da Aziende USL toscane, Euro 2.100.000,00 per assistiti in comunità extraregionali).

I costi sostenuti dalle strutture a gestione diretta delle Aziende USL (circa il 24%) sono in molti casi superiori a quelle gestite dagli Enti Ausiliari; tuttavia spesso affrontano problematiche di maggiore complessità.

I ricavi degli Enti Ausiliari per assistiti provenienti da altre regioni ammontano a circa Euro 4.800.000,00, pari a oltre il 30% della spesa complessiva sostenuta per assistiti toscani, e dimostrano un elevato indice di attrazione della realtà toscana e della bontà delle scelte di riordino effettuate.

Occorre pertanto consolidare e valorizzare il livello di qualità e di integrazione raggiunto dal sistema toscano e pertanto la Giunta regionale è impegnata a garantire:

- il mantenimento della spesa storica per il livello di assistenza residenziale e semiresidenziale dell'utenza toscana;
- la progressiva riduzione degli invii in Comunità extraregionali, limitando tali invii a motivate esigenze e risposte terapeutiche e assistenziali non ravvisabili nel sistema toscano, con il contestuale utilizzo della rete toscana;
- un ottimale utilizzo delle risorse esistenti evitando a tal fine la duplicazione di strutture tenuto conto, in un'ottica paritaria, delle specificità e dell'esperienza maturata sia dal servizio pubblico che dagli Enti Ausiliari nella gestione dei programmi di recupero per tossicoalcolodipendenti;
- il processo di accreditamento delle strutture secondo il dettato della L.R. 8/1999;
- l'aggiornamento del sistema tariffario e i meccanismi del suo adeguamento;
- l'aggiornamento delle qualifiche abilitate al lavoro in comunità (lauree brevi con la progressiva sostituzione del profilo di operatori di comunità che opererà ad esaurimento);
- lo sviluppo di analisi delle metodologie di trattamento e dei sistemi di valutazione;

- l'individuazione dei bisogni emergenti e la sperimentazione di nuovi modelli operativi, con la definizione dei requisiti per le corrispondenti tipologie di servizi ove non già disciplinati, anche attraverso la riconversione di strutture residenziali e semi-residenziali (o parti di esse), già autorizzate;
- rendere ulteriormente qualificato e competitivo il sistema della residenzialità della Toscana anche attraverso forme di integrazione pubblico/privato sociale, già peraltro avviate in alcune realtà locali, con l'individuazione di chi fa cosa al fine di evitare dualismi, spreco di risorse, anche economiche, e fornire risposte di cura appropriate.

Si conferma la sperimentazione avviata per il trattamento residenziale dei soggetti con problematiche connesse al "Gioco d'azzardo patologico".

Gli interventi di bassa soglia

Con riferimento a quanto previsto dal PISR 2007–2010 nella parte 7.6.4 "Gli interventi a bassa soglia", si osserva un forte impulso programmatico regionale su tali interventi che, in particolare per quanto concerne i soggetti tossico/alcolodipendenti, si è concretizzato con progettualità specifiche sviluppatasi in quelle aree territoriali (Firenze, Pisa, Livorno) dove il fenomeno è più presente.

Occorre pertanto tradurre quelle progettualità ormai "storiche" (in quanto attive da oltre un decennio sui territori interessati quali i Centri fissi a bassa soglia, le Unità mobili in contesti di consumo e spaccio e l'Unità mobile/postazione attrezzata nei grandi eventi di aggregazione giovanile), in azioni e programmi stabili in quanto di comprovata efficacia per attività di riduzione del danno e dei rischi per la salute e di prevenzione dell'uso e abuso delle sostanze stupefacenti e di alcol in fasce di popolazione fortemente a rischio di esclusione sociale.

La Giunta è pertanto impegnata, con la collaborazione degli Enti interessati (SdS, Aziende USL, CNCA toscano, Cooperative sociali, Enti Ausiliari) a stabilizzare per il triennio 2008–2010 gli interventi attivi nei territori di Firenze, Pisa e Livorno. A tal fine si prevede un cofinanziamento annuo da parte Regionale, e la definizione di linee di indirizzo per l'estensione degli interventi sull'intero territorio regionale, secondo i contributi tecnici che emergeranno dal tavolo regionale sulla marginalità attivato con deliberazione di Giunta 143/2005.

La rete informativa e l'osservazione epidemiologica regionale

La Regione Toscana, con una precisa scelta tecnico–metodologica e di innovazione tecnologica, ha realizzato da anni un articolato sistema di verifica e di valutazione degli interventi dei SERT con particolare cura per la formazione degli operatori sulla raccolta, elaborazione e utilizzo dei dati (cartella elettronica SIRT). La cartella elettronica SIRT è divenuta il principale strumento per la gestione unificata dei percorsi assistenziali da parte di tutti i soggetti pubblici e privati operanti in Toscana ed il sistema regionale, allineato anche con il Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND), è stato certificato come conforme rispetto a quanto richiesto dall'Osservatorio europeo.

Il fabbisogno di dati e informazioni per la ricerca epidemiologica e per il monitoraggio di efficienza e di efficacia dei servizi impongono di mantenere un elevato livello di integrazione tra il nuovo sistema informativo e le strutture preposte al monitoraggio, studio ed intervento sulle dipendenze.

A tale scopo è già stato prodotto un insieme di indicatori, alimentati dall'enorme patrimonio informativo prodotto dal SIRT e funzionali al governo del sistema regionale e locale delle dipendenze

La sfida del prossimo triennio consiste nel portare a regime l'utilizzo degli indicatori per far sì che i dati raccolti siano adeguatamente valorizzati, a fini conoscitivi e gestionali, sia per soddisfare le sempre maggiori richieste di approfondimento della conoscenza del fenomeno sia per orientare le scelte programmatiche in modo più mirato ed appropriato ai bisogni ed alla loro continua evoluzione.

La Giunta regionale è impegnata nel triennio a:

- garantire la gestione unificata dei percorsi assistenziali, la valutazione diagnostica multidisciplinare e la formulazione dei piani di trattamento (DGR 990/2004) prevedendo anche, all'occorrenza, forme di incentivazione/penalizzazione per i servizi pubblici e gli Enti Ausiliari;
- ampliare il SIRT aggiornandolo per le specificità relative alle patologie da alcol e correlate, al tabagismo e alle dipendenze senza sostanze;
- verificare il rispetto delle scadenze temporali stabilite per la trasmissione in Regione, da parte delle Aziende USL, del flusso informativo dipendenze, così come stabilito nel Manuale dei Flussi D.O.C.;
- avvalersi del Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze per la valutazione dei dati raccolti sulle dipendenze a livello regionale e per produrre i necessari elementi di conoscenza del fenomeno ai fini della programmazione degli interventi sul territorio toscano.
- Sviluppare la rete dei centri di documentazione per le dipendenze (RETECEDRO) quale strumento di informazione, formazione e aggiornamento degli operatori del settore.

Le sostanze psicotrope legali (alcol e tabacco) e le dipendenze senza sostanze

L'alcol

La legge 30 marzo 2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" e la notevole diffusione dell'uso, abuso e dipendenza da alcol in particolare nelle fasce di popolazione giovanile e le nuove abitudini al consumo, impongono l'adozione di scelte coraggiose sia a livello programmatico che di azioni concrete di sensibilizzazione, informazione e prevenzione dei rischi per la salute per sé e per gli altri provocati dalle sostanze alcoliche, nonché del ridisegno dell'assetto organizzativo dei servizi preposti.

Dall'analisi sull'organizzazione dei servizi previsti dall'Azione programmata "Organizzazione dei servizi alcologici" (DCR 281/1998) e dalle indagini epidemiologiche realizzate nel corso di questi anni, si rileva una disomogenea applicazione delle disposizioni regionali emanate con la citata Azione Programmata.

Dal punto di vista territoriale le previste equipe alcologiche non sono state costituite in tutte le Aziende USL e, laddove attivate, il personale dedicato non è sempre sufficiente a garantire un'adeguata risposta preventiva, diagnostica e terapeutica.

A livello ospedaliero si è registrato il grosso contributo fornito dal Centro di Alcologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi nella presa in carico e nella gestione dei ricoveri per utenti con gravi patologie alcolcorrelate in un processo di continuità terapeutico assistenziale con i servizi territoriali.

Fermo restando la riconferma del modello territoriale toscano relativo all'organizzazione dei servizi alcologici all'interno dei servizi per le dipendenze, la Giunta regionale è impegnata a rivedere l'Azione Programmata "Organizzazione dei servizi alcologici" secondo le seguenti direttrici.

Accordi nazionali

- Garantire la piena applicazione dei Piani nazionali "Alcol e Salute" e "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari", per quanto concerne le competenze regionali.

Organizzazione dei servizi

- Effettiva costituzione, all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, delle equipe alcologiche con personale dedicato in numero sufficiente ai bisogni assistenziali, rilevati dalla programmazione regionale e territoriale anche attraverso il Sistema Informativo Regionale sulle Tossicodipendenze (SIRT);
- continuità dell'attività di ricovero per gravi patologie alcolcorrelate del Centro di Alcologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi e nella presa in carico delle persone con problemi alcolcorrelati in un processo di continuità terapeutico assistenziale con i servizi territoriali;
- riconoscimento dell'attività svolta dall'associazionismo e dal terzo settore (Alcolisti Anonimi, AlAnon, Alteen, Narcotici Anonimi, Club Alcolisti in Trattamento, Comunità Terapeutiche) ed attivazione di eventuali accordi o protocolli di intesa tra le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere e i presidi ospe-

dalieri con le associazioni di volontariato, che stabiliscano ambiti e modelli di collaborazione, di volontariato e di tutela dei diritti, che intendono essere presenti con la propria attività all'interno dell'azienda (comma 7 dell'art. 14 del D.L. 502/92).

Centro Alcolologico Regionale (CAR)

- a) Riconfermare il CAR per il supporto tecnico-operativo all'azione di programmazione e governo della Regione Toscana sulle problematiche alcolcorrelate;
- b) il CAR è composto da un Comitato Tecnico Scientifico formato da:
 - un rappresentante nominato dall'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, con funzioni di Coordinatore;
 - tre rappresentanti dei Dipartimenti per le Dipendenze nominati 1 per ciascuna area vasta;
 - un rappresentante nominato dall'Agenzia Regionale di Sanità;
 - due esperti nominati dall'Assessorato al Diritto alla Salute e dall'Assessorato alle Politiche Sociali;
 - tre rappresentanti nominati dalle associazioni del privato sociale maggiormente attive nel settore dell'alcolologia.

Le funzioni di coordinamento hanno durata triennale e possono essere riconfermate.

Il CAR elabora un piano di attività annuale che sottopone alla Giunta regionale per la sua approvazione.

Il CAR ha sede presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi e per il funzionamento è assegnata all'azienda stessa una quota annua con destinazione vincolata.

Al CAR sono inoltre assegnate le risorse previste della legge 125/2001 per le funzioni di monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati e quelle provenienti dai competenti Ministeri per azioni e progettualità di carattere regionale e nazionale.

Iniziative volte a ridurre il consumo di bevande alcoliche

Al fine di ridurre il consumo di bevande alcoliche, in particolare nella popolazione giovanile e nelle fasce di popolazione a maggior rischio quali adolescenti, anziani, donne in gravidanza etc., l'Azione Programmata dovrà prevedere:

- la promozione e il sostegno di iniziative atte a ridurre la pressione al bere esercitata dalla pubblicità che promuove l'uso di bevande alcoliche, in particolare verso i minori;
- la formazione del personale degli esercizi commerciali, bar discoteche etc. che vendono e somministrano bevande alcoliche;
- la promozione di bevande analcoliche (a costo zero o a costo limitato) nei luoghi di aggregazione giovanile quali feste, manifestazioni sportive, musicali etc.;
- accordi con le associazioni di categoria per promuovere la vendita di bevande analcoliche nei locali di divertimento giovanile anche attraverso l'abolizione dei biglietti di ingresso che comprendono la consumazione alcolica;
- accordi con le associazioni di categoria che prevedano l'apposizione di idonei cartelli che evidenzino sia i rischi dovuti all'uso e abuso di alcol sia i contenuti alcolici delle bevande destinate ai minori quali quelle denominate alcol pop.

Conferenza Regionale sulla dipendenza da alcol e sui problemi alcolcorrelati

La Giunta regionale è impegnata a realizzare, nel triennio, una Conferenza regionale che evidenzi le buone prassi esistenti nel territorio regionale sui temi della prevenzione, della promozione della salute, della cura e della riabilitazione delle persone con dipendenza da alcol e delle problematiche alcolcorrelate.

Con l'approvazione della delibera della Giunta regionale è abrogata l'Azione Programmata "Organizzazione dei servizi alcolologici" approvata con deliberazione del Consiglio regionale n. 281 del 15 settembre 1998.

Il Fumo

La Regione Toscana è impegnata da oltre dieci anni nella tutela della salute dei danni derivanti dal fumo di tabacco. Il sistema di prevenzione e cura e la normativa adottata la pongono all'avanguardia nel panorama nazionale.

Occorre pertanto consolidare tale sistema, rafforzandone l'aspetto di integrazione delle varie componenti territoriali. In tal senso la Giunta regionale è impegnata ad emanare linee di indirizzo sulla prevenzione del tabagismo, tenuto conto delle seguenti linee direttrici, in armonia con la L.R. sul tabagismo e della precedente programmazione sanitaria e sociale, nonché dei contenuti del Piano Nazionale "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari":

- favorire azioni di protezione dal fumo passivo;
- prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani;
- aiutare i fumatori a smettere;
- promuovere il coinvolgimento della società civile e delle istituzioni, della scuola e della famiglia;
- rendere liberi dal fumo gli ambienti di lavoro ed in particolare gli ospedali e le strutture sanitarie.

5.6.2.3 Disabilità

Affrontare il tema della disabilità significa avere presente la persona con ridotte capacità funzionali al fine di valutarne complessivamente le condizioni di bisogno e di salute, impostando un progetto di intervento che possa migliorarne la qualità della vita.

Le politiche regionali tendono a recuperare una dimensione unitaria delle strategie di intervento verso la persona con disabilità, assicurando livelli efficaci di governo e di coordinamento territoriale, e articolando la gamma delle risposte sulla prevalenza delle caratteristiche riabilitative o socioassistenziali del piano personalizzato di assistenza (P.A.P.).

Diventa così centrale la distinzione tra progetti di intervento che si prefiggono l'obiettivo di un recupero tangibile di capacità funzionali, con una logica quindi di riabilitazione, e progetti che affrontano l'area della cronicità, con logiche e finalità di lungo assistenza.

L'orientamento del Sistema integrato dei servizi sociosanitari è quello di individuare elementi di specificità dei singoli percorsi (assistenziale e riabilitativo) ed azioni comuni che qualifichino l'insieme della rete dei servizi nel settore della disabilità.

Il Sistema è impegnato a definire protocolli di valutazione della disabilità basati sulla struttura descrittiva della Classificazione Internazionale del Funzionamento Disabilità e Salute (ICF).

Le politiche regionali nei confronti della persona disabile dovranno potenziare le condizioni per rendere possibile l'inserimento ed il recupero sociale, perseguendo i principi della non-discriminazione, delle pari opportunità e della concreta integrazione sopra citati.

La programmazione unitaria delle aziende unità sanitarie locali e dei comuni e/o delle S.d.S. (attraverso i Piani Integrati di Salute) con il concorso prezioso e indispensabile dei cittadini con disabilità, dei familiari, del volontariato, promuoverà interventi per agevolare una piena integrazione sociale, scolastica, lavorativa e ambientale.

Confermando l'obiettivo di finalizzare gli interventi al raggiungimento della massima autonomia ed integrazione della persona disabile nel contesto familiare e nella vita sociale, la Giunta si impegna nell'arco di validità del PISR 2007-2010 a monitorare le seguenti azioni integrate:

- orientamento e governo dei percorsi socio riabilitativo assistenziali finalizzati al recupero e mantenimento del disabile in forme appropriate;
- accesso, per le persone disabili, ai servizi previsti per le persone non autosufficienti;
- sostegno alle iniziative per la piena accessibilità degli ambienti pubblici e privati (anche nello specifico

della disabilità sensoriale);

- estensione e potenziamento dei presidi territoriali per favorire l'accesso e la presa in carico dei minori disabili con particolari gravità;
- potenziamento dei centri specialistici che supportino i percorsi assistenziali territoriali: avvio di un primo nucleo specialistico interaziendale per i servizi rivolti alla persona ipo e non vedente con pluriminorazioni, e disturbi visivi dell'età evolutiva;
- costituzione di tre Agenzie di Area Vasta che supportino la rete dei servizi territoriali per le persone ipo e non vedenti, garantendo il governo, sia delle azioni specialistiche nell'ambito della prevenzione e della riabilitazione, sia di quelle di orientamento verso percorsi di inserimento sociale, lavorativo e scolastico;
- orientamenti e indicazioni programmatiche per integrare i percorsi terapeutico-riabilitativi e quelli socio-assistenziali.

Gli impegni per il prossimo triennio sono di seguito precisati:

- linee guida per la definizione di parametri condivisi per i supporti didattici ed educativi verso l'alunno disabile;
 - estensione dei nuclei specialistici interaziendali per ipo e non vedenti in tutte e tre le Aree vaste del territorio toscano;
 - linee guida sulla domotica;
 - linee guida per la valutazione della disabilità sulla base dell'impianto classificatorio dell'ICF;
 - proposta di legge regionale per l'applicazione della Legge 80/2006 sull'accertamento unificato della disabilità;
 - completamento e verifica della sperimentazione sulla "vita indipendente", progettandone una regolamentazione specifica;
 - attivazione, ancorché a carattere sperimentale, delle prime esperienze delle "Fondazioni di partecipazione" per il "Sempre con noi";
 - promuovere le associazioni tra famiglie ed ogni forma liberamente scelta di superamento della solitudine, attivando una banca dati regionale di chi è disponibile a vivere assieme ad altri, favorendo la reciproca conoscenza per facilitarne la concreta realizzazione;
 - sviluppare strumenti quali il portierato sociale e i servizi comuni condivisi,
-
- linee guida e ipotesi di modelli organizzativi integrati che siano coerenti con le finalità ed i contenuti del programma regionale sulla disabilità che ridefiniscano il processo assistenziale nella sua globalità e continuità, ridisegnando le sue caratteristiche fondamentali;
 - ulteriori interventi per l'abbattimento delle barriere architettoniche.
 - promozione del lavoro per tutte le categorie protette attribuendo a tal fine, all'interno delle gare di selezione, punteggi aggiuntivi in funzione dell'incremento del numero di personale disabile o appartenente a categorie svantaggiate impiegato. In particolare le azioni previste per la realizzazione dei CUP, le Centrali Operative, i numeri verdi sanitari, la riforma energetica della sanità toscana, potranno essere il volano per una svolta nell'assunzione al lavoro di questi soggetti.

Per i non vedenti in condizione di solitudine il Medico di Medicina Generale è autorizzato a richiedere l'uso di mezzo sanitario a carico della ASL di residenza.

5.6.2.4 Anziani

Alla luce dell'avanzato processo di invecchiamento della popolazione, le politiche regionali di assistenza verso le persone anziane devono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato

di salute della popolazione anziana.

Le politiche regionali saranno ispirate al richiamo dell'OMS sui determinanti della salute, intervenendo su tutte le aree tematiche che offrono opportunità per un invecchiamento attivo e in buona salute (successful aging) e risoluzione di problemi vitali per le persone anziane.

Saranno particolarmente assicurate, attraverso azioni integrate, concertate e coordinate a livello regionale, misure concrete sui singoli aspetti strategici, con particolare attenzione alla promozione di un invecchiamento in salute e della identificazione e tutela degli anziani fragili.

Promozione di un invecchiamento attivo e in buona salute (successful aging)

Campagne informative e promozionali di un corretto stile di vita.

Le politiche sociali devono sviluppare e mettere in circolo, attraverso strategie complessive di governo, tutte quelle opportunità che consentono di migliorare gli "stili di vita", di assicurare l'inserimento e la partecipazione ai processi di promozione e di educazione alla salute.

In particolare, la Regione Toscana si impegna a promuovere:

- la diffusione dell'attività motoria per la persona anziana, anche attraverso il coinvolgimento dei Comuni e delle associazioni del volontariato, e le forme di Attività fisica adattata, ove indicata,
- modelli educativi che orientino alla corretta alimentazione come chiave per il raggiungimento ed il mantenimento di un buono stato di salute in età avanzata,
- organizzazione del tempo libero come componente centrale dell'invecchiamento attivo, mediante rilevazione di tutti i presidi di socializzazione e aggregazione delle persone anziane in Toscana, e loro monitoraggio costante attraverso un tavolo aperto alle Associazioni coinvolte ed alle OO.SS.
- iniziative tese a promuovere una sana e soddisfacente vita sessuale.

Interventi a favore degli anziani a rischio ("fragili").

Un insieme di fattori, dalle alterazioni biologiche età-dipendenti, a quelle legate agli stili di vita, fino alle malattie croniche e ai fattori sociali, aumentano nell'anziano il rischio di compromissione dello stato di salute, con possibile esito in disabilità, istituzionalizzazione o morte. Evidenze scientifiche internazionali dimostrano inequivocabilmente che gli anziani in cui questo rischio è particolarmente accentuato, definibili fragili, possono essere identificati e, quando vengano messi in atto interventi specialistici mirati, mantenuti più a lungo in condizioni di buona autonomia funzionale, il che consente la permanenza nell'ambiente domestico ed una migliore qualità della vita.

La Regione si impegna ad attuare, ai vari livelli, interventi per il riconoscimento e la prevenzione della fragilità ed il contenimento delle sue conseguenze.

- 1) Identificazione della fragilità e prevenzione delle sue conseguenze. L'organizzazione dei servizi rivolti alla persona anziana fragile deve essere ispirata ad una visione positiva della salute degli anziani, investendo in risorse e attenzioni per prevenire lo stato di non autosufficienza e permettere una vecchiaia serena nel proprio ambiente di vita. A questo proposito, saranno significative le indicazioni che scaturiranno dal progetto di ricerca dell'Università degli studi di Firenze "SIFÀ!", sulle procedure e gli strumenti per l'identificazione precoce dell'anziano fragile sul territorio e la prevenzione della non autosufficienza.
- 2) Gestione assistenziale a livello territoriale. Nella generalità dei casi, la corretta gestione delle patologie croniche dell'anziano può trarre vantaggio dall'applicazione del Chronic Care Model (CCM) da parte del MMG, espressione efficace della Medicina d'Iniziativa (v. Paragrafo 4.3.1). Tuttavia, è necessario considerare che il CCM rimane indirizzato alla singola malattia e, pertanto, mal si adatta agli anziani con pluripatologia. Secondo indagini epidemiologiche sulla popolazione toscana (ICARe Dicomano e InCHIANTI), dal 20 al 25% degli ultra65enni è affetto da 3 o più delle 5 malattie croniche considerate per l'applicazione del CCM (ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, diabete, ictus, BPCO). Tale

percentuale è ancor più elevata negli ultra80enni e cresce ulteriormente se si considerano altre malattie ad elevata prevalenza nell'anziano, come la demenza. In questi casi selezionati, sarà pertanto necessario coinvolgere la competenza del Geriatra che, di concerto con il MMG e gli altri professionisti della salute, attuerà interventi per la prevenzione della disabilità o, comunque, il mantenimento del maggiore livello di indipendenza possibile.

- 3) Gestione assistenziale a livello ospedaliero. Nell'anziano fragile, anche in presenza di un'assistenza territoriale ottimale, il ricovero in ospedale può rendersi necessario per un evento acuto che produce instabilità clinica, tale da rendere impossibili le cure domiciliari. L'ospedalizzazione rappresenta spesso, in questi pazienti, un fattore di ulteriore destabilizzazione, che ha il suo prezzo in termini sia di esiti di salute negativi, sia di ulteriori bisogni di servizi sanitari. Sia per la loro gravità che per la loro complessità, questi pazienti (la cui percentuale è stimabile in circa l'8-10% degli anziani che accedono al DEA per motivi medici) richiedono un percorso ospedaliero specifico, in grado di prevenire, o almeno minimizzare, gli esiti suddetti. Questo percorso inizia con la tempestiva identificazione dell'anziano fragile al DEA, culmina con l'attivazione di specifiche competenze professionali a livello di presidio ospedaliero, e prosegue anche dopo la dimissione, in un'ottica di continuità assistenziale tra ospedale e territorio (v. Paragrafo 4.3.2). Nella riorganizzazione degli ospedali per livelli di intensità di cura, si dovrà quindi tenere conto della specificità del paziente anziano fragile valorizzando la competenza geriatrica ove si vada a rimodularne gli specifici aspetti funzionali ed organizzativi.
- 4) Integrazione ospedale-territorio. Al fine del conseguimento degli obiettivi sopra indicati, la Regione sostiene l'applicazione e l'estensione di esperienze, anche innovative, di integrazione ospedale-territorio a vantaggio dell'anziano fragile.

Il Sistema sociosanitario toscano si arricchisce, a partire dal 2008, delle opportunità finanziarie e organizzative attivate dal fondo per la non autosufficienza e dal Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente.

Il Progetto di assistenza continua per la persona non autosufficiente interviene sui requisiti del modello organizzativo territoriale, sia per l'accesso alle prestazioni, che per la presa in carico della persona non autosufficiente, affinché venga data certezza ai cittadini sulla qualità e quantità della prestazione assistenziale appropriata.

Il Progetto impegnerà il sistema dei servizi territoriali, andando a modificarne modalità organizzative, strumenti valutativi, livelli di integrazione professionale e istituzionale.

Gli impegni per il prossimo triennio, sul versante della fragilità, sono di seguito riportati:

- l'archivio regionale delle persone anziane fragili: obiettivo da conseguire entro il 2009;
- costruire e sperimentare modalità condivise per l'accertamento e la prevenzione della fragilità;
- identificare i servizi di bassa soglia ed i relativi standard;
- consolidamento e sistematizzazione della sorveglianza attiva di cui al progetto speciale PSR 2005/2007;
- attribuire livelli di responsabilità nell'organizzazione territoriale (PUA, Segretariato sociale, coinvolgimento MMG, etc.).

Gli impegni per il prossimo triennio, sul versante degli stili di vita, sono di seguito riportati:

- avviare una ricognizione del sistema di aggregazione sociale diffuso in Toscana;
- avviare una ricognizione sulle iniziative educative sugli stili di vita;
- individuare i criteri regionali integrati per la programmazione dell'offerta abitativa da incrementare con l'edilizia sociale;
- avviare un percorso di informazione e di concertazione territoriale per la progettazione locale nelle aree

rurali e montane;

- supportare la gestione degli investimenti in campo sociale, con risorse destinate;
- assicurare una programmazione integrata per la gestione dell'edilizia sociale;
- programma regionale per la promozione degli stili di vita;
- programma regionale integrato per l'educazione alla salute;
- programma regionale integrato di comunicazione sulla salute.

Gli impegni per il prossimo triennio, sul versante della non autosufficienza, sono di seguito riportati:

- revisione qualitativa e quantitativa, anche in previsione della attivazione del fondo per la non autosufficienza, degli obiettivi relativi ai servizi domiciliari e semiresidenziali. In raccordo con quanto previsto dal PISR, si conferma l'obiettivo di raggiungere almeno il 3% degli anziani > di 65 anni assistiti in ADI; il fondo per la non autosufficienza è finalizzato a superare tale percentuale;
- completamento della programmazione delle offerte "modulari" residenziali in tutte le Zone attraverso un percorso di concertazione tra i soggetti istituzionali (S.d.S. o Articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci) e i gestori;
- avvio della fase pilota del Progetto di assistenza continuativa per la persona non autosufficiente con l'apertura dei P.U.A. e l'adozione delle modalità per la facilitazione dell'accesso;
- definizione delle nuove modalità per la valutazione della non autosufficienza con proposta di atto deliberativo;
- organizzazione del programma di formazione sulle nuove modalità valutative a tutti gli operatori dei servizi;
- ricerca di criteri e approcci valutativi uniformi di fronte alle aree della disabilità e della non autosufficienza attraverso gli strumenti concettuali dell'ICF;
- linee guida per la gestione del fondo per la non autosufficienza;
- presentazione della bozza di Patto istituzionale per la costituzione e la gestione del fondo da sottoscrivere da parte di tutti i soggetti istituzionali coinvolti;
- predisposizione del regolamento attuativo per la gestione del fondo per la non autosufficienza.

5.6.2.5 Materno Infantile e Consultori

Il SST ha sviluppato con i suoi ultimi PSR un programma di integrazione della rete sanitaria che ha permesso di attuare, nell'area materno infantile, un'ampia analisi dei bisogni sanitari, dei requisiti assistenziali e delle opportune scelte collaborative ed organizzative, funzionali a livelli di crescente qualità ed appropriatezza.

Il nuovo PSR si muove pertanto nel segno della continuità e del consolidamento per sollecitare la piena attuazione di interventi ancora validi come previsto dalla "Rete Materno-Infantile Regionale" approvata con la D.G.R. 784/2004 e riorientare alcune azioni, adeguandole alle analisi emerse nel triennio.

Oltre alla conferma degli obiettivi strategici della sicurezza del neonato e della donna, della continuità dell'assistenza pubblica nel percorso nascita e del rispetto della fisiologia, saranno valorizzati i temi della partecipazione e della formazione.

Le azioni regionali tengono conto della trasformazione della società toscana in una società multietnica contribuendo al superamento delle barriere linguistiche e culturali attraverso la formazione del personale socio-sanitario sui temi dell'integrazione, la formazione di operatori addetti all'accoglienza, la diffusione di mediatori culturali formalmente riconosciuti ed un'offerta attiva dei servizi, al fine di favorire l'integrazione dei cittadini immigrati ed il completo utilizzo dei servizi da parte delle fasce più deboli della popolazione.

Viene valorizzata e sostenuta la collaborazione già avviata tra Pediatri di famiglia, Medici di Medicina Generale, strutture ospedaliere e consultoriali, sia per quanto attiene la promozione della salute e di corretti stili di

vita, sia per la gestione dei percorsi diagnostico terapeutici. Saranno mantenuti e sviluppati nel prossimo triennio anche i molti interventi orientati al rispetto della fisiologia della gravidanza, del parto e del puerperio.

Obiettivi raggiunti e da potenziare

La Concertazione è stato uno dei temi auspicati a vari livelli Istituzionali (Regione, Area Vasta, Zona-Distretto) al fine di dare una maggiore intensità di relazione tra gli operatori interessati, attivare confronti multiprofessionali e condividere iniziative formative.

La concertazione di Area Vasta ha già dimostrato la sua utilità nella stesura della DGR 784/2004 sulla Rete Materno-Infantile Regionale; è opportuno pertanto mantenerla con cadenza annuale e con il coordinamento dell'A.O.U. Meyer, con l'obiettivo di:

1. contestualizzare le tematiche del PSR;
2. condividere i bisogni di salute e le esperienze di area;
3. offrire stimoli e proposte alla programmazione regionale.

Al fine di consolidare e diffondere pienamente la concertazione è necessario sostenere e stimolare i livelli organizzativi di Area Vasta e di Distretto aziendale affinché si strutturino le occasioni di confronto multidisciplinare, producendo percorsi virtuosi dedicati all'età evolutiva adeguatamente sostenuti dalle Aziende Sanitarie.

La concertazione ha trovato un momento significativo nella nuova Commissione Pediatrica Regionale (DGR n. 193/2006) aggiornata nei componenti (numero, rappresentatività, inserimento delle società scientifiche più rappresentate in Toscana –SIP-SIN), nei rapporti istituzionali (in modo particolare con il Consiglio Sanitario Regionale) e nelle funzioni (parere tecnico sul merito delle iniziative più significativi delle politiche regionali nell'area materno infantile).

La CPR, strumento istituzionale di dialogo virtuoso con la pediatria e la ostetricia e ginecologia regionale, rappresenta una realtà originale di grande qualità per le politiche sanitarie della Toscana nell'area specifica.

La Rete Regionale della Pediatria Specialistica (RRPS), costituitasi con atto formale (DGR n. 403/2005), porta in CPR i risultati della promozione e del coordinamento delle azioni tese a definire linee guida e percorsi assistenziali per un miglioramento della qualità e dell'omogeneità delle prestazioni erogate su tutto il territorio regionale.

Con il contributo della RRPS la Regione Toscana garantisce nel triennio un investimento formativo sui seguenti settori:

- A.assistenza neonatale:** affidare alle TIN una iniziativa formativa di grande spessore (master neonatale regionale) dedicato alle figure professionali in servizio nei punti nascita;
- B.emergenza-urgenza pediatrica:** consolidare il percorso di rete già avviato sulle tematiche dell'emergenza pediatrica dedicato ai pediatri e agli operatori dei Pronto Soccorsi;
- C.prevenzione della obesità,** in accordo con la scuola e le agenzie regionali interessate.

Per i **Punti Nascita** molto lavoro è stato dedicato nel triennio in particolare ai temi della sicurezza, del rispetto della fisiologia e della continuità assistenziale.

Per i punti nascita di 1° livello sono stati rispettati i criteri minimi di attività sicura indicati nella DRG n. 915/2004 (n° nati > 500/anno, guardia pediatrica attiva, migliore formazione neonatologica). Come previsto alcune di queste realtà, hanno ottenuto l'assegnazione di posti letto di patologia neonatale (Borgo S. Lorenzo, Cecina, Montepulciano e Montevarchi). In tutti i punti nascita è necessario mantenere attenzione alla

qualità ed alla omogeneità delle competenze di base: rianimazione neonato critico e stabilizzazione in attesa di trasporto. Si confermano gli orientamenti programmatici del PSR precedente, relativamente ai punti nascita con < di 500 nati/anno, per i quali si deve prevedere la riconversione in strutture a ciclo diurno.

Sono state potenziate le strutture neonatali di 2° livello con il formale riconoscimento delle sedi ove le competenze professionali, le dotazioni tecnologiche e le realtà strutturali si sono consolidate nel tempo. Per tali realtà una casistica sufficiente di >1500 nati/anno deve alimentare la possibilità d'assistere neonati anche di peso ed età gestazionale bassi (≥ 29 sett.) il cui adattamento alla vita extra uterina si risolva nel giro di 48/72 ore.

Nell'Area Vasta Centro ha assunto particolare rilievo il punto nascita di Prato, quasi 3000 nati l'anno, per il quale dovrà esserci un adeguato supporto progettuale ed economico per il mantenimento della qualità assistenziale erogata.

Per il settore neonatale rimane alta l'attenzione a verificare i livelli assistenziali erogati e rendere più omogenee, su tutto il territorio regionale, le funzioni dei 2° livelli aziendali e dei 1° livelli con posti letto di patologia neonatale, che devono rispondere ai criteri di base già riportati nel precedente PSR e nella DGR n. 915/2004.

Le Strutture pediatriche di 2° livello si sono confermate snodi centrali della rete ospedaliera dedicata alle cure secondarie e nella relazione con i Pediatri di Famiglia, pur tenendo conto di esperienze positive in alcune realtà zonali.

È mediamente ridotto il tasso di ospedalizzazione pediatrica e le fughe fuori Regione. Prosegue il trend in aumento dei ricoveri in area pediatrica 0-14 e 15-17. Si è avuta una contrazione del DH diagnostico per patologie di scarso impegno, mentre si osserva un inserimento sempre più diffuso del Day Service. Il crescente ricorso alla osservazione breve (30% dei ricoveri) può essere correttamente orientato ad evitare ricoveri inappropriati a vantaggio di una maggiore qualità, sicurezza e brevità di permanenza in ospedale. L'osservazione breve pertanto dovrà essere oggetto di una regolamentazione formale e funzionale nonché dell'attribuzione di un peso specifico (PSN 2002-2004). Per contenere la problematica dei codici, che pure tanto rilievo rappresenta nella occupazione dei pronto soccorsi ed al fine di rendere ancora più integrate le risposte diagnostico-assistenziali tra ospedale e territorio, nell'interesse di venire incontro ad una domanda di cura ampiamente espressa dalla comunità genitoriale, è necessario proseguire gli sforzi dedicati alla educazione sanitaria, alla corretta informazione, alle risposte territoriali che vedono al centro lo sviluppo delle unità di cure primarie e l'opportuno supporto di sperimentazioni organizzative.

Nel settore del **Pronto Soccorso Emergenze-Urgenze**, la Giunta Regionale si impegna a sviluppare, nel prossimo triennio, la cultura della corretta gestione del trauma grave in età pediatrica attraverso percorsi formativi ed ipotesi organizzative che forniscano una soluzione "toscana" alle esigenze assistenziali del bambino traumatizzato:

- iniziative formative stabili tese ad innalzare il livello di preparazione e di risposta integrata ed a rendere omogenea, a regime su tutti i presidi del territorio, la risposta assistenziale (protocolli, sistema di rete, coordinamento e accreditamento da parte del Meyer);
- iniziative informative ai cittadini sull'uso appropriato dei servizi disponibili;
- impegno regionale ad elaborare un assetto organizzativo dedicato alle esigenze assistenziali del bambino traumatizzato nell'ambito del modello nord americano (Harvard) già realizzato per l'età adulta. Un "**trauma center pediatrico**" di alta qualità nell'Ospedale Pediatrico Meyer al centro di un efficiente "trauma system". Oltre all'obiettivo primario di ridurre la frequenza e la complessità delle sequele, può rappresentare un contributo alla crescita tecnico/organizzativa di tutta l'emergenza pediatrica toscana (inquadramento e supporto vitale pre-ospedaliero, trasporto rapido e protetto, lavoro in equipe, strutture

post-acuzie e riabilitazione, formazione).

Durante l'ultimo triennio la natalità della Regione Toscana è aumentata di circa il 10% e la natimortalità si è ridotta raggiungendo l'eccellenza in Italia.

Attori essenziali che hanno permesso tali risultati sono le **4 Terapie Intensive Neonatali** (Careggi, Pisa, Siena, Meyer) che rappresentano i terzi livelli di riferimento regionale ove si concentrano i piccoli pazienti a più alto rischio. Per la TIN del Meyer è previsto un ruolo di prevalente gestione e cura della casistica chirurgica neonatale polispecialistica.

Per ciascuna TIN dovrà essere:

1. realizzato un adeguamento dei letti intensivi (1/750 nati) quale conseguenza dell'aumentato del numero dei parti (31.000);
2. sostenuto il modello organizzativo che prevede la gestione intensiva della casistica regionale dei neonati di peso e/o età gestazionale molto bassi (< 29 sett.), con un bacino di utenza di 6-7000 nati;
3. aggiornata la dotazione organica e la strumentazione sanitaria.

In ciascuna Area Vasta il riferimento materno-infantile di 3° livello è la sede idonea per la valutazione dei flussi delle gravidanze a rischio e per un'analisi degli outcomes neonatali. Tra questi va inserito il monitoraggio degli **esiti neonatali a distanza**. Allo stesso livello competono iniziative certificate di formazione e verifica prioritariamente dedicate ai punti nascita con minore casistica. Particolare attenzione è stata dedicata alla grave prematurità con l'istituzione dell'Archivio Toscano per i neonati gravemente prematuri, denominato "TIN Toscane On-line", con l'approvazione della DGR 912/07, che lo istituisce.

Relativamente ai **Coordinamenti regionali di Alta Specialità**, accanto a quelli consolidati e storici relativi alla Nefrourologia ed al D.E.A., nell'ultimo triennio è stato dato forte impulso ai Coordinamenti di Oncematologia, Neurochirurgia e del Cuore infantile con l'obiettivo di produrre specifici regolamenti che cementino relazioni professionali con diversi livelli di competenza e garantiscano percorsi assistenziali sicuri ed efficaci nei tempi d'attuazione e nelle risposte terapeutiche. Tutto ciò permetterà di pervenire all'attivazione dell'**Istituto Pediatrico Toscano**, completando il percorso virtuoso indicato nel Decreto Ministeriale del 29.1.92.

Con l'avvio del servizio presso l'AOU Pisana tutto il territorio regionale è coperto dal **trasporto di emergenza neonatale** al quale deve essere dedicato un apposito regolamento regionale.

Va dato maggiore impulso ad una più adeguata concentrazione delle gravidanze a rischio con percorsi diagnostico-assistenziali in rete e ad una istituzionalizzazione del back-trasporto.

È comunque aumentata la cultura del **trasporto in utero** che ha portato alla concentrazione delle gravidanze a rischio in Centri di livello adeguati per complessità. Anche in questo caso dovrà essere prodotto un ulteriore impegno al fine di rendere prevalente per la gestione delle gravidanze ad alto rischio, il trasporto "in utero" rispetto al trasporto protetto neonatale.

Il parto

In tutti i punti nascita deve essere implementata ogni iniziativa volta al recupero della fisiologia del parto, nel rispetto dei bisogni umani e relazionali, recuperando la personalizzazione dell'evento nascita, la valorizzazione della "prima ora" dopo la nascita e la pratica del rooming-in.

Presso la maternità di Careggi è stato avviato il "Progetto Margherita", dedicato alla nascita fisiologica, che rappresenta un modello originale per le importanti novità introdotte in ambito organizzativo, professionale e

scientifico. Questa moderna struttura garantisce la sicurezza attraverso l'integrazione funzionale ed organizzativa con il punto nascita di riferimento, collocato in contiguità spaziale. Questa sperimentazione necessita di ulteriore sviluppo per consentire l'incremento degli accessi. In essa le ostetriche operano al maggiore grado possibile di autonomia professionale consentito dalla normativa e le gestanti hanno l'opportunità di vivere l'esperienza della nascita con la garanzia della libertà della scelta, in un ambiente familiare.

Il basso peso alla nascita e le malformazioni congenite rappresentano le cause preminenti di morte nel primo anno di vita (85-90%). Nel corso degli ultimi 20 anni si è avuta una progressiva riduzione della mortalità infantile (attualmente al 2,6/1000 in Toscana versus 4/1000 in Italia) che è da attribuire prevalentemente al miglioramento dell'assistenza ai neonati di basso peso.

Al fine di ridurre ulteriormente il tasso di mortalità, determinato dal basso peso alla nascita, occorre migliorare l'assistenza sanitaria alla patologia della gravidanza e pervenire alla corretta diagnosi intrauterina dei difetti congeniti.

Per la prevenzione ed il trattamento della patologia materna, dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino e della prematurità, anche predisponendo percorsi assistenziali che mettano in connessione coerente i livelli ospedalieri di Area Vasta e regionali, si ritiene particolarmente significativa la nascita di un Coordinamento, (da assegnare al 3° livello dell'AOU di Careggi) tra i Dipartimenti Assistenziali Integrati Materno Infantile della AOU Careggi, Santa Chiara e Le Scotte per la diagnosi e terapia delle patologie gestazionali con particolare riguardo a quelle ad alta complessità.

Per la prevenzione e trattamento della patologia congenita del feto, si ritiene che l'Unità Multidisciplinare per la Diagnosi e Terapia dei Difetti Congeniti e delle Patologie Fetali della AOU Meyer assuma una funzione di Coordinamento regionale della diagnosi e terapia delle patologie congenite. Tale ruolo si svolgerà anche attraverso il coordinamento delle attività formative che si effettueranno in ambito regionale nel settore specifico e delle attività di sorveglianza (Registro di Diagnosi Prenatale e procedure di Audit).

Con la DGR 1207/05, è stato avviato il progetto per la riduzione dei parti cesarei. Il controllo sul ricorso al taglio cesareo, che non dovrebbe superare il 18-20% sul totale dei parti e tendere verso le raccomandazioni OMS del 15%, fa parte degli interventi strategici della Regione e deve essere attivamente mantenuto, anche attraverso il richiamo alle D.G. delle Aziende Sanitarie al controllo del fenomeno per avviare un'inversione di tendenza.

Devono pertanto essere presi in considerazione i motivi che hanno portato, nel corso degli ultimi anni all'aumento dei tagli cesarei, anche al fine di evitare, alla luce delle evidenze scientifiche, gli interventi non giustificati e comprendere le ragioni delle significative disomogeneità tra i vari punti nascita.

Obiettivi del triennio di particolare rilevanza:

- Condivisione di linee guida regionali sul controllo del travaglio di parto;
- Proseguimento della formazione del personale sanitario coinvolto nel processo della nascita.

La Commissione Regionale Multidisciplinare mantiene la funzione di coordinamento e di promozione delle varie iniziative.

Al fine di diffondere le conoscenze sulla genesi delle paralisi cerebrali infantili e le loro implicazioni, si rileva l'opportunità di avviare momenti di confronto fra diverse figure professionali, non solo di carattere sanitario; si rileva altresì l'opportunità di istituire un apposito archivio regionale.

La partoanalgesia, sia pure in modo non ancora omogeneo, è attiva in molte realtà ospedaliere toscane. L'analgesia epidurale, su richiesta della donna, va garantita prioritariamente nei punti nascita con >1000 parti/anno. Accanto al monitoraggio delle prestazioni effettuate, è auspicabile un percorso informativo che aiuti a conciliare il tema con la naturalità del parto.

Dimissione dal punto nascita

Per assicurare la continuità assistenziale del neonato attraverso il contatto precoce tra genitori e Pediatra di famiglia (PdF), le Aziende Sanitarie devono garantire in ogni Punti Nascita la scelta del PdF, prima della dimissione del bambino.

Al Punto Nascita compete l'invio attivo della puerpera al consultorio con le informazioni sulla tipologia del servizio offerto e sugli orari e giorni di apertura. I consultori devono prevedere un'offerta attiva diversificata e proporzionata ai bisogni della donna, basata fundamentalmente sugli ambulatori del puerperio, anche utilizzando visite domiciliari mirate, e sul raccordo con il punto nascita.

Nella equipe consultoriale l'ostetrica rappresenta il punto di riferimento centrale e costante per la donna. In ogni caso il contatto con l'ostetrica deve avvenire nei primi 3-4 giorni dopo la dimissione.

Il consultorio, in sinergia con i PdF, può intervenire nell'offerta attiva delle vaccinazioni sia per migliorare la copertura vaccinale che per verifiche, anche domiciliari, di eventuali situazioni di disagio.

La tutela della salute fisica e psichica della madre, del bambino e, più in generale, del nucleo familiare, sono garantiti attraverso interventi di sostegno alla genitorialità effettuati in modo integrato dall'equipe del consultorio. In particolare in presenza di soggetti a rischio è necessaria una presa in carico programmata in collaborazione con gli altri servizi sanitari e sociali del territorio.

Un percorso privilegiato va dedicato alla malattia cronica del neonato, rafforzando il raccordo fra ospedale, rete consultoriale e PdF.

Particolare attenzione è stata posta alla diagnosi precoce della sordità congenita (attivazione in tutte le Aziende Sanitarie dello screening uditivo neonatale, DGR n. 365/2007), della cataratta congenita (direttive alle Aziende sanitarie DGR n. 596/2005) e delle malattie metaboliche ereditarie (Estensione dello screening neonatale, DGR n. 800/2004).

È stato approvato il progetto: "Preparazione alla nascita ed assistenza al disagio psichico in gravidanza e nel puerperio" con la DGR n. 836/2005.

Con l'accordo ANDI-Regione Toscana sono state avviate iniziative utili alla prevenzione della carie nei soggetti in età evolutiva (DGR n. 332/2006);

Con la DGR 1018/2007 sono stati confermati gli obiettivi individuati dal precedente PSR a sostegno della fibrosi cistica attraverso il Centro regionale di riferimento del Meyer.

Promozione dell'allattamento al seno

Tra le numerose azioni dedicate al rispetto della fisiologia nel percorso nascita la promozione dell'allattamento materno si conferma tema centrale per la qualità di questa scelta di salute e per i cambiamenti organizzativi, collaborativi e formativi ad essa collegati

L'intesa con l'UNICEF (DGR n. 968/2004) e la costituzione di un Osservatorio ha permesso di realizzare molti obiettivi. La partecipazione della Toscana, per l'Italia, alla sperimentazione del progetto CE "Promozione dell'allattamento al seno in Europa" (Decreto n. 5623/2006) ha dato cornice e stimoli alle iniziative.

Lo sforzo più consistente è stato orientato alla formazione di gran parte degli operatori nel rispetto delle diverse competenze: circa 2500 tra ostetriche, infermiere, pediatri ospedalieri, pediatri di famiglia, ginecologi. Grazie al lavoro di molte equipe ed al sostegno regionale offerto all'iniziativa "Ospedali Amici dei Bambini" la Toscana conta oggi 4 ospedali riconosciuti (Montepulciano/2002, Borgo S.Lorenzo/2006, Pistoia/2007 e Poggibonsi/2007); altri hanno già iniziato il percorso per il riconoscimento. Come richiesto dai "10 passi" UNICEF in tutta la regione sono cresciute le attenzioni dedicate ai corsi di preparazione alla nascita, al contatto precoce mamma/neonato, al rooming-in, al sostegno puerperale e ad una migliore continuità ospedale-territorio.

Sono state avviate azioni di monitoraggio sulla prevalenza dell'allattamento al seno e di sensibilizzazione al rispetto del Codice sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno. Tra le diverse iniziative informative e convegnistiche si ricorda la celebrazione a Firenze del 15° anniversario della Dichiarazione degli Innocenti (DGR n. 1099/2005) e l'opuscolo "Naturalmente mamma" (DGR n.1221/2005) in distribuzione presso tutti i

punti nascita toscani.

A queste buone esperienze il nuovo PSR intende dare continuità, mantenendo il coordinamento dell'Osservatorio regionale e la priorità alle seguenti azioni:

- formazione aziendale del personale con particolare attenzione ai neoassunti;
- monitoraggio sulla prevalenza dell'allattamento materno anche al 3°, 6° e 12° mese;
- iniziative orientate a diffondere la conoscenza ed il rispetto del Codice.

La formazione dell'80% del personale per singola categoria professionale, il rooming-in 24/24 ore e l'aumento della prevalenza dell'allattamento materno sono le sfide possibili del prossimo triennio

La Regione Toscana intende altresì incoraggiare le iniziative che, in occasione della SAM, settimana mondiale per l'allattamento al seno, prima di ottobre in Italia, saranno organizzate nel suo territorio..

Banche del latte umano

È prevista l'istituzione della rete regionale delle banche del latte umano donato (Re. BLUD), coordinata dall'A.O.U. Meyer, con lo scopo di uniformare e regolamentare le procedure delle banche rendendo la loro attività più efficiente e capace di rispondere alle esigenze di ottimizzare l'uso del latte umano donato.

Nell'ambito della Neuropsichiatria infantile, la constatazione di un aumentato accesso dei minori ai servizi dedicati alla salute mentale e la complessa gestione della disabilità consigliano di assicurare una costante monitoraggio sulla situazione epidemiologica e sull'adeguatezza delle risorse e dei servizi rispetto ai bisogni rilevati. Le Aree Vaste e le Aziende Sanitarie sono le sedi opportune per contestualizzare questa verifica sostenute operativamente dal Centro Regionale di riferimento per la Neuropsichiatria Infantile dell'IRCCS "Stella Maris". Sono auspicabili confronti regionali con la Rete Pediatrica dedicati ad una crescente sintonia per la diagnosi precoce dell'autismo e dei disturbi scolastici (dislessia, disgrafia, ADHD, etc.).

Rimane alla Pediatria di Famiglia un ruolo centrale ed una costante visibilità dei problemi relativi alla salute mentale per facilitare interventi collegati agli altri servizi territoriali sia sanitari che sociali. La Rete Pediatrica Regionale collabora attraverso specifici protocolli per la gestione delle patologie neurologiche e psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza compreso l'approccio alle emergenze nell'ambito delle attività di pronto soccorso.

Cure palliative pediatriche

L'attenzione alle cure domiciliari pediatriche (comprehensive degli interventi palliativi per i quali la Regione Toscana ha particolarmente investito anche attivando un'apposita commissione regionale con delibera n. 1075/2004) per pazienti oncologici o affetti da malattie metaboliche e genetiche o da patologie infiammatorie croniche invalidanti, vede una significativa conferma nell'attivazione presso l'Ospedale pediatrico Meyer di una Struttura Organizzativa dedicata. Anche utilizzando le risorse messe a disposizione dalla legge finanziaria, la Regione Toscana intende consolidare una rete dedicata che valorizzi momenti formativi e contestualizzi le risorse assistenziali domiciliari, sempre nel rispetto delle competenze professionali consolidate nelle Aree Vaste. All'Ospedale Meyer è affidato il coordinamento di questa rete, che coinvolge Ospedali, Distretti, Consultori, Pediatri di Famiglia, Medici di libera scelta, Associazioni di Volontariato e prevede l'offerta di una disponibilità assistenziale residenziale.

I dati epidemiologici evidenziano una mortalità annuale da patologia non guaribile pari a 1 su 10000 bambini da 1 a 17 anni ed una prevalenza di patologie inguaribili nella stessa fascia di età pari a 10 su 10000 minori. Il 30% di questi bambini è affetto da patologie oncologiche e il restante da patologie metaboliche o genetiche. Dall'ultima analisi disponibile sulla mortalità si rileva in Toscana il numero di 78 bambini morti per le cause sopra precisate: ciò significa che possiamo stimare un fabbisogno di cure palliative di circa 700-800 casi.

È obiettivo del triennio la realizzazione della rete delle cure palliative pediatriche che dovrà tenere conto del-

la necessità di provvedere sia ad un'assistenza al domicilio del paziente sia alle altre forme di assistenza che si renderanno necessarie. Nella definizione della rete sarà tenuto conto dell'accordo Stato-Regioni del 27/6/2007.

Salute infanzia

Crescita e sviluppo del bambino sono monitorati dall'attività della PdF e dall'attività consultoriale. Al PdF corre l'obbligo contrattuale di tutelare la salute del suo assistito sin dal momento dell'iscrizione, attraverso un calendario di bilanci di salute, di attività telefonica, ambulatoriale e domiciliare che permettono una presa in carico globale e l'invio ai livelli assistenziali superiori quando necessario. Particolare attenzione viene data agli screening, alla adozione di corretti stili di vita, alla identificazione precoce dei segnali di disagio, alla promozione della copertura vaccinale.

L'attività consultoriale collabora con la PdF nei casi complessi come le patologie croniche o altri bisogni "speciali" che richiedano l'attivazione della rete specialistica distrettuale. Il consultorio rappresenta un punto di riferimento sanitario territoriale per una accoglienza coordinata ed un accesso facilitato ai servizi.

Obiettivi:

1. mettere in condizione le nuove famiglie, in particolare quelle in situazioni svantaggiate, di accedere ai servizi preposti alla tutela della salute del bambino;
2. favorire la reale integrazione PdF-Servizi Territoriali.

Riqualificazione dei consultori

La riqualificazione dei consultori costituisce un importante strumento all'interno del distretto per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita e a tutela della salute dell'età evolutiva, dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari.

Tale riqualificazione è stata avviata con la delibera n. 259/2006, prevedendo azioni formative, organizzative e la creazione in ogni zona-distretto, di un consultorio principale, di un consultorio giovani e di un consultorio con servizio per immigrati ridisegnando la rete regionale consultoriale in grado di fornire un omogeneo livello di prestazioni su tutto il territorio attraverso le funzioni di accoglienza, gli interventi di prevenzione, l'erogazione di prestazioni e l'educazione alla salute.

L'istituzione delle UU.FF. consultoriali, laddove è stata realizzata, ha agevolato la stabilità e il governo del sistema e favorito la continuità del percorso assistenziale territorio-ospedale.

La possibilità di monitorare il percorso nascita e le attività di tutela della donna e del bambino, non può prescindere dalla conoscenza dei dati relativi alle attività consultoriali, ove lo strumento informatico risulta fondamentale per l'omogeneizzazione dell'organizzazione. Nel triennio dovrà essere stabilizzato il percorso di informatizzazione della attività consultoriali.

A fronte dei risultati finora raggiunti è necessario raggiungere i seguenti obiettivi:

- completamento della rete dei consultori principali;
- istituzione delle UU.FF. consultoriali previste, garantendo comunque, laddove questo non sia possibile, l'istituzione di strutture organizzative in grado di garantire percorsi ad alta integrazione socio-sanitaria;
- garantire la presenza definita e stabile, almeno nel consultorio principale, dell'equipe multiprofessionale costituita dalle figure professionali previste dalla normativa, con assegnazione nominativa in toto o per quota oraria all'U.F. consultoriale;
- garantire l'apertura di almeno 5 giorni a settimana per facilitare l'accesso e la presa in carico.

Nel prossimo triennio l'impegno è:

- facilitare e promuovere l'accesso ai cittadini svantaggiati per grado di istruzione, per appartenenza a culture diverse, per condizioni sociali;
- garantire i percorsi ad alta integrazione ospedale-territorio a sostegno della maternità e paternità consapevoli, compreso il parto in anonimato;
- valorizzare il percorso fisiologico della gravidanza e del parto attraverso il potenziamento del personale ostetrico e la prosecuzione delle esperienze già avviate sul territorio;
- promuovere ed ampliare i corsi di preparazione alla nascita;
- promuovere attività di sostegno al post-partum;
- monitorare e attivare un processo di miglioramento della qualità dell'assistenza erogata alle utenti che accedono al percorso di interruzione volontaria della gravidanza di cui alla L. n.194/78, assicurando la necessaria presenza nei servizi di personale non obiettore di coscienza, e per garantire la tutela sociale della maternità con l'attivazione tutti i percorsi previsti agli articoli 2 e 5 della legge;
- promuovere la modalità "attiva" dell'invio al consultorio per il controllo post IVG anche per prevenire le recidive più diffuse nelle donne straniere;
- istituire la rete regionale della mediazione culturale;
- garantire e sostenere i diritti della donna in gravidanza;
- valorizzare le responsabilità familiari con attenzione particolare rispetto all'esercizio dei ruoli genitoriali, ai conflitti di coppia ed intergenerazionali, ai nuovi assetti familiari;
- promuovere la salute degli adolescenti e la prevenzione dei comportamenti a rischio,
- promuovere la procreazione cosciente e responsabile anche attraverso una contraccezione informata e personalizzata;
- definire specifici percorsi per le donne in menopausa;
- applicare la legge regionale n. 59/07 in favore delle donne e dei minori contro la violenza.

Attività consultoriali in favore delle donne immigrate e dei loro bambini

Il dati sulla popolazione immigrata ci indicano una popolazione giovane e in età riproduttiva, una sostenuta presenza femminile, una buona presenza di nuovi nati e di minori figli di immigrati.

Le azioni e gli interventi previsti al punto 4.3.3.2 vanno consolidati nell'ambito del progetto di riqualificazione delle attività consultoriali per il conseguimento dei seguenti obiettivi specifici:

- costituire presso ogni Consultorio Principale un Consultorio per donne immigrate;
- sostenere l'accesso ai servizi di assistenza alla gravidanza, al parto e al post partum;
- ridurre il ricorso a IVG;
- promuovere la continuità del percorso nascita;
- organizzare i servizi tenendo conto delle difficoltà di accesso delle donne immigrate;
- creare una rete regionale della mediazione culturale, in relazione alle etnie prevalenti, intesa come servizio trasversale utile a soddisfare le diverse esigenze, implementando l'attività linguistico culturale per le etnie prevalenti sul territorio;
- consolidare le azioni di assistenza sanitaria, sviluppo di protocolli operativi, dialogo interculturale con le Associazioni rivolte alle problematiche legate alle M.G.F. (mutilazioni genitali femminili). Il tavolo regionale mantiene la funzione di coordinamento e di promozione delle varie iniziative.

La Gravidanza: percorso Ospedale-Territorio

Le Aziende Sanitarie organizzano le attività consultoriali in modo da garantire una rete di consultori che a livello zonale assicurino la presa in carico della donna in gravidanza e la continuità del percorso assistenziale ed operino come nodo di raccordo con i Punti Nascita.

Con il decreto n. 3541/2007 è stato approvato il nuovo libretto-ricettario regionale sugli accertamenti da eseguire nella gravidanza fisiologica, che sarà consegnato a cura dell'ostetrica consultoriale.

La delibera G.R. n. 284/07 ha avviato il percorso formativo e di accreditamento per la valutazione ecografia della translucenza nucale che consente la diagnosi precoce delle malformazioni del feto ed il contenimento di più invasive metodiche.

I corsi di accompagnamento alla nascita, dovranno essere programmati ed attuati in modo proattivo dalle equipe dei Consultori con un apporto interdisciplinare ed in integrazione con il Punto Nascita ed i PdF, prevedendo anche modalità alternative adeguate al coinvolgimento delle fasce a maggiore bisogno.

Obiettivi:

- promuovere ed ampliare l'offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita con particolare attenzione alle primipare;
- facilitare l'accesso ai servizi alle categorie svantaggiate;
- razionalizzare la presenza dei mediatori culturali in relazione alle etnie prevalenti nei consultori principali e negli URP;
- prevenzione e trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino e delle prematurità;
- favorire la diagnosi precoce dei difetti congeniti anche attraverso l'istituzione di un centro di riferimento regionale dedicato;
- prevenire e trattare la prematurità iatrogena o legata a stili di vita.

Vanno altresì attivate efficaci campagne di informazione per il rischio SIDS che dovranno coinvolgere il 100% dei genitori dei nuovi nati. Continua l'impegno regionale ad intraprendere tutte le azioni necessarie per la prevenzione della morte in culla (SIDS).

IVG: percorso ospedale territorio

Come indicato dalla legge 194/78 il Consultorio costituisce il luogo privilegiato per affrontare globalmente l'IVG perché consente di garantire:

- lo studio del fenomeno su base territoriale per la predisposizione dei necessari interventi sul territorio, implementando gli interventi di educazione sessuale rivolti soprattutto alle fasce di popolazione più debole e più a rischio con particolare riguardo per la popolazione straniera con l'ausilio delle mediatrici culturali,
- l'accoglienza della donna con interventi multidisciplinari, compresa la consulenza psicologica e sociale, al fine di sostenere la donna nelle scelte di maternità,
- gli interventi pre IVG previsti dalla legge e quelli post-IVG volti al sostegno della donna ed alla prevenzione di una nuova IVG.

Obiettivi:

- garantire che in tutti i consultori sia data piena applicazione a quanto previsto dalla legge 194/78, assicurando la necessaria presenza nei servizi di personale non obiettore di coscienza;
- azioni tese alla riduzione del ricorso alla IVG, in particolare fra le adolescenti e le donne straniere, rinviando per gli strumenti a quanto precisato dei capitoli specifici;
- contrarre di due terzi il numero di IVG specifiche grazie all'attivazione della rete regionale per la diagnosi intrauterina dei difetti congeniti, coordinata dall'AOU Meyer;
- ridurre sostanzialmente le IVG da amniocentesi e villocentesi grazie all'introduzione della valutazione ecografica della translucenza nucale.
- istituire percorsi di formazione rivolti agli operatori sanitari in merito alla legge 194 e agli obblighi ad essa connessi.

Il servizio consultoriale per i giovani

I Consulitori svolgono un ruolo progettuale ed operativo nei percorsi di promozione del benessere, prevenzione del disagio e presa in carico delle tematiche adolescenziali e giovanili, all'interno delle attività consultoriali integrandosi con i servizi zonali, intra ed extra ASL, ponendosi sempre più come punto di riferimento anche per coloro che presentano forme di disagio più o meno latente.

Gli obiettivi da raggiungere nell'ambito del progetto di riqualificazione consultoriale, sono:

- potenziare e diffondere i consultori giovani assicurando almeno un consultorio giovani in ogni Zona-distretto con la presenza di operatori capaci di relazione interattiva e di comunicazione con gli adolescenti anche in relazione ad una sessualità consapevole, ad una corretta informazione sulla contraccezione e sugli stili di vita;
- sviluppare l'attività di prevenzione e di promozione attiva della salute anche in ambito collettivo ed in particolare in ambito scolastico, inserendola anche all'interno dei programmi scolastici per favorire la prevenzione dei comportamenti a rischio;
- migliorare le competenze degli adolescenti per quanto attiene scelte consapevoli per garantire il benessere psico-fisico;
- offrire contesti dove sia possibile, con il supporto di una equipe multiprofessionale di riferimento, accogliere, riconoscere, contenere, rielaborare, restituire aspetti utili a prevenire il disagio nelle sue varie accezioni accompagnando gli utenti nei percorsi assistenziali previsti ed assicurando, laddove necessario, un appropriato invio alle UF Salute Mentale per la diagnosi ed il trattamento necessario.

Particolare attenzione deve essere posta alla popolazione adolescenziale con caratteristiche di complessità sempre più emergenti (quali: famiglie multiproblematiche, stranieri residenti e non, minori stranieri non accompagnati), privilegiando l'offerta attiva anche attraverso la fruibilità gratuita del servizio, la garanzia della privacy, il raccordo con la rete dei servizi per le situazioni più difficili.

5.6.2.6 Salute Immigrati

L'Azione del Piano sanitario regionale 2005–2007 aveva come oggetto di riferimento la tutela della salute di soggetti provenienti da Paesi extracomunitari, con l'obiettivo di passare dall'erogazione di servizi d'emergenza e di prima accoglienza, a servizi che tenessero conto delle differenti identità dei nuovi utenti, garantendo in ogni caso i livelli di assistenza previsti dal Decreto legislativo 286/98 e dal relativo regolamento di attuazione DPR 394/99.

Gli obiettivi specifici indicati e gli strumenti individuati per il loro conseguimento hanno facilitato l'accesso dei cittadini extracomunitari a servizi e prestazioni offerti alla collettività da parte del sistema sanitario toscano, garantendo con ciò le condizioni anche per l'auspicato processo d'integrazione nella società toscana.

Il cittadino immigrato costituisce parte attiva del tessuto sociale toscano e pertanto l'assistenza sanitaria deve essere inserita nel contesto delle politiche integrate per l'immigrazione e volta a garantire pari opportunità di accesso ai servizi con i cittadini italiani.

In questo contesto deve essere perseguito l'obiettivo primario dell'iscrizione al servizio sanitario di tutti i soggetti in possesso di adeguato titolo di soggiorno, tenuto presente che le forme di assistenza collegate al rilascio del tesserino per stranieri temporaneamente presenti (STP), irregolarmente presenti in Italia, sono riservate ai soggetti in condizioni di indigenza e limitatamente al permanere dello stato di irregolarità.

L'integrazione delle politiche regionali sull'immigrazione è lo strumento per limitare a livelli fisiologici le situazioni di marginalità legate a presenze clandestine e per creare le condizioni, in campo sanitario, per assicurare alla generalità di immigrati livelli di assistenza paritari con i cittadini italiani.

Questi livelli di tutela, nello specifico, dovranno essere assicurati in riferimento a particolari situazioni di vulnerabilità (donne in stato di gravidanza e puerperio, minori, vittime di tratta, richiedenti asilo, soggetti con gravi problemi di salute..), presenti in Toscana per protezione sociale, motivi umanitari e motivi straordinari.

Relativamente all'assistenza ai cittadini comunitari la Regione Toscana è impegnata nel fornire livelli di assistenza conformi a direttive e regolamenti dell'Unione Europea.

In particolare, con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo 30/2007, avente ad oggetto "Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e soggiornare liberamente nel territorio degli stati membri", è necessaria la revisione delle modalità e procedure d'iscrizione al servizio sanitario dei cittadini comunitari.

Per l'uniformità dei trattamenti è indispensabile il coordinamento delle iniziative che fanno capo alle competenze degli Enti preposti a garantire la libera circolazione ed il godimento dei diritti: Ministeri, Regioni, Comuni, Aziende sanitarie, Prefetture, Questure.

Specifiche problematiche riguardano i paesi di recente entrati a far parte dell'UE a causa dell'applicabilità, dal momento dell'ingresso nell'Unione, della normativa comunitaria in luogo di quella specifica per cittadini extracomunitari, precedentemente applicata.

La fase del passaggio da un regime all'altro richiede gradualità e l'adozione di iniziative coordinate per non creare fratture nel godimento di diritti; nello specifico dell'assistenza sanitaria la perdita del vecchio titolo all'assistenza non può comportare interruzioni in carenza di nuovo titolo che dia diritto all'accesso alle prestazioni sanitarie.

In particolare nei confronti di cittadini neo-comunitari, irregolarmente presenti in Italia prima dell'ingresso del loro paese nell'Unione, devono essere individuate forme transitorie di assistenza e prese iniziative che facilitino la regolarizzazione della loro presenza in Italia, in primo luogo attraverso la regolarizzazione del rapporto di lavoro.

Sotto l'aspetto dell'onere finanziario, le prestazioni sanitarie ai cittadini comunitari, sono erogate prevalentemente a carico dell'istituzione competente del paese di origine, in altri casi a carico del servizio sanitario in presenza di titolo per l'iscrizione all'anagrafe assistiti.

Nel primo caso si genera l'addebito all'istituzione estera, attraverso procedura informatica europea, TESS (Telematica Europea per la Sicurezza Sociale) effettuata dall'Azienda USL che ha erogato la prestazione, attraverso l'invio dell'addebito (formulario E125) al Ministero della Salute, che funge da camera di compensazione con le istituzioni estere degli addebiti di prestazioni erogate in Italia a stranieri comunitari e di prestazioni erogate ad Italiani nell'ambito dei Paesi UE.

Ciò genera i flussi relativi alla mobilità internazionale, i cui saldi andranno addebitati ai bilanci delle competenti Aziende sanitarie.

Questa procedura sarà sostituita con un altro applicativo ASPEC (Assistenza Sanitaria Paesi Esteri Convenzionati), predisposto dal Ministero della salute in collaborazione con le Regioni, già in fase di sperimentazione che prevede la trasmissione telematica dei dati contabili (fatturato attivo e passivo) dalla Aziende USL alle Regioni e da queste al Ministero della salute, il quale continua a fungere da coordinamento con gli stati esteri.

Questa procedura riguarderà sia gli stati comunitari, sia quelli extracomunitari con i quali esistono rapporti bilaterali.

Per il prossimo triennio gli obiettivi sono di seguito riportati:

- la definizione di percorsi assistenziali integrati per stranieri in situazioni di disagio, vittime di incidenti o colpiti da gravi malattie, che, in dimissione dal contesto ospedaliero, siano sprovviste di adeguate forme di assistenza;
- l'applicazione uniforme su tutto il territorio regionale delle misure volte ad assicurare alla generalità degli stranieri l'assistenza medica di base attraverso percorsi diversi dalla emergenza ospedaliera;
- l'adozione di strumenti epidemiologici per il riconoscimento e la valutazione dei bisogni;

- lo sviluppo di interventi informativi per favorire l'accesso ai servizi, nonché di specifiche iniziative d'informazione di educazione alla salute nei luoghi di lavoro e sui temi relativi alla salute collettiva anche per favorire forme di prevenzione infortuni e malattie correlate al lavoro;
- l'utilizzo dei mediatori culturali, lo sviluppo di politiche di formazione all'inter-cultura per il personale socio-sanitario, l'adattamento dei servizi socio-sanitari ad un'utenza pluri-culturale;
- la possibilità di verifica e certificazione da parte della Regione dei dati contabili inviati dalle proprie Aziende. Conseguentemente da ora e per gli anni futuri i flussi contabili della mobilità sanitaria internazionale impegneranno Regione e Aziende per quanto concerne la messa a regime e l'implementazione del nuovo applicativo informatico, la completa rilevazione delle prestazioni che generano flussi attivi e la corretta gestione della mobilità internazionale nel suo insieme.

5.6.2.7 La salute in carcere

In ragione di quanto premesso ed enunciato nel Dlgs n.230/99 è stata approvata la Legge Regionale n. 64/05, recante "Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli Istituti penitenziari ubicati in Toscana" ed il 2 Maggio 2007 è stato siglato un Protocollo d'Intesa tra la Regione Toscana, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria ed il Centro di Giustizia Minorile che, di fatto, ha dato il via ai lavori del Gruppo Tecnico di Coordinamento Interistituzionale (Delibera G.R. n. 759/07) per l'applicazione della L.R. n. 64/05.

Nel frattempo, oltre al progressivo assestamento dell'organizzazione dei servizi già transitati al Sistema Sanitario Regionale ed alle Aziende Sanitarie (Dipendenze e Prevenzione), sono state attivate, sia dalla Regione che dalle stesse Aziende Sanitarie, diverse Azioni a supporto della Salute in Carcere (Fornitura Farmaci, Opuscoli informativi sugli stessi Farmaci ed altri servizi per i detenuti, Proiezione Consultoriale Ginecologica e Pediatrica, Fornitura di Protesi dentarie, Supporto alla Continuità assistenziale, Progetto Eracle, Progetto Retintegrare, Acquisto di Strumenti Biomedicali ecc.) in attesa ed in modo propedeutico allo stesso percorso previsto dal Dlgs n. 230/99 che nel frattempo ha ripreso il suo iter nazionale.

Sono intanto partiti anche i lavori di Coordinamento delle tre Aree Vaste come laboratori integrati permanenti (Aziende Sanitarie e Direzioni Sanitarie degli Istituti Penitenziari del territorio di competenza) che hanno funzione propositiva verso il Gruppo di Coordinamento Regionale Interistituzionale che svolge, a sua volta, compiti di Cabina di Regia. Si è inoltre proseguito nella definizione e formalizzazione della Cartella Clinica Informatizzata come elemento base per il costituendo Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Si sono infine avviate forme di informazione e partecipazione diretta dei detenuti con particolare riguardo ai percorsi di preparazione all'uscita con interventi orientati al recupero del ruolo di cittadinanza e con il coinvolgimento delle associazioni del terzo settore coinvolte anche tramite le Società della Salute.

E' stato avviato un buon livello di Leale Collaborazione tra la Regione Toscana, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria ed il Centro di Giustizia Minorile siglato formalmente con il Procollo d'intesa del 2007 seppur bisogna tener conto di un'attuale discrepanza evidente tra le due Istituzioni coinvolte data dall'autonomia Regionale in materia sanitaria (Titolo V della Costituzione) mentre l'Amministrazione Penitenziaria, titolare per le Aree della Sicurezza e del Trattamento, è invece centralizzata. Questa situazione, in qualche modo e malgrado la buona collaborazione di cui sopra, può presentare qualche criticità di percorso relativamente a quanto avviato con la Legge Regionale n. 64/05 e sancito con il DPCM del 1 aprile 2008, con le Linee di indirizzo e con le risorse destinate al Sistema Sanitario Regionale per la Salute in Carcere necessarie per il raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza equiparati a quelli dei cittadini liberi.

Alla luce del DPCM del 1 aprile 2008 e relativo al transito delle competenze della tutela della salute dei detenuti ed internati (adulti e minori) al Servizio Sanitario nazionale, il servizio sanitario regionale dovrà tener conto anche della Salute in Carcere come propria competenza ed elemento integrante e strutturale con conseguente definizione di apposite linee d'indirizzo organizzative regionali.

La Delibera G.R. n. 759/07, oltre alla costituzione del Gruppo Tecnico Interistituzionale, aveva già formalizzato la costituzione di appositi Coordinamenti organizzativi di Area Vasta oltre che l'attivazione di un Osservatorio Epidemiologico regionale per la Salute in Carcere.

A partire da questa base e come sua naturale conseguenza lo schema regionale per il percorso tecnico-organizzativo (in stretta, costante e sinergica collaborazione con le Amministrazioni Penitenziarie regionali per adulti e per minori per quanto di loro competenza sulla sicurezza ed il trattamento) sarà coordinato da un Dipartimento regionale tecnico-organizzativo inter Aree Vaste composto da sei coordinamenti tematici che sono: uno per ciascuna delle tre Aree Vaste, uno per il percorso previsto per l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino, uno relativo al Centro clinico del Carcere Don Bosco di Pisa ed uno per l'Osservatorio Epidemiologico.

Sarà previsto inoltre un unico monitoraggio regionale delle risorse destinate specificatamente alla Salute in Carcere, attraverso il quale rilevare i fondi destinati alla Regione tramite il riparto nazionale di quanto previsto in Finanziaria 2008 e comunque tutte le risorse economiche utilizzate per la promozione della salute dei detenuti e degli internati.

Contemporaneamente e parallelamente al Dipartimento tecnico-organizzativo di cui sopra si costituirà un Comitato Consultivo regionale di Sanità Penitenziaria, composto da rappresentanti del personale sanitario dell'Amministrazione penitenziaria in transito al SSR, con il compito di garantire lo sviluppo delle competenze, delle conoscenze e delle esperienze accumulate negli anni di pratica di Sanità Penitenziaria.

Il percorso gestionale sarà quindi affidato, come previsto dalla L.R. n. 64/05 e nello stesso DPCM sopra citato, alle Aziende Sanitarie tramite le proprie articolazioni territoriali ed ospedaliere considerando, per gli aspetti sanitari ovviamente, i detenuti e gli internati come se fossero domiciliati in Residenze territoriali nelle quali prevedere Presidi Sanitari in cui effettuare le proiezioni ed i servizi necessari per la Tutela della Salute.

Ciascun Presidio Sanitario sarà coordinato da un Referente che farà riferimento alla Direzione Sanitaria aziendale ed alla Zona/Distretto competente. Le aziende inoltre provvedono ad una adeguata organizzazione degli assetti funzionali finalizzata ad assicurare la tutela dei detenuti in funzione della complessità della struttura penitenziaria presente sul territorio.

Un percorso più complesso ed articolato si prevede per l'Opg di Montelupo Fiorentino (per il quale le Linee di indirizzo indicano un percorso triennale con progressiva presa in carico di alcuni internati da parte dei Dsm aziendali, una necessaria regionalizzazione secondo lo schema nazionale ed interregionale e l'attivazione, se necessaria, di strutture sanitarie territoriali alternative all'Opg) e per il Centro Clinico del Carcere Don Bosco di Pisa, anche in questo caso secondo uno schema interregionale.

In particolare quindi si prevede:

- Rafforzamento dell'operatività del Gruppo Tecnico Interistituzionale Regionale che agisca da coordinamento regionale della necessaria sinergia, nel rispetto delle rispettive competenze, tra la Regione (titolare della Tutela della Salute) e l'Amministrazione Penitenziaria (titolare delle Aree della Sicurezza e del Trattamento)
- Istituzione di un Dipartimento regionale inter Aree Vaste tecnico-organizzativo per la Salute in Carcere con anche il compito di monitorare le risorse per la Salute in Carcere
- Istituzione di un Comitato Consultivo regionale di Sanità Penitenziaria
- Attivazione di un Osservatorio Regionale permanente per la Salute in Carcere a supporto del Sistema Sanitario Regione con incentivazione della realizzazione e fattiva messa a regime dello strumento della cartella clinica informatizzata
- Rafforzamento della funzione dei Coordinamenti di Area Vasta per la Salute in Carcere

- Attivazione del percorso per l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario come previsto nelle Linee di Indirizzo allegate al DPCM
- Attivazione del percorso, previsto anche nel Coordinamento delle Regioni, per il Centro Clinico del Carcere Don Bosco di Pisa
- Attivazione di Punti Attrezzati di Ricovero Ospedaliero per Area Vasta complementari funzionalmente con i Servizi Territoriali di Presa in Carico
- Attuazione di iniziative di Formazione per gli operatori sanitari del Sistema Sanitario Regionale, di quelli penitenziari e del personale di Polizia Penitenziaria, al fine di favorire l’omogeneizzazione degli interventi alle metodiche del Sistema sanitario regionale pur tenendo conto delle specificità istituzionali carcerarie.)
- Coinvolgimento, nel rispetto delle singole autonomie e competenze, delle realtà territoriali del Volontariato e del Terzo Settore che agiscono a vario titolo nelle Carceri, anche mediante il coinvolgimento delle Società della Salute di riferimento.
- Promozione e istituzione di momenti di Ascolto e Consultazione periodica dei detenuti da attivare e mantenere in tutti gli Istituti Penitenziari in accordo tra le Aziende Sanitarie e le Direzioni di Istituto.
- Assunzione di iniziative per contribuire alla necessaria definizione delle modalità organizzative dell’ “Ufficio regionale del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale”, peraltro già prevista nella l.r. 64/2005 e che riveste un ruolo fondamentale nella tutela complessiva dei diritti dei detenuti ed internati.

6. I progetti speciali del Piano Sanitario 2005–2007

I risultati raggiunti e le criticità emerse

6.1 Le azioni per la prevenzione e la cura dei tumori

Si richiamano gli obiettivi del PSR 2005–2007:

- prevenzione primaria: lotta al fumo, promozione della adozione di stili di vita sani (esercizio fisico, alimentazione, consumo non eccessivo di alcool), riduzione della esposizione ai raggi UV specie in giovane età;
- prevenzione secondaria per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon–retto: estensione a tutta la popolazione target con elevati livelli di adesione;
- prevenzione primaria e secondaria del melanoma: campagne di educazione sanitaria rivolta alla popolazione, formazione degli operatori sanitari di 1° livello ed integrazione con quelli di 2° livello.

PREVENZIONE PRIMARIA

Lotta al fumo e stili di vita corretti (esercizio fisico, alimentazione, consumo non eccessivo di alcool), riduzione della esposizione ai raggi UV

Nel Maggio 2006 sono state pubblicate a cura dell’Istituto Toscano Tumori le raccomandazioni regionali in ambito di prevenzione primaria che hanno trattato le tematiche relative (in termini di evidenze scientifiche, dati epidemiologici, linee guida nazionali ed internazionali) a:

- fumo di tabacco;
- alimentazione e attività fisica;

- alcol;
- agenti infettivi;
- ambienti di lavoro;
- ambienti di vita;
- prevenzione in età pediatrica e adolescenziale.

Nel Maggio 2007 sono state pubblicate sempre a cura dell'Istituto Toscano Tumori le raccomandazioni per la prevenzione, diagnosi precoce e il trattamento del melanoma.

Numerose sono state, inoltre, le iniziative relativamente a questi argomenti i cui obiettivi sono stati quelli di promuovere azioni di intervento in particolari contesti. Si ricordano a questo proposito:

- Istituzione di un "Gruppo Regionale di Coordinamento Tecnico Intersectoriale sul Tabagismo";
- studio di fattibilità sull'offerta di counseling per la cessazione del fumo a donne fumatrici residenti a Firenze e afferenti ai servizi di screening per il tumore della cervice uterina con l'obiettivo di verificare se un contesto di screening oncologico possa essere adeguato per la somministrazione di interventi già validati di disassuefazione al fumo e possa quindi rappresentare un ulteriore ambito di azione oltre quelli già consolidati (esempio Centri Antifumo);
- progetto di intervento nella popolazione lavorativa di Massa e Viareggio. È prevista l'attuazione di uno studio pilota preliminare atto a predisporre dei questionari per il rilevamento degli stili di vita e della condizione lavorativa, a descrivere le caratteristiche della popolazione in studio relativamente a fumo, abitudini alimentari e attività fisica, a valutare gli strumenti messi in atto;
- monitoraggio, attraverso uno studio multicentrico nazionale, della applicazione della legge Sirchia;
- progetto "Piano Mirato Toscano, di durata biennale, sul Rischio da Radiazione Ultravioletta Solare nei Lavoratori Outdoor" coordinato dal Settore Prevenzione e Sicurezza della Regione Toscana.

PREVENZIONE SECONDARIA

Attività di screening oncologico organizzato per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto nella Regione Toscana negli anni 2005–2007

- Attività di monitoraggio in loco

I programmi di screening in essere nelle Aziende USL hanno ricevuto periodicamente una visita di un gruppo di referenti a carattere interdisciplinare del Centro di Riferimento Regionale presso il CSPO (CRR), come previsto dalla DGR n. 1342 del 20.12.2004.

Nell'ambito di queste visite è stata valutata la qualità organizzativa e professionale dei programmi e concertate assieme agli operatori le azioni migliorative da intraprendere, regolarmente comunicate alla Direzione dell'ITT e alle direzioni delle Aziende USL. Questo lavoro, che si svolge con una buona cooperazione di tutte le Aziende USL configura un modello operativo di rete per la prevenzione oncologica in Toscana, tra i più avanzati a livello nazionale.

Ben undici Aziende USL hanno inoltre aderito alla raccolta dei dati per il monitoraggio del trattamento chirurgico delle lesioni mammarie screen-detected (casistica 2006–2007), nell'ambito di un progetto regionale finanziato con i fondi messi a disposizione dal Ministero della Salute con la legge 138 del 2004.

- Attività di monitoraggio attraverso la raccolta di indicatori di estensione e adesione

Le Aziende Sanitarie della Toscana hanno dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. In particolare se si confrontano i dati complessivi regionali con quelli complessivi italiani si può rilevare come la nostra regione si collochi al di sopra di tutti i valori medi nazionali.

Di seguito riportiamo i principali risultati espressi come percentuale di estensione dei programmi e di adesione della popolazione bersaglio osservati negli anni 2005 e 2006.

Indicatori di estensione e adesione–Anno 2006

2006	MAMMELLA		CERVICIE		COLON-RETTO	
	Estensione	Adesione	Estensione	Adesione	Estensione	Adesione
Obiettivo	100%	80%	100%	60%	100%	50%
Asl 1	75,4	72,2	129,5	44,6	1,4	34,7
Asl 2	92,4	53,7	89,2	35,9	106,9	35,2
Asl 3	83,9	63,0	102,8	41,3	17,8	66,8
Asl 4	113,5	75,8	91,4	64,2	63,0	51,0
Asl 5	69,8	65,1	66,8	55,1	96,4	51,6
Asl 6	77,8	74,8	95,1	41,4	86,3	48,9
Asl 7	88,5	65,1	100,4	43,2	12,0	48,9
Asl 8	92,7	68,1	86,7	47,2	78,6	60,1
Asl 9	92,1	72,0	124,3	51,3	0	
Asl 10	79,8	72,9	111,6	56,1	81,9	50,9
Asl 11	95,3	60,3	77,9	58,6	84,9	56,9
Asl 12	111,6	63,1	109,5	53,0	99,5	19,2
Totale	86,3	68,2	98,0 %	49,6%	65,0%	48,6%
Italia						

(2005)	50,3	60,9	24,8 §	36,7	11,7	46,5
--------	------	------	--------	------	------	------

Estensione: rappresenta la quota di popolazione che risulta aver ricevuto un invito nell'anno in esame rispetto al totale della popolazione bersaglio stimata per quello stesso anno. Per questioni organizzative alcuni programmi possono distribuire in maniera non uniforme la popolazione negli anni: un anno si invita meno del 100% della popolazione avente diritto, l'anno successivo se ne invita più del 100% al fine di garantire, nell'intervallo di screening, l'offerta a tutta la popolazione bersaglio. La corretta valutazione della estensione dovrebbe quindi effettuarsi in base alla cadenza dell'intervallo di screening: su 2 anni per lo screening della mammella e del colon-retto, su 3 per lo screening della cervice uterina.

Adesione: quota di popolazione esaminata sul totale della popolazione invitata nell'anno in esame.

Indicatori di estensione e adesione–Anno 2005

2005	MAMMELLA		CERVICE		COLON-RETTO	
	Estensione*	Adesione	Estensione	Adesione	Estensione	Adesione
Obiettivo	100%	80%	100%	60%	100%	50%
Asl 1	82,6	75,0	123,4	31,8	0	
Asl 2	73,7	66,7	86,3	36,7	81,0	28,4
Asl 3	82,3	79,6	110,3	46,3	33,6	71,7
Asl 4	64,9	76,5	76,0	51,7	32,7	54,1
Asl 5	64,0	73,5	74,8	55,4	87,2	59,7
Asl 6	70,0	65,2	85,7	39,9	91,3	45,7
Asl 7	94,6	66,3	96,0	41,6	0	
Asl 8	77,9	72,3	61,0	51,8	88,0	63,2
Asl 9	67,7	60,2	138,9	43,6	0	
Asl 10	103,6	71,8	99,8	55,5	43,8	50,4
Asl 11	98,3	62,4	136,0	51,3	103,8	46,1

Asl 12	92,4	65,2	105,2	46,1	0	
Totale	83,7	70,2	95,5 %	47,1%	50,4%	51,6%
Italia						
(2005)	50,3	60,9	24,8 §	36,7	11,7	46,5

*Estensione grezza (non tiene conto dei soggetti esclusi dall'invito per condizioni particolari come esami già effettuati o malattie invalidanti).

Questi risultati, assieme a una attenta valutazione degli indicatori di processo clinico, vengono pubblicati ogni anno come Rapporto Regionale sui programmi di screening oncologico, quest'anno alla sua ottava edizione, a testimonianza della completezza e continuità dell'attività di monitoraggio.

Commento ai dati e analisi delle criticità

Se si valuta il macrodato, per quanto riguarda lo screening cervicale, si può affermare che l'obiettivo regionale di estensione pari al 100% è praticamente raggiunto con un anno di anticipo rispetto a quanto stabilito dal PSR 2005–2007. Lo screening del cancro colo–rettale mostra un notevole incremento dei livelli di estensione che aumenteranno ulteriormente nell'anno 2007, anche se è probabile che non si possa raggiungere il traguardo del 100% fissato dal PSR. L'estensione dello screening mammografico appare invece ormai stabilizzata su valori di poco superiori all'80% ed è probabile che l'obiettivo del 100% non sia raggiungibile entro la fine del 2007. Analizzando i valori di adesione a livello regionale si segnala un progressivo incremento di questo indicatore nello screening cervicale e una sostanziale tenuta nello screening mammografico e colo–rettale (in quest'ultimo caso a fronte di un notevole aumento dei livelli di estensione). Per tutti e tre i programmi di screening, il livello di adesione degli anni 2005–2006 è inferiore all'obiettivo prefissato dal PSR che stabilisce il traguardo del 60, 80 e 70% per lo screening cervicale, mammografico e colo–rettale rispettivamente. Anche se, analogamente alla estensione, il livello di partecipazione può essere correlato alle capacità organizzative dei programmi in termini di facilitazione di accesso, questo parametro risente fortemente anche di altri fattori che non sono tutti controllabili e facilmente modificabili dai programmi di screening organizzato. Ad esempio i dati della indagine campionaria PASSI segnalano che il 75% delle donne in fascia di età di screening ha eseguito un pap–test negli ultimi 3 anni: confrontando queste osservazioni con i dati forniti dal CRR se ne deduce che una quota parte delle donne si sottopone ad indagini preventive al di fuori e indipendentemente dall'offerta di sanità pubblica e con intervalli probabilmente più ravvicinati rispetto a quelli raccomandati. Relativamente, invece, allo screening mammografico lo studio PASSI evidenzia come, in Toscana, ha eseguito una mammografia a scopo preventivo rispondendo alla chiamata attiva il 67% delle donne in fascia 50–69 anni. Relativamente al 2006 non sono evidenti gli effetti della campagna di sensibilizzazione regionale condotta nell'autunno dello stesso anno che può aver, invece, inciso sull'andamento dei livelli di adesione a partire dai primi mesi del 2007.

In conclusione dai risultati osservati emergono, a fronte di un andamento generale dei programmi di screening oncologico tra i migliori in Italia, criticità a livello regionale sia in termini di risorse allocate sia relative all'informatizzazione che determinano difficoltà a raccogliere, estrarre e analizzare i dati di alcuni programmi.

Proposte per la soluzione delle criticità evidenziate all'interno dei programmi di screening per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon–retto

1. Allocazione di risorse economiche: per il raggiungimento degli obiettivi fissati su base nazionale e regionale, è necessario che siano destinate da parte delle Aziende maggiori risorse e che sia ulteriormente sottolineato il mandato regionale verso le direzioni aziendali affinché considerino come obiettivo prioritario la completa attuazione dei tre programmi di screening oncologico.
L'andamento degli screening oncologici nelle singole aziende verrà inserito nel sistema di valutazione (bersaglio), affinché i risultati del monitoraggio concorrano alla definizione delle risorse attribuite alle Aziende Sanitarie;
2. allocazione di risorse umane: è necessario che le Aziende USL garantiscano con continuità adeguate risorse di personale per il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti riguardo alla estensione del programma. Le direzioni aziendali devono coinvolgere attivamente nelle scelte decisionali i responsabili organizzativo, clinico e valutativo, i quali devono effettivamente destinare una parte del proprio tempo lavorativo a questa attività. Si ritiene inoltre opportuno che vi sia una maggiore integrazione tra il primo (test di screening) e il secondo e terzo (diagnosi e terapia) livello dello screening: a tal fine è opportuno attivare una offerta formativa atta a qualificare la collaborazione interdisciplinare in ambito clinico e a rafforzare l'impegno motivazionale. I buoni risultati di estensione e di adesione infatti si registrano in quelle aziende che si sono adoperate nel fornire personale competente, adeguatamente formato;
3. informatizzazione del sistema: i fondi della Legge Nazionale 138 per gli anni 2004 e 2005 sono stati quasi tutti interamente destinati alla costituzione del flusso regionale sugli screening e alla informatizzazione dei programmi di screening aziendale. È quindi immaginabile che nel prossimo triennio si possano registrare sostanziali miglioramenti nel monitoraggio interno ed esterno dei programmi di screening;
4. coinvolgimento della Medicina Generale: l'ottimizzazione dei livelli organizzativi contribuisce al miglioramento della adesione al programma. In realtà però ancora vi è una quota parte dei cittadini che non aderisce. Per tale motivo è necessario che siano applicate, in conformità con ogni singola realtà locale e alla luce degli accordi regionali, le collaborazioni con la Medicina Generale nel promuovere una azione di counseling sistematizzata e monitorabile; particolare attenzione sarà rivolta all'informazione delle popolazioni migranti;
5. Governo clinico della attività spontanea di prevenzione oncologica: è importante ricondurre l'attività spontanea di prevenzione oncologica all'interno dei programmi di screening organizzato al fine di garantire una uguale omogeneità di offerta e di qualità delle prestazioni. Il presente Piano assume la responsabilità di definire entro 180 giorni dalla sua approvazione se ricondurre all'interno dei programmi di screening organizzato la domanda spontanea di prevenzione oncologica come ad esempio gli accertamenti diagnostici per il tumore alla mammella nelle donne al di sotto dei 50 anni o al di sopra dei 70 anni, le attività di prevenzione ginecologica, o, più in generale, la sorveglianza diagnostica in soggetti senza sintomi, ma a rischio più elevato. In particolare, occorre rivalutare le fasce di età per la diagnosi precoce del cancro alla mammella tra i 40 e i 50 anni anche attraverso la definizione di apposite linee guida.

PREVENZIONE SECONDARIA DEL MELANOMA

In Regione Toscana agli inizi degli anni 2000 è stato messo a punto un modello di diagnosi precoce del melanoma che prevede l'interazione tra il medico di medicina generale e il dermatologo che si collocano in due fasi diverse di selezione delle lesioni sospettate attraverso la definizione di un percorso dedicato. Successivamente nell'anno 2005 si è provveduto alla valutazione delle strategie di diagnosi precoce del melanoma cutaneo attraverso il monitoraggio del modello toscano. La survey pilota condotta ha dimostrato una maggiore specificità di invio agli ambulatori specialistici con maggior resa di diagnosi oncologiche effettuate. È necessario continuare nella strada di monitoraggio intrapresa e contemporaneamente valutare se estendere l'attività di monitoraggio anche ad ambulatori dermatologici non dedicati.

6.2 Attivazione di interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana

Il secondo progetto speciale di interesse regionale inserito nel PSR 2005–2007 prevedeva l'obiettivo di un'attenzione costante a 15.000 persone anziane con fragilità sviluppando interventi che favorissero il mantenimento di queste persone nel proprio ambiente di vita, opportunità di integrazione e occasioni per il miglioramento della qualità della vita.

Risultati attesi:

- riduzione dei ricoveri impropri, del ricorso all'istituzionalizzazione, dei decessi;
- erogazione servizi innovativi e riposte differenziate e flessibili;
- integrazione delle varie risorse (istituzionali, professionali e quelle presenti nella comunità locale);
- adozione di procedure condivise tra gli operatori dei servizi sanitari e sociali per gli interventi da realizzare a supporto della domiciliarità;
- maggior coordinamento degli interventi e migliore utilizzo delle risorse;
- realizzazione di uno specifico basamento informativo per la individuazione dei soggetti a rischio;
- stabilizzazione degli interventi all'interno della rete dei servizi estendendo il progetto anche nel periodo invernale con il coinvolgimento delle comunità montane;
- definizione di strumenti di intervento e di monitoraggio omogenei a supporto degli obiettivi da raggiungere per garantire al cittadino anziano – a parità di bisogno – di ottenere un trattamento omogeneo indipendentemente dal territorio in cui abita.

Risultati ottenuti (triennio 2004–2006):

- 11.052 persone >75enni (rispetto alle 15.000 previste) sono state prese in carico attraverso il servizio di sorveglianza attiva e hanno usufruito delle varie prestazioni (telesoccorso – teleassistenza – pasti a domicilio – spese a domicilio – compagnia – consegna acqua – trasporti sociali);
- 109.116 sono le prestazioni complessivamente erogate;
- 7.500 il numero medio settimanale di telefonate effettuate agli anziani coinvolti;
- 8.600.000,00 le risorse sanitarie e sociali utilizzate nel periodo 2004–2007;
- definizione di linee guida per la identificazione della persona anziana fragile, individuando competenze del MMG e delle figure professionali sociosanitarie territoriali;
- estensione dall'anno 2005, del servizio di sorveglianza attiva, nelle zone montane con riferimento all'emergenza "freddo";
- adozione, dall'anno 2007, di un bollettino informativo sulla emergenza climatica operativo tutto l'anno per tutto il territorio toscano. L'attività svolta nel periodo estivo ed in quello invernale si inserisce in un sistema di informazione biometeorologica e bioclimatica che il Centro Interdipartimentale di Bioclimatologia dell'Università di Firenze, in collaborazione con l'Istituto di Biometeorologia del Consiglio Nazionale delle Ricerche ed il Laboratorio di Meteorologia e Modellistica Ambientale, realizza operativamente per tutti i mesi ed i giorni dell'anno su incarico della Regione Toscana. Per calibrare le previsioni per ogni Zona/Distretto, è stata suddivisa la Toscana in 20 aree climatiche omogenee; ne risulta, di conseguenza, che ogni distretto socio-sanitario può essere caratterizzato dalla presenza di più aree climatiche, per cui, per ognuno di questi, sarà elaborato un bollettino diversificato in base agli specifici rischi previsti.

Sviluppo del Progetto

Il progetto speciale conclude il suo percorso; con il 2008 la presa in carico della persona anziana fragile entra a pieno titolo nella rete dei servizi assistenziali come risposta “a bassa soglia” garantita dal sistema dei servizi sociosanitari territoriali secondo quanto indicato nel progetto obiettivo anziani del presente piano (punto 5.6.2.4).

6.3 Il controllo del dolore come diritto del cittadino

Di seguito vengono rese evidenti le attività svolte in base alle indicazioni del precedente PSR e su proposta della Commissione regionale:

- definizione dei criteri per l’accreditamento degli ospedali senza dolore all’interno del sistema di qualità;
- attivazione in ogni azienda sanitaria di una rete di ambulatori per la terapia del dolore;
- attivazione di una rete regionale di cure palliative per adulti e bambini;
- piano di informazione e comunicazione rivolto ai cittadini, affinché i pazienti siano informati sul diritto a non soffrire inutilmente;
- piano per la formazione che riguarda la formazione universitaria di base, la formazione specialistica, l’alta formazione e la formazione continua, che coinvolge i Medici di medicina generale;
- progetto di ricerca “Farmacogenetica nella terapia del dolore” che coinvolge le tre Università ed i centri ospedalieri toscani;
- definizione del regolamento di utilizzazione e di accesso agli Hospices;
- progetto formativo che promuove il benessere materno fetale nel rispetto delle scelte inerenti le modalità del parto espresse dalla partoriente, con particolare attenzione alla partoanalgesia per via peridurale;
- inserimento del dolore nei programmi formativi sull’emergenza rivolti agli operatori dei Pronto soccorso in collaborazione con l’Università di Harvard e ai servizi di emergenza 118;
- progetto formativo sul dolore in pediatria con il coordinamento dell’AOU Meyer che coinvolge tutte le unità operative pediatriche della Toscana e i Pediatri di libera scelta.
- la Regione Toscana, nell’ambito delle politiche finalizzate ad una sensibilizzazione etica dell’intero sistema sanitario sul tema del dolore, ha condiviso ed adottato il Manifesto etico “Contro il dolore non necessario”.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei risultati sul consumo dei farmaci oppiacei in termini di dosi giornaliere x 1000 abitanti (DDD), il consumo della Toscana di tali farmaci oppiacei è in forte crescita ed è più del doppio del consumo nazionale ma la morfina rimane stabile; il flusso è fornito dal Progetto SFERA relativamente alla distribuzione da parte delle farmacie territoriali ed è in corso l’organizzazione del flusso da parte delle farmacie ospedaliere.

Per quanto riguarda la misura del dolore, i primi dati sono stati forniti da una rilevazione dell’Istituto S. Anna con un’indagine di soddisfazione dell’utenza e si sta attuando un’indagine epidemiologica in collaborazione con l’Agenzia regionale della Sanità.

Emerge la difficoltà di sviluppare in ogni reparto protocolli specifici di intervento e permangono i pregiudizi sull’uso della morfina.

Anche la diffusione della cultura del dolore sul territorio, presenta delle difficoltà, ancora stenta a svilupparsi una rete come quella ospedaliera, nonostante siano cominciate le collaborazioni fra i COSD e i medici e gli infermieri del territorio.

Obiettivi specifici

- Adottare la definizione del dolore come “quinto parametro vitale”;
- promuovere in tutti i settori la cultura dell’attenzione e della cura del dolore;
- elaborare protocolli per il trattamento del dolore, affinché in ogni reparto sia resa più facile l’autonomia del personale infermieristico;
- continuare la formazione in stretta collaborazione con l’Università, focalizzando l’attenzione sull’uso degli oppiacei;
- favorire la continuità fra ospedale e territorio per il trattamento del dolore con l’adozione di linee guida per l’organizzazione di rapporti strutturati tra COSD e assistenza territoriale;
- formalizzare la struttura della rete di cure palliative pediatriche (meglio specificata successivamente);
- migliorare la qualità dell’assistenza di fine vita;
- introdurre la sedazione in tutte le procedure dolorose, in particolare in ambito gastro–enterologico, urologico e nell’emergenza–urgenza;
- potenziamento dell’attività epidemiologica.

Strumenti

- Commissione regionale di coordinamento per le azioni di lotta al dolore, istituita con DLB n.1075 del 25/10/2004 per promuovere e coordinare le attività collegate alla lotta al dolore con il compito di monitorare l’andamento degli indicatori previsti dal PSR a livello regionale;
- dipartimenti di area vasta sul dolore e le cure palliative con la funzione di riferimento tecnico professionale nell’ambito della terapia del dolore e delle cure palliative per il territorio di pertinenza e di coordinamento sia a dimensione di area vasta che inter area vasta soprattutto per la definizione di linee guida e per la formazione degli operatori;
- comitato ospedale senza dolore, trasformato in Comitato ospedale e territorio senza dolore (COTSD) per promuovere la realizzazione di un approccio integrato alla gestione del dolore all’interno delle strutture sanitarie ospedaliere e con il territorio.

Indirizzi per la definizione degli indicatori

La giunta definisce gli indicatori per la verifica degli interventi volti al controllo del dolore secondo i sottoriportati criteri:

1. il consumo dei farmaci oppiacei in Toscana (2.72 DDDx1000 abitanti) si situa intorno agli standard europei (2.5 DDDx1000 abitanti) pertanto sarà necessario mantenere il trend, mentre il consumo della morfina deve essere incrementato dato che lo standard europeo (1.5 DDDx1000 abitanti) è molto lontano dall’attuale media regionale (0.08 DDDx1000 abitanti);
2. rilevazione della misura del dolore;
3. gli ospedali toscani offrono la partoanalgesia in modo difforme; l’area vasta centro in media fa il 5% dei parti in analgesia sul totale di parti/anno, l’area vasta nord–ovest intorno al 20%, l’area vasta sud–est intorno al 6.5%. Lo standard europeo è considerato intorno al 20%, gli ospedali sopra i 1000 parti/anno dovranno raggiungere questo standard nel triennio;
4. per trattare il dolore da procedura, le aziende dovranno elaborare dei protocolli in gastroenterologia, urologia ed emergenza urgenza che preveda l’uso della sedazione nelle procedure dolorose;
5. luogo del decesso dei malati terminali. È fortemente influenzato oltre che dai servizi offerti per le cure di fine vita anche da fattori culturali e di accesso ai servizi. L’obiettivo è quindi, tenendo conto dello storico specifico per area, la progressiva riduzione della permanenza in ospedale nella fase finale della vita;
6. numero di giorni in ospedale e accessi al PS nell’ultimo mese di vita dei malati terminali. Il numero di giorni passati in ospedale, come il numero di accessi al PS nell’ultimo mese di vita, è legato, secondo criteri internazionali, all’offerta di specifiche cure di fine vita. Per entrambi l’obiettivo è costituito da una diminuzione di tali eventi attraverso lo sviluppo dei servizi territoriali.

Attori da coinvolgere

Le aziende sanitarie, le Università Toscane, il Coordinamento dei Comitati Ospedale Senza Dolore, Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Ordine degli infermieri e degli psicologi, la Commissione regionale di bioetica, rappresentanti dei cittadini, l' Agenzia Regionale di Sanità e l' Istituto Toscano Tumori.

IL CONTROLLO DEL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO

Esiste una vasta parte della popolazione affetta da patologie non neoplastiche quali artropatie, lombosciatalgie, sindromi vascolari ischemiche e neuropatie non sempre guaribili, che determinano una sintomatologia dolorosa grave, persistente o cronica.

Il dolore persistente e/o cronico non oncologico provoca una grave limitazione delle attività quotidiane, di quelle lavorative e, soprattutto, della qualità della vita.

La risposta alle necessità dei cittadini affetti da tale dolore dovrà essere organizzata, nel triennio, attraverso l'individuazione di Centri di Terapia del Dolore, la definizione di requisiti specifici per l'accreditamento e lo sviluppo di protocolli per la diagnosi e la cura del dolore, anche attraverso l'utilizzo di tecnologie innovative.

6.4 L'Odontoiatria: un percorso sostenibile

A fronte di un miglioramento del quadro epidemiologico circa la prevalenza della carie in età pediatrica e nel giovane adulto dovuto anche alla promozione di stili di vita corretti si osserva la marginalità del sistema pubblico per quanto attiene alle attività terapeutico assistenziali.

Obiettivo a)

Nella finalità di individuare le azioni appropriate per il perseguimento dell'obiettivo a) nell'anno 2005 è stata condotta una indagine epidemiologica sui bambini toscani appartenenti alle classi di età di 4, 6 e 12 anni. L'indagine, condotta su un campione, scelto casualmente e rappresentativo di tutte le province toscane, per un totale di 4.790 bambini, ha rilevato l'indice di DMFT (n° elementi cariati, mancanti per carie e curati/otturati) e l'indice di CPITN (necessità terapeutica della patologia parodontale).

Dallo studio effettuato risulta uno stato di salute orale dei bambini toscani così rappresentato:

classi di età	indice
4 anni 75% esenti da carie	DMFT =0,8
6 anni 90% esenti da carie	DMFT =0,1
12 anni 52% esenti da carie	DMFT =1,4

L'indagine epidemiologica è stata compiuta dal centro di collaborazione OMS e l'odontoiatria di comunità dell'Università di Milano unitamente all'Università di Sassari in collaborazione con le tre Università toscane.

Conseguentemente allo studio condotto è stato deciso di intervenire sulla classe di età di 4 e 6/7 anni, le azioni scelte sono di seguito riportate:

1. potenziamento degli interventi di promozione della salute orale nelle scuole per la classe di età di quattro anni. A tal fine è stato fatto specifico accordo con l'ufficio scolastico regionale e sono stati coinvolti i Pediatri di Libera Scelta
2. erogazione di visita e applicazione di sigillanti sui primi molari permanenti da erogarsi gratuitamente ai bambini che hanno compiuto 7 anni di età. La realizzazione di questo intervento è reso possibile da un accordo con l'associazione maggiormente rappresentativa dei professionisti odontoiatri privati (ANDI) (cfr. DGR 332/2006)

Obiettivo b)

Le azioni sono state:

- indagine epidemiologica su circa 600 soggetti anziani (50 per ogni AUSL) in RSA;
- erogazione di protesi gratuite a soggetti ultrasessantacinquenni con ISEE < 7.500 euro, in condizioni di disagio sociale. Le protesi gratuite erogate, ad oggi, sono circa 800.

La realizzazione di questo obiettivo, senza risorse aggiuntive da parte della regione, è stato reso possibile, grazie ad un accordo siglato con le rappresentanze sindacali degli odontotecnici nel quale si prevede la fornitura del 15% di materiale gratuito, sul volume complessivo dell'attività erogata dal laboratorio per conto dell'Azienda USL.

Obiettivo c)

L'ampliamento della rete di offerta è stato realizzato promuovendo il coinvolgimento del privato nella erogazione di prestazioni per conto del SSR. Le azioni sono state:

1. ridefinizione delle tariffe delle prestazioni odontoiatriche presenti nel nomenclatore tariffario regionale;
2. promozione di accordi tra Aziende USL e professionisti privati, sulle prestazioni del livello di assistenza erogate a completo pagamento da parte dell'utente.

Questi particolari accordi, (cfr. DGR 861/2005) che consentono a professionisti privati di erogare prestazioni in nome e per conto del SSR, a completo pagamento dell'utente ma con tariffe comunque calmierate rispetto al mercato, con ovvi vantaggi per i cittadini e con nessun onere a carico dell'Azienda USL, nonostante l'adesione di soggetti privati, poche Aziende li hanno resi operativi (l'Azienda USL 10 di Firenze, l'Azienda USL 11 di Empoli e l'Azienda USL 4 di Prato).

Il processo può dirsi avviato a livello regionale anche se con differenziazioni tra azienda ed azienda. Anche in questo caso appare abbastanza evidente la difficoltà di monitorare l'andamento del progetto per i tempi necessari alla acquisizione dei dati.

Per il periodo del presente Piano si prevede il consolidamento degli obiettivi:

- a) consolidamento della struttura dell'odontoiatria pubblica e promozione del ruolo degli igienisti dentali nell'ambito del servizio
- b) prevenzione rivolta ai soggetti in età evolutiva;
- c) tutela degli anziani fragili;
- d) revisione annuale della soglia ISEE per l'erogazione di protesi gratuite ai soggetti ultrasessantacinquenni in condizione di disagio sociale;
- e) facilitazione all'accesso alle cure odontoiatriche con azioni di potenziamento della rete di offerta anche attraverso sinergie con i soggetti privati e con specifiche campagne di informazione promosse dalle aziende sanitarie;

- f) completamento del percorso per la fornitura delle prestazioni odontoiatriche nelle strutture pubbliche, con pagamento a carico dell'utente delle tariffe di cui al nomenclatore regionale;
- g) sviluppo dei protocolli assistenziali ed operativi attraverso la costituzione di apposita commissione di esperti dell'intero settore;
- h) sviluppo di progetti di ricerca sulla ortodonzia e gnatologia: avvio di un confronto per la riduzione dei costi dei presidi farmaceutici e per la offerta di prestazioni verso le fasce deboli della popolazione.

6.5 Nascere in Toscana

Nell'ambito della medicina predittiva prenatale nel corso del PSR 2005–2007 la DGR 147/2007 ha approvato il parere n. 40/2006 del CSR definendo:

- a) “Il nuovo protocollo regionale di accesso agli esami strumentali e di laboratorio per la gravidanza fisiologica”;
- b) “Test di screening prenatale della Sindrome di Down: valutazioni e indicazioni”.

Inoltre la DGR 284/2007 ha finanziato un percorso formativo teorico–pratico finalizzato all'accreditamento di professionisti presso la Fetal Medicine Foundation di Londra per l'esecuzione dello screening ecografico della sindrome di Down nel I trimestre di gravidanza con il tramite delle Aziende Ospedaliere Universitarie Toscane.

È stato costituito un gruppo di lavoro presso il CSR per monitorare le azioni intraprese e il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Inoltre, nella prospettiva della costituzione di un registro regionale dei difetti congeniti è stato attivato un sistema di rilevazione dei difetti congeniti. Tale rilevazione è gestita per conto della Regione Toscana dalla Fondazione CNR - Regione Toscana “Gabriele Monasterio” è finalizzata a valutare l'andamento temporale e territoriale dei fenomeni connessi alla diagnosi prenatale e ai difetti congeniti. La rilevazione dei difetti congeniti è prevista dal programma statistico regionale ed è stata inserita, su proposta della Regione Toscana, nel programma statistico nazionale. Si veda a tal proposito quanto precisato nel paragrafo 5.5.2.5.

Nel corso della vigenza del Piano e sulla scorta delle azioni intraprese nel triennio precedente si rileva la necessità di migliorare alcuni punti del sistema ed in particolare:

- un aggiornamento del libretto ricettario della gravidanza fisiologica;
- un miglioramento dell'efficacia del complesso diagnostico prenatale;
- un progressivo aumento della frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive estese alla totalità delle gravidanze;
- la definizione di protocolli e procedure condivise all'interno dei presidi assistenziali e tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali per la continuità assistenziale e per migliorare l'uniformità e l'interconnessione tra i vari nodi del sistema.
- la presa in carico del percorso nascita per le donne migranti

Tra le linee di sviluppo per il triennio legate al Progetto Obiettivo “Assistenza Materno Infantile” inoltre si punta al potenziamento degli interventi di prevenzione con particolare riferimento a:

- diagnosi precoce dei difetti congeniti;
- accessibilità degli accertamenti diagnostici per il monitoraggio della gravidanza fisiologica;

- prevenzione e trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino e delle prematurità;
- assunzione di interventi necessari per la prevenzione della SIDS.

Per quanto riguarda gli obiettivi si rinvia a quanto già descritto nel paragrafo 5.5.2.5.

6.6 Il percorso organizzativo “Artroprotesi dell’anca – Ortopedia chirurgica” come modello di programmazione e governo clinico

Il bisogno assistenziale in questo settore è destinato a crescere nei prossimi anni: la letteratura scientifica stima probabile un aumento del 100% di interventi di artroprotesi dell’anca entro gli anni 2025–30, a fronte di una tendenza, sempre più evidente, alla diminuzione del trend di ospedalizzazione per altre patologie.

Trattamento 8151: fabbisogno e sua copertura (fabbisogno calcolato su 14 interventi per 10.000 ab.)					
Popolazione Toscana	Fabbisogno trattamenti 8151	Totale artroprotesi 8151	Differenza tra fabbisogno e totale 8151 effettuati	8151 da aziende toscane	Diff. tra fabbisogno 8151 ed erogato da strutture toscane
3.547.604	4.967	4.202	-765	3.926	-1.041

Obiettivi del progetto

- Contenere il tempo massimo di attesa per le artroprotesi di anca in elezione entro 6 mesi;
- contenere il tempo massimo di attesa tra ricovero e intervento per interventi di Endoprotesi da frattura entro 24 ÷ 48 ore, con standard tendenziale pari a 24 ore;
- garantire la continuità assistenziale del percorso riabilitativo post intervento, nelle modalità organizzative appropriate;
- consolidare il progetto ‘Registro intervento di protesi d’anca’ quale strumento culturale, tecnico e **informativo di supporto agli obiettivi organizzativi già definiti.**

Risultati

Il grafico seguente riporta i risultati per Azienda relativi all’obiettivo di contenimento della degenza pre-operatoria.



Legenda

Numeratore: N. interventi per endoprotesi dell'anca con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento \leq 2 giorni (ICD 9-CM 81.52)

Denominatore: N. interventi per endoprotesi dell'anca (ICD 9-CM 81.52)

Conclusioni

- Il sistema produttivo chirurgico presenta ancora aree di criticità relative all'offerta;
- è necessario un miglioramento del modello organizzativo, anche rispetto alla risposta all'urgenza;
- si osserva una difficoltà ad assicurare la continuità dell'assistenza e della risposta al bisogno post acuto (difficoltà nel percorso riabilitativo).

Fattori di successo

La riflessione sulle criticità evidenziate ha consentito di elaborare un progetto alternativo.

- *Fast-recovery* per intervento di protesi d'anca in elezione; 5/6 giorni di ricovero e successiva fase di riabilitazione, anche con modelli riabilitativi residenziali, ambulatoriali e domiciliari, oltre il ricovero ospedaliero;
- centri d'area vasta dedicati per gli interventi di protesi di anca con offerta riabilitativa in continuità anche strutturale;
- separazione organizzativa e strutturale dei percorsi in elezione ed in urgenza in area chirurgica nei presidi di riferimento.

6.7 Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliero

Il progetto speciale di interesse regionale "Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliero" prevedeva azioni di sviluppo correlate ad un percorso di appropriatezza per il Pronto Soccorso, all'ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso ed all'elaborazione di un'ipotesi di assetto organizzativo di Trauma Center per la Regione Toscana.

In particolare si poneva i seguenti obiettivi:

- Percorso di appropriatezza per il Pronto Soccorso:
 - a) ricondurre il Pronto Soccorso alla propria funzione;

b) diminuire le attese per i codici di bassa priorità.

- Ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso:
 - a) implementazione della rete di elisuperfici a supporto del servizio regionale di elisoccorso, tramite l'individuazione degli interventi da realizzare, rivolti a destinazioni sanitarie o a comunità isolate;
 - b) valutazione dell'attività svolta dal servizio regionale di elisoccorso, anche al fine dell'estensione del volo notturno;
 - c) sviluppo di un'eventuale ipotesi di gestione alternativa del servizio regionale di elisoccorso.
- Elaborazione di un modello organizzativo possibile per l'intervento sanitario sui Traumi Maggiori.

Azioni intraprese nel triennio 2005–2007

- Percorso di appropriatezza per il Pronto Soccorso

Al fine di contribuire a ricondurre il Pronto Soccorso alla funzione propria, che è quella di garantire l'emergenza–urgenza ed il ricovero appropriato, sono state attivati alcuni percorsi dedicati alle urgenze minori:

1. nei P.S. di tutte le ASL e AOU hanno funzionato percorsi riservati ai “codici minori”, che sono riusciti a ridurre le attese e i tempi di permanenza, sia pure in misura inferiore a quella prevista.

Criticità

Lo sviluppo dell'area dei codici minori non è stato adeguato per continuità ed efficienza, sia per la carenza di personale che per l'insufficiente apporto della diagnostica strumentale, la quale, soprattutto quando unica per tutto l'Ospedale, non può che seguire i tempi dettati dalle priorità cliniche. Si ricorda che molti accessi classificati come codici minori sono determinati da traumatologia minore, per la quale è necessario, in diversi casi, una fase di diagnosi radiologica. Il potenziamento dei Servizi radiologici può pertanto migliorare gli attuali tempi di attesa e permanenza, così come previsto nel paragrafo 4.2.2.

2. Nel territorio è stato avviato un processo di riorganizzazione dei Punti di Primo Soccorso nell'ambito della rete delle postazioni di emergenza sanitaria territoriale.

Con deliberazione G.R. n. 507 del 9 luglio 2007 sono state impartite direttive alle Aziende UU.SS.LL. in merito a:

- criteri per l'individuazione di Punti di Primo Soccorso nell'ambito delle postazioni 118;
- patologie trattabili nei Punti di Primo Soccorso;
- modalità di accesso da parte dell'utenza;
- requisiti minimi strutturali e strumentali dei Punti di Primo Soccorso.

Ciò al fine di rendere uniforme l'attività di primo soccorso nell'ambito della rete regionale delle postazioni 118 e procedere ad un'implementazione della rete di tali presidi territoriali, nei quali l'utenza può ottenere gratuitamente l'erogazione delle prestazioni – acute, ma di bassa complessità – stabilite.

Criticità

Essendo trascorso un tempo eccessivamente breve dalla definizione delle direttive regionali, non è possibile allo stato attuale valutare eventuali criticità correlate.

- Ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso:

a) implementazione della rete di elisuperfici a supporto del servizio regionale di elisoccorso, tramite l'individuazione degli interventi da realizzare, rivolti a destinazioni sanitarie o a comunità isolate.

Con deliberazioni G.R. n. 1209 del 12/12/05 e n. 927 del 11/12/2006 si è preso atto positivamente delle proposte tecniche ed economiche sull'ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso in relazione alla rete di elisuperfici presentate dalle Aziende UU.SS.LL. n. 1 di Massa e Carrara, n. 9 di Grosseto e n. 10 di Firenze, sedi di elibase, riferite al triennio 2005–2007.

La Giunta regionale ha individuato circa nr. 45 interventi da realizzare, ritenuti prioritari, riferiti a destinazioni sanitarie e comunità isolate o Isole dell'Arcipelago toscano.

Con atti dirigenziali si è provveduto ad assumere gli impegni di spesa per il finanziamento delle elisuperfici ritenute prioritarie nel triennio.

Criticità

La realizzazione di dette infrastrutture è avvenuta e sta avvenendo con una tempistica che, molto spesso, supera le aspettative. Questo è dovuto principalmente alla difficoltà correlata all'individuazione delle aree, nonché alla acquisizione delle necessarie autorizzazioni aeronautiche da parte dell'Ente preposto, ENAC, una volta realizzate tali opere.

Sarà pertanto necessaria la definizione di un "progetto tipo" riferito alla realizzazione delle elisuperfici, in particolare relativo a tempi di esecuzione e autorizzazione, così come previsto nel paragrafo 5.4.1..

Sarà altresì necessario seguire puntualmente lo stato di avanzamento della realizzazione delle infrastrutture ritenute prioritarie, continuando nell'azione di monitoraggio, già intrapresa.

b) valutazione dell'attività svolta dal servizio regionale di elisoccorso, anche al fine dell'estensione del volo notturno.

Dall'esame dei dati di attività delle basi si è ritenuto, nel triennio, di non prevedere l'estensione del volo notturno ad ulteriori elibasi, oltre a quella di Grosseto, già in attività dal 15/6/2001.

c) sviluppo di un'eventuale ipotesi di gestione alternativa del servizio regionale di elisoccorso.

Il CTP ha costituito un apposito gruppo di lavoro, formato da rappresentanti delle Direzioni Generali Diritto alla Salute, Sviluppo Economico, Presidenza e Bilancio e Finanze, al fine di valutare la fattibilità giuridica ed amministrativa di un'ipotesi alternativa all'affidamento complessivo del servizio, che potesse prefigurare anche soluzioni miste per la fornitura degli aeromobili necessari, del personale e dei supporti.

Data la complessità dell'argomento, correlata ad un quadro normativo articolato, il gruppo di lavoro ha ritenuto non fattibile tale gestione alternativa del servizio e si è pertanto deciso di gestire il servizio di elisoccorso mediante affidamento complessivo tramite gara pubblica europea, con l'applicazione delle normative che disciplinano gli appalti pubblici di servizi.

- Elaborazione di un modello organizzativo possibile per l'intervento sanitario sui Traumi Maggiori:

È opinione condivisa che la rete del trauma abbia, nel triennio di vigenza del Piano 2005–2007, raggiunto punti di grande qualificazione sulla base dei tre obiettivi basilari che il Piano stesso indicava:

1. un sistema preospedaliero, tale da assicurare una base di soccorso qualificata sul piano operativo per la fase di primo inquadramento e supporto alle funzioni vitali. Questo si è ottenuto partendo dalle già

sperimentate e collaudate attività dei medici addetti all'emergenza. Si deve ricordare l'implementazione culturale ottenuta attraverso il "progetto Harvard", che prevede, entro il 2008, una certificazione di tutto il personale medico operativo sia nella fase intra- che extra- ospedaliera. È necessario a questo punto prevedere anche la crescita culturale del personale infermieristico, fino ad oggi non coinvolto, attivando modelli formativi ormai verificati, quali quello adottato per la formazione del personale medico. Questo al fine di ottenere un'equipe medico infermieristica coordinata sui medesimi piani culturali ed operativi, in cui la professionalità del medico e dell'infermiere si fondono e si integrano. Una particolare attenzione dovrà essere rivolta all'analisi dello scenario del trauma, così importante da condizionare, al di là della clinica, l'orientamento per la scelta del Presidio di riferimento;

2. un trasporto rapido e protetto fino al Presidio Ospedaliero non più vicino, ma il più adeguato. I medici e gli infermieri dell'Emergenza territoriale hanno raggiunto quest'obiettivo attraverso una corretta gestione del trasporto sanitario. Un'ulteriore fase di sviluppo sarà correlata all'identificazione dei Trauma Center ed alla loro possibilità di assolvere ai compiti non eseguibili presso i Centri Spoke;

3. una risposta di più professionalità specialistiche che sappiano lavorare in equipe.

Quest'obiettivo è stato raggiunto nei Centri Spoke, in cui la collaudata interazione fra il medico dell'emergenza, l'anestesista-rianimatore ed il chirurgo generale ha consentito il raggiungimento di uno standard di efficienza ed efficacia, che non ha indotto ad alcuna valutazione critica.

Analoga sinergia sarà necessaria per coordinare le complesse professionalità esistenti nei Centri HUB, soprattutto per quanto attiene alle mutate filosofie di assistenza del Trauma Maggiore ed alle diverse offerte di assistenza specialistica.

6.8 Le unità di cure primarie, un nuovo modello organizzativo territoriale

Nel corso del triennio 2005-2007 sono state sperimentate in Toscana nuove forme organizzative dei MMG convenzionati definite Unità di Cure Primarie (U.C.P.).

Con la Delibera n. 198/2006 sono stati definiti i criteri per l'avvio della sperimentazione delle U.C.P. ed il relativo budget.

Nel corso del triennio di vigenza del Piano sono stati avviati e finanziati 17 progetti che hanno interessato 10 aziende Sanitarie con il coinvolgimento di circa 240.000 utenti.

Tutte le sperimentazioni finanziate hanno attivato:

- la rete informatica fra gli studi medici con un server centrale nella sede principale;
- la condivisione delle cartelle cliniche tra i medici di assistenza primaria;
- il servizio di prenotazione CUP.

L'attività diagnostica effettuata nell'ambito delle sperimentazioni ha riguardato:

Controllo glicemia	90%
Terapia anticoagulante orale – TAO	70%
E.C.G.	60%
Pap Test	45%

I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per i cronici attuati riguardano prioritariamente:

Diabete	60%
Ipertensione	35%
Cure palliative e ictus	30%
Fratture del femore	20%
Altri PDTA (TAO, Scompenso, Obesità, glaucoma ecc.)	< 20%

Inoltre sono attivati progetti relativi a:

- interventi definiti di concerto con le Società della Salute;
- interventi di che hanno visto il coinvolgimento delle associazioni di volontariato;
- programmi di educazione alla salute della popolazione afferente alla UCP;
- accordi con le Aziende sanitarie per le priorità nelle visite specialistiche;
- attività di primo soccorso.

CRITICITÀ DEI RISULTATI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Dai dati di monitoraggio delle U.C.P. emerge la non completa integrazione nella sperimentazioni tra i medici dell'assistenza primaria e quelli della continuità assistenziale (11 sperimentazioni su 17 prevedono il collegamento tra le due figure professionali); analogamente con l'attività specialistica (solo 5 sperimentazioni su 17 prevedono il collegamento). Margini di miglioramento vengono rilevati per quanto attiene all'aspetto informatico, nonché alla integrazione con i servizi sociali.

Per quanto attiene agli obiettivi di sviluppo delle UCP, si rimanda allo specifico paragrafo 5.3.1.

6.9 Visite specialistiche: un obiettivo di qualità

Nel contesto regionale, circa il 60% dei nostri cittadini, oltre i diciotto anni di età, accede mediamente ogni anno ad una visita specialistica; particolare significativo, meno della metà dei cittadini toscani, che ha fatto ricorso al medico specialista, si è rivolta al servizio pubblico, l'altra metà ha soddisfatto il proprio bisogno con modalità private.

L' "Indagine sulla percezione della qualità dei servizi sanitari in Toscana che ha preso in considerazione l'accessibilità a specifici servizi sanitari, la cui funzionalità è particolarmente sentita dalla popolazione, evidenza che la percentuale dei cittadini toscani "molto o abbastanza soddisfatti" dei servizi offerti, per la specifica tipologia "assistenza specialistica", è la più bassa delle percentuali registrate tra tutte le altre tipologie

di servizi, attestandosi su un indice di soddisfazione, pari al 64,6%.

Il grado di soddisfazione analiticamente valutato sugli aspetti specifici, costitutivi il giudizio complessivo, quali l'accessibilità, la competenza, la cortesia dei sanitari, il comfort ambientale, rileva l'elemento accessibilità, in particolare il tempo di attesa, come il fattore con il più alto grado di insoddisfazione, il cui insuccesso determina, di fatto, il basso valore dell'indice di soddisfazione per la tipologia "assistenza specialistica", poco lusinghiero in confronto agli indici espressi dagli altri servizi indagati: medico curante, ricovero ospedaliero.

La particolare attenzione rivolta alla visita specialistica nel complesso delle prestazioni che costituiscono l'offerta specialistica ambulatoriale discende dalla funzione peculiare che la prestazione "visita specialistica" svolge nel percorso assistenziale del cittadino: la prestazione diagnostico strumentale e la visita specialistica hanno, infatti, un diverso valore aggiunto per la definizione del quadro clinico e l'organizzazione di un percorso diagnostico appropriato. La prestazione diagnostico strumentale, di norma, è necessaria al medico di medicina generale o ad altro professionista, come elemento integrativo, confermativo o esclusivo di una situazione o quadro clinico che il professionista, di fatto, ritiene di poter autonomamente gestire, diversamente dalle condizioni cliniche in cui ritiene necessario integrare le sue conoscenze con una competenza specialistica che, per questo, deve essere accessibile con tempi adeguati e certi.

Da qui un progetto ed un obiettivo di interesse regionale che assumendo come principio che l'efficacia delle cure è strettamente correlata al tempo entro il quale la cura viene effettuata rende disponibile congiuntamente al professionista i tre elementi che definiscono l'appropriatezza delle cure: cosa, dove, quando fare.

Quando fare: le visite specialistiche di maggior rilevanza, visita cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica e otorinolaringoiatrica devono essere disponibili, almeno in uno dei punti di erogazione presenti nel territorio aziendale, entro un tempo massimo di attesa di quindici giorni.

I risultati ottenuti sono lusinghieri rispetto all'obiettivo anche considerando che il sistema Cup toscano non differenzia le prime visite dalle visite di follow up o seconde visite, considerando la visita specialistica un indistinto universo, con conseguente sottodimensionamento del reale risultato conseguito.

Le criticità riscontrate possono, invece, riassumersi nelle seguenti considerazioni.

Il concetto di prima disponibilità utile, visita specialistica comunque disponibile in almeno un punto di erogazione nell'intero territorio aziendale, condiziona in parte il diritto del cittadino rispetto al principio di accessibilità, condizionandolo alla distribuzione geografica della risposta nel territorio.

Questo obiettivo promuove, affidandone il raggiungimento alle aziende piuttosto che ai professionisti, un concetto di tempo massimo di attesa come un diritto di cittadinanza piuttosto che esigenza sanitaria.

Il concetto di prima disponibilità, comunque utile a soddisfare il diritto del cittadino, ha diminuito la criticità legata all'offerta, pur rimanendo ancora da migliorare gli aspetti di accessibilità.

Una sintesi conclusiva

Il tema dei tempi di attesa è un indicatore di qualità del sistema sanitario.

L'obiettivo è stato raggiunto con percentuali di successo: oltre il 90-95% delle visite previste è stato effettuato entro il tempo massimo di 15 giorni.

L'introduzione dell'indennizzo, bonum di 25 euro, in caso di mancato rispetto del tempo massimo di attesa ha reso concreto nel cittadino un diritto precedentemente percepito astratto.

Il servizio sanitario recepisce il tempo massimo di attesa come un dovere istituzionale, ed organizza adeguatamente l'offerta, per rispondere in tempi adeguati al bisogno di salute espresso dal cittadino anche per non incorrere in eccessive penalizzazioni finanziarie.

È necessario trasformare, con iniziative adeguate, le criticità precedentemente definite in punti di forza e di crescita del sistema.

La Giunta definirà con propri atti, entro 180 giorni dalla pubblicazione del presente Piano e previo confronto con i soggetti e le parti coinvolte, le modalità di estensione ad altre specialità dell'impegno ad erogare la visita specialistica entro 15 giorni e gli impegni da assumere per la parte diagnostico strumentale.

6.10 Alimentazione e salute

Il Progetto speciale “Alimentazione e salute” affronta un problema emergente ed estremamente preoccupante: quello dei disturbi e delle malattie connesse con l'alimentazione, sia di origine psicogena (DCA), sia secondarie a modalità di alimentazione e a stili di vita abnormi. Prevede la realizzazione di percorsi integrati e completi per la sorveglianza, la prevenzione e la cura di tali patologie, punto focale è stata l'elaborazione di linee di indirizzo regionali per uniformare le varie attività e garantire percorsi assistenziali adeguati e omogenei sul territorio regionale.

Il progetto si articola come segue:

1) prevenzione e cura dell'obesità

a) Sorveglianza nutrizionale

- attivazione di una rete di sorveglianza regionale in ambito nutrizionale che costituisca un osservatorio del rischio associato alle abitudini alimentari basato su:
 - metodiche standardizzate;
 - raccolta sistematica di informazioni;
 - analisi e interpretazioni delle informazioni;
 - coordinamento delle azioni previste;
 - divulgazione regolare delle informazioni mediante report e bollettini epidemiologici.

b) Promozione di corretti stili di vita, con priorità nell'età infantile, ed in particolare:

- promozione del consumo di frutta, verdura e pesce;
- promozione dell'attività fisica.

c) Definizione di percorsi diagnostici e terapeutici per gli obesi

- Costruire percorsi assistenziali per l'obeso efficaci ed efficienti

2) Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.)

a) Sorveglianza epidemiologica e verifica dell'efficacia della rete dei servizi attivati:

- sviluppare la rete di sorveglianza su tutto il territorio regionale;
- coordinamento delle azioni previste a livello di area vasta e regionale;

b) sviluppare azioni di informazione e di educazione alla salute e promuovere attività di prevenzione di salute psichica:

- coordinamento delle azioni a livello aziendale e di area vasta;

c) individuare le fasce di popolazione a rischio;

d) Interventi interdisciplinari integrati fra i diversi servizi dedicati all'infanzia ed adolescenza:

- coordinamento delle azioni a livello di area vasta;

		%					
Latte	19.0	37.2	7.0	9.2	7.6	6.1	14.0
Pane	34.2	21.1	10.1	12.7	6.1	6.4	9.5
Pasta	25.1	22.9	14.6	13.1	9.6	6.9	7.8
Legumi	5.3	5.8	7.5	17.2	15.3	15.5	33.3
Salumi	11.3	13.1	14.4	23.2	13.2	11.7	13.2
Pesce	3.8	4.5	5.7	16.2	22.0	19.9	27.9
Formaggi	9.6	10.8	8.8	21.1	15.8	12.7	21.3
Verdure	11.9	9.0	9.5	17.7	12.1	12.8	27.0
Frutta	22.5	15.0	12.1	16.3	10.6	11.7	11.6
Merendine	7.9	11.3	9.9	17.0	11.0	18.1	24.8
Succo di frutta	15.7	15.7	10.9	17.2	12.3	11.3	17.0

I dati epidemiologici confermano quanto già emerso in precedenza: un'incidenza crescente dell'obesità già nell'infanzia, che richiede interventi decisi per invertire una tendenza molto preoccupante, individuata dall'OMS come uno dei principali fattori di rischio per la salute degli abitanti dei paesi industrializzati.

CRITICITÀ DEI RISULTATI E NUOVE CRITICITÀ

L'approvazione delle linee di indirizzo, condivise largamente dai vari specialisti coinvolti, apre la strada alla conduzione di azioni coordinate sul territorio. Il passaggio alla fase di realizzazione necessita di finanziamenti ad hoc, soprattutto per quanto riguarda la creazione di percorsi per il paziente obeso, dal censimento effettuato risultano esserci pochi centri, mal distribuiti e scarsamente collegati fra di loro.

Le linee di indirizzo sui DCA, presentate pubblicamente in occasione di un convegno promosso dalla Regione Toscana per i professionisti delle varie Aziende USL, hanno favorito l'integrazione tra soggetti che si occupano della materia e l'avvio di percorsi assistenziali integrati. Resta ancora molto da fare per superare la frammentazione degli interventi e per completare la rete dei servizi in modo da garantire risposte appropriate e continuità dell'assistenza su tutto il territorio regionale. La difficoltà maggiore è organizzare una risposta

terapeutica che tenga conto della multidimensionalità dell'intervento (medico/specialistico, psicologico/psichiatrico, dietetico/nutrizionale), per tutto il periodo (spesso prolungato nel tempo) della presa in carico psicoterapeutica dei pazienti.

Gli obiettivi e le attività per il triennio 2008–2010 del presente progetto sono illustrati ai punti 4.3.3.1 e 5.2.4.

6.11 La salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti

Il progetto speciale “La salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti” ha affrontato in modo coordinato aspetti che hanno caratterizzato la sicurezza del lavoro sul territorio toscano. Le azioni di contrasto al lavoro irregolare ed insicuro sono state affrontate nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex art.27 D.Lgs. 626/94, concordando con la Direzione Regionale del Lavoro, INPS ed INAIL un programma d'interventi di vigilanza cosiddetta “integrata” nei cantieri edili, che sono iniziati nel 2005 e proseguiti nell'anno 2006, per il quale si prevede un ulteriore sviluppo e potenziamento.

Una delle sfide del sistema sanitario toscano, che risulta essere tra le principali mete dei flussi migratori, riguarda la possibilità di offrire ai cittadini stranieri servizi appropriati e garantire loro pari diritti in termini di salute, con la consapevolezza che il concetto di salute, come quello di rischio e di vulnerabilità psicofisica, sono determinati da fattori culturali e soggettivi, dal gruppo di appartenenza, dalle condizioni economiche, sociali e ambientali, dal livello di istruzione e di integrazione, rispetto ai quali il sistema sanitario riesce ad incidere solo marginalmente. Il bisogno di salute percepito da queste persone è generalmente sbilanciato sulla cura, piuttosto che sulla prevenzione delle malattie e troppo spesso le esigenze di tutela della salute impattano con altre priorità: la difficoltà ad ottenere un regolare permesso di soggiorno, l'emergenza abitativa e quella occupazionale.

Uno specifico progetto formativo a carattere regionale che ha affiancato il progetto per la comunicazione interculturale del dipartimento di prevenzione ed una campagna di comunicazione finalizzata a sensibilizzare i cittadini stranieri sui temi della prevenzione collettiva, ha contribuito a favorire la conoscenza dei contesti di riferimento delle culture di provenienza dei lavoratori stranieri presenti sul territorio toscano.

Il progressivo cambiamento dei rapporti di lavoro e la crescente frammentazione delle tipologie contrattuali hanno profondamente modificato il mercato del lavoro, introducendo nuove variabili nel processo di gestione del rischio lavorativo.

Il lavoro temporaneo, interinale o in affitto, è stato introdotto in Italia con la Legge n. 196 del 24 giugno 1997, il quadro normativo si è completato con la legge delega n. 30/2003; nella definizione di lavoro a breve termine rientrano i lavori interinali, i lavori occasionali, alcune forme di lavoro part-time, i lavori a progetto, i lavori intermittenti, i contratti di apprendistato, le borse di studio, i contratti di inserimento professionali, i lavori stagionali, ecc. Studi specifici sulla condizione di lavoratore a tempo determinato hanno dimostrato che l'aumento del turnover nelle mansioni lavorative espone il lavoratore a maggiori rischi per la salute e la sicurezza, ciò trova riscontro e conferma nell' aumentata incidenza di infortuni sul lavoro per quanto riguarda la categoria dei lavoratori precari. Le possibili spiegazioni di questo aumento sono da ricercare nei frequenti cambi nella tipologia della prestazione lavorativa, che non favoriscono una adeguata formazione ed informazione sui rischi propri della realtà aziendale in cui si trova di volta in volta adibito il lavoratore né un'efficace tutela sanitaria. Tali motivi hanno evidenziato l'esigenza di assicurare tutela a questi lavoratori, nell'ambito dei piani mirati di settore sono stati individuati percorsi informativi e formativi realizzati allo scopo accrescere la conoscenza dei rischi presenti nei luoghi di lavoro. La Regione Toscana ha promosso il piano mirato “Il lavoro atipico: analisi del fenomeno e proposte operative per la tutela della salute dei lavoratori” che ha avuto inizio nel 2003. La conclusione di questo mandato è tuttavia l'inizio di un nuovo compito del quale la stessa Regione Toscana si farà coordinatrice e che vedrà impegnati i servizi di prevenzione e le forze sociali per giungere alla stesura definitiva di li-

nee guida condivise e concretamente applicabili nei luoghi di lavoro. La divulgazione dell'atto di indirizzo sul rischio psicosociale permetterà di orientare il lavoro dei dipartimenti di prevenzione e stimolare una riflessione comune tra gli operatori, favorendo il confronto e lo scambio di esperienze sul territorio regionale.

I profondi cambiamenti intervenuti nel mercato del lavoro, unitamente alla frammentazione produttiva caratteristica della nostra regione, hanno imposto un ripensamento sui processi di vigilanza e assistenza ed un ri-orientamento dei servizi di prevenzione, igiene e sicurezza del lavoro della Toscana. Ai rischi lavorativi tradizionali, ascrivibili alle specificità dei singoli comparti produttivi, si sono aggiunte fonti di rischio legate alla condizione lavorativa, alle forme di contratto di lavoro e alla dimensione aziendale, inoltre la centralità del singolo lavoratore nel processo di prevenzione delineato dalle norme europee richiede di investire nella formazione scolastica e professionale quale leva importante per promuovere la consapevolezza individuale sui rischi lavorativi e su comportamenti corretti. Per rispondere a tali esigenze sono stati realizzati due importanti progetti: "Sicurezza in cattedra" e "Scuola sicura". Il primo si configura come la prosecuzione di un progetto realizzato a carattere interregionale che intende promuovere il sistema a rete iniziato con coinvolgimento degli istituti tecnici e professionali e con prospettive di estensione agli altri istituti. Il secondo progetto, Scuola sicura, ha coinvolto la quasi totalità degli Istituti tecnici agrari della Toscana in un percorso di prevenzione in materia di sicurezza e salute in agricoltura e selvicoltura, coinvolgendo tutto il personale del mondo della scuola, dagli insegnanti agli studenti, dai dirigenti scolastici al personale amministrativo e tecnico, con la finalità principale di promuovere la cultura della prevenzione nella scuola, di sensibilizzare i giovani alla percezione dei rischi lavorativi ed alla messa in atto di adeguati comportamenti di autotutela.

In riferimento alle problematiche della sicurezza negli appalti pubblici e privati, la Regione Toscana ha approvato la Legge Regionale n. 38 del 13-07-2007 "Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro". La norma oltre ad affrontare i criteri di aggiudicazione per il superamento del massimo ribasso, chiede alla Giunta di valutare la consistenza degli organici del personale di vigilanza ed ispezione nei luoghi di lavoro presenti in ciascuno dei Dipartimenti di Prevenzione della Aziende USL toscane, al fine di autorizzare eventuali nuove assunzioni per poter raggiungere l'incremento dell'attività di controllo in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro già a partire dall'anno 2008. Prevede anche la presenza di rappresentanze delle organizzazioni sindacali ed imprenditoriali nel Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 27 D.Lgs.626/94, che ha il compito di impartire direttive volte al potenziamento dei controlli alle Aziende USL, definendo priorità, linee e settori di intervento. Il "Patto per la sicurezza e la regolarità del lavoro", definisce l'intesa con enti locali e forze sociali, per la diffusione delle buone pratiche sperimentate in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro; viene richiesta, per lavori di importo superiore a 5 milioni di euro, la sottoscrizione di specifici protocolli tra le stazioni appaltanti, le imprese esecutrici e le forze sociali, finalizzati alla realizzazione di ulteriori misure di tutela della sicurezza e salute dei lavoratori sull'esempio di quanto già fatto per i lavori della tratta ferroviaria alta velocità\alta capacità Firenze - Bologna, per l'adeguamento del tratto autostradale A1 in territorio toscano e per l'edilizia ospedaliera.

In ottemperanza a quanto sopra saranno attivate tutte le azioni necessarie individuando le risorse e specifici tavoli di confronto.

6.12 La sicurezza alimentare

Il Progetto "Sicurezza Alimentare" ha previsto le seguenti azioni strategiche:

Definizione del governo istituzionale del sistema

Con la Delibera n. 412 del 5 giugno 2006 "Istituzione del Comitato Regionale per la Sicurezza Alimentare (C.R.E.S.A.) e della Consulta Regionale per la Sicurezza Alimentare (CO.RE.S.A.)" sono stati creati due organismi di governo del sistema regionale in materia di sicurezza alimentare in particolare il secondo costitui-

sce l'interfaccia relazionale con i consumatori, e le Organizzazioni sindacali e di categoria.

I Comitati stanno operando secondo le seguenti direttrici:

- a) sviluppo delle politiche di semplificazione delle procedure di settore;
- b) definizione di un sistema di comunicazione in caso di allerta alimentari;
- c) definizione di linee guida per i produttori di alimenti.

Il governo tecnico operativo del sistema

Si è realizzato attraverso la definizione di piani di controllo, vigilanza e campionamenti annuali sia per le matrici alimentari che per gli alimenti zootecnici.

È stato avviato con l'IZS un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa per le analisi di laboratorio con un miglioramento della tempistica sugli alimenti in ingresso nel Porto di Livorno che costituisce per le matrici alimentari uno dei più importanti porti commerciali del Mediterraneo.

Sono stati definiti e approvati dalla Giunta regionale gli indirizzi applicativi dei Regolamenti comunitari del "pacchetto igiene".

Sempre nell'ambito del governo sanitario nel corso del triennio è stata migliorata e consolidata la rete del sistema di allerta regionale nei casi di identificazione di alimenti non conformi.

Il governo informativo – formativo

Sono stati realizzati in collaborazione con ARSIA e la Facoltà di Medicina Veterinaria programmi di formazione rivolti agli operatori sanitari ed in particolare un master sulle metodiche di analisi del rischio.

Un corso specifico sull'impatto delle nuove normative comunitarie per le imprese agricole è stato realizzato formando circa 40 tecnici delle Organizzazioni Agricole.

Dai dati rilevati sui risultati del sistema di sicurezza degli alimenti, si deduce come nella nostra Regione nel corso del periodo di vigenza del Piano si sia confermato e consolidato il trend già avviato a partire dalla metà degli anni '90, di progressiva e costante riduzione dei casi di tossinfezione alimentare.

CRITICITÀ DEI RISULTATI E NUOVE CRITICITÀ

La maggioranza degli episodi di tossinfezione è legata all'ambiente familiare (oltre il 45%) ed ad alcune tipologie di pubblici esercizi (circa il 40%). Il controllo degli episodi nella ristorazione collettiva è migliorato nel corso degli ultimi anni; è pertanto necessario intervenire soprattutto nei confronti del consumatore, per renderlo sempre più consapevole delle corrette procedure capaci di prevenire le malattie legate agli alimenti.

Gli obiettivi e le attività per il triennio 2008–2010 del presente progetto sono illustrati al punto 5.2.5.

7. Gli orientamenti per lo sviluppo. Le nuove sfide

7.1 La Formazione

La legge regionale n.40/2005 ha delineato un "sistema formativo regionale" e una "rete formativa regionale".

La rete formativa nel prossimo triennio sempre più dovrà raccordarsi con i bisogni di formazione connessi alla pianificazione strategica che il sistema sanitario regionale si è dato con il presente piano. Occorre sempre più sviluppare momenti di confronto e condivisione capaci di assicurare la migliore aderenza fra i bisogni di salute e la programmazione della formazione per tutti i profili professionali dell'area sanitaria e socio-

sanitaria.

Occorre una ridefinizione continua dei percorsi di formazione e per l'individuo occorre un processo continuo per ristrutturare e rinnovare le proprie competenze. La corretta rilevazione dei bisogni è una fase propedeutica essenziale alla programmazione delle attività formative, come momento di sintesi tra la formazione necessaria al buon funzionamento dell'organizzazione ed il potenziamento delle singole professionalità presenti all'interno del sistema, nell'ottica di offrire al cittadino servizi sempre migliori.

Uno dei principi fondanti di questo sistema è sicuramente rappresentato dal concetto di continuità formativa (cfr N Engl J Med 2007).

Basata sui principi delle moderne teorie dell'apprendimento, la nozione di continuità formativa riflette il progressivo sviluppo professionale e personale richiesto agli operatori della sanità. Uno senso di "proprietà" dell'intero curriculum, piuttosto che di una porzione/parte disciplino-specifica del curriculum, è un prerequisito per la continuità formativa. La continuità formativa ingloba due forze interrelate che si integrano a vicenda: l'integrazione orizzontale (che potenzia lo sviluppo di competenze generali collegando le esperienze formative tra e attraverso le specialità cliniche e al di là di esse) e l'integrazione verticale (che potenzia la pratica basata sulle evidenze collegando i progressi nelle scienze biomediche e in quelle cliniche al problem solving clinico).

La continuità dell'ambiente di apprendimento promuove sia la centralità del paziente che la centralità del discente, creando maggiori opportunità per le relazioni/conessioni con i pazienti ("continuità della cura"); integrando importanti tematiche formative tra le varie specialità cliniche, ponendo attenzione al raggiungimento e alla verifica, appropriati in base al livello di sviluppo, delle competenze cliniche di base; promuovendo la relazione tra scienza e medicina clinica ("continuità del curriculum"); potenziando la supervisione, il modellamento dei ruoli (role modeling), e il tutoraggio ("continuità della supervisione").

Un aspetto di particolare interesse è rappresentato dalla simulazione in medicina nella formazione di medici ed operatori del sistema sanitario. I simulatori permettono di effettuare training incentrati sulla formazione dei team di lavoro e su scenari non comuni e spesso critici, nei quali sono necessarie risposte rapide eliminando in questo modo ogni rischio possibile per il paziente.

7.1.1 Il fabbisogno delle professioni sanitarie

Le disposizioni normative nazionali e regionali, nonché la contrattazione nazionale e i relativi accordi sindacali, non sempre sono stati accompagnati da una valutazione delle ricadute sull'organizzazione del lavoro, anche in termini di collocazione e modifica dei ruoli professionali. Politiche di formazione in grado di accompagnare, con la necessaria tempestività lo sviluppo organizzativo del sistema sanitario, richiedono invece una puntuale e preliminare definizione dei fabbisogni di personale connessi all'evoluzione degli assetti organizzativi.

L'accesso alla formazione di base avviene per tutte le figure professionali dell'area sanitaria a numero programmato, infatti le regioni devono annualmente formulare le relative proposte al Ministero della Salute.

La conoscenza del mercato del lavoro e delle sue tendenze, in coerenza con la evoluzione dei bisogni e della tecnologia, costituisce un requisito essenziale per programmare ed orientare. Il settore sanitario impiega attualmente in Toscana 27.000 operatori delle professioni sanitarie, 8.900 medici specialisti, 3.130 medici di medicina generale e circa 400 pediatri di libera scelta, 1.100 dirigenti sanitari non medici e quindi la previsione del fabbisogno di personale in tale settore assume importanza strategica.

Per determinare il numero di accessi nel triennio 2005/2007, necessari per coprire il fabbisogno dei propri servizi sanitari in forma rigorosa e metodologicamente corretta, la Giunta regionale ha avviato una rilevazione dati sia del sistema lavorativo coinvolgendo le Aziende Sanitarie toscane e la sanità privata sia di quello formativo con il coinvolgimento dei tre Atenei toscani, in particolare delle facoltà di Medicina e Chirurgia e degli Ordini e Collegi della regione.

La ricerca ha previsto quindi una prima fase di ricognizione ed analisi dei dati storici relativi ai flussi degli

studenti, dei laureati e degli specializzati nelle università toscane da un lato e del personale delle aziende sanitarie dall'altro.

Sulla base dei dati storici raccolti e delle relative estrapolazioni sono stati costruiti scenari in relazione a diverse ipotesi di evoluzione del mercato del lavoro (in particolare turnover ed uso del part time), sulle quali sono stati avviati confronti con i referenti delle aziende sanitarie, delle università e delle professioni.

Le ipotesi di scenari futuri elaborati per quanto riguarda le ammissioni sono i seguenti:

I. Futuro non vincolato: Il numero di accessi corrisponde a quello necessario per coprire i nuovi fabbisogni previsti per l'anno successivo a quello del conseguimento della laurea/diploma di specializzazione, 5, 6, o 7 anni dopo l'iscrizione al 1° anno, a seconda della durata della scuola;

II. Riequilibrio del sistema: È previsto il riequilibrio in tre anni (quelli del periodo di programmazione degli accessi) degli eventuali squilibri tra posti disponibili e nuovi laureati/specializzati che si determinano nel sistema nel periodo considerato;

III. Progettuale: Lo scenario di estrapolazione di fabbisogni futuri di medici specialisti, medici di medicina generale, operatori sanitari delle diverse professioni e di nuove iscrizioni da effettuare nel triennio di previsione degli accessi ha rappresentato solo la base di partenza per la costruzione dello scenario progettuale da assumere nelle decisioni di competenza regionale, per la elaborazione del quale sono stati considerati diversi fattori del contesto nazionale ed internazionale.

L'obiettivo da confermare per il prossimo triennio è quello di garantire un sostanziale equilibrio tra domanda e offerta di lavoro negli ambiti considerati. I risultati che si intendono ottenere nel triennio di vigenza del piano attuale sono necessari sia per la programmazione sanitaria sia per quella universitaria e dovranno tenere conto di fattori epidemiologici, fattori tecnico-scientifici e culturali della medicina, fattori legati alla normativa e allo sviluppo programmato dei servizi socio-sanitari, fattori legati a cambiamenti nei sistemi formativi.

Sistemi di programmazione del bisogno dovranno sempre più essere messi a punto anche per la figura dell'operatore socio-sanitario, considerata la rilevanza strategica di questa figura soprattutto sui nuovi versanti dell'integrazione socio-sanitaria.

7.1.2 Formazione continua

Fermo restando quanto previsto in materia di formazione dai contratti nazionali di lavoro, non dobbiamo sottovalutare i limiti rilevanti con i quali è nato a livello nazionale il sistema ECM e gli effetti distorsivi gravi che in parte ne sono derivati: la rincorsa al credito formativo a prescindere dalla qualità formativa, risorse non sempre ben indirizzate, approccio individualista piuttosto che di sistema.

Dato questo quadro, fin dal 2002 la Regione Toscana con tutti gli attori del sistema (le Aziende Sanitarie, i sindacati, le professioni, le Università) ha cercato di costruire una piattaforma di lavoro condivisa che ha consentito di affrontare le suddette criticità, ma che necessita comunque di portare a compimento quanto previsto dagli accordi in essere,

Il sistema di accreditamento della formazione in sanità (ECM), nato per garantire attraverso lo sviluppo della professionalità degli operatori, qualità e innovazione del sistema sanitario, in questi anni ha contribuito in Toscana ad un rilevante incremento dell'attività della formazione non solo in termini quantitativi ma anche qualitativi.

La Regione Toscana ha colto infatti l'occasione dell'obbligo dei crediti formativi per creare un sistema che permettesse non solo di accreditare gli eventi ma di garantirne la qualità e di fare crescere di tutto il sistema della formazione in sanità.

Dal 2002 al 2007 la Regione Toscana ha accreditato 13.400 eventi formativi ed è in grado di accreditare tutte le tipologie formative compreso quelle più innovative come la formazione sul campo e la FAD (formazione a distanza), nonché tutta l'attività di docenza e tutoraggio (dal 2006).

Parallelamente è stata creata un'anagrafe formativa, collegata ad ordini e collegi professionali per l'attività di certificazione, che permette ad ogni azienda di associare gli eventi formativi al singolo operatore in modo da avere una situazione aggiornata del debito formativo di ognuno.

Le grosse trasformazioni di questi anni del settore della formazione continua hanno obbligato anche a ripensare tutta l'organizzazione in modo non solo da continuare ad avere un sistema strutturato in grado di assicurare qualità tempestività e continuità agli interventi formativi ma anche di affrontare le sfide che la creazione di un sistema di qualità della formazione ha posto e porrà in futuro.

Con la L.R. 40/2005 infatti viene introdotto come si è detto il concetto di "rete formativa", vale a dire che i soggetti che lavorano sulla formazione non sono più singoli attori ma sono inseriti in una rete, che fa sistema, e che comprende le aziende, gli ESTAV, l'ARS, gli Enti di ricerca e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il CSPO e che si avvale del ruolo fondamentale delle Università e degli Ordini e Collegi Professionali.

Ogni soggetto contribuisce quindi al sistema complesso della formazione continua secondo il proprio ruolo e la propria vocazione concorrendo ad un progressivo cambiamento di tutto l'assetto gestionale della formazione che si andrà consolidando su tre livelli fra di loro interconnessi: regionale, di area vasta e aziendale.

Con la costituzione – in collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi – del Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria –FORMAS – (DGR 538/2006) il sistema intende presidiare a livello regionale tutti i processi innovativi e quelli che per loro natura risultano efficaci e convenienti a livello macro. Il laboratorio lavora avvalendosi dei poli di area vasta, snodo nevralgico per la programmazione della formazione e punto di convergenza per le aziende sanitarie che rimangono comunque sede di tutta l'attività di rilevazione del fabbisogno formativo.

Il processo di riorganizzazione dovrà agevolare lo sviluppo ottimale del sistema della formazione che sempre di più dovrà garantire non solo l'innalzamento della specifica professionalità ma soprattutto l'aumento della capacità di ognuno di lavorare all'interno della propria organizzazione e di rapportarsi all'utenza.

In questo contesto la Regione Toscana non si pone più solo come soggetto di programmazione e monitoraggio, ma anche di accreditamento e di garanzia di tutto il sistema.

Nello specifico in merito alla funzione di programmazione nei prossimi tre anni la Regione Toscana dovrà:

- implementare quel processo di programmazione di area vasta, avviato nel 2003, sviluppato fra il 2005 e il 2007 e avvalorato dalla riorganizzazione che vede il perno della programmazione della formazione nei poli di area vasta, non solo come mezzo per le Aziende per trovare convergenze ed economie, ma anche come scelta strategica della programmazione della formazione;
- individuare i percorsi strategici che si intendono prioritariamente sviluppare a livello regionale avvalendosi del Laboratorio Regionale;
- presidiare e promuovere, tramite il Laboratorio Regionale:
 - l'omogeneizzazione e l'eventuale convergenza fra Aziende sui percorsi formativi da attivare o da implementare;
 - i processi FAD e tutti i processi formativi basati sulle tecnologie innovative;
 - lo sviluppo e la ricerca di metodologie innovative.

Sulla funzione di monitoraggio

La Regione Toscana nei prossimi tre anni monitora tutto il sistema della formazione continua non solo al fine di individuare eventuali miglioramenti all'organizzazione del sistema, ma anche e soprattutto al fine di valutare la qualità dell'offerta formativa. In questo senso saranno preziosi gli strumenti acquisiti con la partecipazione della Regione Toscana all'Osservatorio Nazionale sulla qualità della formazione continua e saranno determinanti sia lo sviluppo di osservatori regionali ad hoc sia il rapporto con l'Osservatorio Nazionale incardinato nella sezione "valutazione e reporting sulla qualità e accessibilità della formazione", della Commissione Formazione Nazionale.

Sulla funzione di accreditamento

Nel triennio 2005–2007 la Regione Toscana ha consolidato un sistema di accreditamento degli eventi formativi allargandolo a tutti i soggetti pubblici. Nel triennio 2008–2010 l'obiettivo sarà di passare dall'accREDITAMENTO degli eventi formativi a quello dei provider, in accordo con le linee nazionali individuate dalla sezione "criteri e procedure di accreditamento dei provider" della Commissione Formazione Nazionale.

Questo comporta un impegno della Regione Toscana, già delineato dalla DGR 134/2005, per:

- l'individuazione dei criteri per l'accREDITAMENTO di provider, in accordo alle linee nazionali;
- la sperimentazione dei criteri;
- la sperimentazione dell'accREDITAMENTO dei provider;
- l'accREDITAMENTO a regime dei provider;
- la certificazione dei crediti;
- la valutazione degli esiti.

In relazione al sistema di accREDITAMENTO è necessaria l'implementazione dell'anagrafe formativa regionale che non è solo uno strumento per l'aggiornamento dello stato di maturazione dei crediti formativi ma dovrà diventare un vero e proprio "dossier formativo" che raccoglie la storia del singolo operatore e che permette all'Azienda di avere in mano un potente strumento di programmazione aziendale.

Poli di Area Vasta

Sulla base degli indirizzi regionali l'area vasta sarà il livello deputato alla programmazione della formazione non solo come momento di convergenza della programmazione aziendale ma come vera e propria cabina di regia della formazione continua in supporto ai processi di programmazione sanitaria che nell'Area Vasta trovano il proprio bacino di riferimento. Dovrà comunque essere garantita l'erogazione quanto più decentrata della formazione.

Le Aziende Sanitarie

Nel triennio le Aziende dovranno:

- trovare le necessarie convergenze per la programmazione della formazione di area vasta;
- orientare la propria organizzazione in modo funzionale ad ottenere l'accREDITAMENTO come provider;
- implementare l'anagrafe formativa regionale quale strumento di aggiornamento dei dossier formativi degli operatori e strumento di programmazione della formazione.

7.1.3 Formazione per il management

Il rapporto di collaborazione con la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa per quanto riguarda l'attività di formazione manageriale e di ricerca sulle tematiche di management ed organizzazione dei servizi sanitari si è concretizzato con la costituzione di un Laboratorio di Ricerca e Formazione per il Management dei Servizi alla salute, denominato Laboratorio MeS.

Vari provvedimenti della Giunta regionale, a partire dall'anno 2004, e successivi decreti dirigenziali durante l'anno 2005, hanno sostanziato sia la costituzione degli organi del MES sia l'attività triennale 2005–2007 che lo stesso ha presentato e che annualmente è stata determinata ed approvata.

Nel triennio 2005–2007 sono state effettuate le seguenti più rilevanti attività formative:

Un percorso formativo della durata complessiva di 120 ore, svolto per 2 edizioni, rivolto a tutti i direttori dei Dipartimenti di Assistenza Integrata delle aziende ospedaliero–universitarie toscane, considerata la specificità delle aziende ospedaliere universitarie toscane e l'urgenza di intraprendere un percorso formativo che potesse essere occasione di confronto e condivisione tra le realtà toscane in questa fase di implementazione del-

la riorganizzazione di tali aziende secondo il modello dipartimentale.

Un percorso formativo della durata complessiva di 130 ore di aula oltre alle visite effettuate in strutture sanitarie in Italia e all'estero rivolto ai Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi delle Aziende Sanitarie, CREAS IFC-CNR, IRCCS, C.S.P.O., ESTAV toscani.

Un percorso formativo della durata complessiva di 120 ore rivolto a dirigenti sanitari e amministrativi di struttura complessa delle Aziende Sanitarie toscane.

Altre iniziative hanno riguardato "La gestione del rischio clinico" per i clinical risk managers delle 16 aziende sanitarie toscane e un Master in Management e Sanità di 1500 ore per 28 partecipanti oltre a varie iniziative di supporto alle Aziende sanitarie toscane.

Ulteriori iniziative di carattere formativo, da parte dello specifico "Centro di riferimento regionale sulle criticità relazionali" riguarderanno la necessaria attenzione e gestione delle criticità relazionali fra operatori, dirigenti, gestori e cittadini.

Il laboratorio MeS ha ampliato notevolmente la sua attività sia di ricerca e formazione consolidando il suo ruolo a fianco della Regione Toscana nello sviluppo delle logiche di gestione e organizzazione del sistema sanitario regionale da un lato, ma anche dall'altro, aprendosi alla dimensione nazionale e internazionale. Lo dimostrano le numerose partecipazioni a convegni internazionali, la costituzione di un network tra istituzioni sanitarie accademiche e non a livello internazionale che ha permesso di organizzare molti seminari in loco e di organizzare visite formative all'estero in diversi paesi europei e extraeuropei.

L'obiettivo per il prossimo triennio è quello di consolidare l'impegno nella ricerca mediante la valorizzazione dei progetti realizzati in termini di pubblicazioni e presenza a convegni internazionali, allargare il network dei riferimenti al contesto internazionale, arricchire l'approccio formativo con iniziative sempre più integrate tra ricerca e formazione e tra le diverse discipline che si occupano di sanità.

7.2 Ricerca, innovazione e governance

Centralità di Ricerca e Innovazione

La ricerca è una funzione fondamentale, costitutiva e pervasiva di ogni moderno sistema sanitario, poiché, se opportunamente e razionalmente programmata, condotta e monitorata, alimenta lo sviluppo delle conoscenze scientifiche ed operative e la conseguente messa a punto di processi e prodotti innovativi, in grado di migliorare la capacità di risposta del sistema e la sua efficacia in termini di guadagno di salute della popolazione. Nell'ambito del ruolo che spetta al sistema sanitario pubblico le priorità riguardano la ricerca traslazionale, il trasferimento del know-how sia a livello preventivo/epidemiologico-clinico sia a livello della catena del valore in ambito industriale e la trasformazione della ricerca in conoscenza diffusa e patrimonio di tutto il sistema sanitario

Il Servizio Sanitario della Regione Toscana sostiene lo sviluppo delle attività di ricerca messe in atto da una pluralità di soggetti pubblici e privati, e promuove il raccordo e l'integrazione tra ricerca di base, ricerca applicata, sperimentazione ed innovazione nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi.

Evidenze dal precedente periodo di programmazione

Nel periodo 2005-2007 la Giunta regionale ha operato una serie di scelte strategiche per rafforzare la ricerca e l'innovazione nel sistema sanitario, sia sul versante del sistema di aziende direttamente controllato che sulle politiche di relazioni con il comparto privato:

- si è consolidato il sistema delle Aziende Ospedaliere Universitarie (vedere 8.5.1) ed attraverso di esse l'integrazione tra pratica clinica e ricerca universitaria e la valorizzazione delle eccellenze;
- si è sviluppato il rapporto con gli IRCSS esistenti (Stella Maris e Don Gnocchi) ed è stata creata la

Fondazione Gabriele Monasterio;

- si è sviluppata la rete dell'ITT e questo ha determinato un forte impulso al coordinamento ed alla valorizzazione della ricerca in campo oncologico;
- la presenza dei centri toscani sul panorama delle risorse nazionali per la ricerca messe a bando dal Ministero della Salute (Programma di ricerca sanitaria ex art 12-bis della L.502/1992) e da AIFA (programma per la ricerca indipendente sul farmaco) è aumentata;
- le risorse stanziare per la ricerca finalizzata regionale sono state investite su molteplici progetti di ricerca in aree innovative, aprendo nuovi filoni di ricerca (ad es. avviando la Rete per la Medicina Rigenerativa come previsto dallo stesso PSR con Deliberazione GR n. 1005 del 27.12.2006 e Decreto n. 1411 del 27/03/2007) ed in alcuni casi arrivando alla registrazione di un brevetto; sulla brevettazione si è avviato un percorso per tutelare l'utilizzo gratuito dell'innovazione nel sistema regionale, mentre l'utilizzo da parte di terzi, altre aziende del ssn e altri soggetti pubblici e privati è invece subordinato al pagamento dei diritti di sfruttamento, il cui eventuale ricavo è vincolato a finanziare ulteriori attività di ricerca;
- si è consolidato il ruolo di supporto del Segretariato della Toscana per la Ricerca Sanitaria, istituito con Del GRT n.119/2004;
- è stato avviato un percorso di supporto ai comitati etici ed alla sperimentazione clinica, che ha portato diverse Aziende farmaceutiche alla stipula di protocolli d'intesa con la Regione; dal monitoraggio AIFA la Toscana risulta terza in Italia per numero di sperimentazioni cliniche attivate;
- sono state gettate le basi per una relazione di partnership sempre più incisiva con l'industria farmaceutica, biotecnologica e biomedicale, orientata alla promozione della ricerca e sviluppo e dell'innovazione; da questo punto di vista una serie di finanziamenti sono stati impiegati a valere sui fondi del Docup 2000–2006, mentre nuove e più consistenti linee di supporto sono previste nel Por Creo 2007–2013. La Toscana si conferma ad elevata vocazione produttiva e di ricerca in queste industrie ad alto valore aggiunto, con presenze significative e che ci collocano nel gruppo di testa sul panorama nazionale;
- si è incentivato e supportato lo sviluppo di parchi tecnologici nel campo delle scienze della vita, anche con il contributo di fondazioni private; di particolare rilevanza il cluster che si è creato a Siena con la presenza di Toscana Life Sciences ed il consolidamento di grandi e piccole imprese del settore;
- si è avviato un percorso di posizionamento del sistema toscano nello scenario europeo della ricerca, attivando partnership e promuovendo la presentazione di progetti sul VII Programma Quadro, e costituendo una rete di Regioni europee per il miglioramento della salute del cittadino (ENRICH) di cui la Toscana è presidente.

Vi sono tuttavia ancora margini di miglioramento notevoli sui seguenti aspetti:

- la capacità di proteggere, valorizzare, far fruttare e trasferire le nuove conoscenze generate nel sistema della ricerca pubblica, orientandole ai bisogni di salute del cittadino;
- l'integrazione della filiera della ricerca con le traiettorie di sviluppo delle imprese operanti nei settori strategici del farmaceutico e del biomedicale;
- il coordinamento tra linee di ricerca affini nell'ambito dello spazio regionale e la costruzione di cluster di ricerca e sviluppo inseriti in network di eccellenza, unico mezzo per raggiungere una massa critica necessaria per la competizione globale e l'attrazione di finanziamenti europei.

Le nuove sfide e i principi guida

Le sfide che si presentano al sistema della ricerca e innovazione partono quindi da una rinnovata centralità del tema nella politica di sviluppo regionale e comunitaria e da una velocità sempre crescente di evoluzione dei saperi scientifici e tecnologici nel campo delle scienze della vita e della salute. La Regione Toscana presenta una concentrazione forse unica di luoghi pubblici della produzione scientifica (le Università, le Scuole di eccellenza, gli Istituti del CNR, gli IRCCS) e mantiene una buona e crescente presenza nei settori indu-

striali a più alto tasso di innovazione come il biofarmaceutico e biomedicale. A questo la Regione è in grado di affiancare un sistema sanitario ben governato, di qualità, con molteplici punte di eccellenza e soprattutto con una capacità importante di mettere in rete risorse, dati e competenze. Un sistema che guarda alla ricerca ed all'innovazione ma che mantiene i giusti contrappesi dati dalla funzione pubblica di indirizzo, dalla centralità e dalla tutela del cittadino, dalla partecipazione e dalla appropriatezza. Il Sistema Sanitario Toscano nel suo insieme è quindi un patrimonio fondamentale per lo sviluppo della conoscenza e dell'innovazione nell'ambito della Regione, e la sfida del presente Piano è quella di dotarsi di strategie e strumenti concreti per poter giocare tale ruolo.

Date queste premesse, i principi guida dell'azione della Giunta saranno quindi i seguenti:

- trasferibilità – la ricerca e l'innovazione promossa dal SST devono essere orientate prioritariamente ai bisogni di salute dei cittadini ed al miglioramento del sistema assistenziale toscano; occorre quindi privilegiare l'ambito della ricerca applicata e traslazionale e la sperimentazione sul campo delle innovazioni, e promuovere nel sistema di cura una ricettività diffusa all'innovazione
- sostenibilità e sviluppo – la ricerca e l'innovazione promossa dal SST devono realizzarsi in regimi di costo sostenibili, garantire un efficiente utilizzo delle risorse e tendere all'autofinanziamento attraverso la valorizzazione anche commerciale dei propri risultati di eccellenza; la partnership pubblico-privato è da incoraggiare nel quadro del rispetto della funzione pubblica del sistema
- eccellenza – la ricerca e l'innovazione non possono che avere una scala globale, l'eccellenza non è una opzione ma una necessità ineludibile per poter continuare ad operare e per assicurare uno sviluppo duraturo al sistema regionale; il sistema sanitario toscano deve quindi agire ogni sua scelta sulla base di un criterio selettivo di premialità per l'eccellenza
- governance pubblica – la Giunta ribadisce il ruolo speciale della funzione pubblica nella determinazione delle priorità, nelle politiche integrate e coordinate di supporto alla ricerca ed al sistema produttivo, nel cogliere e valorizzare a beneficio della collettività le esternalità positive delle reti tra i diversi soggetti, nel limitare i possibili effetti distorsivi delle logiche di mercato.

Le linee di azione

Sviluppare la capacità di indirizzo strategico della ricerca

È necessario sviluppare la capacità di indirizzo strategico della ricerca e di supporto alla definizione delle priorità, anche attraverso la creazione di un Board della Ricerca che possa effettuare una mappatura dei centri e delle attività di ricerca ed orientare consapevolmente i bandi e le linee di finanziamento sui bisogni del sistema sanitario toscano. Tale funzione di indirizzo appare essenziale in un contesto di radicali cambiamenti scientifici e tecnologici (si pensi alle sfide della genomica e della medicina rigenerativa, alla crescente sovrapposizione delle aree disciplinari ed all'esplosione delle applicazioni di ingegneria biomedica), ed in un quadro di riferimento dove assume sempre maggiore importanza la ricerca epidemiologica e sui determinanti di salute. Gli organismi di governance settoriale già esistenti (ad es. la Commissione Terapeutica Regionale, il Consiglio Sanitario Regionale, l'Osservatorio sulla Sperimentazione clinica, od il Comitato di Indirizzo sulla Ricerca Cellule staminali) devono essere valorizzati ed armonizzati. Occorre inoltre rinforzare anche a livello regionale la logica della peer review e della valutazione indipendente dei programmi di ricerca, in modo da selezionare e far emergere le eccellenze ed il merito. Devono essere consolidati gli strumenti informativi e bibliometrici per la rilevazione e rappresentazione dei network della ricerca.

Investire sulla valorizzazione e la brevettazione dei risultati

È necessario proteggere e valorizzare la conoscenza prodotta nel sistema in modo proattivo, rinforzando a livello regionale il presidio di competenze in ambito di brevettazione ed in generale di supporto al trasferimento tecnologico ed alla ricerca di alleanze industriali. Tale funzione dovrà essere potenziata attraverso specifiche ed adeguate soluzioni organizzative, facendo rete con le esperienze già presenti nel sistema. Lo

scopo è tutelare il ricercatore da un lato ed il sistema di istituzioni che lo hanno supportato dall'altro capitalizzando l'impatto delle invenzioni e delle scoperte sul sistema produttivo e dei servizi a beneficio della comunità tutta.

Sviluppare e supportare la ricerca clinica

La Regione intende sviluppare, qualificare e supportare la ricerca clinica attraverso il consolidamento e l'estensione degli strumenti previsti dalla Delibera n. 788 del 30/10/2006, "Approvazione di indirizzi per il buon funzionamento dei comitati per la sperimentazione clinica ed approvazione dello schema di protocollo per accordi tra Regione Toscana e aziende farmaceutiche per la promozione di ricerca di qualità". La promozione della ricerca clinica è da considerarsi nel quadro dei principi e degli impegni di governo etico del sistema. La qualità della ricerca non può considerarsi scissa dai suoi requisiti etici, garantiti nel sistema regionale dall'attività di coordinamento e di indirizzo dei Comitati Etici svolto dalla Commissione Regionale di Bioetica. È inoltre necessario riconoscere come la possibilità di sviluppare una ricerca clinica di qualità anche sotto il profilo organizzativo rappresenti un fattore di grande attrattività per le aziende farmaceutiche. Nel quadro delle regole sopra ricordate, il sistema sanitario ha in questo una convergenza di interessi poiché la ricerca clinica è veicolo di diffusione delle competenze e dell'innovazione negli ospedali e negli altri centri del sistema, e determina una crescita complessiva della competenza e della capacità critica di lettura dell'innovazione da parte dei professionisti. È quindi intenzione della Toscana continuare ad investire per facilitare la conduzione di studi registrativi presso le strutture sanitarie regionali, anche mettendo in gioco il reperimento di risorse proprie e dai fondi per la ricerca e sviluppo.

Sostenere le aree "orfane" della ricerca e la ricerca di genere

Una importante funzione del soggetto pubblico è quella di limitare gli effetti distorsivi del mercato, e questo è particolarmente importante in un'area ad alto impatto sociale ed etico come la ricerca biomedica. La Regione intende sostenere e promuovere la ricerca clinica indipendente e non-profit sul farmaco, la ricerca su farmaci orfani, l'inclusione nella ricerca di popolazioni normalmente non inserite nei trial clinici, quali i grandi anziani ed i bambini. È inoltre necessario sviluppare la ricerca di genere, perché vi è evidenza che le donne consumano più farmaci degli uomini, sono più soggette a reazioni avverse e sono sottorappresentate nei trials clinici. La Toscana è inoltre interessata a promuovere la ricerca nel quadro assai promettente della farmacogenomica.

Rendere operativo il distretto regionale di scienze della vita e della salute

È necessario sviluppare alleanze stabili con l'industria (farmaceutica, biotecnologica, biomedica, e di altri comparti produttivi che vedono sinergie con il SST) nella consapevolezza che la sostenibilità della filiera ricerca-sviluppo-innovazione passa da una partnership strategica con le aziende private, pur nella chiarezza dei rispettivi ruoli e nel vincolo della funzione pubblica del SSR. La Regione Toscana intende attrarre nuovi investimenti produttivi e di ricerca, favorire l'integrazione e le collaborazioni tra le imprese e la rete delle eccellenze presenti nel sistema della ricerca, valorizzare il "sistema di raccordo" già presente sul territorio (parchi scientifici-tecnologici, incubatori di impresa, servizi per il trasferimento). Congiuntamente con il Piano Regionale di sviluppo economico 2007-2010, si procederà alla progettazione di una serie di interventi integrati per la creazione di un "distretto regionale sulle scienze della vita" a sostegno dell'industria regionale farmaceutica, biomedica e delle biotecnologie applicate alle scienze della vita. Nel periodo 2007-2013 verranno finalizzate le risorse del POR "Competitività regionale e occupazione" a valere sui fondi strutturali FESR, in buona parte dedicate a stimolare la ricerca e sviluppo, l'innovazione ed il trasferimento. In particolare dall'azione coordinata delle diverse Direzioni regionali coinvolte saranno co-finanziati progetti di ricerca preclinica e clinica ed infrastrutture comuni di ricerca, dedicate prioritariamente allo sviluppo del settore biofarmaceutico e biomedica. Sarà adottato un approccio selettivo nel finanziamento dei progetti, favorendo quelli ad alto impatto e tesi a sviluppare i rapporti di partenariato pubblico-privato e le collaborazioni o-

perative tra le grandi aziende, le piccole e medie aziende ed i centri universitari, in una logica di filiera. Il distretto toscano di scienze della vita e della salute è inteso quindi come strumento e cornice per consolidare gli insediamenti e le competenze già presenti nei diversi poli del territorio, focalizzare i finanziamenti pubblici su linee di sviluppo con alto potenziale di trasferibilità ed applicazione, valutare investimenti di scala regionale su infrastrutture condivise al servizio della ricerca biomedica, favorire l'attrazione di nuovi operatori e di ricercatori e personale qualificato, beneficiare dei possibili effetti di rete e di prossimità. Le leve sulle quali agire per consolidare tale cluster di industrie e centri di ricerca eccellenti sono quindi multisettoriali e chiamano in causa l'insieme delle politiche regionali di sviluppo. L'obiettivo finale è rendere la Toscana un luogo fortemente attrattivo per le imprese più innovative e per i ricercatori ad alto potenziale, che rappresentano l'autentico capitale intellettuale e cognitivo sul quale investire per il futuro della nostra Regione.

Organizzare la valutazione sistematica delle innovazioni (HTA)

Per quanto il sistema sanitario regionale intenda agire come promotore di innovazione sviluppata internamente e tarata sui propri bisogni di salute, appare ovvio che il sistema agisce nella filiera ricerca-innovazione anche come principale od esclusivo acquirente ed utilizzatore di tecnologie innovative quasi sempre "esogene", e che vengono spinte sul mercato anche quando le evidenze di costo-efficacia sono ancora incomplete. A garanzia dell'appropriatezza e della sostenibilità del sistema è quindi necessario organizzare processi anche centralizzati di valutazione sistematica delle innovazioni, per supportarne le decisioni di introduzione e utilizzo nel sistema sanitario regionale. Tale funzione regionale di Health Technology Assessment (HTA) è descritta al paragrafo 7.4.3

Investire sulla capacità di ricerca diffusa nel SSR

La capacità di ricerca è un capitale che deve trovarsi a tutti i livelli del sistema sanitario regionale, per quanto con diversi gradi di intensità e centralità in funzione della missione istituzionale dei soggetti. Occorre investire sulla capacità di ricerca diffusa, includendo anche le aziende sanitarie locali nell'ambito di reti di eccellenza, in particolare a livello di Area Vasta. Tale livello rappresenta la dimensione ottimale per coniugare le funzioni di programmazione sanitaria con quelle di integrazione delle funzioni di ricerca e innovazione. Gli operatori – anche delle professioni sanitarie – devono essere incoraggiati a produrre evidenze scientifiche e ad integrare le conoscenze disponibili sulle pratiche assistenziali. Tale coinvolgimento diretto è necessario per diversi e convergenti motivi:

- per qualificare le competenze professionali degli operatori;
- per favorire l'effettivo trasferimento e accettabilità delle innovazioni nella pratica assistenziale in tutti i punti della rete dei servizi;
- per sviluppare una capacità di valutazione critica delle tecnologie emergenti;
- per preparare il terreno allo sviluppo ed alla valorizzazione di innovazioni anche non tecnologiche ma ad elevato impatto sulla qualità dell'assistenza (si pensi ad esempio alla sperimentazione di nuovi modelli e tipologie assistenziali come l'ospedale per intensità di cure).

La Giunta promuoverà iniziative di supporto allo sviluppo delle capacità di ricerca diffusa nel SSR, incentivando la costituzione di reti e di progetti congiunti, nella convinzione che l'utilizzo condiviso dei database aziendali in una scala di area vasta o regionale possa rappresentare un asset fondamentale per iniziative ambiziose di ricerca.

Competere nello spazio europeo della ricerca e innovazione

Il sistema della Ricerca della Regione Toscana deve necessariamente interagire con altre politiche di ricerca e innovazione come le direttrici definite dall'Unione Europea attraverso differenti programmi quadro (es. 7 Programma Quadro, Programma di Sanità Pubblica 2008–2013). Attraverso la Dichiarazione di Lisbona

(2000) l'Unione Europea ha individuato tre obiettivi complementari, e condivisi dalla Regione Toscana: la creazione dello Spazio Europeo della Ricerca (European Research Area, ERA), investire in ricerca il 3% del PIL europeo entro il 2010 ed il rafforzamento dell'eccellenza scientifica.

Il sistema della ricerca biomedica e sanitaria toscana non ha ad oggi brillato per capacità di attrazione di fondi nello spazio europeo; la sfida che abbiamo di fronte è rafforzare e mettere in collegamento le reti di eccellenza e la nostra competitività in ambito internazionale ed europeo, così da poter sfruttare al meglio le opportunità di finanziamento. Questo potrà avvenire soltanto rafforzando gli strumenti esistenti (es. Segretariato regionale), creandone di nuovi e diffondendo nel complesso del sistema una maggiore consapevolezza delle opportunità e delle linee finanziate all'interno dello Spazio Europeo della Ricerca. È necessario proseguire nella costruzione di reti di relazioni a livello inter-regionale, nazionale ed europeo rafforzando la partecipazione della Regione Toscana alle attività delle reti europee come ad esempio ENRICH. L'accesso alle attività di ricerca e di sviluppo tecnologico e alle procedure di finanziamento previste dall'Unione europea potrà essere facilitato anche da strutture comuni di contatto tra Regione e Università con l'Ufficio di collegamento della Regione Toscana a Bruxelles.

7.3 Il Sistema informativo per la salute, unitario e integrato

Il quadro definito dalle leggi di organizzazione del Servizio Sanitario Toscano e dai Piani Sanitari Regionali succedutisi dall'inizio degli anni '80 è stato fortemente innovato già con il precedente Piano Sanitario 2005–2007 e regolamentato dall'entrata in vigore della L.R.40/2005 e dalle susseguenti disposizioni adottate dalla Giunta regionale.

Gli Enti di Supporto Tecnico–Amministrativo alle Aree Vaste (ESTAV) hanno raccolto l'eredità dei precedenti Consorzi di Area Vasta assumendo sulla base delle disposizioni attuative regionali (nella fattispecie, della deliberazione n.317/2007 della Giunta regionale) tutte le funzioni programmate dal PSR 2005–2007 e definite dalla L.R. 40/2005 sopra richiamata.

A tale contesto normativo e dispositivo, che individua in ogni operatore del SSR, in tutte le strutture che interagiscono con il SSR e nei cittadini iscritti al SSR o oggetto delle prestazioni fornite dal SSR le fonti primarie della conoscenza e i destinatari dei servizi informativi predisposti e attuati dal Sistema Informativo Sanitario – Toscano (SIS–T), ma che assegna le funzioni tecnico–organizzative ed operative ai soggetti specificamente individuati dalla L.R. 40/2005 secondo le modalità definite dai provvedimenti attuativi della Giunta regionale, ci si deve dunque riferire in sede di programmazione organizzativa per il triennio a venire.

L'osservazione dei livelli organizzativi che gli ESTAV ereditano dalle Aziende sanitarie e all'interno dei quali sono attualmente chiamati ad operare in collaborazione con le Aziende sanitarie stesse e con le Aree Vaste, se da un lato sottolinea la crescita tecnica e operativa che ha connotato il decennio passato, con alcune punte di eccellenza nella qualificazione e capacità realizzativa del personale sotto il profilo statistico–epidemiologico, del controllo economico, dell'analisi socio–sanitaria e, non ultimo, della progettazione e impiego delle ICT in sanità, pone tuttavia problemi di omogeneità e qualità complessiva delle strutture organizzative e dei servizi gestiti. Il modello organizzativo oggi in fase di dispiegamento necessita pertanto di ulteriori specifiche direttive, di una forte direzione centrale e di un attento monitoraggio per la sua piena realizzazione e richiede al sistema politico, alle direzioni aziendali e ai singoli operatori uno sforzo molto significativo per adeguare le conoscenze, competenze e modelli di lavoro ai piani attuativi di Area Vasta e regionali, unificando codici, identificativi e procedure.

Per le ragioni descritte è pertanto indispensabile dare alta priorità alla piena omogeneizzazione nell'ambito delle strutture organizzative del SSR e dei modelli organizzativi derivati dall'applicazione della L.R. 40/2005.

Gli obiettivi generali e specifici per il SIS-T

Si indica come obiettivo generale per il Sistema Informativo per la Salute della Toscana (SIS-T) nel prossimo triennio il passaggio da una rete informativa prevalentemente 'interna' alla struttura organizzativa e professionale del Servizio Sanitario della Toscana e dei soggetti ad esso correlati ad un sistema di conoscenza e servizi condivisi, aggiornati, qualificati ed efficaci operativo tra tutti i soggetti coinvolti nel sistema per la salute della Toscana. Riveste carattere prioritario rispetto alla realizzazione di tale obiettivo la capacità del SIS-T di promuovere la partecipazione attiva dei cittadini della Toscana alla formazione delle conoscenze sul sistema della salute e alla loro fruibilità in termini di informazioni e di servizi alla persona, nel rispetto rigoroso delle norme relative alla sicurezza dei sistemi informativi e tecnologici e della privacy dei dati personali. A tale obiettivo, nel quadro definito dalla L.R. 40/2005 e successive modifiche e dalle disposizioni attuative della medesima, si conforma l'assetto organizzativo e operativo delle Aziende sanitarie, delle Aree Vaste, degli ESTAV e dei soggetti afferenti al Servizio Sanitario della Toscana con gli indirizzi e le modalità di seguito descritte.

La Giunta regionale sovrintende alla realizzazione dell'obiettivo e cura che la progettazione degli interventi e delle attività, l'implementazione e il monitoraggio delle soluzioni tecniche e organizzative presentino in modo congruo le caratteristiche di un progetto unitario *politico, organizzativo e tecnologico* che deve coinvolgere al tempo stesso e sullo stesso piano:

- i cittadini e le reti di tutela e cittadinanza;
- il sistema di governo e *management* della salute;
- la direzione e gestione del Servizio Sanitario Regionale;
- le attività dei professionisti della salute;
- le Società della Salute e gli Enti territoriali;
- le parti sociali.

Per la realizzazione di quanto sopra si individuano per il SIS-T nel triennio i seguenti obiettivi specifici.

Flussi regionali, informazione e reporting di sistema

Completamento e perfezionamento ai fini di governo regionale della salute, in collaborazione con le attività promosse dalla Regione nell'ambito del Laboratorio MeS (Laboratorio Management e Sanità) della Scuola Superiore S. Anna, del controllo sanitario-epidemiologico, della verifica di programmazione e di monitoraggio della sostenibilità del sistema sanitario, della rete informativa e dei processi di utilizzo dei dati derivanti da tale rete ivi compreso il debito informativo stabilito a livello nazionale o interregionale. Sono incluse nel sistema di rilevazione tutte le informazioni relative allo stato di salute del cittadino utente derivate dalle attività ospedaliere e territoriali e acquisite dai soggetti del SIS-T ai sensi e con i limiti fissati dal T.U. sulla privacy dei dati personali e dalle relative disposizioni regionali in materia

Carta Sanitaria elettronica

Realizzazione della *Carta Sanitaria* del cittadino toscano attraverso un sistema informatico per l'acquisizione, la gestione e la consultazione dei dati anagrafici, sanitari e amministrativi, aperto sia ai cittadini stessi che agli operatori, anche attraverso l'integrazione tecnologica con tecnologie e servizi multicanale. Per la realizzazione di tale obiettivo va ricercata l'integrazione con le iniziative in corso a livello nazionale ed europeo e, in particolar modo, con i tavoli nazionali istituiti presso il Ministero della Salute, la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie, il Ministero degli Affari Regionali - Commissione permanente sull'innovazione tecnologica e nell'ambito del progetto europeo di mobilità sanitaria dei cittadini e di standardizzazione dei dati sanitari. Nell'ambito dello sviluppo di tale obiettivo costituisce attività specifica la realizzazione di sistemi di accesso ai dati e ai servizi sanitari per le fasce della

popolazione in condizioni di disagio, in particolare per quanto generato da disabilità, marginalità territoriale e differenze culturali e linguistiche.

Tale strumento sarà realizzato utilizzando le istanze tecnologiche e informative ascrivibili ai modelli del:

- *Patient Summary*. Si tratta di una ‘sintesi’ dei dati più significativi che riguardano lo stato di salute pregresso ed attuale del cittadino raccolti dal Medico di famiglia (o dal Pediatra di Libera Scelta).;
- *Cartella – Sommario* (sintesi dell’ EHR – Electronic Health Record). A partire dai dati già disponibili nel sistema informativo sanitario regionale è possibile costruire una prima base di dati standardizzati e codificati a cui è possibile aggiungere:
 - a) annotazioni in formato testuale;
 - b) dati relativi allo stato di salute del cittadino;
 - c) esami esemplificativi chimico–clinici, biologici e di immagine.

Tali informazioni contribuiscono significativamente a rappresentare, sotto il profilo della base di dati strutturati (*minimum data set*) e delle informazioni di tipo testuale, relative ad esami biomedici e a procedure di accertamento diagnostico con tecniche di immagine, la definizione dello stato generale di salute del paziente comprese le maggiori o più recenti prestazioni ricevute e i farmaci prescritti, distribuiti ed erogati. In tale quadro la Cartella – Sommario costituisce la base per una successiva implementazione dell’EHR completo contenente tutti i dati sanitari relativi al singolo cittadino organizzati sotto forma di ‘eventi sanitari’.

Tenuto conto della complessità dell’obiettivo e della necessità di un adeguato periodo di sperimentazione, l’adozione della Cartella di Salute evolve territorialmente a partire da un numero limitato di sedi di sperimentazione, da definirsi tramite provvedimenti della Giunta regionale.

Il programma attuativo degli interventi regionali deve recare una specifica sezione dedicata alla realizzazione della Cartella di Salute. In tale sezione devono essere previste:

- la sperimentazione di un modello standard nazionale ed europeo di Patient Summary, previo coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta attraverso le organizzazioni di categoria e tramite appositi Gruppi di sperimentazione;
- la progettazione, anche attraverso l’apporto di esperti appositamente individuati e del Consiglio Sanitario Regionale, della Cartella–Sommario che dovrà contenere indicativamente:
 - anagrafica utente e punti di riferimento (erogatori)
 - dati clinici significativi
 - ultimi eventi assistenziali/diagnostici
 - maggiori eventi assistenziali/diagnostici storici
 - farmaci attualmente utilizzati
 - dispositivi medici utilizzati
 - note
- la realizzazione di specifiche procedure per l’implementazione e la messa a disposizione della consultazione della Cartella–Sommario;
- i sistemi di cooperazione e sicurezza tra attori in relazione agli obiettivi previsti compreso l’utilizzo di smart cards o dispositivi analoghi per i cittadini e gli operatori;
- il sistema di abilitazione ed accesso alle informazioni per i cittadini;
- i correlati piani di formazione e informazione per gli operatori e i cittadini.

Gli atti di programmazione delle Aree Vaste e gli atti amministrativi di attuazione degli ESTAV si conformano al piano di attività regionale. La Giunta regionale verifica gli adempimenti delle disposizioni prescritte e l’attuazione dei piani approvati.

Strumenti elettronici per l'identificazione, l'accesso e la refertazione

Obiettivo del presente Piano è la realizzazione di un sistema basato su certificazione elettronica portabile che consenta ai cittadini della Toscana e agli operatori sanitari del SSR di interagire in modo sicuro sui canali informativi, anche nazionali o europei, di distribuzione della conoscenza. Per il raggiungimento di tale obiettivo si pongono 4 ordini di operazioni necessarie:

- quelle indirizzate tanto a livello interregionale/nazionale quanto a livello europeo alla condivisione di un'architettura di contenuti (*content data share*);
- quelle relative alla predisposizione e avvio di un sistema basato sull'interoperabilità delle procedure agenti nel campo sanitario sia a livello di accesso che a livello di consultazione che, infine, a livello di rendicontazione delle prestazioni eseguite/dei beni e servizi consumati (*procedures interoperability*);
- quelle inerenti l'individuazione, predisposizione e distribuzione/manutenzione di un modello omogeneo di e-EHIC (e-European Health Insurance Card) valido sul territorio nazionale ma compatibile con le specifiche europee e operativo sui sistemi tecno-organizzativi nazionali/regionali tendenzialmente – ma non esclusivamente – basato su smart cards a microprocessore dotate di certificati digitali tanto sul versante utente quanto sul versante operatore.
- quelle infine per la messa a punto di un sistema di protezione dei circuiti sanitari, di quelli tecno-organizzativi e di quelli economici che afferiscono alla gestione dei dati sanitari (*security and privacy of healthcare and management data flow*).

Razionalizzazione del sistema tecnologico

Adozione, da parte delle strutture istituzionalmente preposte della Regione Toscana, delle Aziende sanitarie, delle Aree Vaste, degli ESTAV e delle Società della Salute, di tutte le disposizioni e misure necessarie alla convergenza delle ICT e delle tecnologie sanitarie supportate da ICT operanti nell'ambito del sistema per la salute. Riferimento principe di tale convergenza e razionalizzazione è la disposizione attuativa della L.R.40/2005, deliberazione n.317/2007 della Giunta regionale, che si pone l'obiettivo di perseguire le finalità strategiche sottese dalla legge regionale.

Rispetto delle specifiche architetture, progettistiche, implementative e operative stabilite nell'ambito dal Programma Regionale sulla Società dell'Informazione e della Conoscenza e delle applicazioni toscane del Sistema Pubblico di Connettività, tenuto conto dello stato di avanzamento del progetto interregionale-CNIPA ICAR sulla standardizzazione dei flussi interregionali e degli esiti delle attività di integrazione nazionale ed europea.

Processo di valutazione e autovalutazione

Adozione o potenziamento da parte delle Direzioni aziendali, degli ESTAV e delle Società della Salute, in correlazione con il progetto regionale di valutazione del Servizio Sanitario Regionale attivato tramite il Laboratorio MeS in collaborazione con la Scuola Superiore S.Anna di Pisa, di appositi strumenti per l'impiego, a fini di autovalutazione e valutazione incrociata, dei dati e delle informazioni derivanti dalla programmazione, dalle attività aziendali e dagli esiti di tali attività.

Il programma di azione

Le funzioni regionali

Ai fini della direzione delle attività mirate alla realizzazione degli obiettivi che si intende perseguire e delineati in precedenza, la Giunta regionale istituisce uno specifico *Gruppo di Lavoro*, anche a carattere interregionale e con l'eventuale apporto di esperti provenienti dal sistema della ricerca e della valutazione. La Regione Toscana, anche per il tramite del Gruppo di Lavoro e con il coinvolgimento degli attori del sistema della salute sopra richiamati, predispone il *programma attuativo degli interventi* relativi agli obiettivi definiti e lo approva con propri provvedimenti e linee-guida.

Il Gruppo di Lavoro, anche attraverso l'adozione di specifiche disposizioni attuative, sovrintende alla pianificazione e realizzazione delle attività finalizzate alla realizzazione degli obiettivi e monitorizza continuamente gli stati di avanzamento e gli esiti delle attività programmate.

I Soggetti del SSR

Il programma attuativo approvato dalla Regione Toscana costituisce per i soggetti del Servizio Sanitario Regionale disposizioni di carattere generale.

I soggetti del Servizio Sanitario Regionale, con particolare riferimento agli atti di programmazione delle Aree Vaste e al programma di lavoro degli ESTAV in relazione alle funzioni organizzative, tecnologiche e di sistema informativo ai medesimi trasferite es L.R. 40/2005, adottano tutte le disposizioni di carattere organizzativo, formativo, di work-flow operativo e di controllo della produzione e degli esiti, necessarie alla realizzazione delle prescrizioni ed indirizzi regionali avvalendosi, per la predisposizione del progetto complessivo di convergenza, per la pianificazione degli interventi e l'analisi di coerenza sugli standard, del nominato Gruppo di Lavoro. Il medesimo Gruppo di Lavoro supporta i soggetti del Servizio Sanitario Regionale, con particolare riferimento alle Aree Vaste e agli ESTAV, nell'implementazione delle disposizioni tecnico-organizzative finalizzate all'assolvimento delle prescrizioni impartite dalla Regione e verifica la congruenza tra le misure adottate sotto il profilo della convergenza tecnologica con gli standard sopra richiamati.

Interventi speciali e telemedicina

Come già indicato nei precedenti Piani Sanitari regionali, la necessità di una copertura globale del territorio e di una distribuzione efficiente della qualità dei servizi anche nelle aree disagiate rendono la telemedicina uno degli strumenti potenzialmente di maggior rilievo per aumentare l'efficienza del sistema, riducendo le latenze assistenziali, razionalizzando la dislocazione dei servizi, ripartendo le risorse tra centri specialistici e tra questi e il territorio. La scelta programmatica di sviluppare i servizi alla persona nel contesto di riferimento sociale e familiare impongono che alla capacità organizzativa ed operativa dei presidi del SSR sia affiancata la possibilità di erogare prestazioni a distanza, mantenendo fissa la qualità del servizio e i costi di esercizio delle strutture

A integrazione di quanto indicato nei precedenti Piani Sanitari regionali, mentre si conferma la necessità di utilizzo dell'infrastruttura di comunicazione digitale costituita per la Regione Toscana dalla Rete Telematica regionale e dalle reti di accesso aziendali, subentra la necessità di integrare nel vigente sistema di comunicazione le reti multicanale e multisegnale .

Tale infrastruttura deve operare, nel quadro definito dalla L.R. 1/2004 e successive modifiche per la Società dell'Informazione e della Conoscenza e come integrazione funzionale del SIS-T, attraverso la compresenza di tre livelli di rete dorsale (terrestre, radio e satellitare) a cui accedono le reti distributive locali. I servizi, in particolare i nuovi servizi, sono realizzati utilizzando l'architettura di Cooperazione Applicativa – CART, implementazione toscana del Sistema Pubblico di Connettività regionale – SPCcoop.

Su tale infrastruttura viene attivato il sistema dei servizi erogati in telemedicina, attraverso una specifica formazione e qualificazione delle componenti organizzative di base e professionali.

Rivestono particolare priorità le applicazioni di telemedicina rivolte a:

- supporto ai sistemi di emergenza/urgenza con riduzione dei tempi di accesso dei pazienti alle prestazioni in area critica, mediante telediagnosi/teleconsulto;
- riduzione degli accessi alle prestazioni istituzionalizzanti, con sviluppo di forme anche avanzate di home care teleassistito sulla base delle sperimentazioni già in atto in Toscana.

Un impegno specifico viene riconfermato per il sostegno e il potenziamento dei sistemi RIS-PACS in ambito di telediagnostica di immagine, per tale motivo appare necessario valorizzare la professionalità dei TSRM "amministratori di sistema" RIS-PACS, in relazione al perfezionamento del progetto regionale I.D.I.T. (In-

formatizzazione della Diagnostica di Immagine). In ordine a quanto indicato in I.D.I.T., la Giunta regionale verifica lo stato di attuazione del progetto nelle 3 Aree Vaste operando anche tramite specifici interventi per la piena realizzazione delle previsioni progettuali. La Regione conferma, a tale scopo, l'impegno diretto al potenziamento della rete telematica regionale con le connessioni più adatte ai collegamenti teleradiologici. La Regione conferma infine l'impegno diretto alla realizzazione, come sistema regionale di archiviazione generale e indirizzamento dei sistemi locali di ricerca, con localizzazione preferenziale presso il TIX regionale, del Master Patient Index di livello regionale, collegato con quanto previsto agli obiettivi specifici della presente sezione.

7.4 Il Governo clinico: scelta di appropriatezza

L'appropriatezza è la condizione per coniugare con equità la programmazione dell'offerta sanitaria, in rapporto ai bisogni effettivi e alla domanda di salute. Se riteniamo, infatti, l'assistenza sanitaria un mezzo appropriato per distribuire equamente gli esiti favorevoli degli interventi sanitari, allora si rende necessario tenere in debito conto non solo l'efficacia ma anche gli effetti distributivi degli interventi; gli strumenti disponibili come le analisi costo/efficacia tradizionalmente eseguite valutano solo il guadagno di salute, ma non come tale guadagno si distribuisce nella popolazione.

Il concetto di salute ha subito, in questi anni, un ampio processo di rivisitazione, identificandosi oggi quale condizione complessa, legata non solo alla condizione di salute dell'individuo, ma anche all'interpretazione che l'individuo se ne fa, a come viene rappresentata socialmente, ai fattori ambientali e sociali che concorrono a determinarla e condizionano l'efficacia degli interventi. Emerge una visione complessa del concetto di salute che non è più contenibile nelle sole dimensioni dell'efficacia e dell'efficienza: è necessario un ulteriore confronto tra diverse sensibilità e punti di vista che influenzano gli effettivi esiti di salute ed una adeguata riflessione sul modo di gestire ed organizzare questo confronto.

Il nuovo Piano sanitario regionale promuove e organizza il tema dell'appropriatezza come criterio necessario per il confronto, e la misura, con la complessità attuale del concetto di salute. Occorre allargare il valore operativo di questo criterio, dopo la fruttuosa stagione della produzione di linee guida e della cultura dell'evidence based medicine, dall'atto clinico all'organizzazione dei servizi, sapendo che questi ultimi sono una delle componenti attraverso le quali si possono dare risposte oltre che giuste, anche tempestive e sincrone all'evolvere delle esigenze e della tecnologia.

La Regione Toscana sceglie di utilizzare gli strumenti di programmazione, al fine di orientare il sistema sanitario ad erogare prestazioni efficaci, appropriate, che rispondano a criteri di sostenibilità, all'interno di ben identificati livelli essenziali di assistenza.

Il presente Piano impegna le aziende sanitarie, ed i professionisti, a produrre e distribuire equamente salute e non consumare prestazioni inutili o dannose, adottando provvedimenti che promuovano:

- l'appropriatezza clinica dei servizi, intesa come capacità di erogare prestazioni efficaci ed adeguate ai bisogni dell'utenza e di non erogare prestazioni inefficaci o dannose, anche mediante lo sviluppo della funzione clinica della medicina generale e delle cure primarie;
- l'innovazione organizzativa dei servizi, intesa come ricerca e sperimentazione di nuove modalità organizzative coerenti con l'evolvere delle competenze scientifiche, delle possibilità tecnologiche e con la personalizzazione dei bisogni: dal Day Hospital al Day Service, dall'Ospedale per reparto specialistico all'ospedale per intensità di cura; dal ricovero ordinario chirurgico al Day surgery, dal Day surgery alla Chirurgia ambulatoriale;
- la programmazione dell'offerta, intesa come strumento di governo di un sistema a rete dei servizi, che ricerca il giusto equilibrio tra qualità ed economicità dei processi assistenziali e l'apporto delle diverse istituzioni ai processi decisionali.

Sul binomio appropriatezza – programmazione particolare rilievo assume l'Area vasta come bacino ottimale di esercizio del governo clinico. Nella consapevolezza che per l'attività specialistica e di ricovero ospedaliero la dimensione aziendale è insufficiente a garantire l'obiettivo di appropriatezza e di crescita a rete del sistema, la concertazione tra le aziende di una medesima Area vasta assume un ruolo fondamentale nella programmazione integrata dei servizi. Gli obiettivi perseguiti sono l'utilizzo ottimale delle risorse, il miglioramento della qualità dei servizi, l'eliminazione delle duplicazioni, lo sviluppo della continuità assistenziale, l'introduzione di percorsi assistenziali interaziendali.

7.4.1 Governo Clinico: qualità e appropriatezza clinica e organizzativa

L'evoluzione e la nuova complessità del concetto di salute e la necessità, nel contempo, di garantire ai cittadini i migliori risultati delle cure, l'equa allocazione delle risorse, la qualità dei servizi prestati, la corretta gestione della sicurezza del paziente, trovano nella dimensione del Governo Clinico, il giusto ambito di relazione tra i professionisti della sanità e gli amministratori e la misura della reciproca responsabilità, nel rispetto delle diverse competenze con il relativo coinvolgimento decisionale.

Il governo clinico esprime un nuovo sistema di relazioni fondato sul lavoro e sulla comunicazione interdisciplinare, introduce la continuità interprofessionale delle competenze, tende a superare la dicotomia tra la responsabilità individuale e organizzativa e tra responsabilità personale e di gruppo, adotta il processo valutativo degli esiti delle cure come metodo scientifico per operare con etica ed umiltà e assume l'appropriatezza come metodo, al fine di regolare il processo decisionale nel sistema sanitario e come mezzo, per consentire la migliore qualità delle cure nel rispetto delle esigenze della collettività.

Il pensiero è ormai maturo nelle professioni sanitarie; l'articolo 6 del vigente Codice di Deontologia Medica sostiene che “ il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse. Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure ”.

La Regione Toscana, con il percorso avviato dai precedenti piani sanitari, ha promosso in materia di governo clinico un processo di crescita e di condivisione di sistema, dal livello aziendale e di area vasta al livello regionale con dinamica di rete circolare e non gerarchizzante; nel livello regionale l'azione di governo clinico si esercita attraverso organismi tecnico professionali quali il Consiglio Sanitario Regionale, massimo organo di riferimento consultivo, l'Istituto toscano tumori, l'Organizzazione toscana trapianti, il Centro regionale per il rischio clinico, il Centro sangue (CRCC), attraverso specifiche commissioni di coordinamento regionale quali la Commissione linee guida, la Commissione per la lotta al dolore, la Commissione terapeutica regionale, la Commissione formazione regionale, la Commissione per la lotta all'AIDS e le malattie infettive, l'Osservatorio per l'emergenza urgenza, nonché attraverso la Rete toscana per la medicina integrata (RTMI). Nel livello di area vasta, i Coordinamenti tecnico scientifici prima, i Dipartimenti interaziendali successivamente hanno rappresentato il determinante contributo dei professionisti, medici e sanitari, alla funzione di programmazione regionale. Nel prossimo triennio la Giunta regionale potrà insediare altri organismi o commissioni per specifiche funzioni di rilevanza regionale.

A livello aziendale il governo clinico si costituisce con l'insieme delle funzioni direzionali che perseguono le finalità di governo clinico rappresentate attraverso un coordinamento nello staff di direzione sia sul piano formativo del personale sia su quello operativo, con particolare riguardo ad azioni trasversali quali la gestione del rischio clinico, la sicurezza del paziente, la comunicazione professionale, l'uso dei farmaci, l'appropriatezza ed ottimizzazione dei percorsi assistenziali, la valutazione degli esiti delle cure.

Obiettivo del prossimo triennio è di ulteriormente perseguire la “governance” della sanità toscana attraverso la:

- promuovere l'esercizio della "governance" del sistema ai diversi livelli di responsabilità territoriale, ospedaliera, della direzione aziendale, di area vasta e regionale;
- attuazione di iniziative formative per tutti gli attori del sistema;
- implementazione degli strumenti di comunicazione aziendale, interaziendale e regionale;
- istituzione di un coordinamento stabile del livello regionale di "governance" per potenziarne la funzione di governo professionale del sistema;
- individuazione di strumenti di consultazione sulla programmazione a livello aziendale e di area vasta tra organismi professionali e direzionali;
- fornitura di mezzi e strumenti per le attività di governo clinico, quali la gestione del rischio clinico, la health technology assessment, l'osservatorio sull'appropriatezza dell'uso dei farmaci, la stesura e implementazione di linee guida e clinical pathways;
- creazione, nell'arco di vigenza del presente piano, di eventuali procedure atte ad identificare l'eccellenza nelle cure.

7.4.2 Le attività del "governo clinico": linee guida e percorsi assistenziali

Le linee guida "sono raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche".

Nel processo di miglioramento della qualità dell'assistenza, la Regione Toscana, con il contributo del Consiglio Sanitario Regionale ha elaborato raccomandazioni di comportamento clinico, basate sui più aggiornati studi scientifici nazionali e internazionali.

Le linee guida, com'è noto, non sono direttive vincolanti per gli operatori, ma fonte di indicatori attraverso i quali le loro prestazioni potranno essere valutate, anche in modo comparativo, ed oggi sono impiegabili quale strumento di valutazione della qualità delle prestazioni erogate dai servizi sanitari, in conformità a principi che sono scientificamente validati e condivisi.

Nel triennio 2005–2007 sono state elaborate linee guida su diciotto patologie allo scopo di aiutare i professionisti ad assumere decisioni cliniche individuando gli strumenti di cura più efficaci, tra i molti esistenti, ma anche per rispondere all'esigenza diffusa di una migliore comunicazione tra operatori e pazienti dei servizi.

Le linee guida sono state diffuse, in una prima versione, a tutti gli operatori sanitari che, dopo attenta valutazione, hanno formulato osservazioni fornendo il loro contributo alla revisione ed alla elaborazione definitiva.

Alla fase di valutazione era correlato un percorso formativo con possibilità di maturazione di crediti ECM da parte degli operatori.

Il progetto, articolato e complesso, ha comportato l'attività e la sinergia di molteplici attori – enti istituzionali e figure professionali – e si è posto quale elemento di valore aggiunto centrale e fondamentale nel miglioramento continuo della qualità dei servizi consentendo l'attribuzione di un alto numero di crediti ECM.

Elaborazione nuove linee guida e revisione delle esistenti

Le linee guida elaborate in versione definitiva, dopo la revisione scientifica e l'impostazione grafica dell'Istituto Superiore di Sanità, sono inserite nel sito del Piano Nazionale Linee Guida nella sezione "Regioni" inaugurata dalla Regione Toscana.

È previsto il prosieguo dell'attività con l'ISS sia per l'inserimento nel sito di nuove linee guida e/o IDT che per la revisione periodica delle stesse.

Il Consiglio Sanitario Regionale provvederà, in relazione alle priorità sanitarie emergenti, all'individuazione di nuove linee guida da redigere nel triennio.

Linee guida interattive

Il Progetto Linee Guida Interattive, partito su base sperimentale, consentirà la formazione a distanza (F@D) offrendo un ambiente tutoriale, di simulazione e di autovalutazione che permette agli utenti di apprendere in modalità di studio autodidattico interattivo i contenuti delle singole linee guida che saranno tradotte in applicazione fruibile via Internet

Il Consiglio Sanitario Regionale, con il supporto logistico ed operativo del Laboratorio di Formazione Sanitaria, provvederà a mettere a regime tale Progetto per:

- migliorare la fruibilità delle raccomandazioni;
- consentire la formazione a distanza di target di operatori sanitari mirati ed individuati per competenza;
- attribuire crediti ECM con i criteri di cui al paragrafo 7.1.2.

Implementazione Linee guida

L'applicazione delle Linee guida è un passaggio decisivo in ogni politica sanitaria che si pone l'obiettivo del miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate e che cerca elementi innovativi per costruire una soddisfacente relazione medico-paziente.

L'obiettivo nel triennio è la contestualizzazione, a livello del sistema sanitario regionale, di linee guida di buona qualità pertinenti a problemi prioritari di salute e di assistenza, con il coinvolgimento professionale, operativo e gestionale del maggior numero possibile di strutture e servizi.

Il Consiglio Sanitario Regionale provvederà, in stretto raccordo con l'Agenzia Regionale di Sanità, alla "traduzione" in concreto di specifiche linee guida, definendone il livello programmatico, in ambito regionale e quello attuativo a livello di Area Vasta ed Aziendale. In tali ambiti dovranno essere stabiliti gli iter assistenziali di specifiche categorie di pazienti, le competenze professionali che dovranno intervenire nelle diverse fasi, l'assetto organizzativo più idoneo a sostenere il "cambiamento".

La Formazione si pone quale momento fondante del progetto di implementazione perché consente di effettuare un'analisi critica e assertiva delle raccomandazioni e del contesto organizzativo nonché la costruzione di condizioni che rendano verificabile, monitorabile e misurabile l'impatto delle raccomandazioni cliniche in termini di esiti clinici rilevanti per i pazienti e gli operatori.

L'adozione di una strategia di implementazione appropriata è sicuramente uno strumento indispensabile per l'efficace realizzazione delle potenzialità delle Linee Guida che trovano nel Governo Clinico il loro naturale ambito di collocazione. Un Governo clinico con i clinici nell'interesse dell'utenza ma anche un Governo clinico quale strumento della politica regionale e quindi orientato a costruire le condizioni perché nel nostro contesto l'efficienza sia consustanziale all'efficacia.

Azioni sperimentali

La progettazione di percorsi assistenziali costituisce un elemento essenziale della politica sanitaria per il miglioramento della pratica clinica in quanto consente di modellare l'offerta sulle specificità della domanda per patologia.

Nell'ambito del processo di implementazione delle linee guida – viste come ponte tra le evidenze scientifiche e la pratica – il Consiglio Sanitario Regionale, dopo l'individuazione di tematiche e problemi di salute prioritari, definisce il contesto per la costruzione di percorsi assistenziali o clinical – care pathways per un loro successivo adattamento alle realtà territoriali locali da parte delle Aziende Sanitarie.

L'implementazione dei percorsi assistenziali, in una prima fase sperimentale, trova il suo naturale contesto nell'Area Vasta e vede nelle Aziende Sanitarie la fattispecie di forme organizzative ad alta differenziazione ed integrazione.

I risultati ottenibili dalla conversione in pratica clinica corrente dei percorsi assistenziali trovano elemento di sostegno su sistemi informativi adeguati a fornire e supportare tutte le informazioni relative alla verifica della correttezza applicativa e che ne costituiscono l'indispensabile impalcatura.

Impegno nel triennio è la definizione di un sistema di monitoraggio ed un processo di valutazione dei percorsi nonché la messa a rete delle informazioni e dei risultati ottenuti dalle varie applicazioni.

7.4.3 La valutazione delle tecnologie nel sistema regionale e d'area vasta (HTA)

Negli ultimi 30 anni l'innovazione tecnologica ha portato la Sanità a notevoli passi avanti: l'avanzare delle biotecnologie, delle tecniche chirurgiche e delle tecnologie hardware e software ha sensibilmente incrementato lo sviluppo della medicina e conseguentemente i risultati in termini di capacità diagnostica e di efficacia terapeutica, accompagnandosi, purtroppo, ad un consistente incremento dei costi. Per tale motivo, un numero sempre maggiore di soggetti (gli specialisti, la classe dirigente sanitaria, i pazienti, ma anche i decisori e i fornitori di prodotti e tecnologie mediche) richiede sempre di più informazioni per supportare decisioni sullo sviluppo, l'adozione, l'acquisizione e l'utilizzo di nuove tecnologie o di significativi cambiamenti di tecnologie già in uso. L'Health Technology Assessment (HTA) risponde a questa pressante esigenza.

“Health Technology (tecnologia sanitaria) è un termine internazionalmente riconosciuto che include tutte le tecnologie utili alla promozione della salute, alla prevenzione ed al trattamento delle malattie ed alla migliore gestione della riabilitazione e/o delle lungo-degenze. In questo senso il concetto di tecnologia non sta ad indicare (solo) i nuovi farmaci o particolari, sofisticate apparecchiature mediche, ma include procedure, setting di cura e programmi di prevenzione” (National Health Service Health Technology Assessment Programme – NHS-HTAP) [NHS, 2006].

L'HTA è pertanto il processo volto a valutare le conseguenze economiche, sociali, etiche e cliniche, a breve e lungo termine, che l'adozione di una data tecnologia può avere nel suo inserimento in una struttura sanitaria. L'obiettivo è individuare una metodologia di analisi che permetta una valutazione complessiva delle alternative disponibili, il più possibile affidabile e completa, che risponda alla necessità di ottimizzare i processi di acquisizione dei prodotti attraverso un'analisi ragionata degli effettivi bisogni dell'utenza, delle alternative tecnologiche disponibili e delle loro implicazioni operative sulla struttura.

In particolare, con il termine “Assessment” (valutazione) si fa riferimento ad un processo di analisi multidisciplinare ispirato ai principi di:

- qualità e sicurezza: intesa come capacità di migliorare lo stato di salute del paziente rispetto a una precisa problematica, considerandone i rischi legati all'utilizzo e valutandone conseguentemente l'accettabilità;
- appropriatezza: sia in termini clinici che organizzativi, mediante la promozione e l'elaborazione di protocolli;
- produttività: intesa sia come valutazione delle conseguenze che nuove tecnologie possono avere sui costi sanitari, che come valutazione dell'effetto dell'allocazione di risorse tra differenti programmi sanitari;
- iniziativa: intesa come capacità dei decisori di qualsiasi livello di non lasciarsi “travolgere” passivamente dall'innovazione, ma al contrario di indirizzarla verso le priorità individuate, in un contesto in cui esiste un divario tra ampliamento delle possibilità di scelta, legate all'accelerato progresso biomedico, e indebolimento delle capacità di scelta.

A livello internazionale, la valutazione delle tecnologie sanitarie è una pratica in forte espansione diffusa da decenni.

La Rete internazionale delle agenzie di valutazione delle tecnologie sanitarie (International Network of Agencies for Health Technology Assessment – INAHTA) raccoglie le decine di organizzazioni che nel mondo si occupano in modo specifico e sistematico di questo tema. La Società internazionale di valutazione delle

tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment International – HTAi) collega sul piano professionale tutti coloro che si occupano di questo tema nelle università, nei sistemi sanitari, nell'industria e nel volontariato. La Commissione Europea ha più volte riconosciuto l'importanza della valutazione delle tecnologie sanitarie ed è quindi nata la Rete Europea per la valutazione delle tecnologie sanitarie (European Network for Health Technology Assessment – EUnetHTA), che coordina gli sforzi di 35 organizzazioni europee.

Le esperienze italiane di valutazione delle tecnologie sanitarie si sono sviluppate solo negli ultimi anni e non esiste una specifica agenzia nazionale di valutazione delle tecnologie, anche se molte attività vengono comunque svolte da singole organizzazioni, nazionali, regionali o locali, che si trovano di fronte alla necessità di decidere se introdurre o meno nuove tecnologie sanitarie, come ad esempio l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) che, insieme all'Istituto Superiore di Sanità, è il soggetto principalmente coinvolto nell'attuazione del Piano Nazionale per le Linee Guida (PNLG). Nel 2003, sulla base di un Progetto finanziato dal Ministero della salute, è stato costituito il Network Italiano di Health Technology Assessment (NI-HTA).

Pertanto “è necessario che anche in Italia si riconosca che l'HTA è una priorità, ed è necessario sviluppare la promozione dell'uso degli strumenti di HTA, mettendo in comune le conoscenze sul tema già in parte presenti in alcune realtà regionali e aziendali” (PSN 2006–2008).

L'HTA prevede tre momenti fondamentali:

- la fase per l'individuazione delle priorità in cui viene individuato lo studio da effettuare sulla base della rilevanza epidemiologica ed in considerazione dell'impatto effettivo o presunto sulla spesa sanitaria delle possibili specifiche alternative di intervento;
- la fase scientifico/valutativa che si avvale, tra l'altro, di diverse tecniche di valutazione economica (analisi costi–benefici, costi–efficacia, analisi costi–utilità). Si tratta di una valutazione multidimensionale relativa alle caratteristiche tecniche e di sicurezza, all'efficacia tecnica e operativa, all'efficienza, all'impatto sul sistema sanitario (salute, organizzazione, aspetti economici) e all'accettabilità etica e sociale. Deve essere fatta non solo prima dell'introduzione nella pratica quotidiana, se si tratta di una nuova tecnologia, ma anche durante il normale periodo di utilizzo delle tecnologie, per dare assicurazione alle parti interessate della coerenza, anche a fronte degli inevitabili cambiamenti scientifici, tecnici, organizzativi, epidemiologici e di scenario;
- l'implementazione dei risultati della valutazione, nonché di confronto, integrazione e diffusione delle esperienze.

La valutazione delle tecnologie sanitarie è di conseguenza la complessiva e sistematica valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle implicazioni assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione, in grado di integrare in un disegno unitario le diverse professionalità presenti (i clinici, i tecnici, gli amministratori, gli organizzatori) e consentendo di governare fin dall'inizio la gestione delle tecnologie. Rappresenta pertanto un'occasione strutturata di incontro tra le diverse esigenze e aspettative delle parti interessate e una opportunità per le strutture sanitarie per trasformare l'autoreferenzialità e l'isolamento nelle scelte in un sistema di relazioni in grado di assicurare una governance integrata dei percorsi assistenziali e di arricchire il sistema sanitario nel suo complesso.

Elementi essenziali per la credibilità delle valutazioni e per la loro sostenibilità di fronte alla parti interessate (i professionisti ma anche i responsabili delle organizzazioni sanitarie e associazioni di pazienti e cittadini) sono il coinvolgimento delle parti stesse, la piena adesione al metodo scientifico grazie alla valorizzazione delle attività esistenti in materia da parte degli enti di ricerca e delle Università, l'approccio multidisciplinare e il rispetto dei principi di equità e trasparenza.

Questo processo conduce ad un approccio critico che permette decisioni di politica sanitaria basate sulle

“migliori” evidenze. Tradizionalmente, infatti, il processo di HTA rappresenta il “ponte” tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori operanti ai vari livelli del sistema sanitario: decisioni di politica sanitaria (adozione, diffusione e finanziamento di nuove tecnologie), decisioni “manageriali” (investimento in nuove tecnologie a livello aziendale) e decisioni cliniche per la diffusione di modelli di governance individuati da strutture centrali da adottare a livello organizzativo, quali definizione e diffusione di standard qualitativi e quantitativi (PSN 2006–2008).

Appare pertanto opportuno che vi sia tra gli attori interessati e le autorità competenti un certo coordinamento in grado di ottimizzare i risultati ottenibili, la qual cosa non può che venir favorita dall’esistenza di organismi specificatamente votati all’attività di HTA.

Per tale motivo con il presente PSR si prevede la costituzione di una struttura dedicata di coordinamento e supporto metodologico nell’ambito della Direzione Generale del Diritto alla salute e Politiche di Solidarietà della Regione, con funzioni di:

1. valutazione degli effetti sulla salute e dei costi dei processi di cura e dell’accettabilità etica relativamente all’impiego finalizzato delle risorse;
2. produzione di indirizzi in grado di supportare con criteri oggettivi le scelte allocative ai vari livelli del sistema;
3. valutazione multidimensionale e controllo, anche rispetto agli indirizzi regionali e di Area vasta, orientati sia a facilitare il miglioramento dell’efficacia/efficienza delle cure, sia a supportare le scelte regolatorie degli organi di governo regionale (l’accessibilità alle prestazioni, gli assetti organizzativi generali, i sistemi tariffari, la collocazione delle grandi apparecchiature e la presenza delle tecnologie nel mercato, ecc.).

La Giunta regionale si impegna a predisporre, entro 180 giorni dall’approvazione del piano, una proposta per la strutturazione organizzativa di detta struttura, definendone le risorse connesse alla sua realizzazione, nonché il raccordo con le tre aree vaste.

Poiché l’assistenza sanitaria organizzata è il frutto di scelte che avvengono a diversi livelli decisionali, il modello organizzativo di tale struttura prevede raccordi verticali e orizzontali con:

- un primo livello generale, costituito dalle scelte legislative e dalle decisioni degli organismi di regolazione internazionale (EN-HTA) e nazionale come, per esempio, il Ministero della salute, l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, l’Agenzia italiana per il farmaco, l’Istituto Superiore di Sanità, la rete IN-HTA;
- a livello regionale la struttura si avvale delle competenze, esperienze e risorse già presenti, interfacciandosi con gli organismi di governo clinico, quali il CSR, l’ITT, il CRGRC, e costituendo, a tal fine, un apposito Comitato Tecnico Scientifico per le tecnologie sanitarie. Si raccorda inoltre con le Commissioni regionali che si occupano del farmaco, dei dispositivi medici, di bioetica, nonché con i settori dipartimentali che operano nell’ambito della ricerca e innovazione, della qualità, accreditamento e appropriatezza. Si rapporta, infine, in qualità di committente verso centri di ricerca, quali l’Ars e il Laboratorio MeS, per i necessari approfondimenti scientifici;
- a livello di Area vasta, il raccordo con il sistema delle tre aree vaste si configura sia in senso gestionale che in senso professionale (avendo, in quest’ultimo caso, i DICT come principale riferimento) allo scopo di creare una rete che colleghi costruttivamente le varie esperienze, coordinata dalla struttura regionale che al tempo stesso si fa garante dell’omogeneità di metodi, approcci e risultati. A tale livello si collocano, infatti, le scelte gestionali proprie del management delle singole strutture sanitarie (acquisire o meno una certa attrezzatura, strutturare i percorsi assistenziali, adottare specifici assetti organizzativi, erogare o meno una prestazione assistenziale, ecc.), ma anche le scelte compiute dai singoli professionisti nella pratica assistenziale quotidiana (la scelta di un esame diagnostico, l’indicazione di un farmaco, la richiesta

di una consulenza specialistica, la gestione di un piano di assistenza, ecc.). In ogni Area vasta verrà pertanto identificato un riferimento per l'HTA.

7.5 Qualità e sicurezza

Il prossimo triennio comporterà alcune importanti innovazioni del sistema assicurazione qualità e gestione del rischio clinico.

Innanzitutto sarà fondamentale, in sintonia con le politiche internazionali espresse dai maggiori istituti (quali l'Institute for Healthcare Improvement, la International Society for Quality in healthcare, la Agency for Healthcare Research and Quality), considerare la gestione del rischio e la promozione della sicurezza come strumenti finalizzati al miglioramento della qualità. La revisione critica dei processi assistenziali e l'individuazione di misure di sicurezza che tutelino il paziente e gli operatori rappresentano attività strategiche per pratiche cliniche sempre più appropriate e basate sull'evidenza scientifica.

L'obiettivo principale è quello di fare sistema integrando i diversi strumenti, esistenti e in via di costruzione, finalizzati al miglioramento della qualità. Per realizzare tale obiettivo, il modello organizzativo che si intende promuovere è quello a rete capace di favorire l'integrazione fra le diverse iniziative ed i soggetti che ne sono coinvolti.

Sarà inoltre necessario, per raggiungere standard di efficienza ed efficacia elevati, mediante criteri economici congruenti, fare chiarezza sugli obiettivi organizzativi, tecnologici e formativi del sistema qualità, differenziandoli tra essenziali e di eccellenza.

Gli obiettivi essenziali sono raggiunti attuando tutti i requisiti strutturali ed organizzativi di base, per operare in modo coerente alle aspettative di un servizio sanitario moderno ed efficiente, garantendo tutte le prestazioni ed i servizi essenziali.

Gli obiettivi di eccellenza riguardano invece la realizzazione di progetti specifici di qualità che qualificano il servizio sanitario regionale in alcune delle sue azioni più rilevanti. In questo ambito si inserisce il sistema di attestazione volontaria di buone pratiche per la sicurezza del paziente. La volontarietà che caratterizza questo modello di certificazione non significa un'applicazione facoltativa degli indirizzi e linee guida internazionali, ma prova di interesse e di volontà delle strutture sanitarie e dei loro dirigenti a sottoporsi a valutazioni e verifiche mirate che possano dimostrare i risultati raggiunti e dare visibilità della loro qualità.

7.5.1 L'Accreditamento istituzionale e l'evoluzione verso l'eccellenza

Una riflessione complessiva sul sistema dell'accREDITamento istituzionale, a circa dieci anni dalla sua definizione normativa, evidenzia un contesto nazionale in cui è possibile intravedere alcune linee di tendenza che l'istituto dell'accREDITamento sta assumendo nel mondo della sanità.

Accanto al ruolo, ad esso attribuito, di strumento di regolazione dell'accesso al mercato sanitario, si manifesta con più forza l'orientamento a far emergere la stretta connessione dell'accREDITamento con il tema della qualità e c'è in atto un processo di affinamento del sistema volto soprattutto a focalizzare l'attenzione sulla persona utente e sui processi organizzativi e assistenziali, con affiancamento anche di metodologie quali il Total Quality Management o di processi di Continuous Quality Improvement. Emerge inoltre l'orientamento ad una possibilità di diversificazione dei livelli qualitativi e di riconoscibilità di situazioni di eccellenza.

In relazione al nostro sistema di accREDITamento istituzionale toscano, consolidatosi negli anni sulla base della Legge regionale 23 febbraio 1999 n. 8, la "lettura" di quanto realizzato porta alla constatazione di una esperienza complessivamente positiva, che ha prodotto la certezza di un sistema di regole a garanzia della sicurezza e della qualità dei servizi sanitari sia pubblici che privati, ha sviluppato la cultura della verifica, l'uso

delle metodologie di VRQ e del lavoro per processi e ha consolidato, mediante il lavoro delle tre commissioni regionali di accreditamento di Area Vasta, un'azione diffusa di controllo sulle strutture pubbliche e private che erogano servizi sanitari.

Nel contempo si manifesta però chiara l'esigenza, alla luce del mutato contesto culturale, di una evoluzione del sistema di accreditamento che, nell'ormai acquisita e consolidata esistenza di regole a verifica dei requisiti prescritti per l'esercizio di attività sanitarie e per l'erogazione di servizi nell'ambito del sistema sanitario, consenta di puntare a un approccio più profondo e completo, capace di cogliere l'essenza del livello di qualità acquisito, in relazione anche alle profonde trasformazioni avvenute in questi anni nel sistema sanitario toscano.

È significativo inoltre constatare come il contestuale, progressivo affermarsi all'interno del sistema sanitario toscano di una molteplicità di approcci al tema della qualità e della valutazione, abbia portato alla definizione di metodiche e strumenti mirati, quali l'organizzazione per la gestione del rischio clinico, il sistema "bersaglio" per la valutazione delle performance aziendali, l'attestazione delle buone pratiche, da cui si evidenzia un orientamento comune a lavorare per far emergere un sistema nuovo integrato e sinergico di valutazione della qualità.

Gli elementi soprarichiamati indicano quindi sostanzialmente l'esigenza di condurre un duplice percorso:

- valorizzare e consolidare, sia pure con i dovuti aggiornamenti, tutto il sistema esistente dei requisiti strutturali, tecnologici e impiantistici come requisiti di esercizio, a garanzia della sicurezza dell'utente;
- sviluppare il sistema di accreditamento in una logica di sistema di valutazione della qualità, per renderlo capace di esprimere in modo più penetrante la valutazione di processo e di esito dei percorsi di cura, andando così oltre l'azione di verifica dei requisiti delle singole strutture, e di valorizzare i livelli di qualità acquisiti, per far emergere le eccellenze in una logica di trasparenza e di visibilità pubblica.

Obiettivo fondamentale del triennio è quindi quello di affrontare le criticità emerse nella gestione dell'accredimento istituzionale, così come attualmente normato, definendo gli orientamenti e le scelte necessarie per il loro superamento e per lo sviluppo del sistema.

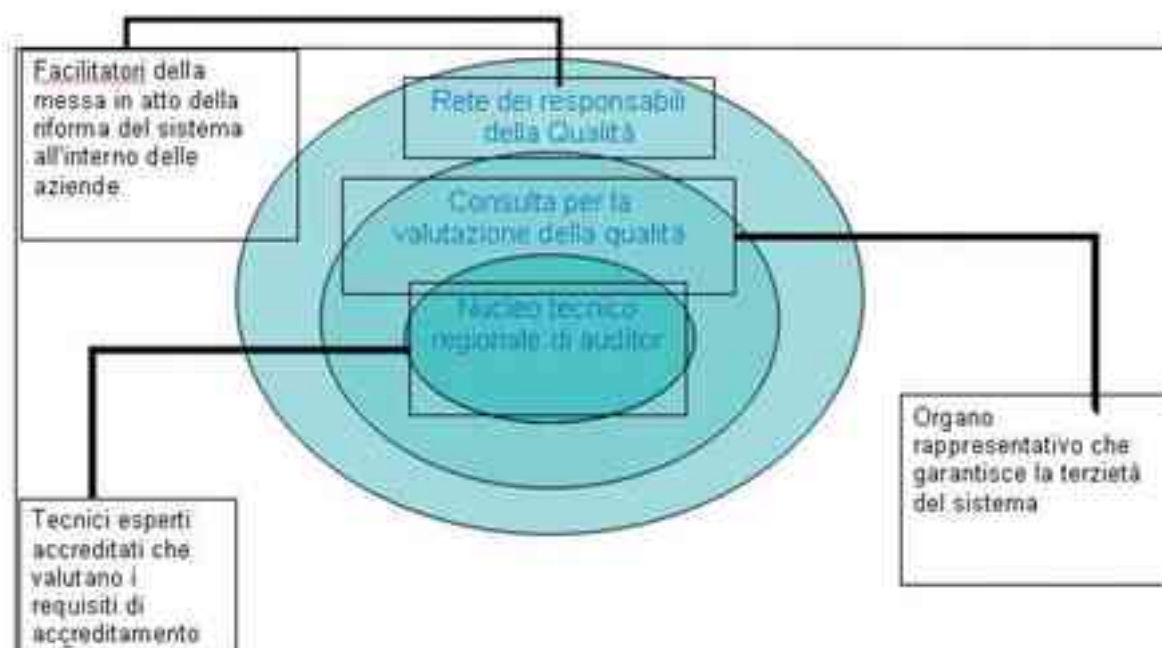
In particolare, gli aspetti di criticità da affrontare possono essere così sinteticamente richiamati:

- la verifica dei requisiti di esercizio effettuata nell'ambito dell'accredimento, che ha determinato, nelle aziende sanitarie pubbliche, un forte rallentamento del processo di accreditamento istituzionale;
- l'invecchiamento dei manuali, a fronte delle profonde innovazioni maturate nell'organizzazione del sistema sanitario toscano e dell'esigenza emersa di strumenti di valutazione in grado di intercettare i processi, sia in relazione ai percorsi assistenziali, sia in riferimento a specifici obiettivi strategici regionali;
- l'organizzazione e la funzionalità delle tre Commissioni di accreditamento istituzionale, in cui si intrecciano e si confondono ruoli tecnici e aspetti di rappresentatività, con un inevitabile appesantimento dei tempi e delle modalità di gestione dei processi di verifica e, al contempo, una limitata azione di controllo sociale;
- il proliferare nelle aziende sanitarie di strumenti e metodiche finalizzate alla misurazione e alla promozione della qualità, che rende necessaria un'azione di orientamento e di "governo" complessivo, per garantire l'unitarietà del sistema e il ruolo dell'accredimento istituzionale, in sintonia con le strategie e le priorità regionali;
- il rapporto non pienamente definito tra accreditamento e programmazione, su cui occorre fare chiarezza in ordine, in particolare, ai livelli e agli ambiti territoriali di programmazione a cui riferirsi, nonché alla relazione, per i soggetti privati, tra accreditamento e fase di instaurazione dei rapporti contrattuali con il sistema sanitario.

In relazione ai campi soprarichiamati, le azioni di riforma del sistema da attuarsi nel prossimo triennio sono:

- scindere i requisiti autorizzativi da quelli dell'accreditamento, riconducendo quindi ad una differenziazione di percorsi la verifica dei requisiti obbligatori di esercizio, finalizzati a garantire la sicurezza, dalla verifica dei requisiti di qualità ai fini dell'accreditamento;
- riorganizzare il sistema di accreditamento e gli organismi ad esso preposti, ridefinendo le attuali Commissioni e articolandolo in diverse funzioni afferenti a diversi organi di competenza. Il nuovo sistema, rappresentato in sintesi nella sottoriportata figura 1, è costituito da:
 1. un Nucleo tecnico regionale di auditor, composto da soggetti con specifiche competenze tecniche e a loro volta accreditati a garanzia del loro profilo di esperti, che svolge la funzione di verifica ai fini dell'accreditamento;
 2. una Consulta per la valutazione della qualità, composta da rappresentanti delle associazioni dei cittadini e professionali e delle categorie sociali interessate, a cui è affidato il compito di assicurare una funzione di controllo sociale sulle risultanze dell'accreditamento istituzionale e garantire la terzietà del sistema;
 3. la Rete regionale dei responsabili della Qualità delle Aziende sanitarie, che rappresentano, per competenze e ruolo, i facilitatori della messa in atto della riforma del sistema di accreditamento all'interno delle aziende. È fondamentale che i responsabili lavorino in rete, per favorire la messa in atto dei processi di miglioramento della qualità previsti dal sistema di accreditamento e al fine di garantire una omogeneità di sviluppo dello stesso sistema;
- supportare il processo di cambiamento con un'azione formativa mirata, orientata a livello regionale, rivolta:
 1. al nucleo tecnico di accreditatori/auditor, per orientarli rispetto agli obiettivi strategici definiti a livello regionale;
 2. alla consulta, per fornire le necessarie conoscenze ai componenti designati in modo rappresentativo;
 3. ai responsabili Qualità aziendali e al gruppo tecnico regionale incaricato di aggiornare i manuali, per supportarne l'azione di revisione, al passo con gli orientamenti condivisi a livello internazionale;
- procedere alla revisione dei manuali di accreditamento, anche sulla base dei nuovi criteri di riorganizzazione del processo assistenziale per intensità di cura e delle ulteriori innovazioni introdotte nel sistema sanitario. In questo ambito sarà fondamentale tener conto delle esperienze internazionali esistenti relative ai sistemi di qualità e accreditamento in ambito sanitario, in modo da costruire un sistema che permetta alle nostre organizzazioni di adottare standard di qualità che le rendano confrontabili con altre organizzazioni sanitarie a livello internazionale;
- far emergere e ricondurre nel sistema di accreditamento e qualità tutte le iniziative di attestazione e certificazione di carattere volontario che si stanno diffondendo in diversi ambiti della organizzazione sanitaria regionale, quali, ad esempio, il sistema di attestazione delle buone pratiche per la sicurezza del paziente e i sistemi di certificazione per aree specifiche;
- introdurre idonei strumenti di comunicazione, associati alla valutazione, capaci di dare visibilità pubblica ai processi di accreditamento, incentivando il controllo sociale da parte dei cittadini sulla qualità delle prestazioni erogate, per contribuire a sviluppare una comunicazione positiva delle aziende sanitarie verso il pubblico e coinvolgere in maniera attiva il cittadino nel processo di gestione delle cure.

L'articolazione del sistema di valutazione dell'accREDITAMENTO istituzionale.



7.5.2 La prevenzione e gestione del rischio clinico, e l'ergonomia del sistema

Negli anni 2004–2007, la Regione Toscana si è dotata di un proprio sistema di gestione del rischio clinico. Ogni azienda sanitaria toscana oggi ha un clinical risk manager e dispone di un sistema informativo per la gestione dei sinistri e di incident reporting (segnalazione volontaria dei mancati incidenti e delle azioni insicure).

Un impegno consistente è stato dedicato all'attività formativa per preparare alla gestione del rischio clinico gli attori del sistema. Nel 2006 in particolare, oltre ai clinical risk manager formati mediante un corso di alta formazione di durata annuale realizzato in collaborazione con la Scuola Superiore San'Anna di Pisa, sono stati preparati 1054 operatori sanitari (corso di 40 ore) a svolgere il ruolo di facilitatori ovvero di coloro che promuovono l'attivazione di audit o rassegne di mortalità e morbilità a seguito di eventi avversi.

L'accREDITAMENTO istituzionale prevede nella nostra Regione alcuni requisiti specifici sulla gestione del rischio clinico: un sistema di coordinamento aziendale per la gestione del rischio clinico; strumenti e standard per l'identificazione e l'analisi dei rischi; un programma condiviso di formazione; un sistema informativo per la gestione dei sinistri e la diffusione delle azioni di prevenzione.

È stato realizzato, inoltre, un sistema organizzativo che consente l'attestazione delle buone pratiche per la sicurezza del paziente da parte di un pool di auditor interni ed esterni alle Aziende Sanitarie.

Le buone pratiche sono il risultato di specifiche campagne di sperimentazione e di informazione su alcuni rischi presenti nelle strutture sanitarie. Quelle fino ad oggi realizzate riguardano: le infezioni ospedaliere (campagna sull'igiene delle mani e sull'uso appropriato della terapia antibiotica), gli errori di terapia (introduzione della scheda terapeutica unica per gli errori di trascrizione e del farmamemo per la prevenzione

degli effetti collaterali da uso di farmaci anticoagulanti orali), le cadute in ospedale (introduzione di misure di valutazione e prevenzione del rischio); la corretta identificazione del paziente (introduzione del braccialetto identificativo); la profilassi antitromboembolica in ortopedia; i rischi in ginecologia ed ostetricia (prevenzione e gestione dell'emorragia post-partum e della distocia di spalla); il rischio nutrizionale in ospedale.

Il sistema di gestione del rischio clinico ha consentito di avere dei dati utili per la pianificazione degli interventi di prevenzione. La sinistrosità si attesta nella nostra regione a circa 1350 casi all'anno. Le tipologie di eventi a cui più frequentemente si associano sono: 37% errori di intervento, 18% cadute di pazienti, 12% errate diagnosi, 6% complicanze infettive e 6% errori di terapia.

Le specialità maggiormente citate nelle denunce sono: 24% ortopedia, 14% chirurgia generale, 8% ostetricia e ginecologia, 6% medicina d'urgenza.

A distanza di tre anni dalla denuncia rimangono ancora aperte quasi il 58% delle pratiche, il 27% ha già ottenuto un risarcimento mentre il 15% è stato chiuso senza seguito.

I costi assicurativi per polizze RTC/RCO sono stati nel complesso contenuti ed in alcuni casi hanno subito delle riduzioni consistenti anche in rapporto al diminuire della rischiosità determinata dal sistema di gestione del rischio.

Nel corso del 2006, primo anno di funzionamento a livello regionale del sistema di segnalazione volontaria dei mancati incidenti e azioni insicure, sono state inoltrate 443 segnalazioni che hanno portato alla realizzazione di 260 audit clinici e di 96 rassegne di mortalità e morbilità e 251 azioni di miglioramento.

Il Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente ha svolto l'analisi degli eventi avversi più gravi avvenuti in questi ultimi anni fornendo indicazioni e soluzioni di tipo preventivo.

Obiettivi

Il programma di lavoro da realizzare nell'ambito del PSR 2008–2010 si pone il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- promuovere e sviluppare la cultura della sicurezza mediante l'attivazione del sistema di incident reporting (audit clinici e rassegne di mortalità e morbilità) in ogni azienda sanitaria e sul territorio, tramite una ulteriore formazione di facilitatori (operatori che svolgono una azione facilitante rispetto al funzionamento del sistema di segnalazione volontaria, raccogliendo le segnalazioni di eventi avversi e promuovendo audit clinici o rassegne di mortalità e morbilità – M&M).

Gli indicatori messi a punto per valutare il raggiungimento di questo obiettivo consistono nel calcolo del numero di audit clinici e di rassegne di mortalità e morbilità effettivamente svolti rispetto al numero previsto per ciascuna struttura semplice o complessa, rispettivamente 2 audit e 3 M&M ogni anno;

- consolidare l'organizzazione della gestione del rischio clinico in tutte le aziende sanitarie mediante un potenziamento delle funzioni e delle strutture deputate a occuparsene, sulla base dei dati della rischiosità forniti dal sistema informativo sui sinistri e di incident reporting. Il costante aggiornamento del sistema informativo regionale è di estrema importanza al fine del monitoraggio della sinistrosità e del contenzioso. La collaborazione con gli Osservatori Medico Legali sul contenzioso va resa stabile mediante una maggiore sinergia con Unità Affari Legali, Clinical Risk Manager e Ufficio Relazioni con il Pubblico, anche mediante la costituzione di coordinamenti di area vasta con il coinvolgimento degli ESTAV. È previsto, a tal fine, il calcolo di un apposito indicatore, fornito dal sistema informatizzato, per determinare il tempo di latenza intercorrente tra arrivo della denuncia e suo inserimento nel sistema informativo da parte del personale delle Unità Affari legali e la valutazione della riserva da parte dell'Osservatorio sul contenzioso.

La formazione dei clinical risk manager sarà continuata con nuovi corsi anche per far fronte alle esigenze continue delle aziende sanitarie di competenze in questo campo;

- favorire un ruolo attivo dei cittadini e delle loro associazioni mediante un loro maggiore coinvolgimento nelle attività di gestione del rischio clinico, in particolare sviluppando l'informazione sull'applicazione delle buone pratiche per la sicurezza del paziente adottate nelle aziende sanitarie in ambito ospedaliero e territoriale.

Il prossimo triennio sarà fondamentale per lo sviluppo e monitoraggio del sistema di attestazione volontaria delle buone pratiche. In particolare, oltre all'estensione dell'implementazione del braccialetto identificativo (Campagna AIDA o LIDIA?) si dovrà provvedere alla diffusione e applicazione delle altre buone pratiche (checklist di sala operatoria, igiene delle mani, scheda terapeutica unica, farmamemo – anticoagulanti orali, appropriatezza nell'uso degli antibiotici–studio delle resistenze, prevenzione della tromboembolia, prevenzione della emorragia post-partum e della distocia di spalla; prevenzione rischio nutrizionale, prevenzione delle cadute). Nel triennio 2008–2010 di riferimento del presente piano, saranno promosse specifiche azioni dedicate al miglioramento della sicurezza dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale, mediante il coinvolgimento attivo dei pazienti e dell'Associazione Pazienti (AIPA) e di tutti gli attori del sistema sanitario che intervengono nella gestione della TAO.

Occorrerà continuare a realizzare iniziative ad hoc per la gestione e la prevenzione dei rischi in aree cliniche particolarmente critiche come quelle della ginecologia, ostetricia, chirurgia e ortopedia.

Le aziende sanitarie dovranno essere valutate e monitorate sulle azioni intraprese per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.

Le aziende sanitarie, le cui strutture semplici o complesse, dipartimenti o percorsi di cura attesteranno volontariamente le buone pratiche che dovranno essere inoltre rese visibili, mediante un apposito sito web o altre iniziative di informazione, ai cittadini o loro associazioni.

Saranno inoltre definiti degli indicatori di esito e di processo finalizzati a valutare le performance aziendali in tema di gestione del rischio clinico.

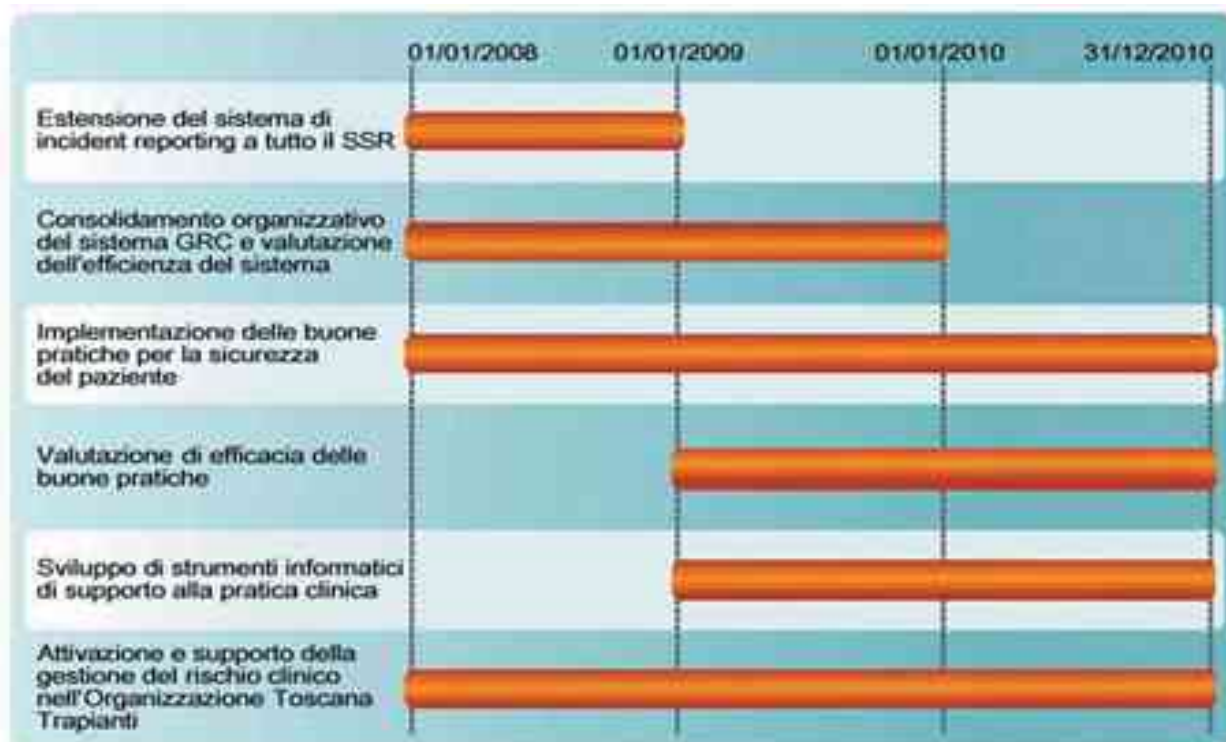
Relativamente al monitoraggio dei sinistri, l'indicatore di riferimento è l'indice di sinistrosità, determinato dal rapporto tra numero dei sinistri per lesioni o decessi annui (numeratore) e il numero di ricoveri annuo (denominatore). L'obiettivo che sarà oggetto di valutazione è l'andamento dell'indice che, nel tempo, dovrà diminuire o rimanere costante. Per quanto riguarda invece lo sviluppo del sistema di incident reporting, l'indicatore da considerare fa riferimento alla diffusione degli audit per la gestione del rischio clinico all'interno delle unità operative determinato dal numero di audit effettuati (numeratore) e quelli previsti (denominatore). L'obiettivo che sarà oggetto di valutazione è la realizzazione di almeno 2 audit (nel 2008) e di 2 audit (nel 2009) per ciascuna unità operativa. Verrà inoltre calcolato annualmente il tasso di mortalità nei DRG a bassa mortalità per ciascuna azienda, l'obiettivo di performance è di non oltrepassare la media delle altre aziende, e di analizzare i casi individuati, secondo gli indirizzi regionali in materia di gestione del rischio clinico, con la finalità di evidenziare le criticità e definire strategie di miglioramento. Altro indicatore che sarà monitorato è il tasso di sepsi determinato dal rapporto tra numero delle sepsi annue (numeratore) e il numero di ricoveri annui (denominatore). La segnalazione di questo fenomeno risulta in generale sottostimata in modo sistematico, l'obiettivo è quindi che le unità operative incrementino la relativa attività di reporting;

- rilevare inoltre alcuni indicatori di qualità la cui misura contribuirà ad una maggiore comprensione delle modalità di sviluppo delle attività di gestione del rischio clinico;
- favorire lo sviluppo di strumenti informatici di supporto alla pratica clinica per l'individuazione delle criticità e la ricerca delle best practice, in particolare nelle aree a maggior rischio (chirurgia, ostetricia e ginecologia, ortopedia e area critica).
- introdurre metodi di valutazione qualitativa dei rischi mediante la revisione periodica delle cartelle cliniche;
- valutare le caratteristiche di usabilità ed ergonomia delle apparecchiature e dispositivi biomedicali, arredi, presidi sanitari e software prima della loro adozione nell'ambito dell'health technology assessment;

- supportare lo sviluppo di sistemi di cartella clinica integrata che rispondano a requisiti di usabilità, qualità e sicurezza del paziente;
- attivare e supportare la gestione del rischio clinico nell'ambito dell'Organizzazione Toscana Trapianti anche sulla base delle indicazioni fornite dalla Commissione Tecnica Regionale (delibera G.R. N° 380 del 28/05/2007);
- attivare collaborazioni con le Aziende in merito ai temi legati all'ergonomia e usabilità dei dispositivi medici e degli ambienti.

Tempistica

Tabella riassuntiva della tempistica degli obiettivi obietti



Saranno infine inseriti nel bersaglio delle Aziende sanitarie indicatori specifici per la valutazione della gestione del rischio clinico e dei risultati ottenuti sulla sicurezza del paziente. Alla determinazione di indicatori di tipo quantitativo si assoceranno valutazioni di tipo qualitativo mediante l'istituzione di un gruppo regiona-

le di lavoro itinerante con il compito di effettuare visite e incontri nelle aziende sanitarie al fine di supportare l'adozione delle buone pratiche e la loro corretta applicazione.

7.5.2.1 Rischio Radiazioni ionizzanti

La Regione Toscana è fortemente impegnata verso la promozione di iniziative per la prevenzione e per la tutela della collettività, in particolare verso il corretto utilizzo di radiazioni ionizzanti e sostanze radioattive, che hanno permesso grandi sviluppi nella medicina moderna con innovazioni tecnologiche quali la tomografia (TAC), l'angiografia digitale e, più recentemente, la tomografia ad emissioni di positroni (PET).

Anche se il beneficio atteso dell'esame radiologico è significativamente maggiore dell'eventuale danno ad esso correlato all'analisi stessa resta comunque la necessità di valutare con attenzione l'appropriatezza di ogni singola indagine per evitare rischi non giustificati alla popolazione.

La Giunta regionale si impegna a:

- monitorare la dose alla popolazione e ai lavoratori derivante da esami medici, da una parte utilizzando i sistemi RIS che consentiranno anche l'informazione ai pazienti della dose ricevuta nel singolo esame e quella accumulata nel corso della loro storia clinica e dall'altra costituendo un centro di riferimento regionale per la misura della dose;
- promuovere una diffusa campagna di comunicazione rivolta ai cittadini toscani e di formazione ai medici prescrittori sui rischi derivanti dalle esposizioni mediche a radiazioni ionizzanti anche mediante tecniche di formazione a distanza;
- proporre linee di indirizzo e coordinamento per l'applicazione del Decreto legislativo 187/2000 anche attraverso la definizione di protocolli e buone prassi da trasferire alle strutture regionali interessate;
- potenziare e riprogettare l'archivio radiologico quale supporto alle iniziative regionali in materia di HTA.

7.5.3 Verso l'accreditamento dei servizi sociali e socio-sanitari

Nel complesso sistema dei servizi territoriali, riveste particolare importanza l'ambito dei servizi di alta integrazione socio sanitaria, così definiti in quanto finalizzati a garantire l'unitarietà della risposta assistenziale, a fronte di bisogni complessi che richiedono il concorso sinergico e integrato di interventi sanitari e socio assistenziali.

In tale ambito sussiste una molteplicità di servizi di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare, che ha acquisito negli anni una sempre più articolata connotazione, sia nelle caratteristiche che nei processi di accesso connessi alla definizione del progetto assistenziale personalizzato. La loro funzionalità è stata indirizzata dalle indicazioni convergenti espresse dagli atti di programmazione regionale, sanitaria e sociale, con orientamento a sviluppare nel territorio quei processi di integrazione, che trovano ora nelle Società della salute il coerente contesto istituzionale.

Tra questi servizi, acquistano particolare risalto quelli rivolti alla persona anziana in condizione di non autosufficienza, per la crescente numerosità dei casi connessa al fenomeno dell'aumentata speranza di vita e al conseguente invecchiamento della popolazione e per l'entità degli investimenti di risorse che richiedono, sia da parte dei servizi pubblici che da parte delle famiglie.

In parallelo a quanto già disciplinato con la L.R. 8/1999 per gli ambiti di attività sanitaria, con la L.R. 24 febbraio 2005 n. 41 sono stati definiti i principi per garantire la normazione complessiva dei requisiti e delle procedure ai fini dell'autorizzazione al funzionamento dei servizi alla persona e delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, comprese quelle operanti nelle aree dell'integrazione socio sanitaria, e per introdurre anche su questo fronte il sistema dell'accreditamento.

Con l'adozione del Regolamento regionale, ai sensi dell'art. 62 della stessa L.R. 41/2005, si completerà la di-

sciplina dei requisiti per il funzionamento e, su questa base, viene quindi avviata la riflessione per la definizione del sistema di accreditamento.

L'esigenza diffusa a cui occorre dare risposta è quella di favorire una maggiore fruibilità dei servizi alla persona e socio sanitari, garantendo nel contempo la loro qualità secondo regole certe e condivise.

Lo strumento dell'accreditamento risponde all'obiettivo di promuovere lo sviluppo della qualità del sistema integrato dei servizi socio sanitari e di facilitare i rapporti tra i servizi, le strutture e i cittadini.

Con l'accreditamento si attribuisce al soggetto pubblico e privato, che ne faccia richiesta e che ne abbia i requisiti, il riconoscimento di soggetto idoneo ad erogare prestazioni socio assistenziali e socio sanitarie per conto degli enti pubblici competenti, nel rispetto della programmazione regionale e locale e dei principi di imparzialità e trasparenza. L'accreditamento risponde all'esigenza di operare il processo di selezione degli erogatori ed implica l'accertamento della capacità a soddisfare determinati livelli di assistenza con garanzia della qualità dell'offerta e ad assicurare il permanere nel tempo dei requisiti richiesti, nonché il miglioramento continuo della qualità autopromosso dagli stessi fornitori, che in tale sistema si trovano di fatto ad operare in un regime di concorrenza.

Dal punto di vista degli utenti, l'obiettivo dell'accreditamento è quello di riuscire a garantire ai cittadini un'offerta di servizi e prestazioni che sia quantitativamente e qualitativamente adeguata alla domanda e a consentire una maggiore libertà di scelta e una maggiore facilità nell'acquisizione del servizio.

Il processo in atto di definizione con legge regionale di un apposito sistema di accreditamento delle strutture e dei servizi sociali e socio sanitari è quindi finalizzato a poter disporre di un sistema di offerta di servizi dotati di un livello di qualità conforme a requisiti individuati e accertabili e forniti da soggetti accreditati secondo regole condivise ed uniformemente applicate da tutti i livelli istituzionali coinvolti nel processo di regolazione della qualità dell'intero sistema. Il sistema così definito rappresenta il necessario presupposto per l'introduzione di modalità di scelta tra diverse opzioni assistenziali, anche attraverso l'utilizzo di buoni-servizio per l'acquisto delle prestazioni all'interno di un'offerta caratterizzata da precisi requisiti qualitativi. Il sistema che viene a definirsi dovrà pertanto caratterizzarsi con riferimento ai seguenti punti:

- la definizione normativa regionale, previo confronto con le organizzazioni sindacali, per garantire l'omogeneità del sistema su tutto il territorio;
- la titolarità dei Comuni della funzione di accreditamento, in relazione alla normativa di cui sopra, con esercizio anche in forma associata mediante utilizzo di apposite commissioni tecniche;
- l'interrelazione tra accreditamento e programmazione;
- le regole e i requisiti di accreditamento come tutela della qualità per gli utenti;
- l'accessibilità ai servizi accreditati e la possibilità di "acquisto" del servizio, anche mediante l'introduzione dello strumento dei buoni-servizio.

7.6 Umanizzazione, etica nelle cure e di fine vita

La cura della salute comporta, per ciascuno, il coinvolgimento dei vissuti più profondi, la compromissione dei valori e dei significati che sono alla base della definizione più alta delle biografie individuali. La consapevolezza che l'offerta di un servizio pubblico per la salute, in primo luogo, investe la Regione di un dovere specifico di dare ascolto, rilevanza e autorevolezza a tali vissuti, comporta la necessità di valorizzare la creazione di luoghi pubblici di confronto, di informazione e di partecipazione alle scelte individuali e collettive per la salute. L'umanizzazione delle cure, infatti, è un processo fondamentale per restituire centralità al vissuto dei cittadini che si rivolgono al sistema sanitario, e deve essere intesa come la seria presa in carico delle istanze etiche che, nello stesso sistema e più in generale nella società civile, deve costituire il presupposto ineludibile per l'interazione tra singoli e organizzazione regionale.

In questa prospettiva, la Regione Toscana ritiene la bioetica una componente costitutiva del governo regionale della sanità e considera la crescita delle sensibilità, il confronto costante e il dialogo in questo settore, non solo elementi di arricchimento culturale, bensì azioni dovute quale concreto segno dell'impegno etico della regione: tali azioni, inoltre, sono ritenute necessarie poiché, se rese coerenti con il complesso meccanismo decisionale e organizzativo, possono garantire concretamente un adeguato grado di qualità nell'offerta delle prestazioni sanitarie al cittadino.

È proprio nella consapevolezza della necessità per l'intero sistema di interrogarsi sugli aspetti etici e sulle modalità delle scelte assistenziali per gli obiettivi di salute individuali e collettivi, che la Regione Toscana ha ritenuto necessario avviare un processo di innovazione e di sviluppo della qualità e della eticità dei servizi, considerando ad esso fondamentale l'apporto derivante dalla bioetica.

Il rafforzamento dell'attenzione alle tematiche bioetiche nella gestione e nella programmazione della sanità risponde anche all'esigenza di primaria importanza di ridurre le disuguaglianze in salute esistenti fra i cittadini, al fine di garantire a tutte le persone eguali opportunità per tutelare e migliorare il proprio stato di salute. Tale obiettivo è perseguibile mediante un'allocatione delle risorse disponibili improntata ai principi etici di giustizia e di equità, nonché garantendo una loro fruizione maggiormente rispondente all'autonomia dei singoli, sia per quanto concerne le scelte di disposizione del proprio corpo in dipendenza di trattamenti sanitari e di assistenza, sia in riferimento alla libera espressione di caratteri identitari nell'interazione con tutto il personale medico e sanitario del servizio pubblico. Il modello di sanità pubblica adottato dalla Regione Toscana, dunque, si ispira ad un ideale di governo sensibile alle differenze individuali e dei gruppi che, in un'ottica di continuo miglioramento, possa tutelare fattivamente i diritti individuali nella gestione collettiva del bene salute. Un tale ideale si rivela tanto più indispensabile a partire dalla consapevolezza della coesistenza e dell'interazione all'interno della nostra società di culture, etnie, valori, usi e costumi differenti, coesistenza e interazione che devono essere considerate valori e risorse utili per la società.

Per rendere coerente il sistema della bioetica al complesso meccanismo di gestione della sanità, è necessario sostenere gli organismi che tale sistema compongono (Commissione regionale di bioetica e Comitati etici locali) e sviluppare procedure operative di partecipazione e di dialogo nel territorio regionale. È inoltre necessario promuovere prassi e predisporre strumentazioni idonee a coinvolgere pienamente l'utente nella personalizzazione dei programmi di assistenza, anche al fine di dare un significato concreto all'espressione del consenso informato alle cure e garantirne, in ogni situazione, il rispetto; d'altro canto, è necessaria una specifica formazione bioetica degli operatori, unitamente alla riqualificazione di tutto il personale sanitario.

L'impegno per l'umanizzazione delle cure, tuttavia, deve essere sostenuto e reso vitale da un'azione regionale finalizzata alla sensibilizzazione e alla riflessione comune sui valori in grado di attraversare l'intera società civile, affinché i singoli, cittadini e operatori, non siano lasciati soli nelle scelte tragiche, ma interagiscano in un tessuto sociale di ascolto e comprensione dei vissuti, quale segno concreto della vicinanza e dell'interazione sui temi etici tra istituzione regionale e cittadinanza.

La Commissione regionale di bioetica, istituita nel 1992, e attualmente disciplinata dalla L.R. 40/2005, svolge un ruolo centrale di approfondimento, consultazione e consulenza, al servizio dei cittadini, delle aziende sanitarie e degli organi regionali, con i quali coopera anche nella programmazione e nella gestione del governo regionale della sanità; nello svolgimento delle sue funzioni la Commissione garantisce anche un servizio di documentazione, di ricerca e di approfondimento sulle tematiche di competenza, ed opera per la loro diffusione anche attraverso iniziative di carattere pubblico e di formazione.

La Commissione regionale di bioetica svolge inoltre funzioni di indirizzo e promozione del coordinamento delle attività dei comitati etici, ed elabora proposte formative per i membri dei comitati etici locali e i membri dei comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali. Per mezzo della tenuta del Registro regionale dei comitati etici e delle attività ad esso correlate, la Commissione garantisce l'uniformità e la qualità di tali organismi, anche al fine di promuovere la ricerca in ambito biomedico condotta nel territorio toscano.

I comitati etici locali costituiscono a livello di singola azienda sanitaria lo strumento per garantire lo sviluppo

di una cultura per la bioetica. L'operato dei comitati etici deve dunque essere valutato tra gli indicatori della qualità del servizio offerto dalle aziende sanitarie anche al fine di ridurre la conflittualità con l'utenza. Il loro operato deve comunque essere percepito come un servizio integrato all'interno di un più ampio impegno regionale per una riflessione comune sui valori, sui vissuti e sulle criticità etiche delle cure, per la definizione della missione dell'etica nella sanità e le sue interazioni con i significati, anche simbolici, che tale dimensione assume nella vita di ciascun cittadino. Nel lavoro dei comitati etici la Regione Toscana ripone dunque fiducia per la ricerca di soluzioni rispondenti a precisi impegni di carattere etico assunti istituzionalmente nei confronti dei bisogni della cittadinanza: la presenza di tali organi consultivi deve fornire ausilio, non solo per approfondire tematiche etiche, ma anche per orientare le scelte di carattere generale operate dalle amministrazioni e dagli stessi operatori.

Nell'adozione di un approccio derivante dalla riflessione bioetica, la Regione Toscana vuole infine promuovere un'adesione profonda e consapevole di ciascuno alla propria responsabilità di cittadino e professionista nei confronti della promozione e della tutela della salute individuale e collettiva e dei diritti ad essa connessi; raccomanda inoltre una particolare attenzione di ciascuno ad un uso etico delle risorse in sanità, che trovi le sue motivazione nella consapevolezza dei doveri derivanti dal senso di appartenenza alla collettività con tutte le sue esigenze, comprese quelle dei più deboli di cui si fa carico; favorisce la comunicazione tra cittadinanza, operatori del servizio sanitario e organi di governo, intesa come processo circolare di informazione ed ascolto, teso ad assicurare la dignità ed il rispetto dell'individuo e a favorire la sua autonomia decisionale. Nel rapporto fra gli operatori e i cittadini è infine auspicata una responsabile consapevolezza dei limiti della certezza scientifica e dell'efficacia terapeutica, particolarmente importante nel caso delle persone affette da malattie croniche invalidanti e di quelle giunte al termine della vita.

Le problematiche etiche proprie delle fasi finali della vita umana sono oggetto di particolare attenzione nell'azione regionale: le raccomandazioni siglate nelle Carte di Pontignano dalla Commissione regionale di bioetica, e nelle sue successive integrazioni, costituiscono punti di riferimento cui ispirare i comportamenti degli operatori nei confronti delle persone morenti e dei loro familiari. La gestione della rete delle cure palliative, ivi compresi i centri residenziali – hospice, nell'ispirarsi a criteri di eticità della cura, è da considerare una risorsa cui tutti i cittadini devono poter accedere, nel rispetto delle loro libere scelte e dei bisogni specifici di ciascuno. Allo stesso modo, la presa in carico nei presidi sanitari ordinari di persone giunte nelle fasi terminali della vita deve corrispondere agli stessi requisiti di eticità e di umanizzazione, in special modo nei confronti dei soggetti più deboli come i bambini, gli anziani, le persone con disturbi di salute mentale, gli emarginati. Specifico rilievo assume la gestione delle fasi terminali della vita nei reparti di rianimazione e terapia intensiva, nei quali la consueta prassi assistenziale di chiusura verso la presenza dei familiari è attualmente in via di radicale revisione. La condivisione degli impegni etici per la gestione dei processi decisionali nelle cure delle persone giunte nella fase finale della vita, è un presupposto fondamentale per garantire la qualità dei servizi e delle relazioni tra operatori e cittadini: la pianificazione anticipata dei processi di cura costituisce, in tal senso, un ausilio importante anche per l'umanizzazione delle pratiche mediche di fine vita.

Nel corso dell'ultimo triennio la Regione Toscana nell'ambito della bioetica ha ritenuto prioritario sviluppare quei meccanismi di comunicazione e di cooperazione utili a definire un vero e proprio sistema della bioetica toscana basato principalmente sulla rete regionale dei comitati etici, costantemente coordinata e supportata dalla Commissione regionale di bioetica. Per il raggiungimento di tali fini sono state portate a termine differenti linee di azione:

- istituzione e messa a regime per tramite della Commissione regionale di bioetica del Registro regionale dei comitati etici. Tale Registro non è stato creato con il solo obiettivo di censire i comitati esistenti ed operanti nel territorio regionale, ma quale strumento di verifica della loro qualità nella composizione e nelle procedure operative, e veicolo per una loro effettiva messa in rete;

- il lavoro dei comitati etici è inoltre stato valorizzato mediante specifiche linee di indirizzo e di coordinamento che prevedono meccanismi e strumenti per il consolidamento di questi organismi come, ad esempio, il Tavolo di lavoro permanente dei Comitati etici, anch'esso coordinato dalla Commissione regionale di bioetica;
- la Commissione regionale di bioetica ha inoltre costantemente fornito consulenza di indirizzo per la gestione di problematiche etiche connesse alla erogazione di servizi per la salute e per la corretta pratica clinica, quale strumento e ausilio per la gestione delle criticità etiche;
- con il supporto della Commissione regionale di bioetica sono state elaborate specifiche Direttive regionali in materia di autorizzazione e di valutazione degli studi osservazionali, la cui adozione era ritenuta indispensabile visto il vuoto normativo esistente anche a livello nazionale;
- al fine di promuovere la ricerca biomedica nella regione è stato creato un meccanismo di sinergia con le industrie del settore che, da una parte, prevede la possibilità di siglare specifici protocolli tra Regione e singole Aziende sulla base di interessi comuni, e, dall'altra, garantisce la qualità e la tempestività dell'operato dei comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali e degli uffici competenti per la ricerca nelle singole aziende sanitarie. Con l'obiettivo di monitorare la qualità della ricerca prodotta in Toscana è stato creato un Osservatorio regionale sulla sperimentazione clinica anche al fine di individuare, in raccordo con la Commissione regionale di bioetica, strumenti e strategie per sviluppare le potenzialità dei differenti settori coinvolti nel sistema ricerca (comitati etici, aziende sanitarie, università, organi regionali, aziende private);
- è stata prodotta una modulistica base valida su tutto il territorio regionale per la semplificare delle procedure di autorizzazione delle sperimentazioni cliniche condotte nelle aziende sanitarie toscane; il tavolo di lavoro, composto da rappresentanti delle aziende, dei comitati etici e delle ditte farmaceutiche, ha anche elaborato una bozza standard di convenzione tra azienda sanitarie a promotore della sperimentazione, in grado di fornire un modello uniforme per tutte le aziende sanitarie;
- la Regione Toscana ha infine sovrinteso alla ricostituzione di tutti i Comitati per la sperimentazione dei medicinali sulla base dei requisiti minimi fissati dal D.M. 17 maggio 2006 e ha provveduto al loro accreditamento presso il Registro nazionale dei comitati etici (OSsC): in questa occasione tutti i Comitati sono stati vincolati alla costituzione di adeguate segreterie tecnico scientifiche.

Le azioni per il triennio

Ascolto, riconoscimento, dialogo e riflessione: una chiave di lettura regionale per l'etica e l'umanizzazione delle cure

Il sistema regionale per la bioetica deve aprirsi ad una riflessione alta, che esuli il solo ambiente sanitario, per incontrare la cultura, l'arte e le varie forme in cui la sensibilità della società civile esprime i suoi bisogni e i valori che soggiacciono alla cura della salute. Tale impegno deve integrarsi e nutrire anche le attività e gli organi istituzionali del sistema regionale per la bioetica.

A tal fine sarà creato un meccanismo costante di riflessione pubblica, integrato alle attività della Commissione regionale di bioetica e dei Comitati etici locali, caratterizzato dalla pluralità dei contributi e delle competenze affinché la sede del dialogo istituzionale possa aprirsi oltre i confini del mondo sanitario.

Verranno utilizzati quali criteri per il raggiungimento degli obiettivi preordinati: grado di partecipazione della cittadinanza; presenza di tematiche bioetiche all'attenzione dei mezzi di comunicazione di massa in relazione agli stimoli offerti dalla Regione in tal senso; grado di integrazione tra attori del mondo sanitario regionale e rappresentanti della società civile nella presenza e nella partecipazione alle attività promosse.

La rete dei comitati etici

Il consolidamento del sistema regionale per la bioetica, organizzato a più livelli, operativi e di comunicazione, è un fondamentale obiettivo da perseguire. A tal fine:

1. sarà operato un monitoraggio dell'attività svolta dai comitati etici locali
2. sarà effettuato un riordino della normativa concernente il sistema toscano dei comitati che lo renda di effettiva utilità anche rispetto alle più attuali problematiche bioetiche
3. sarà potenziata la rete dei comitati etici in particolare per quanto concerne la comunicazione, interna ed esterna.

Etica di fine vita

È necessario garantire a livello regionale una uniformità di comportamento nei confronti della presa in carico dei bisogni dei pazienti giunti alla fine della vita. A tal fine verranno adottate linee guida di comportamento per il trattamento e per il governo dei processi decisionali per le cure alla fine della vita.

Appare necessario aprire i reparti intensivi alla presenza dei familiari, considerando tale apertura non solo come un semplice prolungamento dell'orario di visita, ma piuttosto come la loro trasformazione da luogo di trattamento intensivo di uno stato critico a luogo di cura del paziente critico e di accoglienza della sua famiglia, stabilendo percorsi formativi specifici per la intera equipe sanitaria coinvolta nel processo assistenziale.

Coordinamento dei settori

È ritenuto di primaria importanza orientare il lavoro dei vari organismi deputati alla bioetica verso obiettivi coerenti con le azioni di governo intraprese a livello territoriale e regionale anche per dare visibilità ed efficacia alle azioni per la bioetica e di sviluppare la partecipazione in questo settore. A tal fine saranno rafforzati i rapporti tra Commissione regionale di bioetica/comitati etici e gli organi di governo territoriale e regionale e saranno valorizzate la comunicazione e le collaborazioni in materia bioetica realizzate tra i differenti settori regionali (ad es. Equità e accesso, Affari generali, Formazione, Innovazione e sviluppo).

La formazione

Le azioni di carattere formativo saranno rivolte agli operatori del sistema sanitario regionale, ai membri dei comitati etici e a settori fondamentali della società e, in primo luogo, la scuola.

La ricerca biomedica

Per quanto concerne lo sviluppo della ricerca biomedica in Toscana, è fondamentale che tale settore possa innovarsi e incrementare la sua produttività potendo usufruire di una costante e attenta riflessione riguardante le implicazioni etiche. A tal fine si opererà mediante:

1. il controllo costante delle sperimentazioni condotte in Toscana, dell'operatività dei comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali, delle loro procedure operative, della tipologia di ricerca condotta nel territorio, dei suoi esiti indicatore: creazione di un data base regionale nel quale confluiscono costantemente i dati provenienti dai comitati etici (flusso dei dati a regime entro la fine del 2009);
2. il sostegno all'attività di monitoraggio della sperimentazione clinica ad opera dei comitati etici e la costruzione di strumenti per la verifica della qualità delle procedure e delle strutture nelle quali si conducono sperimentazioni cliniche;
3. specifiche iniziative di formazione degli operatori del settore ricerca (componenti dei comitati etici, ricercatori).

Biobanche e genetica medica

Al fine di rendere omogeneo e garantito sotto il profilo della tutela dei diritti individuali il settore della genetica medica e dell'organizzazione e gestione delle biobanche, è necessario un impegno per definire i termini di un governo regionale della materia.

7.7 La politica del farmaco e per l'uso appropriato dei dispositivi medici

I precedenti piani sanitari regionali attraverso la ricerca di un uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici sia a livello ospedaliero che territoriale si sono posti come obiettivo quello della salvaguardia della salute e dell'economicità della prestazione farmaceutica.

Gli atti successivi, adottati dalla Regione come il capo III della Legge Regionale 40/2005, le delibere della Giunta regionale n. 617/2004, n. 1175/05, n. 463/06, n. 148/07, hanno consentito di raggiungere significativi risultati quali:

- un significativo incremento del numero delle segnalazioni delle reazioni avverse da farmaci;
- un incremento dei medicinali off-patent erogati dal Servizio Sanitario Regionale;
- un contenimento dei consumi dei farmaci erogati dal Servizio Sanitario Regionale;
- uno sviluppo del sistema dei servizi erogati dalle farmacie convenzionate.

Negli anni 2007-2009 un elevato numero di medicinali perderanno la copertura brevettuale, portando il numero di farmaci off patent, in linea con gli altri Paesi della Unione Europea, a circa il 50% del totale dei farmaci a carico del SSN.

Dalle analisi relative alle categorie di farmaci, più rappresentative sia dal punto di vista sanitario che economico, quali farmaci per malattie gastro-intestinali, farmaci del sistema cardiovascolare e farmaci antidepressivi, la cui attività terapeutica è caratterizzata da continuità nel trattamento, si rileva un'alta quota di abbandono della terapia, che in alcuni casi supera il 30%.

Per particolari classi di farmaci, quali gli oncologici, si registra l'immissione in commercio di specialità medicinali per le quali è indispensabile un monitoraggio continuo sull'impiego e un'attenta valutazione dei risultati terapeutici.

Valutazioni quali-quantitative circa l'uso dei dispositivi medici non possono prescindere da una codifica dei prodotti in commercio.

La politica farmaceutica nel periodo di vigenza del presente piano, deve essere tesa al superamento delle criticità sopra evidenziate attraverso:

- una ridefinizione dell'organizzazione dei servizi farmaceutici aziendali tesa a creare delle sinergie fra ospedale e territorio, riqualificandone e potenziandone le professionalità afferenti al servizio;
- attivazione di percorsi atti a valorizzare l'utilizzo di specialità medicinali non coperti da brevetto attraverso la gestione da parte dei farmacisti del SSN dei prontuari terapeutici di Area Vasta e il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei medici ospedalieri e universitari;
- la predisposizione di modelli che permettano l'individuazione delle cause di abbandono delle terapie farmacologiche da parte dei pazienti e l'attivazione di percorsi che consentano di ridurre in modo significativo l'impiego improprio di risorse;
- integrazione e potenziamento dei processi di valutazione e monitoraggio per l'impiego dei farmaci oncologici a livello regionale e di ciascuna azienda, tramite un coordinamento regionale;
- realizzazione, ad integrazione dei modelli già predisposti a livello nazionale, di una codifica dei dispositivi medici.
- la promozione e l'implementazione della informazione indipendente sul farmaco da parte delle strutture farmaceutiche del SSR

- la raccolta e l'analisi epidemiologica della prescrizione rivolta in particolare a terapie croniche oltre a quelle già sopra menzionate, a terapie i cui dati di letteratura sono riferiti a popolazioni selezionate, non corrispondenti a quella della esposizione reale nella pratica clinica
- ad una maggiore integrazione, dinamismo e rivisitazione dei prontuari terapeutici e dei repertori di dispositivi medici di Area Vasta rispetto ai prontuari e ai repertori Aziendali
- innalzamento del livello di attenzione per la sicurezza del paziente che viene sottoposto a terapie farmacologiche a basso indice terapeutico, a protesi e/o altri impianti di dispositivi medici; le farmacie delle aziende sanitarie dovranno sviluppare sistemi di personalizzazione e monitoraggio delle terapie e di tracciamento degli impianti.

8. Gli strumenti di governo e di gestione

8.1 Comunicazione per la salute e per la partecipazione

8.1.1 La comunicazione per la salute – reti e marketing socio-sanitario

Con il Piano sanitario regionale 2005–07, le indicazioni fornite alle aziende sanitarie e gli impegni regionali assunti in tema di comunicazione muovevano dalla constatazione di operare in un contesto sempre più complesso che necessitava di una maggior integrazione per evitare sovrapposizioni e messaggi discordanti con possibili effetti di disorientamento sia per il pubblico costituito dagli operatori del sistema sanitario, sia per il pubblico esterno dei cittadini. L'ingresso sul territorio di un nuovo soggetto, come la Società della salute, ha reso ancor più evidente come la riorganizzazione e la riunificazione del servizio sanitario e socio-sanitario al cittadino non possa prescindere da una riformulazione di modalità e strumenti della comunicazione (armonizzazione di linguaggi e processi).

Elementi di contesto

Sulla salute influiscono fattori che non rientrano nella sfera dei servizi sanitari e coinvolgono più soggetti istituzionali. Una efficace strategia comunicativa legata alla prevenzione e alla promozione della salute prevede azioni legate alla comunicazione interna, tesa al rafforzamento delle reti operative, e alla comunicazione esterna. Una strategia che tende a coinvolgere trasversalmente tutto il processo “produttivo”, a favorire la condivisione delle scelte strategiche, l'adattabilità del sistema e le relazioni con l'esterno. La comunicazione con la collettività regionale rappresenta una attività rilevante per influire positivamente sugli stili di vita e per favorire la partecipazione, come è sottolineato nei documenti programmatici nazionali ed europei di riferimento:

- il Piano sanitario nazionale 2006–2008;
- il Programma interministeriale 2007 Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari;
- strategia Gaining health elaborata dall'Ufficio europeo dell'OMS.

Per ottenere un'ampia condivisione e un impegno nei confronti della salute come un diritto umano fondamentale e per esigere maggiore coerenza nelle decisioni politiche, è fondamentale creare una strategia di comunicazione che aumenti la consapevolezza e dimostri il ruolo dei determinanti e le conseguenze che hanno sulla salute della popolazione. Per implementare questa proposta strategica, si deve tener conto che in questo settore le strategie di comunicazione risultano più efficaci quando i collegamenti tra salute e azioni intraprese

in altri settori della politica si possono dimostrare in modo efficace a coloro che prendono le decisioni politiche, ai politici e alla comunità. Un elemento essenziale della strategia di comunicazione dovrebbe basarsi anche su esempi riusciti e sulla visibilità di “storie vincenti”.

Il sistema “comunicazione” che il Piano Sanitario propone dunque di sviluppare, trova nel settore della promozione della salute un punto fondamentale di azione.

Governance locale: il contributo della comunicazione

La riunificazione dei servizi sanitari e socio sanitari assistenziali alla persona prevede la riformulazione di modalità e strumenti della comunicazione anche essi riuniti, non solo nella diffusione sul territorio, quanto nel basamento informativo e di relazione su cui poggiano. Le nuove risorse di comunicazione si aggiungono a quelle esistenti e non sempre le sostituiscono, per cui devono essere pensate in maniera integrata.

Nell’ambito di sistemi così complessi, caratterizzati da innovazione e cambiamento, il concetto di rete appare come il più idoneo ad essere utilizzato.

Fare rete (in senso collaborativo)

Mettere in rete (in senso tecnologico)

Rete (come struttura di gestione ed erogazione di servizi sul territorio)

I sistemi reticolari possono essere impiegati per facilitare e migliorare le relazioni organizzative fra azienda sanitaria, Società della salute, enti locali, università, associazionismo, terzo settore, per veicolare i valori e gli obiettivi nel processo di costruzione sociale della salute e rendere uniforme, chiara e comprensibile la comunicazione attraverso gli sportelli informativi, gli strumenti e i processi di volta in volta utilizzati. I processi di comunicazione assumono inoltre rilevanza in ordine alla razionalizzazione della attività, in quanto possono contribuire a ridurre le inefficienze, favorire l’interazione fra le varie strutture, condividere gli obiettivi e le strategie.

Comunicare la salute

La frequenza con cui il tema della Salute compare nei mezzi di comunicazione di massa è massiccia e genera importanti effetti sulla cultura e sui comportamenti dei cittadini, tanto che diviene difficile spesso per la comunicazione istituzionale, emergere dalla confusione e proporsi come voce autorevole. La necessità è di orientare il cittadino in un’ottica di semplificazione e prossimità, migliorando le relazioni fra operatori dell’universo socio-sanitario e la collettività regionale, come requisito di base e sfruttando le opportunità che la comunicazione offre quale connettore principale tra sistema e cittadino in grado di renderlo consapevole delle opportunità possibili.

A tale proposito diviene strategico sviluppare attività di marketing socio-sanitario per costruire l’empowerment della persona, rafforzarne la capacità di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute, orientarne i comportamenti, ad esempio, nelle scelte sulla prevenzione in generale o nell’approccio ai servizi, con particolare attenzione alle fasce di popolazione svantaggiata.

Nuovi ospedali e nuovo modello: comunicare il cambiamento

I cambiamenti che la sanità regionale sta affrontando sono tali e di tale complessità che necessitano di essere accompagnati da una costante e continua attività di informazione e comunicazione, oltre che da iniziative di coinvolgimento delle comunità locali.

Ciò assume particolare significato in occasione della realizzazione di nuovi ospedali per la rilevanza che assumono, sotto il profilo strutturale e tecnologico e del modello di cura e assistenza e, non ultimo, sotto il profilo della trasformazione urbana.

Il modello di ospedale ad alta intensità di cura è elemento di un sistema di assistenza complesso e integrato nell’ambito di un’organizzazione a rete dei servizi.

Esso si configura non come un elemento qualsiasi ma come nodo fondamentale della rete di assistenza sanitaria, che per svolgere al meglio il proprio compito deve poter contare sull'efficace funzione svolta dagli altri nodi che si occupano di erogare tipologie diverse di prestazioni sanitarie.

Tuttavia, al centro di questo sistema a rete complesso e, necessariamente connesso, non c'è l'ospedale, ma la persona, quale punto di riferimento primario delle nuove strutture e della riorganizzazione generale.

La comunicazione diviene indispensabile per far conoscere i cambiamenti e rafforzare la fiducia da parte della comunità, fornendo alla popolazione una informazione chiara, esauriente, comprensibile sulle caratteristiche di innovazione dei servizi e sulla "visione" che li sostiene. Saranno previsti pertanto nel triennio interventi di comunicazione con specifici finanziamenti per comunicare il cambiamento efficacemente e nell'interesse della comunità.

8.1.2 Partecipazione – Il sistema carta dei servizi e gli strumenti di tutela

La partecipazione dei cittadini, in forma singola o associata concorre alla realizzazione del diritto alla salute, secondo i principi di equità, accessibilità ed efficacia e rappresenta il presupposto fondamentale di una politica sanitaria che pone il cittadino al centro del sistema. La qualità dell'assistenza sanitaria è sempre più legata al coinvolgimento attivo dei cittadini e delle loro associazioni sia nella fase di programmazione dei servizi che di valutazione della qualità delle prestazioni.

I principali strumenti che garantiscono la partecipazione del cittadino sono:

- la carta dei servizi;
- i protocolli d'intesa con le associazioni di volontariato e tutela;
- la conferenza dei servizi;
- i comitati di partecipazione aziendali;
- il Forum regionale permanente per l'esercizio del diritto alla salute;
- il tavolo regionale per la sicurezza del paziente;
- gli strumenti di partecipazione diretta dei cittadini (indagini di gradimento, town meeting e valutazione civica);
- segretariato sociale.

La carta dei servizi

La Carta dei servizi rappresenta il principale strumento di partecipazione, di conoscenza delle attività offerte e di come accedere alle cure, di miglioramento della qualità complessiva dei servizi. I principi ispiratori sono proprio la centralità del cittadino, la tutela dei suoi diritti, l'umanizzazione delle cure.

La Carta dei servizi, introdotta nel nostro paese con la Direttiva del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e resa vincolante per gli enti erogatori di servizi pubblici dalla legge 273/95, si configura come un "patto" tra il soggetto erogatore del servizio ed il cittadino, all'interno del quale sono definiti gli obiettivi, gli impegni assunti per il loro raggiungimento, gli standard di riferimento, le modalità per misurare i risultati ed il livello di soddisfazione dell'utente, le modalità di comunicazione.

La comunicazione si configura come una dimensione essenziale della partecipazione. Elaborare e fornire una informazione accessibile contribuisce ad aumentare il livello di consapevolezza dei cittadini nella scelta delle prestazioni erogate e nelle attività di valutazione dell'intero sistema, producendo una domanda di salute più qualificata.

Nel corso dell'ultimo triennio la Regione Toscana ha promosso iniziative aziendali collegate allo sviluppo del sistema carta dei servizi, secondo quanto indicato dalle linee guida regionali (DGR 675/2004), in particolare ha finanziato progetti per favorire l'informazione al cittadino e l'accoglienza ai servizi (es. call center, sportelli polifunzionali, accoglienza nei presidi ospedalieri).

Le aziende hanno ampliato il proprio sistema di informazione, utilizzando diversi strumenti: numeri verdi, mass media, distribuzione di opuscoli nelle strutture aziendali e in luoghi di alta affluenza (farmacie, studi medici).

Tutte le aziende sanitarie hanno attivato un numero telefonico specifico, il “pronto salute”, per fornire ai cittadini informazioni sulle modalità di accesso e di erogazione dei servizi. In alcune aziende il servizio è stato potenziato fino a diventare un vero e proprio call center. In questi casi sono stati unificati i servizi di informazione e prenotazione per rendere il sistema di relazioni con i cittadini, nella fase di accesso ai servizi, più efficiente. In un’azienda sanitaria toscana è in atto un processo di trasformazione del call center dell’URP in un Contact center dove gli utenti possono ricevere un insieme di servizi e avere un’assistenza nell’accesso ai servizi sanitari. Sono state definite procedure per la gestione dei processi che coinvolgono il front office (operatori del contact center) ed il back office (rappresentato dai vari uffici e servizi interni) al fine di rispondere alle richieste dei cittadini in tempi brevi.

Nei presidi ospedalieri e nei pronto soccorso sono stati sviluppati servizi di accoglienza personalizzata e di orientamento ai cittadini che accedono ai servizi ed ai loro familiari. A questo fine è stato previsto in diverse aziende l’inserimento di operatori o volontari dedicati all’accoglienza, veri e propri “tutor” che si prendono cura del cittadino dal momento dell’ingresso sino alla sua dimissione, con particolare attenzione agli utenti anziani e disabili. Tali figure offrono ai ricoverati un supporto per il disbrigo delle pratiche amministrative sia durante la degenza che al momento della dimissione anche in relazione all’eventuale necessario collegamento con i servizi territoriali. Rappresentano inoltre un punto di riferimento nella gestione delle relazioni con l’azienda.

Sempre nell’ambito dell’umanizzazione dei servizi sono aumentati gli ospedali che garantiscono ampie fasce orarie di visita, compatibilmente con le esigenze cliniche dei ricoverati. Sempre più aziende assicurano all’occorrenza la presenza di un mediatore culturale per gli utenti stranieri.

Per quanto riguarda il monitoraggio del sistema, è stato consolidato e sviluppato l’Osservatorio regionale carta dei servizi pubblici sanitari. L’Osservatorio, istituito dieci anni fa, è un efficace strumento di rilevazione unico nel suo genere a livello nazionale. I risultati dell’osservatorio sono elementi importanti per focalizzare le criticità e orientare gli interventi di miglioramento, in particolare quelli finanziati dalla Regione.

Il Comitato regionale Carta dei servizi sanitari, istituito nel 2002, svolge un ruolo essenziale di approfondimento, di confronto e impulso al settore.

È stato definito un sistema integrato di tutela prevede un coordinamento tra le competenze degli Uffici relazioni con il pubblico, delle Commissioni miste conciliative e del Difensore civico, per una semplificazione e razionalizzazione della procedura di gestione dei reclami. Sono state fornite alle aziende indicazioni per gestire il sistema integrato di tutela in modo omogeneo e coordinato, anche in relazione al percorso privacy.

È stato attivato un sistema integrato di monitoraggio dell’attività di tutela, di livello regionale, anche al fine di promuovere risposte organizzative e di formazione del personale. In particolare è stato sviluppato un osservatorio regionale permanente del contenzioso, con l’avvio di un data base informatizzato per la raccolta dei dati sui sinistri.

Le azioni per il triennio

La diffusione dei contenuti della carta dei servizi presso la cittadinanza può incidere in modo significativo sulla effettività dei diritti degli utenti in ambito sanitario, e su un accesso più consapevole ed appropriato alle prestazioni sanitarie. La carta rappresenta, oltre che una forma di impegno verso i cittadini/utenti, anche un potente strumento della direzione aziendale e degli operatori per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento delle prestazioni e del servizio.

Per il raggiungimento di questi obiettivi la Giunta regionale promuove lo sviluppo delle iniziative nel settore attraverso:

- la realizzazione di un progetto Regione-aziende per l'invio a casa di tutti i cittadini toscani, entro il 2009, della carta dei servizi dell'azienda sanitaria di appartenenza, strutturata secondo un format comune;
- l'attivazione di forme di coordinamento e integrazione tra i punti informativi e di accesso delle aziende e di altri soggetti erogatori di servizi per facilitare un uso appropriato dei servizi e favorire una rete di informazione operativa sul territorio toscano, anche con il coinvolgimento della comunità locale in tutte le sue espressioni e forme di associazionismo;
- la promozione di iniziative aziendali collegate allo sviluppo del sistema carta dei servizi, secondo quanto indicato dalle linee guida regionali (DGR 675/2004), anche con finanziamenti ad hoc, in particolare per migliorare l'informazione, l'accesso ai servizi e la presa in carico del cittadino nel percorso di cura;
- il consolidamento del ruolo del Comitato regionale carta dei servizi sanitari, con la funzione di rappresentare a livello regionale un momento di confronto e coordinamento delle esperienze in atto e una sede propositiva per lo sviluppo di specifiche iniziative;
- il potenziamento del ruolo centrale dell'Osservatorio regionale Carta dei servizi pubblici sanitari quale strumento di monitoraggio del processo, anche nell'ambito del sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie;
- il consolidamento del sistema integrato di tutela, con il coordinamento delle competenze degli Uffici relazioni con il pubblico, delle Commissioni miste conciliative e del Difensore civico;
- il potenziamento di un sistema integrato di monitoraggio dell'attività di tutela, di livello regionale;
- la definizione di una normativa regionale relativa a modalità di risoluzione alternative a quella giurisdizionale per le controversie in materia di responsabilità sanitaria, volta ad assicurare ai cittadini che intendano aderirvi risposte tempestive e trasparenti;
- il consolidamento del Centro di riferimento regionale sulle criticità relazionali, quale strumento di intervento nell'ambito delle problematiche relazionali, a disposizione degli operatori e delle organizzazioni sanitarie, prevedendo a tal fine anche appositi finanziamenti regionali;
- la realizzazione di percorsi formativi rivolti agli operatori URP, volti a sviluppare competenze per gestire correttamente i processi di comunicazione interna ed esterna;
- la realizzazione di azioni tese a sviluppare l'esperienza del Segretariato Sociale.

All'interno del progetto "CUP unico regionale" verrà organizzato un unico servizio di call center regionale tale da garantire risposte in linea con le ragionevoli aspettative del cittadino anche rispetto ai tempi medi di risposta.

Le Aziende in particolare sono impegnate a:

- favorire il raccordo programmatico e operativo tra le iniziative di informazione e comunicazione, quelle di sviluppo del sistema Carte dei servizi, al fine di assicurare il necessario raccordo nel sistema di qualità aziendale, (in particolare integrare gli impegni dichiarati sulla carta dei servizi con gli obiettivi del piano di miglioramento aziendale);
- approvare, aggiornare annualmente e diffondere la Carta dei servizi con riferimento alle indicazioni regionali, in particolare assicurare la diffusione della carta dei servizi on line sul sito aziendale;
- portare a conoscenza dei cittadini, tramite anche la carta dei servizi aziendale, quelle strutture aziendali che mettono in atto un sistema di "buone pratiche" per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente;
- adeguare il regolamento di tutela dei cittadini in coerenza con gli indirizzi regionali, garantire l'istituzione della Commissione mista conciliativa ed il rispetto dei tempi di risposta al cittadino dichiarati sul regolamento aziendale;
- promuovere la partecipazione dei cittadini e rafforzare il ruolo di specifici Comitati interni all'azienda;
- sviluppare i protocolli di intesa con le associazioni di volontariato e tutela, di cui all'art.19 della L.R. 22 del 2000, con particolare riferimento all'accoglienza, alla partecipazione e alle indagini di soddisfazione;

- attivare gli strumenti di verifica più idonei rispetto agli impegni assunti, e tra questi le indagini sulla soddisfazione dell'utenza;
- utilizzare l'analisi dei reclami per verificare il conseguimento degli obiettivi di qualità;
- predisporre, in occasione della Relazione sanitaria aziendale, una sintesi ad alto contenuto comunicativo sui risultati conseguiti, da pubblicizzare nell'ambito della Conferenza dei Servizi;
- convocare con cadenza annuale la Conferenza dei Servizi, quale strumento principale di partecipazione e confronto sui risultati conseguiti rispetto agli impegni assunti nella Carta.

Gli standard specifici di qualità dichiarati nella Carta costituiscono obiettivo di budget per i dirigenti e la retribuzione di risultato si basa anche sugli obiettivi di qualità individuati nella Carta.

Altri strumenti

Presso la Giunta regionale opera dal 2001 un Forum permanente per l'esercizio del diritto alla salute. Ne fanno parte l'Assessore Regionale al diritto alla salute, che lo presiede, ed associazioni di tutela e promozione dei diritti dei cittadini/utenti.

Nel Forum si realizzano momenti di confronto, consultazione e proposta su tutte le materie attinenti al diritto alla salute.

È stato istituito inoltre il Tavolo per la sicurezza del paziente, che riunisce membri designati dal Consiglio Sanitario Regionale e rappresentanti del Forum dei Cittadini. Questo tavolo di lavoro regionale nasce con l'intento di favorire l'analisi e discussione dei problemi e delle soluzioni concernenti la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente.

La Regione ha realizzato vari momenti di confronto diretto con i cittadini/utenti tramite la realizzazione di indagini di gradimento in merito ai servizi sanitari offerti e tramite strumenti innovati di democrazia partecipata come il Town meeting. Quest'ultimo rappresenta una modalità nuova di lavoro; viene utilizzato per raccogliere indicazioni dai cittadini in merito ad alcune scelte di politica sanitaria. Il punto di vista del cittadino rappresenta infatti un termine di riferimento fondamentale per la qualificazione del sistema.

Le aziende sanitarie assicurano la partecipazione dei cittadini e dei loro rappresentanti tramite i protocolli di intesa, con i quali stabiliscono gli ambiti e le modalità di collaborazione. In quasi tutte le aziende è presente uno spazio a disposizione delle associazioni dei cittadini per attività di informazione e accoglienza.

In alcune aziende sanitarie già da anni operano comitati di partecipazione, che riuniscono rappresentanti dei cittadini e categorie di malati. Tali comitati svolgono attività di consultazione sui processi organizzativi aziendali di rilevanza socio-sanitaria e di proposizione di azioni di miglioramento riguardanti i percorsi assistenziali ed il rapporto con i cittadini (accoglienza, liste di attesa, umanizzazione dei servizi).

Le azioni per il triennio

Il sistema sanitario intende utilizzare sempre di più il parere dei cittadini nella valutazione dei servizi e valorizzare la partecipazione delle comunità nelle scelte per la salute e nella programmazione sociale e sanitaria. Si impegna a sviluppare forme di collaborazione e coinvolgimento, valutando anche la possibilità di introdurre e diffondere nuovi strumenti di valutazione civica.

Intende rafforzare il ruolo dei comitati di partecipazione all'interno delle aziende sanitarie e rendere più incisivo il loro contributo, che rappresenta la prospettiva dei cittadini utenti.

A livello regionale si vuol consolidare il ruolo del Forum dei cittadini e del Tavolo per la sicurezza del paziente, quali momenti fondamentali di confronto sulla funzionalità dei servizi e sui programmi di intervento.

8.1.3 Il percorso privacy

Sono trascorsi quattro anni dall'entrata in vigore del codice in materia di protezione dei dati personali: testo

unico adottato con DLgs 30 giugno 2003 n 196 che coordina le disposizioni emanate dal 1996 in materia di privacy. Lo scopo del codice è di garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto di protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati deve avvenire nel rispetto dei principi di necessità, pertinenza e non eccedenza, nel perseguimento di scopi legittimi. In relazione ai dati trattati in ambito sanitario, si deve inoltre tenere conto che il Codice della privacy (titolo V) riserva una particolare tutela ai dati idonei a rilevare lo stato di salute.

Già da tempo la Regione Toscana è impegnata nel coordinamento di un "percorso privacy nella comunità regionale toscana", esteso non solo alla sanità ma a tutti gli ambiti di propria competenza, per adeguare le azioni del governo regionale a un concetto non formale ma reale di riservatezza, attraverso scelte di adeguate modalità organizzative e di comportamento, allo scopo di attivare un processo di miglioramento della qualità dei servizi offerti al cittadino.

È in questo contesto che si colloca l'azione congiunta della direzione generale diritto alla salute e politiche di solidarietà e della direzione generale organizzazione e sistema informativo per definire e realizzare un protocollo di interventi nella sanità, in materia di protezione dei dati personali, che garantisca continuità e unitarietà di indirizzo.

La direzione generale del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà ha dunque operato in stretto raccordo con l'ufficio privacy regionale, supportando la Giunta regionale per l'attuazione di quanto previsto nei precedenti piani sanitari regionali in materia di tutela della riservatezza, tra cui assume particolare rilievo:

- il progetto regionale "consenso" con il quale si è inteso assolvere agli obblighi di rilascio dell'informativa e di acquisizione del consenso da parte degli esercenti delle professioni sanitarie e delle Aziende Sanitarie previsto degli articoli 76 e seguenti del Codice;
- le direttive alle Aziende Sanitarie sui profili privacy nell'esercizio della tutela degli utenti del Servizio Sanitario Toscano;
- l'armonizzazione delle soluzioni organizzative e procedurali che le Aziende Sanitarie hanno adottato in attuazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia di privacy in ambito sanitario;
- l'avvio del "sistema di anonimizzazione" dei flussi nell'ambito del Sistema informativo sanitario.

L'utilizzo da parte della Regione di dati anagrafici che identificano direttamente l'interessato (nome, cognome, codice fiscale, codice sanitario) non risulta strettamente indispensabile quando il trattamento di dati è effettuato per perseguire le finalità di programmazione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, nel rispetto del principio di necessità di cui all'art.3 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali). Pertanto il trattamento dei dati da parte della Regione per tali finalità avviene sulla base di un codice univoco.

La direzione generale ha inoltre collaborato alla predisposizione del regolamento ex L.R. 13/2006 che ha individuato quali dati sensibili e giudiziari possono essere trattati, e in che modo, per il perseguimento delle finalità di rilevante interesse pubblico, anche in ambito sanitario, dalla Regione e dagli enti regionali (Allegato A) e dalle Aziende sanitarie (allegato B). Il regolamento, adottato dopo parere di conformità del Garante, costituisce per i soggetti pubblici un indispensabile presupposto di legittimità per ogni trattamento di dati che non sia già completamente definito da una espressa disposizione di legge o disciplinato in altro modo dal Codice.

Compito del governo regionale nel periodo di riferimento dell'attuale Piano Sanitario Regionale, è di sviluppare, nell'ambito del più generale sistema privacy regionale, i percorsi intrapresi fino a questo momento in considerazione della necessità di:

- implementare la concertazione preventiva con gli organi delle Aziende Sanitarie per l'applicazione in

maniera omogenea delle successive disposizioni normative in materia di privacy e dei provvedimenti del Garante con particolare riferimento ai trattamenti di dati sensibili;

- verificare il grado di raggiungimento dei risultati previsti dal progetto “consenso” ed eventualmente confermare la collaborazione con i soggetti che si sono resi disponibili per la sua attuazione, in primo luogo i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, per ulteriori iniziative che si rendessero necessarie nell’ambito della tutela della riservatezza;
- garantire il completamento del sistema di anonimizzazione dei dati entro l’attuale legislatura. A tal fine si prevede di costituire, in accordo con le aziende sanitarie, un gruppo di lavoro per la progettazione e implementazione di una soluzione a regime, che preveda l’attribuzione da parte delle aziende sanitarie del codice univoco “muto” e la trasmissione alla Regione dei dati già codificati, fermo restando che la Regione acquisisce anche i dati anagrafici che identificano direttamente l’interessato per le finalità amministrative di propria competenza, quali la gestione della mobilità sanitaria e relative compensazioni interaziendali e interregionali, nonché le specifiche esigenze di controllo e verifica.
È prevista inoltre una sistematica attività di monitoraggio dell’operato, che dovrà produrre una relazione sullo stato di avanzamento, che costituirà parte dell’aggiornamento del Documento Programmatico per la Sicurezza, redatto in conformità alle disposizioni del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;
- garantire la realizzazione di nuovi servizi in ambito sanitario nel rispetto dei principi di riservatezza e di tutela dei dati personali.

8.2 La programmazione

Il sistema sanitario toscano si fonda sul principio della programmazione, quale strumento volto a garantire la correlazione tra offerta e domanda valutata, tramite l’integrazione intersettoriale e lo sviluppo di un sistema a rete dei servizi, valorizzando il ruolo della comunità e delle sue rappresentanze istituzionali.

Elementi qualificanti della programmazione, in linea di continuità con il PSR 2005–2007, sono: la definizione degli obiettivi e delle regole di funzionamento del sistema, la definizione dei criteri di appropriatezza delle prestazioni, la determinazione di standard di funzionamento dei servizi, l’indirizzo per l’attivazione dei processi aziendali di produzione e controllo, la definizione dei criteri e requisiti di accreditamento e la valutazione della qualità dei servizi erogati e degli esiti della programmazione. Rivestono, inoltre, una funzione importante le competenze epidemiologiche presenti negli Istituti di ricerca, nelle Università toscane, così come presso l’ISPO, la Fondazione Monasterio e l’ARS. Tali competenze sono presenti anche nelle Aziende Sanitarie ove svolgono un ruolo essenziale a supporto dei processi di programmazione sanitaria e di valutazione dei risultati.

8.2.1 Il procedimento di programmazione

Il livello regionale

La programmazione sanitaria è parte integrante della complessiva programmazione regionale.

L’evoluzione dei modelli generali di riferimento per l’attività di programmazione enfatizza l’attenzione alla coerenza non solo tra programmi regionali relativi a diverse aree di interesse, ma anche tra i vari strumenti della programmazione settoriale, rendendo ancor più necessario l’inquadramento della programmazione sanitaria regionale nell’ambito di una dimensione più ampia, nella quale le azioni per la salute si intrecciano con le linee del piano regionale di sviluppo e di tutti quei piani e programmi che attengono ad ambiti connessi, a diversi livelli, con quello della salute umana (ambiente, territorio, cultura, ecc...).

Peraltro, se da un lato a livello regionale è crescente la connotazione intersettoriale della programmazione sanitaria, dall’altro si consolida la necessità di rendere sistemico l’apporto degli enti locali alla programmazione ed al controllo dell’attività sanitaria, in particolare di quella ad alta integrazione socio sanitaria; prova

ne sia la conferma ed estensione del modello organizzativo proposto nel precedente PSR per l'assistenza territoriale ed i servizi ad alta integrazione socio sanitaria, che ha trovato la sua più significativa espressione nella sperimentazione delle Società della salute.

Ciò posto, è necessario che la Giunta regionale supporti le funzioni di indirizzo, valutazione e controllo in sanità mediante:

- a) la valorizzazione delle competenze professionali presenti nel sistema al fine di incrementare le funzioni conoscitive sui bisogni, sulla domanda di salute e sui determinanti sociali e ambientali della salute stessa, attraverso lo sviluppo dei flussi informativi, anche di carattere epidemiologico, nonché della relazione sanitaria annuale delle aziende sanitarie, quale fonte insostituibile di conoscenze utili alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'organizzazione del sistema;
- b) la definizione di standard di riferimento regionale e di Area Vasta che costituiscano obiettivo e vincolo per le aziende sanitarie. Gli standard organizzativi e sanitari, rappresentano la traduzione operativa dei livelli di assistenza ed il riferimento per la valutazione delle domande di accreditamento da parte dei soggetti pubblici e privati rispetto alla programmazione regionale. Per il contenuto tecnico – professionale di elevato livello che caratterizza tale funzione, occorre che l'azione regionale, oltre che avvalersi degli organismi tecnici a disposizione (Direzione regionale, ARS, Consiglio Sanitario Regionale), coinvolga le strutture operative presenti nelle aziende sanitarie, per contestualizzare le scelte;
- c) l'ulteriore sviluppo degli strumenti e dei metodi per la valutazione ed il controllo del sistema, con riferimento ai risultati raggiunti dalle aziende sanitarie in termini di qualità ed efficienza dei processi organizzativi ed operativi.

Il livello aziendale e di area vasta

Mentre si confermano procedure e ruolo della programmazione aziendale e dei relativi strumenti attuativi, così come disciplinati dalla normativa regionale (Piano Attuativo Locale, Piano Attuativo Ospedaliero, programma annuale, piani integrati di zona – distretto), viene invece potenziata strategicamente la programmazione di Area Vasta.

Già il PSR 2005–2007, in linea con la disciplina del Servizio Sanitario Regionale, aveva indicato la concertazione interaziendale di Area Vasta come dimensione ottimale sia della programmazione sia dell'integrazione dell'offerta, con l'obiettivo di privilegiare l'appropriatezza degli interventi e mitigare i possibili effetti in contrasto con una logica a rete del sistema, derivanti dall'articolazione dell'offerta, dalla variabilità non sempre programmabile o semplicemente prevedibile della domanda e dal meccanismo economico della remunerazione a tariffa compensativa in regime di "mobilità sanitaria" (prestazioni a cittadini/e non residenti nel territorio dell'azienda unità sanitarie locale). Fermo restando che il riferimento ottimale per l'erogazione delle prestazioni di base rimane il territorio di riferimento aziendale.

Il PSR 2008–2010 intende rafforzare la programmazione interaziendale, mirando ad una maggiore coerenza e rilevanza del coordinamento di Area Vasta e ad un contatto più stretto tra questo ed i responsabili delle competenti strutture della Direzione Generale della regione.

In particolare, i coordinatori di Area Vasta, con il supporto tecnico di cui alla lettera e), promuoveranno la definizione partecipata ed integrata di Piani di Area Vasta (P.A.V.) con funzione di indirizzo alla programmazione locale, incentrati sui seguenti elementi fondanti:

- a) la concertazione come strumento e metodo di programmazione – L'Area Vasta, oltre ad essere strumento di garanzia per l'appropriatezza dei servizi e l'integrazione dei percorsi assistenziali, è anche il luogo di concertazione dove si apportano modifiche alle previsioni gestionali in atto e/o si consolidano le previsioni dei Piani Attuativi Locali e dei Piani Attuativi Ospedalieri. Deve essere quindi realizzato l'obiettivo del "Bilancio consolidato di area vasta", e di uno strumento di programmazione economica di area vasta, così da consentire la valutazione economica integrata dei risultati aziendali e del connesso impiego di risorse;

b) gli ambiti della concertazione di Area Vasta – Sono sottoposte a concertazione a livello di Area Vasta, in considerazione della missione delle singole aziende sanitarie e dei vincoli di sistema, le scelte aziendali di sviluppo organizzativo, di innovazione che implicano elevati investimenti e di avvio di nuove attività. In particolare:

- per le attività relative a funzioni operative a carattere regionale, nonché per il potenziamento di attività con investimenti rilevanti, l'azienda sanitaria assume iniziative solo a seguito di preventivi accordi in ambito di Area Vasta che ne valutino gli effetti in termini di qualificazione delle prestazioni, costi, effetti sulla mobilità sanitaria, fattibilità e produttività;
- l'attività di base è compito prevalente dell'azienda unità sanitaria locale, salvo quanto di competenza dell'azienda ospedaliera per le proprie finalità d'istituto e per la presenza di uno specifico bacino di utenza ad essa attribuito; l'azienda USL concorda in sede di Area Vasta i programmi di sviluppo o contenimento dell'attività laddove possano verificarsi fenomeni di duplicazione di attività e variazioni di rilievo nei flussi di mobilità; in particolare l'intesa interaziendale è obbligatoria nel caso in cui le attività riguardino l'azienda USL e l'azienda ospedaliera con bacino d'utenza nello stesso territorio provinciale;
- l'azienda ospedaliera costituisce di norma polo di riferimento per le attività di alta specializzazione, al fine di assicurare una qualificazione diffusa dell'attività e l'attivazione di percorsi assistenziali appropriati ed efficaci; l'azienda ospedaliera "A. Meyer" partecipa, per le materie di competenza, alle procedure di concertazione di tutti gli ambiti di Area Vasta in quanto azienda pediatrica di ambito regionale;
- per l'implementazione di procedure innovative e per l'avvio di attività che comportano uso di tecnologie nuove o ad alto costo, le aziende sanitarie possono assumere iniziative previa concertazione a livello di Area Vasta dove si tenga conto degli effetti sulle attività ordinarie, dell'interesse interaziendale all'attività, delle eventuali necessità di sperimentazione, dei costi e dei benefici delle innovazioni, anche in considerazione delle valutazioni di impatto delle nuove tecnologie secondo analisi costi-benefici effettuate sia a livello regionale che a livello dell'Area Vasta. In proposito si rimanda a quanto precisato al punto 7.4.3 in ordine alla valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA).

Avvalendosi dell'ARS e delle professionalità presenti nelle aziende sanitarie, sentito il Consiglio Sanitario Regionale, la Giunta regionale definisce appositi standard di riferimento per le attività di alta specializzazione e, in particolare, per la valutazione del fabbisogno di posti letto intensivi con il fine di realizzare una rete di coordinamento di Area Vasta e regionale per il bisogno ospedaliero di terapia intensiva polifunzionale, nonché parametri di dotazione di particolari tecnologie ad alto costo, con riferimento agli specifici ambiti territoriali.

Le Aree Vaste costituiscono l'ambito funzionale in cui validare gli standard quantitativi e qualitativi, individuati in relazione ai livelli di appropriatezza delle prestazioni.

Per gli ambiti di cui sopra la concertazione di Area Vasta, rappresentando atto di programmazione regionale, costituisce elemento per la verifica delle condizioni di compatibilità delle richieste relative alla realizzazione di nuove strutture, rispetto alla programmazione regionale.

Al fine di sviluppare le conoscenze connesse all'uso innovativo ed appropriato delle tecnologie sanitarie, viene costituita apposita struttura dedicata di livello regionale (vedi 7.4.3);

c) la funzione di coordinamento tecnico professionale – Per consentire l'esercizio del governo clinico ai diversi livelli del sistema e la crescita in rete del sistema di offerta delle prestazioni specialistiche di ricovero ed ambulatoriali di secondo livello, le aziende sanitarie di ciascuna Area Vasta individuano e mantengono – qualora già attivate – reti di coordinamento tecnico interaziendale, anche in forma dipartimentale, per settori omogenei, che, anche sulla base di specifici indirizzi regionali, svolgano i seguenti compiti:

- elaborare proposte di sviluppo delle attività e delle relative risorse che rispondano ai requisiti della programmazione di Area Vasta, alla luce dell'evoluzione delle procedure cliniche e diagnostiche nonché dei livelli di complessità e qualificazione delle prestazioni;

- garantire un effettivo coordinamento delle attività delle singole aziende sanitarie al fine di assicurare ai cittadini percorsi assistenziali integrati, utilizzando a pieno le professionalità presenti;
- sviluppare, in sinergia con le competenti strutture regionali, apposite linee guida a livello regionale, validare quelle esistenti o elaborate dalla commissione regionale allo scopo costituita, curarne la implementazione e la valutazione a livello di Area Vasta, al fine di sviluppare una vera e propria funzione di “Governo Clinico”.

Al fine di evitare la separazione fra attività ospedaliere e territoriali, il coordinamento professionale deve essere assicurato da operatori che svolgono la loro attività in ambito ospedaliero ed in ambito territoriale.

Il coordinamento tecnico interaziendale deve tendere alla valorizzazione in rete dei livelli di offerta delle prestazioni e dei servizi specialistici esistenti nelle diverse aziende sanitarie, salve le attività di alta specializzazione, per le quali sono individuate le competenze delle aziende ospedaliere, anche per sollecitare forme utili di incentivazione della produttività e della qualità;

- d) le funzioni di coordinamento degli enti locali – In considerazione del ruolo di indirizzo che la Conferenza dei Sindaci riveste in ambito della programmazione regionale, sarà rafforzata anche attraverso la legge di istituzione delle Società della Salute, il raccordo della programmazione di Area Vasta con le articolazioni della stessa Conferenza.
- e) il coordinamento delle aziende – Al fine di facilitare il coordinamento interaziendale, per ciascuna Area Vasta è designato un coordinatore tra i direttori generali delle aziende sanitarie di competenza. Per l’esercizio delle proprie funzioni, il coordinamento si avvale dei direttori sanitari ed amministrativi delle aziende nonché di altri operatori a ciò designati dai direttori generali. Nell’ambito del coordinamento interaziendale potrà essere costituito uno staff di supporto per la funzione di programmazione;
- f) le funzioni territoriali e della prevenzione – Per le funzioni territoriali e di prevenzione collettiva, fermo restando il livello di direzione operativa aziendale, possono essere adottati atti di concertazione interaziendale in relazione a progetti e programmi di interesse comune a dimensione sovra aziendale. Alle procedure di concertazione possono essere invitati, i soggetti terzi più appropriati secondo le rispettive competenze (I.Z.S., A.R.P.A.T., ARS, etc).

Gli atti di programmazione di Area Vasta organizzano lo sviluppo a rete del sistema sanitario, in particolare della rete specialistica ospedaliera, secondo gli obiettivi e i contenuti del Piano Sanitario Regionale.

Gli atti di programmazione interaziendale, con valenza di programmazione generale per gli specifici settori individuati dal Comitato di Area Vasta, ai quali sono applicate le procedure della concertazione, sono approvati dal Consiglio regionale e costituiscono strumenti della programmazione sanitaria a livello regionale. Essi definiscono e organizzano nell’Area Vasta le politiche sanitarie contenute nel Piano Sanitario Regionale. Le determinazioni non di valenza generale, ma relative ad intese e accordi tra le Aziende sanitarie, relative ad aspetti di coordinamento ed indirizzo organizzativo, economico-finanziario, logistico, etc., vengono assunte direttamente dal coordinatore di Area Vasta ad integrazione di quanto previsto dalla programmazione regionale, come competenza della concertazione di Area Vasta o, comunque, attuative degli atti di programmazione interaziendale.

8.2.2 La partecipazione nel procedimento di programmazione

Anche alla luce dei modelli generali di programmazione adottati dalla Giunta regionale, assume un peso determinante la partecipazione consapevole al processo di programmazione sanitaria di una pluralità di soggetti istituzionali, professionali e sociali, impegnati ognuno in relazione alle proprie competenze e responsabilità a fare avanzare una politica di qualità ed innovazione nella sanità toscana.

Il nuovo Piano Sanitario Regionale, in coerenza con il principio cardine di una proattiva e preventiva presa in carico del paziente in una logica di “iniziativa” del Servizio Sanitario Regionale nei confronti del cittadino, ribadisce l’importanza di un’intesa tra tutti gli attori del sistema, per coniugare tutte le competenze e professionalità, con la sensibilità istituzionale, l’attitudine alla ricerca e l’impegno volontaristico che contraddistinguono il “modello toscano” di sanità.

In un simile contesto assumono un ruolo centrale le aziende sanitarie e gli operatori, a cominciare dalle professioni mediche e infermieristiche.

I contenuti del Piano Sanitario Regionale tengono conto del dialogo fecondo tra istituzioni, aziende e operatori sanitari, sviluppato tramite appositi strumenti di relazione e conoscenza e della esperienza di responsabilizzazione nelle azioni di governo del sistema di servizi (governo clinico e responsabilità gestionale).

Tale partecipazione assume, peraltro, rilevanza centrale anche nella fase di elaborazione da parte della Giunta regionale degli specifici indirizzi attuativi. Di norma il coinvolgimento si realizza attraverso gruppi di lavoro per progetto o per azione, all’interno dei quali sono chiamati a partecipare rappresentanze degli operatori interessati, designati dai direttori generali. Ove richiesta la partecipazione di specifiche esperienze professionali in seno a tali commissioni, queste sono designate dal Consiglio Sanitario Regionale.

Le aziende sanitarie e gli enti ed organismi che intrattengono rapporti istituzionali con il Servizio Sanitario Regionale sono chiamati inoltre alla realizzazione del Piano Sanitario Regionale anche attraverso l’attiva partecipazione dei propri operatori a sostegno delle strutture della direzione generale competente in materia.

Particolare rilievo riveste l’assunzione di una responsabilità diretta da parte dei medici e degli operatori della dirigenza sanitaria, nello sviluppo delle competenze e degli impegni professionali nell’ambito del governo clinico del sistema, sia l’assunzione della piena responsabilità gestionale dei servizi e delle strutture di competenza, per trovare la massima condivisione tra obiettivi aziendali e l’operatività del professionista nel percorso assistenziale, nell’interesse e per la sicurezza del cittadino anche attraverso la piena applicazione della Legge 251/2000.

Si conferma a proposito l’impegno regionale a valorizzare il contributo degli operatori del Servizio Sanitario sia attraverso il loro coinvolgimento nelle attività di programmazione e di governo, sia attraverso lo sviluppo della libera professione intramoenia della dirigenza del ruolo sanitario con particolare riferimento all’attività libero professionale organizzata dall’azienda su richiesta di terzi (pubblici o privati). Quest’ultima modalità consente, infatti, una partecipazione diretta in termini d’attività professionale remunerata, anche da parte di quegli operatori che, in relazione all’attività istituzionale svolta, sono soggetti a limitazioni pratiche.

I processi di analisi dei bisogni, di valutazione dell’appropriatezza della domanda e di programmazione dell’offerta si devono arricchire inoltre mediante il confronto con le componenti della società civile attraverso il sistema della concertazione.

Nel rigoroso rispetto della totale autonomia delle funzioni decisionali degli organi politici e tecnici, la concertazione permette la reale integrazione delle istanze sociali ed il mantenimento del consenso, condizioni imprescindibili alla realizzazione di ogni politica sanitaria.

Il criterio che deve guidare la concertazione è quello del raggiungimento della massima utilità sociale, mai disgiunto dal perseguimento dei principi di qualità, appropriatezza e produttività attraverso i provvedimenti da adottare nel rispetto dell’equità, dei diritti e dei bisogni delle parti minoritarie.

La partecipazione riguarda sia il livello di programmazione regionale, sia quello di Area Vasta e locale. Si attiva in via ordinaria quando esplicitamente previsto dalla normativa o, in via straordinaria, quando ritenuto opportuno dai soggetti titolari della programmazione o considerato necessario dai soggetti sociali che ne fanno formale richiesta.

La partecipazione riguarda le organizzazioni sindacali, gli enti locali e le loro istanze rappresentative, le rappresentanze degli imprenditori generali e di settore sanitario e socio-sanitario, gli Ordini e Collegi professionali, le associazioni rappresentative del cittadino-utente, le rappresentanze degli interessi diffusi, le organizzazioni *non profit* e le ulteriori istanze rappresentative della società toscana. Particolare rilevanza nel settore

sanitario riveste il confronto istituzionale con le università toscane, anche per il ruolo che svolgono per la partecipazione istituzionale alle aziende ospedaliero–universitarie.

Il metodo di lavoro adottato deve salvaguardare la massima possibilità di dialogo e di comunicazione quanto l'efficienza e la razionalità del confronto nell'interesse del cittadino da un lato e del rapporto virtuoso tra *governance* e *performance* dall'altro.

Gli enti che partecipano al confronto devono impegnarsi ad assicurare che i portatori di interesse che essi rappresentano siano informati correttamente sui contenuti del confronto stesso, in modo che questo diventi anche lo strumento per realizzare la partecipazione del maggior numero possibile di cittadini, accrescendo la consapevolezza sulle motivazioni delle trasformazioni del sistema.

In conclusione la partecipazione, nel processo programmatico socio–sanitario toscano, è il momento in cui il governo del sistema si allarga alle parti sociali, raccogliendone le istanze e la collaborazione sugli obiettivi di salute.

Gli Enti locali

Ai fini di una crescita complessiva del Servizio Sanitario Regionale e delle politiche di assistenza sociale, si conferma la necessità della collaborazione con i Comuni, pur nel quadro delle diverse funzioni che l'ordinamento loro attribuisce, secondo le previsioni generali di rapporto a livello di sistema di aziende, che trovano ulteriore rafforzamento con la costituzione, non più sperimentale, delle Società della Salute ed attraverso i Piani integrati di salute di zona–distretto.

Le Organizzazioni sindacali

Il riassetto della sanità regionale può avere pieno successo solo attraverso il coinvolgimento di tutti i lavoratori del settore e delle loro organizzazioni sindacali.

Con le organizzazioni sindacali confederali è stata costruita una vasta ed impegnativa esperienza di confronto, basata su protocolli di rapporto, partecipazione e confronto ormai ampiamente consolidata.

Il nuovo Piano Sanitario Regionale richiede uno sviluppo di questo rapporto organico, ferma restando l'autonomia dei soggetti contraenti, essendo chiaro il nesso stretto tra gli obiettivi di risposta ai bisogni, di qualificazione delle politiche di salute e quelli di sostenibilità, che richiedono la valorizzazione di tutte le risorse, a cominciare ovviamente da quelle umane, con un'attenzione rinnovata al tema della produttività e del merito.

Un ruolo nuovo è da prevedere anche per il sindacalismo medico e della dirigenza sanitaria, chiamati a contribuire in modo specifico alla crescita del senso di appartenenza al SSR e ad una rinnovata attenzione sulla qualità, dove sia riaffermato il primato delle esigenze di salute dei cittadini.

Nei procedimenti di concertazione e contrattazione le organizzazioni sindacali partecipano ai vari livelli e secondo le modalità generali disciplinate dalla normativa vigente, dagli accordi sottoscritti e dal CCNL, ed intervengono su atti che hanno valore di strumenti di regolamentazione e programmazione regionale.

Per quanto concerne l'Area Vasta, la concertazione, di livello territoriale, avviene sulla base degli accordi preventivamente conseguiti con le organizzazioni sindacali di livello regionale. Tale concertazione costituisce l'ambito entro il quale le aziende assumono le proprie determinazioni.

A livello locale la concertazione è svolta, con i rispettivi livelli istituzionali, sugli atti di programmazione e su quelli di governo previsti per le nuove Società della Salute, sulle determinazioni da adottare prima che queste siano sottoposte alle procedure di approvazione.

Nel rispetto di quanto previsto in tema di relazioni sindacali dall'articolo 136 della L.R. 40/2005 e dall'articolo 18 della L.R. 41/2005 si sottolinea la necessità che venga assicurata un'informazione preventiva e l'attivazione di tavoli specifici di confronto per tutte le materie che, ai vari livelli, abbiano rilevanza operativa riguardo a organizzazione del lavoro, modifiche organizzative dei servizi, innovazioni e sperimentazioni, con particolare riferimento a ospedali per intensità di cura, relativi riassetto della rete ospedaliera e territoriale e per tutta la medicina di iniziativa. Per quanto attiene all'organizzazione dei servizi e del lavoro si rinvia anche a quanto previsto dai CCNL di comparto o convenzioni.

Le Università toscane

La Toscana è stata la prima regione italiana a dare attuazione ai protocolli d'intesa Regione–Università sull'attività assistenziale ed intende mantenere con il Piano Sanitario Regionale un ruolo d'avanguardia nel settore.

Il nuovo protocollo d'intesa, che andrà ad aggiornare quello in vigore, rafforza lo spirito di integrazione della componente ospedaliera con quella universitaria, imprimendo una nuova accelerazione all'innovazione, alla produttività scientifica, al rapporto con le imprese, alla valorizzazione e tutela della proprietà intellettuale, alla formazione decentrata sul territorio che coniughi il sapere con il fare (reti formative) ed alla valutazione della performance, nel contesto di più forti rapporti di sistema, specie per quanto attiene ai temi della qualificazione dell'attività e dell'impegno sulle alte specialità in un'ottica di partecipazione ai piani integrati di salute.

La programmazione sanitaria regionale ha l'obiettivo di valorizzare al massimo il ruolo e le potenzialità delle aziende ospedaliere–universitarie che svolgono un ruolo essenziale nell'attuazione delle funzioni regionali e nell'organizzazione dei centri di riferimento, oltre che nell'attivazione e qualificazione delle politiche di concertazione di Area Vasta.

La scelta strategica della qualità e dell'appropriatezza (nella inderogabile esigenza di raggiungerla dentro i vincoli delle risorse economico–finanziarie ed umane) chiama anche l'università ad un rinnovato impegno di coerenza con tali principi, a partire dall'attuazione di nuovi modelli organizzativi che obbligano a condividere non solo strutture, ma anche criteri e valori.

Le imprese nei servizi socio – sanitari

Il processo di qualificazione dei servizi passa anche attraverso un rapporto più stretto e proficuo con le imprese del settore, impostando rapporti di collaborazione e integrazione, anche attraverso sperimentazioni gestionali come previsto dalla normativa regionale.

Le strutture sanitarie private dovranno concorrere ad assicurare i livelli essenziali ed appropriati d'assistenza, nel quadro di una crescita qualitativa e di una generale garanzia di sicurezza per tutti i cittadini, nell'ambito delle regole definite per il procedimento di accreditamento

Per quanto concerne il rapporto con i soggetti gestori dei servizi socio–sanitari e socio–assistenziali, un ruolo particolare spetta al privato sociale e *non profit*, in relazione alla sintonia fin qui verificata in ordine alle finalità del servizio ed alla centralità che in esso va attribuita al cittadino.

Il volontariato e la tutela dei cittadini

Il modello toscano di sanità deve molto alla presenza ed all'impegno del volontariato per il raggiungimento degli obiettivi di efficacia, appropriatezza e umanizzazione delle prestazioni. Dal Piano Sanitario Regionale 2008–2010 scaturiscono in questo senso rinnovate aspettative, dal momento che nelle strategie che lo caratterizzano è insita una crescente attenzione al concetto di accoglienza e di servizio, nel più forte radicamento della prestazione sanitaria nel territorio e con un maggiore rapporto con le espressioni solidaristiche presenti nella regione.

Anche in questo campo assume particolare rilievo per il volontariato l'impegno alla qualificazione ed alla innovazione, per conseguire efficacia ed appropriatezza delle prestazioni, lavorando sui temi strategici della formazione, dell'organizzazione del servizio, dell'integrazione con le strutture pubbliche nel rispetto degli obiettivi della programmazione.

Quanto agli organismi ed alle associazioni di tutela dei cittadini, è evidente che una strategia impostata sulla qualità esalta il rapporto di collaborazione e confronto dialettico con la Regione dando rilievo alla partecipazione civica ed all'impegno consapevole nella valutazione della qualità, della costruzione di un più saldo rapporto fiduciario tra cittadini e Servizio Sanitario a sostegno dei valori fondamentali del Piano Sanitario Regionale.

8.3 ESTAV: verso un moderno ed efficiente centro servizi

Nel corso del precedente piano sanitario l'azione regionale per razionalizzare e ottimizzare le funzioni gestionali non sanitarie si è concentrata nella progettazione e sperimentazione dei consorzi di Area Vasta secondo le indicazioni definite dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 144/2002. La Regione ha pertanto stabilito lo scorporo di un determinato numero di funzioni di supporto tecnico e amministrativo alle aziende sanitarie e il transito delle medesime ai nuovi soggetti istituiti con la citata deliberazione n. 144/2002. Tenuto conto del carattere assolutamente innovativo del processo di *outsourcing*, fra i primi a livello nazionale per dimensione e portata dell'intervento, la Regione ha stabilito di intervenire a partire dalle attività di approvvigionamento (funzione "acquisti"), valutando in tale settore la capacità operativa dei consorzi in relazione ai risultati ottenuti sotto il profilo economico e di razionalizzazione organizzativa e procedurale.

La decisione della Regione è intervenuta a seguito di un'approfondita analisi di scenario, che ha tenuto in particolare conto la complessità del mercato di beni sanitari, il rapido processo di innovazione dei prodotti e delle procedure e la necessità di crescita di competenze professionali diversificate sul territorio. Tale situazione ha assegnato alla funzione acquisti una rilevanza strategica per gli ESTAV, tenuto anche conto di fenomeni di crescente asimmetria nelle capacità e nei poteri della domanda e dell'offerta, ove quest'ultima presenta un carattere viepiù sovraregionale e sovranazionale dei mercati ed una sempre maggiore capacità di influenza sui mercati stessi da parte delle ditte fornitrici.

Prima dell'attivazione della sperimentazione consortile le aziende sanitarie si caratterizzavano, in particolare sotto questo aspetto, per la scarsa dimensione operativa e la ridotta circolazione delle informazioni e conoscenze tra i diversi soggetti, nonché per una ridotta specializzazione della funzione acquisti. Questa asimmetria rendeva possibile il verificarsi di effetti distorsivi del mercato a tutto danno della economicità delle procedure di acquisto pubbliche, e ha, conseguentemente, reso indispensabili iniziative di valorizzazione del sistema delle aziende e delle professionalità ivi esistenti per evitare duplicazioni di funzioni ed accrescere la forza contrattuale della domanda e le competenze specialistiche dei soggetti pubblici.

I risultati economici ed organizzativi raggiunti nel corso della sperimentazione del sistema consortile di Area Vasta risultano allineati agli obiettivi di processo: la Regione è pertanto impegnata, nel corso del presente Piano Sanitario, al completamento delle operazioni di trasferimento delle ulteriori funzioni dalle Aziende Sanitarie agli ESTAV con la revisione normativa già richiamata al precedente paragrafo e tramite specifici provvedimenti attuativi della Giunta regionale. Si conferma ai fini sopra descritti il disposto della deliberazione n. 317/2007 e sono pertanto funzioni soggette a scorporo e trasferimento, in accordo con le Aziende Sanitarie e nel rispetto dei protocolli sottoscritti.

- il completamento della gestione del processo di approvvigionamento (*supply chain*) a partire dalla determinazione del fabbisogno per concludere con i processi di assistenza, manutenzione e ricambio, con lo sviluppo di tecniche di contrattazione, contrattualizzazione, acquisizione, pagamento e monitoraggio delle forniture riferite al 'commercio elettronico' (*e-commerce*);
- la gestione delle strutture e dei processi logistici di distribuzione;
- la gestione delle tecnologie informatiche e del parco tecnologico non sanitario sulla base degli indirizzi già definiti dalla Giunta regionale con deliberazione n. 317/2007;
- il coordinamento delle attività inerenti gli affari legali con particolare riferimento alla gestione delle procedure assicurative;
- la gestione del personale in riferimento alle procedure di elaborazione dei cedolini paga, alle procedure concorsuali di reclutamento e alla contabilità dei relativi trattamenti economici;
- la gestione del patrimonio e dell'area tecnica per le funzioni ottimizzabili;
- la gestione delle reti informative sulla base delle specificità organizzative aziendali assicurando la funzione informativa di Area Vasta;

- i processi organizzativi relativi alle attività di formazione del personale.

Le funzioni sopra richiamate si coordinano, ove prescritto o necessario, con le specifiche disposizioni di settore. In particolare, anche tramite specifici provvedimenti e linee guida approvati dalla Giunta regionale, sono definiti specifici percorsi di integrazione con:

- le disposizioni regionali in materia di società dell'informazione (L.R. 1/2004);
- le disposizioni regionali, nazionali e di U.E. in materia di *e-procurement*;
- le indicazioni derivanti dalla programmazione di area vasta in relazione alla rilevazione del fabbisogno formativo;
- le attività dell'osservatorio regionale sui prezzi dei beni e servizi e delle tecnologie, con particolare riferimento alla standardizzazione dei processi di classificazione dei prodotti sui quali operare le scelte di acquisto anche ai fini del *benchmarking* interconsortile. Il trasferimento e le modalità di esercizio delle funzioni sopra indicate sono soggetti ad una verifica preliminare della Giunta regionale in relazione ad eventuali specificità inerenti l'attività delle Aziende Ospedaliere–Universitarie.

Il presente Piano individua un modello organizzativo che assegna agli ESTAV una funzione di staff rispetto ad ogni Area Vasta servita, una governance tecnica di *supporto/fornitore di servizi alle Aziende/partner*, in una dimensione professionale e funzionale.

Viene lasciata alle aziende sanitarie la governance gestionale (in un ruolo di cliente con l'individuazione dei fabbisogni, la programmazione e il monitoraggio su servizi ricevuti), mentre viene messa in capo ad ogni singola Area Vasta la governance strategica di pianificazione interaziendale in coerenza con gli indirizzi del presente Piano.

Ogni ESTAV perciò assume un ruolo chiave di *centro acquisti, distribuzione e servizi* che, guidato dalle esigenze di Area Vasta, eroga servizi di eccellenza alle aziende sanitarie. Gli ESTAV, senza rinunciare a un ruolo consulenziale e di analisi di mercato verso l'Area Vasta di riferimento, si concentrano soprattutto sullo sviluppo di un metodo condiviso, che quantifichi l'efficienza generata.

Tra gli interventi prioritari atti a sostenere il modello di governance anzidetto l'attenzione andrà posta sulla integrazione e la sostenibilità dell'organizzazione, implementando le forme più appropriate di *specializzazione funzionale* rispetto alle competenze presenti nell'organizzazione dei tre ESTAV, per esempio considerando i benefici di "ESTAV dedicati" a sostenere tipologie di servizi specifici da erogare/aziende da servire.

Esiste poi tutto uno spettro di azioni da intraprendere nell'area composita delle "Operazioni" (logistica, acquisti, distribuzione, sistemi informativi, monitoraggio e controllo) ove è necessario introdurre ulteriori miglioramenti: il coordinamento temporale con la formalizzazione del processo di programmazione (partendo dalla stima dei fabbisogni, esaminando gli scostamenti tra la stima ESTAV, basata su input delle Aziende, e il consumo effettivamente realizzato); l'uniformità delle procedure di gara e delle codifiche adottate, allineandosi alle *best practice* in essere; la reportistica e i flussi informativi per effettuare il controllo dell'andamento dei consumi aziendali, nonché la reportistica a consuntivo di Area Vasta; il riconoscimento di standard di acquisto e livelli di servizio erogati alle Aziende, accorciando i tempi di processo, per esempio dalla richiesta aziendale all'effettivo ordine, e ancora indicando la soddisfazione del "cliente" aziendale.

Per consolidare infine la dimensione sistemica e cooperativa, diventa sempre più decisivo affinare gli *strumenti di controllo di gestione* che rendano visibili, misurabili e confrontabili i vantaggi e i risparmi realizzati grazie agli ESTAV per il Sistema Sanitario Regionale, per esempio selezionando gli indicatori più significa-

tivi all'interno delle gare di fornitura, misurando il numero delle aziende che partecipano alle gare indette come indicatore di contesto sulla competitività del mercato.

8.4 Valorizzazione delle risorse umane, produttività e responsabilità di governo

Premessa fondamentale di qualsiasi politica di valorizzazione delle risorse umane è la consapevolezza che il capitale umano rappresenta il motore dell'innovazione. L'insieme di professionalità, conoscenze e capacità organizzative sono il vero capitale di un sistema sanitario.

Nella società contemporanea centrata sulla conoscenza e la comunicazione, il patrimonio intellettuale e sociale è un asset strategico di qualsiasi sistema pubblico. Le persone, nella loro attività quotidiana, scambiano all'interno del servizio sanitario dati informazioni esperienze e pratiche, incidendo in maniera significativa sull'attività organizzativa. Far emergere questo enorme capitale è prerequisito della definizione di una politica di valorizzazione delle risorse umane nel pieno rispetto dei contratti di lavoro e degli attori della contrattazione.

In quest'ottica, particolare rilievo va dato alla piena partecipazione delle donne ai luoghi decisionali della politica e delle istituzioni, per favorire efficaci azioni a favore dell'approccio di genere alla sanità, possibili solo se anche alle donne vengono assicurate le stesse opportunità.

La risorsa "personale" rappresenta per la sanità certamente la risorsa di maggiore rilevanza e criticità. Si tratta della risorsa che più incide nella qualità dei servizi erogati e da cui dipendono i risultati stessi conseguiti dal nostro sistema sanitario. La gestione del nostro personale rappresenta, infatti, una delle sfide di maggiore complessità perché le nostre aziende operano con strutture organizzative a "piramide rovesciata", dove i professionisti rappresentano la maggioranza degli operatori, dove le competenze sono elevate, dove la complessità del servizio erogato impone modalità di lavoro integrato e collaborativo.

Attraverso il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali e tavoli specifici di confronto occorre rivedere le attuali modalità di gestione delle risorse umane e le differenze presenti nelle strategie e nei meccanismi operativi nel contesto regionale per procedere all'individuazione di modalità più innovative e adeguate con cui valorizzare il lavoro degli operatori.

Si rende pertanto necessario implementare strategie di gestione che permettano alle organizzazioni sanitarie di migliorare i processi di comunicazione interna ed esterna, la motivazione degli operatori, i processi per attivare e sviluppare la crescita professionale.

La conoscenza del potenziale umano è la premessa per la definizione di qualsiasi politica di sviluppo organizzativo specifica. Questa conoscenza è ancora troppo frammentaria e parziale all'interno del sistema, anche perché notevoli sono le difficoltà nei sistemi complessi di sviluppare una comunicazione interna efficace.

Alcune azioni da realizzare al fine di acquisire questa conoscenza sono identificabili in:

- 1) lo sviluppo di politiche di comunicazione che favoriscano la creazione di una rete di scambio di conoscenze fra i diversi operatori ed ai diversi livelli del sistema;
- 2) l'implementazione di un portfolio delle competenze degli operatori;
- 3) la programmazione di interventi mirati alla valutazione del potenziale di sviluppo.

Le strategie di gestione e di sviluppo del personale devono anche essere definite sulla base di una verifica di attitudini e competenze di tipo clinico e tecnico per quanto attiene ai professional, in particolare nell'area chirurgica, e di tipo gestionale per quanto riguarda i manager, anche con riferimento alle Legge 43 e alla Legge 251/2000.

Le strategie di gestione e di sviluppo del personale devono incentrarsi sullo sviluppo di tre elementi principali:

- 1) *Motivazione delle persone.* La motivazione è strettamente collegata: al proprio ruolo nell'organizzazione e al significato che ha nel sistema, alla possibilità di essere ascoltati e di ricevere dei feedback, all'essere valutati rispetto al proprio lavoro secondo criteri condivisi, in ambito Aziendale anche con le RSU è necessario quindi che le politiche del personale siano orientate a costruire sistemi di comunicazione interna orientati allo sviluppo di reti sociali piuttosto che di gerarchie rigide, ad aprire canali di comunicazione tra i vari livelli piuttosto che inserire barriere, a realizzare valutazioni periodiche alle quali ancorare il sistema di incentivazione.
- 2) *Soddisfazione lavorativa.* La soddisfazione è strettamente correlata alla realizzazione del proprio progetto professionale personale (avanzamento di carriera, retribuzione e incentivazione, qualità del lavoro, rispetto dei diritti individuali e collettivi). In questo senso è compito dell'organizzazione misurare in maniera sistematica le aspettative e verificarne periodicamente la loro congruenza con i risultati raggiunti e il progetto personale complessivo. Di conseguenza devono essere definiti percorsi formativi e di carriera diversificati e variabili nel tempo di tipo professionale e manageriale che tengano conto sia delle esigenze dell'organizzazione che dello sviluppo del potenziale dei singoli operatori.
- 3) *Clima organizzativo.* Il clima è la percezione condivisa delle politiche organizzative, delle pratiche e procedure sia formali sia informali. Il clima influenza in maniera significativa i comportamenti delle persone ed il modo in cui si vive il proprio ruolo nell'organizzazione, ha effetti sulla qualità e la sicurezza delle prestazioni. Lo studio del clima e la gestione delle criticità relazionali deve quindi essere elemento di valutazione costante e continua e di eventuale intervento da parte di soggetti interni ed esterni all'organizzazione. Le indagini di clima interno condotte dal Mes, evidenziano la necessità di interventi coordinati e condivisi a livello regionale, che potenzino la capacità di azione delle aziende per valorizzare, senza sprechi, il lavoro degli operatori.

Nel rispetto di quanto previsto dal memorandum sul lavoro pubblico approvato nel 2007, lo sviluppo di queste tre dimensioni richiede la presenza di una cultura dell'organizzazione capace di farsi interprete dei bisogni espressi dagli operatori e di porre al centro dello sviluppo del sistema sanitario la valorizzazione delle persone come agenti di innovazione. In quest'ottica, la soddisfazione dell'utente non può essere disgiunta da un livello accettabile di motivazione e soddisfazione diffuse fra gli operatori all'interno di un clima e di una cultura favorevoli.

Nel settore dei servizi e ancora di più nella Pubblica Amministrazione che non ha un "mercato" che dia un "prezzo" alle sue attività, la produttività è difficile da misurare.

Vi sono, però, almeno due macro indicatori che concorrono a registrare lo stato di salute di una organizzazione: le reazioni di coloro che sono i primi beneficiari (cittadini) ed il disallineamento tra risorse disponibili e prestazioni erogate.

L'istituto della produttività, regolato dai contratti collettivi nazionali di lavoro e richiamato dal Memorandum sottoscritto da Governo, Regioni, Autonomie Locali e OO.SS. confederali in data 6 aprile 2007, potrà esser reso misurabile anche nella produzione di servizi sanitari, attraverso l'individuazione di parametri oggettivi, da costruire in specifici tavoli di confronto con le OO.SS regionali e che vedano la partecipazione di tutti i soggetti del sistema.

Pur distinguendosi su scala nazionale per il miglior rapporto in assoluto tra governance e performance, nel Sistema Sanitario Toscano persistono punti critici ed elementi che possono essere recuperati ad una maggiore efficienza.

Questo deve avvenire attraverso un efficace riassetto organizzativo nel rispetto dei diritti individuali e collet-

tivi, con il miglioramento del clima lavorativo e della motivazione del personale, ed anche con una più puntuale attenzione al fenomeno delle assenze.

A tal fine la Direzione Generale per il Diritto alla Salute della Regione Toscana, nella primavera 2007, ha istituito la Commissione regionale per le politiche delle risorse umane, avviando così una serie di azioni per individuare, in ogni azienda sanitaria, le migliori pratiche atte anche a contenere il fenomeno delle assenze.

Parte integrante di questo sforzo sarà contenuto nelle linee di indirizzo regionali per la piena applicazione delle norme contrattuali nazionali, anche al fine di implementare una linea di condotta uniforme nelle relazioni sindacali aziendali.

L'approccio scelto per incidere sull'indice di produttività del lavoro acquisterà significato solo se coniugato a precisi interventi strutturali indirizzati ad una strategia complessiva di valorizzazione della risorsa umana e professionale presente nelle aziende sanitarie, declinabile nelle seguenti azioni:

a) la rivisitazione dell'attuale organizzazione del lavoro, nel rispetto dei diritti, in rapporto agli obiettivi ed alle nuove modalità di intervento, previste dal presente piano, con particolare riferimento ad una maggiore responsabilizzazione e valorizzazione delle professioni e all'implementazione di nuovi modelli organizzativi a cominciare dall'ospedale per intensità di cura

Nel processo di riorganizzazione degli ospedali, risulta decisivo sia per quanto attiene ai ruoli professionali, sia per quelli di tipo gestionale, definire le strategie di sviluppo del personale sulla base di una verifica di attitudini potenziali e competenze.

Tale verifica può essere realizzata attraverso l'analisi dei carichi di lavoro e della distribuzione delle attività all'interno dei team clinici, per far emergere le competenze esistenti e definire linee di sviluppo e di carriera coerenti;

b) il disimpegno immediato dall'utilizzo delle così dette "prestazioni aggiuntive" a fronte di un adeguamento dell'organico, laddove indispensabile per rispondere alle necessità assistenziali;

c) il rispetto rigoroso dei diritti contrattuali.

L'esito atteso da queste, e da altre azioni che saranno concordate tra le parti, permetterà di fare una operazione di trasparenza, utilizzando al meglio le risorse per una valorizzazione del concetto di equità, insieme a quello del merito individuale e della produttività collettiva.

A partire dal 2008 sono, inoltre, previsti corsi di formazione per le figure apicali aziendali impegnate nella gestione del personale, al fine di innalzare il livello di competenze nelle relazioni sindacali ed affrontare con strumenti innovativi e coerenti il rapporto con le parti sociali nella consapevolezza delle prerogative e dei diritti di ciascuna e nel pieno rispetto della legalità.

L'impegno sul versante della produttività sarà vanificato senza una contestuale assunzione di responsabilità da parte dell'intero gruppi dirigente aziendale e regionale. Ciò porta due implicazioni operative:

1. far emergere nelle tre Aree Vaste una rete di figure professionali esperte nelle risorse umane che condivida e aggiorni le conoscenze e garantisca l'applicazione di una politica regionale;
2. sensibilizzare tutte le figure dirigenziali (a partire dalle direzioni aziendali) all'esercizio della leadership dei propri collaboratori, partendo dalla motivazione per concludersi nel controllo e nella valutazione dei risultati.

Se non si accetta il principio della responsabilità individuale, il discorso sul merito non può neppure cominciare: vi è un difetto di comprensione prima ancora che di condivisione culturale. Da questa consapevolezza emerge il secondo grande risultato atteso sul fronte della produttività: l'introduzione per gli attori chiave della diri-

genza di un sistema di valutazione della prestazione, in una logica “a cascata”, che partendo dal direttore generale dell’azienda allinei gli obiettivi di risultato (individuali e di squadra), di miglioramento della qualità, di budget economico-finanziari, per diffondere in modo virtuoso la normalità della valutazione come strumento di trasparenza verso l’interno del Sistema Sanitario, così come verso il cittadino.

L’ultima importante iniziativa nell’ambito della produttività riguarda il sistema premiante. In una cultura meritocratica si dà per scontato che la componente “meritevole” del rendimento possa essere colta e riconosciuta in quanto tale, nonché misurata, valutata e remunerata per quello che conta. La migliore qualità di lavoro e quantità di impegno giustifica una differenza di retribuzione variabile al pari di un riconoscimento di migliori opportunità di carriera, in luogo di dare premi indifferenziati.

Lo strumento del Bersaglio sviluppato dal MeS e l’uso degli indicatori, ormai adottato come standard per la valutazione di tutte le aziende toscane, è la spina dorsale dove inserire nella sua intezza il sistema di valorizzazione della prestazione individuale, nel contesto del più ampio sistema di valutazione della prestazione dell’azienda sanitaria, che comincia dalla definizione degli obiettivi per chiudersi con una politica capace di cogliere il merito di ciascuno.

Scegliere la produttività come uno dei quattro cardini nel nuovo Piano Sanitario assume dunque una rilevanza etica e politica affatto speciale. Il discorso sui meriti e talenti può fare un passo avanti – aiutando la politica sanitaria regionale a perseguire le sue sfide di cambiamento, dei modelli organizzativi – solo ad una condizione: stabilire un rapporto forte con le parti sociali, inserito in una stagione di riforme della Pubblica Amministrazione.

8.5 Le relazioni di sistema

8.5.1 Le Università

Risulta ormai consolidato il percorso istituzionale, disciplinato dal decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, che ha portato l’Università a partecipare a pieno titolo al Sistema Sanitario Regionale non più attraverso l’istituto della convenzione, ma tramite la trasformazione delle Aziende ospedaliere in Aziende Ospedaliero–Universitarie di cui gli atenei sono parte direttamente costitutiva e paritetica rispetto alla componente ospedaliera.

Va sottolineata la particolare rilevanza e difficoltà che ha assunto tale adempimento in quanto ha determinato l’inserimento di un soggetto istituzionalmente autonomo, quale appunto l’Università, in un quadro di regole alla cui condivisione e sviluppo essa oggi è chiamata, potendo di conseguenza contribuire alla qualificazione complessiva del sistema sanitario tramite l’apertura al sistema stesso e la diffusione di funzioni, quali ricerca e didattica, precedentemente caratterizzate da forte autonomia ed oggettive limitazioni

Il percorso si è concluso con l’adozione da parte delle Aziende Ospedaliero–Universitarie degli atti aziendali previsti dalla normativa e ciò ha determinato da un lato l’entrata in funzione degli organi previsti per le nuove aziende, dall’altro la necessità di adeguare gli strumenti di regolazione dei rapporti alle modifiche che caratterizzano il sistema. Il passaggio alla nuova forma di concorrenza istituzionale alle finalità del Servizio Sanitario Regionale è stato gestito tramite lo strumento del protocollo d’intesa tra Regione ed Università che, avendo a riferimento il quadro normativo nazionale (decreto legislativo 517/1999 ed Atto di indirizzo e coordinamento del 2001 dallo stesso previsto), ha definito tra l’altro:

1. il principio dell’integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca tra Servizio Sanitario e Università;
2. il principio della leale cooperazione nella definizione dei rapporti reciproci;

3. le linee generali della partecipazione delle Università alla programmazione sanitaria regionale;
4. i parametri per l'individuazione nell'ambito dell'Area Vasta delle strutture assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca, nonché gli obiettivi ed i criteri organizzativi dei dipartimenti integrati;
5. nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, il volume ottimale delle attività assistenziali ed i criteri per l'individuazione delle risorse strutturali necessarie per lo svolgimento delle attività integrate di cui al punto 1;
6. le modalità di partecipazione dell'Università alla gestione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, anche in termini finanziari;
7. gli aspetti istituzionali, compresa la composizione dell'organo di indirizzo previsto dal d.lgs. 517/1999.

I protocolli d'intesa, introdotti dal decreto legislativo 502/1992, sono essenziali per instaurare le relazioni di sistema tra Servizio Sanitario Regionale e gli atenei e si dividono nelle seguenti tipologie:

- a. protocolli per disciplinare la collaborazione per le attività assistenziali funzionali alle esigenze istituzionali dell'Università;
- b. protocolli per lo svolgimento delle attività di formazione di base e specialistica per il corso di laurea in medicina e chirurgia;
- c. protocolli per la formazione per i restanti corsi di laurea di primo e di secondo livello della facoltà di medicina e chirurgia;
- d. protocolli per disciplinare le relazioni con l'Università per ulteriori attività di collaborazione con il Servizio Sanitario Regionale.

Il protocollo d'intesa relativo alla parte assistenziale definisce le soglie operative sulla base della casistica minima da conseguire per la costituzione delle strutture organizzative afferenti alle funzioni operative delle Aziende Ospedaliero Universitarie.

I criteri generali di riferimento per l'individuazione del numero di unità operative sono definiti, nel rispetto della L.R. 40/2005 art. 61 commi 8 e 9, dal citato protocollo di intesa Università – Regione Toscana.

Con appositi protocolli d'intesa vengono disciplinate e regolate le materie e le forme di relazione delle attività formative. Le procedure di formazione dei protocolli e degli accordi prevedono la partecipazione degli ordini e collegi professionali. Tali protocolli ed i relativi accordi attuativi riguardano:

- la definizione delle esigenze in merito allo sviluppo dei percorsi formativi per le specializzazioni mediche e la formazione delle altre competenze professionali sanitarie infermieristiche, della riabilitazione, tecniche e di vigilanza e ispezione;
- la collaborazione all'individuazione di specifici corsi di perfezionamento scientifico e di Master, anche ai sensi dell'articolo 3, comma 8 del decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509 (Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei), tenuto conto delle esigenze di ulteriore qualificazione degli operatori del Servizio Sanitario Regionale.

I rapporti con le altre Università toscane (Scuola di Studi Superiori Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna di Pisa – Scuola Normale Superiore di Pisa e Università per stranieri di Siena).

Per il prossimo triennio il presente piano mantiene e sviluppa le forme di collaborazione tra il servizio sanitario regionale e le altre università presenti in Toscana mediante la definizione di appositi protocolli e intese.

Per quanto riguarda in particolare la Scuola di Studi Superiori Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna di Pisa, i rapporti sono regolati dal protocollo di cui all'allegato n.6, parte integrante del presente piano.

8.5.2 Gli altri soggetti del sistema

Agenzia regionale di sanità (ARS)

Con la legge regionale 10 luglio 2006, n. 28 si è definita la nuova disciplina dell'Agenzia regionale di sanità. Le finalità e i compiti di ARS sono richiamati dagli articoli 1 e 2 di detta legge. L'ARS pertanto fa parte dei soggetti che interagiscono con il sistema sanitario regionale e collabora come ente strumentale e funzionale per l'attività di studio e ricerca in materia di epidemiologia e verifica di qualità dei servizi sanitari attuando quanto previsto dal presente piano.

La Fondazione toscana Gabriele Monasterio

Con la L.R. 21 giugno 2006 n. 25 e successive modifiche e integrazioni di cui all'art. 19 della L.R. 40/2007, la Regione Toscana ha costituito assieme al CNR la "Fondazione toscana Gabriele Monasterio per la ricerca medica e di sanità pubblica", portando così a realizzazione l'indicazione programmatica del precedente PSR, volta a dare stabilità all'innovativa esperienza di collaborazione nel campo della ricerca medica e dell'assistenza sanitaria specializzata, realizzata tra l'Istituto di Fisiologia clinica del CNR (CREAS IFC-CNR), le Aziende del Servizio sanitario regionale e l'Università.

Le finalità, l'organizzazione e i campi di attività della Fondazione, al cui interno sono confluiti, in particolare, l'Ospedale Pediatrico Apuano (OPA) e i beni immobili, impianti e attrezzature del CREAS IFC-CNR finalizzati al complesso delle attività normate dal preesistente protocollo di intesa e accordi attuativi tra Regione Toscana e CNR, sono stati disciplinati con la Deliberazione CRT 5 luglio 2006, n.65 .

La Fondazione, come indica la L.R. 25/2006 soprarichiamata, partecipa alle attività del Servizio sanitario regionale come presidio specialistico ospedaliero nell'ambito dell'Area Vasta nord-ovest e in relazione con le Aziende sanitarie toscane, svolge attività di ricerca, sperimentazione e formazione in collaborazione con le Università e le Aziende ospedaliere universitarie per il miglioramento e lo sviluppo dell'assistenza nel SSR, si relaziona con gli organismi di Area Vasta per garantire la coerenza del proprio piano aziendale con la programmazione di Area Vasta e le indicazioni regionali. Per la remunerazione delle attività assistenziali e le funzioni di riferimento regionale e di elevata qualificazione e innovazione svolte dalla Fondazione a favore del SSR, viene ad essa applicata la disciplina prevista per il finanziamento delle Aziende ospedaliere-universitarie di cui all'art. 28, commi 1 e 2, della L.R. n. 40/2005.

La Fondazione Gabriele Monasterio si colloca pertanto, quale nuovo soggetto, tra le componenti del sistema sanitario toscano, erogando prestazioni specialistiche nell'ambito della cardiologia e cardiocirurgia per adulti e pediatrica (anche con proiezione operativa presso l'A.O. "A. Meyer") e in genere delle malattie cardiopolmonari e discipline affini, compreso il riferimento alle patologie sistemiche che costituiscono rischio o fattori condizionanti l'evoluzione delle malattie cardiopolmonari, nonché della diagnostica multimodale per immagini e di medicina di laboratorio, con particolare riferimento ai biomarkers di rischio e di evoluzione delle patologie interessate.

Obiettivo del prossimo triennio è quindi quello di portare alla piena operatività la Fondazione toscana Gabriele Monasterio per la ricerca medica e di sanità pubblica, sviluppando tutte le potenzialità in essa insite, quale punto di eccellenza nei settori della cardiologia e della cardiocirurgia pediatrica e dell'adulto e luogo di stretto connubio tra ricerca e sanità, in una logica di relazioni di sistema e di coerenza con le indicazioni strategiche della programmazione sanitaria regionale. Nell'ambito del sistema di Area Vasta nord ovest, saranno individuate specifiche modalità di coordinamento tra la Fondazione e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria pisana.

Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO)

Il Centro per lo studio e la prevenzione oncologica (CSPO) è stato istituito con la legge regionale n.52 del 6 aprile 2000, successivamente modificata, come ente regionale dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa e gestionale, ai fini del riconoscimento statale quale IRCCS, e si caratterizza come soggetto di natura scientifica, operante nel settore della prevenzione oncologica, con attività assistenziali legate alle sue finalità istituzionali. La incompleta disciplina dell'ente contenuta nella L.R. 52/2000 e

le problematiche emerse relative alla gestione finanziaria del Centro hanno determinato la necessità di avviare un generale processo di riordino e di riassetto delle funzioni dell'ente, operato con legge regionale n. 3 del 4 febbraio 2008, recante *“Istituzione e organizzazione dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO). Gestione liquidatoria del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica”*.

La legge regionale citata ha disposto il subentro, a far data 1°luglio 2008, dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) nelle attività, già espletate dal Centro per lo studio e la prevenzione oncologica (CSPO), inerenti la ricerca e valutazione nel campo della prevenzione primaria e secondaria dei tumori, nonché l'assistenza sanitaria e psicologica in favore dei pazienti affetti dalle principali neoplasie e la relativa attività di formazione e informazione in materia.

L'ISPO espressamente riconosciuto quale ente del servizio sanitario regionale, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile espleta, per la Regione Toscana e per le aziende sanitarie, tramite singole convenzioni, le seguenti attività istituzionali:

- a) la ricerca, la valutazione epidemiologica e gli interventi nel campo della prevenzione primaria e secondaria dei tumori;
- b) la promozione e realizzazione di programmi di screening oncologico per le principali neoplasie;
- c) l'assistenza sanitaria e psicologica, la riabilitazione ed il follow-up in regime ambulatoriale in favore dei pazienti affetti dalle principali neoplasie;
- d) la gestione del registro toscano tumori, del registro di mortalità regionale, nonché la gestione delle mappe di rischio oncogeno, la gestione del centro operativo regionale (COR) per i tumori professionali;
- e) la sperimentazione clinica, con riferimento alle attività complessive dell'Istituto.

È previsto, inoltre, che l'ISPO effettui: attività ambulatoriali diagnostiche e specialistiche; attività di ricerca anche attraverso la partecipazione a bandi di ricerca europei; attività di aggiornamento professionale nella prevenzione oncologica per le aziende del servizio sanitario regionale e nazionale (formazione esterna).

Il processo di revisione del CSPO, attraverso la istituzione dell'ISPO e relativo subentro nell'attività del CSPO, è stato predisposto, in parte per superare i limiti del precedente assetto amministrativo-contabile del Centro, in parte per non disperdere in alcun modo l'attività tecnico-scientifica e di centro di riferimento, posta in essere negli anni dal CSPO, anche al fine di non cagionare cesure al processo di riconoscimento in IRCCS già intrapreso.

La legge regionale 3/2008 prevede, infatti, che la Giunta regionale presenta richiesta di riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto ai sensi del D. Lgs. 288/2003 (inerente il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), statuendo che, a seguito del riconoscimento dell'Istituto quale IRCCS, sarà presentata al Consiglio regionale una proposta di modifica della legge regionale 3/2008, al fine di adeguare l'ordinamento interno dell'ISPO alle disposizioni contenute nel Decreto legislativo citato.

Auxilium Vitae

L'Auxilium Vitae svolge ormai da anni un ruolo di rilievo soprattutto nell' Area Vasta Nord Ovest nel campo della riabilitazione, con riferimento a quella inserita nel percorso cardiovascolare, a quella neurologica e, più recentemente, a quella relativa alle gravi patologie respiratorie.

Si vanno inoltre intensificando i raccordi funzionali con il centro INAIL, nell'ambito delle patologie muscolo scheletriche e con altri centri di ricerca regionali, così che si configura sempre più, per il polo riabilitativo di Volterra, un ruolo di rilievo di area vasta e regionale.

In considerazione di quanto sopra la Giunta regionale è impegnata a definire un Protocollo d'intesa che meglio delinea la collaborazione tecnico-scientifica e le scelte allocative assistenziali che si rendono indispensabili, sulla scorta della programmazione che perverrà dalla Area Vasta stessa sulla base degli indirizzi regionali.

8.5.3 Gli Istituti scientifici

La disciplina della materia è quella recata dalla l.r. 40/2005 che all'articolo 14 prevede che i rapporti con i soggetti in questione si instaurino sulla base di protocolli d'intesa adottati nell'ambito del Piano Sanitario Regionale

La Legge prevede altresì che i rapporti convenzionali per le attività assistenziali con il Servizio Sanitario Regionale siano instaurati tra le aziende sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei predetti protocolli d'intesa.

Sono compresi in tale categoria di soggetti:

- a. l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Stella Maris" con la propria sede di Pisa – Calambrone;
- b. l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Don Gnocchi" con la propria sede di Pozzolatico.

Con riferimento ai soggetti di cui alle lettere a) e b), il presente Piano conferma quanto previsto a riguardo dal PSR 2005–2007, in particolare in ordine alle scelte allocative in materia assistenziale ed alla previsione di collaborazioni tecnico scientifiche.

8.5.4 Le relazioni con le imprese private

Nel riproporre un quadro di pari dignità tra produttori ed erogatori, tra soggetti pubblici e soggetti privati, confermando un tavolo di confronto di livello regionale con la partecipazione della Regione, di rappresentanze delle aziende unità sanitarie locali degli istituti privati e dei professionisti, si ribadisce la titolarità delle aziende unità sanitarie locali nella individuazione dei bisogni dei cittadini/e e della programmazione complessiva dell'offerta di prestazioni di propria competenza, nell'ambito degli indirizzi e con i vincoli della programmazione regionale.

La Giunta regionale prende atto dei risultati della concertazione e definisce un documento quadro riguardo agli obiettivi generali, alla durata dei rapporti, al "bisogno" delle varie tipologie di prestazioni, ai controlli e requisiti societari delle imprese. Rimangono tutte le attuali normative che regolano la materia.

Si confermano i seguenti principi:

- a) le istituzioni private ed i professionisti sono ammessi ad operare nel servizio sanitario, a carico delle risorse regionali disponibili, solo previa contrattazione con il titolare pubblico della programmazione locale: l'Azienda Unità Sanitaria Locale; l'esito della contrattazione è costituito da specifici accordi contrattuali con le singole istituzioni private stipulati ai sensi della normativa vigente. Contenuti e modalità della contrattazione sono di pertinenza locale, all'interno del quadro generale sopra stabilito e della programmazione di Area Vasta e Regionale. La contrattazione sarà ispirata a principi di qualità, livello di servizio, efficienza, produttività e competitività, oltre a quanto espressamente citato nelle altre parti di questo paragrafo;
- b) le istituzioni private ed i professionisti ammessi alla contrattazione devono risultare in regola con le procedure previste dallo sviluppo della normativa sull'accreditamento ed il loro rapporto sarà risolto ove non risultassero più in regola con le procedure ed i requisiti ivi previsti. Le istituzioni private e i professionisti ammessi alla contrattazione devono altresì corrispondere ai requisiti societari risultanti dal confronto di livello regionale, per quanto riguarda la solidità imprenditoriale e gestionale, le coperture assicurative, i profili del personale impiegato, e il rispetto delle norme contrattuali. Le Aziende Unità

Sanitarie Locali sono titolari del sistema dei controlli;

- c) l'attività delle istituzioni private e dei professionisti accreditati sono sottoposte alle stesse regole vigenti per le strutture pubbliche in tema di modalità di erogazione delle prestazioni, di appropriatezza ed eventuali limitazioni delle stesse.

Nell'ambito dei rapporti contrattuali che le Aziende intrattengono con le strutture private che erogano prestazioni sanitarie, si richiama il "Patto per la sicurezza e la regolarità del lavoro in Toscana" ed i suoi contenuti, che mirano ad assicurare con continuità occupazionale, solidità di impiego e garanzia di applicazione delle norme contrattuali nel mondo delle imprese private, ciò che costituisce per la Regione Toscana obiettivo essenziale ed ineludibile.

8.5.5 Le convenzioni mediche

Il fondamento del sistema di relazioni fra il servizio sanitario nazionale ed i vari professionisti medici che svolgono ruoli differenziati nel sistema ma che afferiscono all'area della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale, è la specifica convenzione, di durata triennale, conforme agli accordi collettivi nazionali, che trova la sua matrice nell'articolo 8 d.lgs. 502/1992.

Gli accordi regionali realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione della Regione rispetto a quelli dell'Accordo convenzionale nazionale e coerenti con i livelli assistenziali ed uniformi di assistenza.

La Giunta regionale, in applicazione delle tre convenzioni nazionali: "ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale" (atto di Intesa della Conferenza Stato Regioni del 23.03.2005), "ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità (Biologi, Psicologi, Chimici) ambulatoriali" (atto di Intesa della Conferenza Stato Regioni del 23.03.2005), "ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta" (atto di Intesa della Conferenza Stato Regioni del 15.12.2005), ha sottoscritto con le organizzazioni sindacali legittimate alla trattativa e alla stipula i seguenti accordi integrativi:

1. ACN Medicina Generale. Preaccordo per la medicina generale, recepito con Deliberazione di Giunta regionale del 17.10.2005, N.1015;
2. ACN Medicina Generale. Accordo regionale medici di assistenza primaria, recepito con Deliberazione di Giunta regionale del 27.03.2006, N.216;
3. ACN Medicina Generale. Accordo regionale relativo ai medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale, recepito con Deliberazione di Giunta regionale del 18.12.2006 N.956;
4. ACN Medicina Specialistica. Preaccordo per la medicina specialistica, recepito con Deliberazione di Giunta regionale del 03.04.2006 N.230;
5. ACN Medicina Specialistica. Accordo integrativo al preaccordo, recepito con Deliberazione di Giunta regionale del 06.11.2006 N. 823;
6. ACN Medicina Specialistica. Definizione conclusiva dell'accordo regionale, recepito con Deliberazione di Giunta regionale del 10.04.2007 N. 257;
7. ACN Medicina Specialistica. Accordo regionale per la trasformazione del rapporto da T.D. a T.I. degli Psicologi operanti presso gli Istituti di pena, provenienti dal Ministero di Grazia e Giustizia, recepito con Deliberazione di Giunta regionale del 03.04.2006 N. 231;
8. ACN Medicina Specialistica. Accordo regionale pro tempario medici veterinari, recepito con Deliberazione di Giunta regionale N. 888 del 03.12.2007;
9. ACN Medicina Specialistica. Approvazione accordo regionale per trasformazione incarico da T.D. a T.I. dei medici veterinari nelle Aziende UU.SS.LL., recepito con Deliberazione di Giunta regionale N.92 del 11.02.2008;

10.ACN Medicina Pediatrica. Accordo regionale per la pediatria di famiglia, recepito con Deliberazione di Giunta regionale N. 55 del 29.01.2007.

Tutti gli accordi si inseriscono in un quadro regionale, individuato dai vari atti di programmazione, tendenti al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- attuazione dei percorsi assistenziali;
- sviluppo della qualità dei servizi;
- perseguimento dell'appropriatezza delle prestazioni;
- implementazione dell'attività ambulatoriale e domiciliare;
- ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica.

8.5.6 Le relazioni con il terzo settore

Il Terzo settore è, in Toscana, una realtà radicata e organizzata, costantemente in crescita negli ultimi anni, testimoniata da un ricchissimo tessuto di volontariato, associazionismo, cooperative sociali e altri enti no profit. Sono circa 4.200 le associazioni censite dalla Regione (cioè iscritte ai registri regionali), fra le quali oltre 2.400 sono le organizzazioni di volontariato, prevalentemente impegnate nel settore sanitario, nel sociale e nel socio-sanitario. Le cooperative sociali sono oltre 500, fra le quali circa il 60% svolgono servizi socio-sanitari ed educativi (cooperative sociali di tipo A).

Le origini antiche e la diffusione capillare sul territorio hanno creato in Toscana le condizioni favorevoli per una collaborazione fra Terzo settore e istituzioni più intensa che altrove, con forme di integrazione frequenti, soprattutto in ambito sanitario, sociale e socio sanitario.

L'impostazione è oggi consolidata dalla prospettiva culturale e politica, nonché dalla produzione normativa più recente, che configurano il sistema dei servizi sanitari e sociali come sistema integrato, che non affida le risposte solo alle istituzioni, ma è capace di attivare le energie e le potenzialità di tutte le parti economiche e sociali. Si presentano quindi nuove e impegnative opportunità di partecipazione per i soggetti del Terzo settore, riconosciuti come soggetti in grado di contribuire non soltanto all'erogazione delle prestazioni, ma anche alla definizione dei bisogni di salute. Le organizzazioni di volontariato, le associazioni e le cooperative sociali sono, in altri termini, chiamate ad integrare le funzioni pubbliche ai vari livelli in cui si esprimono, dalla progettazione all'attuazione degli interventi.

Per rendere effettiva la partecipazione dei soggetti sociali alle funzioni pubbliche, l'obiettivo prioritario diventa quello di sviluppare adeguati sistemi di sussidiarietà verticale e orizzontale affinché istituzioni e Terzo settore possano dar vita a rapporti di collaborazione e di partnership. In tale contesto è importante, come già previsto dal Piano integrato sociale regionale, l'impegno della Regione per l'elaborazione di norme, linee guida, modelli di riferimento attraverso cui i soggetti del privato sociale possano concretamente contribuire alla costruzione e organizzazione del sistema dei servizi, tenendo conto dell'esigenza di garantirne la rappresentanza e, nel contempo, salvaguardando le specificità e l'autonomia di ciascun soggetto.

Si impone, in particolare, nella programmazione pubblica dei servizi locali una riflessione sul ruolo del Terzo settore. In tal senso, un esempio di interazione efficace è costituito dal protocollo di intesa per la realizzazione di una struttura di radioterapia presso il PO del Valdarno, siglato fra il C.A.L.C.I.T. e la componente pubblica. Con particolare riferimento agli organismi di partecipazione previsti nell'ambito delle Società della salute, occorre verificare se gli strumenti in campo sono adeguati e sufficienti a garantire che le energie del mondo del volontariato e del Terzo settore diventino parte integrante del processo di governo e co-progettazione dei servizi definiti attraverso i piani integrati di salute.

Anche rispetto all'affidamento dei servizi dovranno essere ricercate e promosse soluzioni migliorative, per favorire – nel rispetto dei principi fondamentali di trasparenza, concorrenza e legalità – rapporti pubblico/privati che valorizzino le capacità progettuali e relazionali dei soggetti affidatari, garantendo un consono standard qualitativo delle prestazioni. Dovranno altresì essere adeguatamente sottolineate le irrinunciabili funzioni di regolazione, garanzia e controllo svolte dal potere pubblico.

9. Le risorse

9.1 Il governo delle risorse economico finanziarie

Il Fondo Sanitario Regionale

Ai sensi dell'art. 25, comma 1, della L.R. 40/2005, il Fondo sanitario regionale, viene suddiviso in tre parti:

- Fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali;
- Fondi finalizzati allo sviluppo dei servizi;
- Fondi finalizzati alla organizzazione del sistema.

Il fondo ordinario di gestione è finalizzato ad assicurare le risorse per la gestione ordinaria delle attività, siano esse gestite direttamente dalle aziende unità sanitarie locali che da queste erogate tramite produttori diversi pubblici e privati in base alla normativa vigente. Esso è distribuito tra le aziende unità sanitarie locali secondo un criterio di equità rispetto alla popolazione residente opportunamente ponderata in ragione del bisogno rilevato.

I fondi per lo sviluppo dei servizi sono finalizzati a sostenere finanziariamente programmi regionali ed azioni di piano tese alla copertura di specifici fabbisogni per servizi di alta qualificazione o per interventi di particolare rilievo nell'ambito delle politiche regionali di sostegno delle attività rivolte alle fasce di popolazione più deboli.

I fondi finalizzati all'organizzazione del sistema sono destinati a finanziare organi e istituzioni sanitarie di carattere regionale, nonché le iniziative dirette della Regione in materia di innovazione e sviluppo del sistema, ivi compresa l'erogazione di assistenza a fasce particolarmente svantaggiate nell'ambito di progetti di cooperazione internazionale.

Ai sensi dell'art. 25, comma 2, della L.R. 40/2005, la Giunta regionale procede annualmente all'accantonamento di un fondo da destinare al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario complessivo del sistema. Tale fondo, che ha la finalità di accompagnare i processi aziendali di recupero di efficienza, è ripartito tra le aziende sanitarie sulla base della individuazione negoziale di specifici obiettivi e risultati a ciò tesi.

Il quadro di riferimento finanziario pluriennale è specificato nel paragrafo 7 del rapporto di valutazione che accompagna il presente Piano.

In termini programmatici, si conferma il vincolo di destinazione del fondo sanitario regionale per la prevenzione previsto dal precedente piano sanitario regionale nel 5%, alla cui determinazione concorrono i finanziamenti ordinari per quota capitaria alle aziende unità sanitarie locali e parzialmente i fondi speciali a destinazione vincolata, che dovranno tener conto anche dell'allocazione dei Laboratori di Sanità Pubblica.

Del 5% così definito, si assume nel triennio al 2% l'obiettivo di spesa per l'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro.

Il fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali

Per l'assegnazione del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali si seguono i seguenti

criteri: a) Il totale del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali è determinato annualmente dalla Giunta regionale sulla base delle risorse disponibili; il 90% del fondo è ripartito a livello regionale tra i livelli e i sotto -livelli di assistenza in quote determinate, tenendo conto delle risorse effettivamente impiegate negli esercizi precedenti, corrette da indicazioni programmatiche e depurate delle quote finalizzate relative ai fondi speciali, che non si distribuiscono uniformemente tra tutti i livelli di assistenza; per il triennio 2008-2010 le quote nette di distribuzione del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali sono le seguenti:

Livelli e sottolivelli	Composizione % del fondo
Prevenzione collettiva	5,00
Assistenza territoriale	53,00
Di cui:	
Assistenza medica di base	5,50
Assistenza farmaceutica	14,00
Assistenza specialistica ambulatoriale	14,00
Assistenza distrettuale	7,50
Riabilitazione	2,50
Assistenza agli anziani	3,50
Salute mentale	4,50
Dipendenze	1,50
Assistenza ospedaliera	42,00

La quota di fondo per la prevenzione è attribuita, nei limiti dell'ammontare complessivamente determinato in relazione alla precedente tabella, in quota parte in sede di assegnazione del fondo ordinario ed in quota parte, determinata annualmente dalla Giunta regionale, sulla base di specifici progetti. Nella valutazione di questi

ultimi, costituiscono priorità le iniziative rivolte alla prevenzione nei luoghi di lavoro, nelle comunità residenziali (scuole, comunità alloggio), e nell'ambiente domestico.

La quota per l'assistenza farmaceutica è incrementata al 14%, dal 13% del precedente piano, così come previsto dal Dlgs 159/2007, a decremento del livello di assistenza ospedaliera, tenuto conto che in tale percentuale è da ricomprendersi la quota di spesa farmaceutica relativa alla distribuzione diretta dei medicinali di fascia A.

Per ciascun livello l'attribuzione alle aziende unità sanitarie locali delle risorse di cui al fondo ordinario di gestione è determinata sulla base della popolazione residente suddivisa per classe d'età con pesi differenziati per ciascuna classe in relazione ai differenti e specifici consumi per abitante rilevati. Per popolazione residente si intende quella ufficialmente riconosciuta nei flussi regionali relativi alle rilevazioni anagrafiche dei comuni toscani, nonché, in quanto aventi diritto all'assistenza, gli stranieri extracomunitari non residenti con o senza regolare permesso di soggiorno; sono inoltre considerate anche le popolazioni zingare presenti nel territorio regionale.

I pesi attribuiti alle classi d'età per livello e sotto-livello sono riportati nella tabella allegata al presente Piano sanitario regionale (allegato 4).

b) Il restante 10% del fondo è attribuito alle aziende sanitarie sulla base della popolazione residente pesata in relazione alle condizioni socio-ambientali del territorio delle aziende medesime. Alla determinazione di tali condizioni si perviene utilizzando le seguenti quote ed i seguenti pesi:

- il 7% per le caratteristiche morfologiche del territorio, con pesi applicati alla popolazione come di seguito indicato

Caratteristiche del territorio	Peso
Pianura	1,0
Collina litoranea	1,2
Collina interna	2,0
Montagna	3,0
Isole	10,0

- il 3% destinato a riconoscere i maggiori fabbisogni derivanti dal grado di accentramento della popolazione in ragione dei maggiori costi registrati nelle zone ad alta dispersione abitativa e dei maggiori consumi presenti nelle aree a forte concentrazione urbana. Il parametro utilizzato, definito di "accentramento / rarefazione" della popolazione, valuta le caratteristiche insediative dei territori delle diverse aziende unità

sanitarie locali individuando sei classi caratteristiche alla cui popolazione relativa è attribuito un peso così determinato:

Distribuzione della popolazione	Peso
Popolazione in centri abitati inferiori a 2.500 abitanti	10,0
Popolazione in centri abitati da 2.501 a 5.000 abitanti	4,5
Popolazione in centri abitati da 5.001 a 10.000 abitanti	3,0
Popolazione in centri abitati da 10.001 a 50.000 abitanti	2,0
Popolazione in centri abitati da 50.001 a 100.000 abitanti	1,0
Popolazione in centri abitati superiori a 100.000 abitanti	2,5

c) l'incremento del 3% del Fondo Sanitario, utilizzato anche per gli accantonamenti dei nuovi contratti ed i progetti regionali di Piano destinati alle Aziende, dovrà comunque garantire, in sede di assegnazione annua da parte della Giunta regionale, che il fondo ordinario di gestione attribuito a ciascuna azienda unità sanitaria locale, salvo situazioni eccezionali conseguenti a trasferimenti o cessazioni significative di attività, non abbia un valore inferiore a quello assegnato nel precedente esercizio.

Il finanziamento delle Aziende Ospedaliere Universitarie

Per il finanziamento delle Aziende Ospedaliere Universitarie i criteri sono i seguenti:

- a) le Aziende Ospedaliere Universitarie sono finanziate in via principale dalla remunerazione delle prestazioni erogate e valorizzate in base ai tariffari regionali;
- b) la Regione attua una politica tariffaria tendente a incentivare o a disincentivare forme di erogazione, o particolari prestazioni, al fine di ottenere maggiori livelli di appropriatezza e di favorire la concentrazione delle funzioni di alta specializzazione nelle aziende ospedaliere;
- c) l'entità dei trasferimenti tra aziende unità sanitarie locali ed Aziende Ospedaliere Universitarie può essere regolata, in sede di concertazione di area vasta, da accordi tra le stesse, in cui si possono determinare:
 - i volumi massimi erogabili per settore di prestazioni;
 - alcuni valori tariffari particolari anche articolati per percorsi assistenziali;
 - sistemi alternativi di pagamento per funzioni assistenziali particolari;
 - volumi finanziari di scambio onnicomprensivi, definiti in base a volumi di prestazioni complessivamente predeterminati. La Giunta regionale promuove gli accordi, anche intervenendo sulla loro congruità e correttezza in relazione agli indirizzi della programmazione regionale;
- d) le Aziende Ospedaliere Universitarie ricevono specifici finanziamenti per le attività non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario;

e) le aziende ospedaliere universitarie possono ricevere fondi per l'integrazione nella rete formativa delle aziende sanitarie.

Fondi speciali finalizzati

Annualmente, in sede di determinazione del fondo di gestione delle aziende unità sanitarie locali, la Giunta regionale provvede ad accantonare sul fondo sanitario regionale le quote corrispondenti ai finanziamenti necessari:

- 1) al funzionamento di enti o organismi regionali costituiti ai sensi di legge;
- 2) all'esercizio delle funzioni svolte direttamente dalla Regione a supporto del sistema;
- 3) alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale.

I fondi accantonati e finalizzati a programmi di interesse regionale costituiscono fondi speciali la cui assegnazione può avvenire da parte della Giunta regionale o sulla base di progetti specifici o sulla base di specifiche di destinazione e di utilizzo. In tale categoria sono ricompresi i progetti relativi a:

- lo sviluppo dell'attività di ricerca e per l'innovazione;
- la valorizzazione e qualificazione dell'assistenza sanitaria nelle zone insulari e montane;
- l'integrazione delle medicine complementari negli interventi per la salute ed al sostegno della ricerca clinica nella materia;
- il sostegno dell'attività di trapianto e di prelievo di organi e tessuti;
- progetti speciali che sono tutt'ora di interesse regionale.

L'assegnazione dei Fondi speciali di finanziamento destinati a progetti specifici seguirà i seguenti criteri:

- a) i progetti devono riguardare argomenti o settori specifici definiti;
- b) i progetti devono contenere in modo esplicito indicatori di risultato o, eventualmente di processo, la cui tipologia è definita sulla base di un atto di indirizzo regionale, con i quali è valutata l'esecuzione del progetto stesso;
- c) per i finanziamenti di natura pluriennale, in mancanza di una valutazione finale o in presenza di una valutazione negativa, l'assegnatario non potrà usufruire, per l'anno successivo, di finanziamenti speciali dello stesso tipo. La valutazione del progetto e l'utilizzo delle risorse attribuite fa parte della valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende.

Per tali Fondi, la Giunta regionale può stabilire che la erogazione negli esercizi successivi al primo sia condizionata alla valutazione positiva degli obiettivi raggiunti ed alla disponibilità di una adeguata rendicontazione economica. I fondi speciali finalizzati sono definiti annualmente con legge di bilancio.

In particolare, all'interno di detti fondi, annualmente, la Regione trattiene sul fondo sanitario regionale i seguenti finanziamenti:

- a) fondo di sostegno all'attività delle funzioni regionali di riferimento ed all'attività non sufficientemente remunerata delle Aziende Ospedaliere Universitarie; il fondo è quantificato per gli anni 2008, 2009 e 2010 rispettivamente in 45,90 meuro, 46,82 meuro, 47,75 meuro. A valere sul fondo così determinato annualmente sono accantonate:
 - risorse per 8,26 meuro da destinare all'azienda ospedaliera Meyer a copertura degli oneri relativi alle prestazioni non ricomprese nei tariffari regionali o dagli stessi non sufficientemente remunerate;
 - risorse per la copertura degli oneri di funzionamento del centro regionale per il controllo di qualità nei laboratori dell'azienda ospedaliera di Careggi, al netto delle entrate dirette del centro stesso;la restante quota del fondo è attribuita alle aziende ospedaliere in proporzione al valore tariffario dei DRG di alta specialità (peso superiore a 2,5) o sulla base di specifici progetti;

- b) fondo per la diffusione dell'innovazione, della qualità e della produttività nelle Aziende Ospedaliere Universitarie per attività gestite con risorse del servizio sanitario regionale e dell'università, determinato per gli anni 2008, 2009 e 2010 rispettivamente in 27,23 meuro, 27,78 meuro, 28,33 meuro. Il fondo è ripartito tra le Aziende Ospedaliere Universitarie in proporzione al valore tariffario dei DRG di alta specialità (peso superiore a 2,5) privilegiando, a partire dal 2008 in via sperimentale, la valutazione dell'attività scientifica, tramite l'impact factor ed altri indici bibliometrici riconosciuti a livello internazionale, nella misura del 5% del fondo, così come stabilito per gli obiettivi assegnati a ciascuna Azienda. Tale misura sarà oggetto di valutazione, a fine 2008, in vista di una successiva conferma per gli esercizi 2009 e 2010;
- c) fondo di sostegno delle attività delle Aziende Ospedaliere Universitarie caratterizzate dalla rilevante presenza di funzioni di didattica e di ricerca svolte dall'università, determinato per gli anni 2008, 2009 e 2010 rispettivamente in 73,24 meuro, 74,70 meuro, 76,19 meuro. Il fondo è ripartito tra le Aziende Ospedaliere Universitarie in proporzione al valore tariffario dei DRG di alta specialità (peso superiore a 2,5);
- d) fondo per l'integrazione nella rete formativa delle Aziende Sanitarie: il fondo, ripartito sulla base dei corsi di formazione attivati, è determinato per l'anno 2008 in 4 meuro ed incrementato negli anni successivi sulla base dei corsi programmati dalle Aziende;
- e) fondo per il finanziamento dell'ARS, determinato in 4,2 meuro annui. L'ammontare del finanziamento annuo, nei limiti del fondo accantonato, tiene conto anche dei risultati economici degli esercizi precedenti e dei programmi di attività predisposti dall'agenzia, nel rispetto di quanto previsto dal regolamento generale dell'Agenzia regionale di sanità approvato dalla Giunta regionale in attuazione di quanto previsto dall'articolo 82 terdecies della l.r. n. 40/2005;
- f) fondo per il finanziamento di quota parte delle attività dell'A.R..P.A.T., determinato ai sensi della L.R. 18/04/1995 n. 66 e successive modificazioni;
- g) fondo per il finanziamento di programmi di sviluppo dei servizi di prevenzione, quantificato in 11,8 meuro annui. A valere su tale fondo, è assicurata annualmente al settore sanità pubblica veterinaria del dipartimento della prevenzione della azienda unità sanitaria locale n. 9 – Grosseto un finanziamento di 0,940 meuro, finalizzato a sostenere lo sviluppo del distretto rurale grossetano ad alta valenza zootecnica. L'accesso alla quota residua del fondo avviene in base alla partecipazione dei dipartimenti a progetti specifici, convertendo risorse ad attività di provata efficacia nell'ambito di piani integrati di salute;
- h) fondo per la remunerazione delle attività assistenziali, delle funzioni di riferimento regionale e di elevata qualificazione e innovazione svolte dalla "Fondazione toscana Gabriele Monasterio per la ricerca medica e di sanità pubblica", quantificato in 8,5 meuro per il 2008, 8,67 meuro per il 2009, 8,84 meuro per il 2010;
- i) fondo per il finanziamento delle attività dell'Istituto per lo Studio e Prevenzione Oncologica (ISPO) di cui all'articolo 11 comma 1, lettera a), della L.R. 4 febbraio 2008, n.3. Tale fondo è quantificato in 6 meuro per l'anno 2009 e in 6 meuro per il 2010.
- l) fondo per le funzioni della struttura di riferimento regionale per le MC, istituita ai sensi del PSR 2002-2004 e della delibera G.R. n. 1384 del 9/12/2002, svolte dall'Azienda Sanitaria di Firenze e dalle sue articolazioni, per la fitoterapia dall'Azienda USL di Empoli, per l'omeopatia dall'Azienda USL di Lucca e, per la MTC, dalla stessa Azienda Sanitaria 10 di Firenze, e altre eventuali strutture che venissero create, quantificato in 0,600 meuro annui. Il fondo sarà utilizzato per le attività correnti, per l'implementazione della formazione degli operatori pubblici di MC e per la ricerca nel settore
- m) fondo per l'istituzione presso ogni Azienda Sanitaria di almeno un ambulatorio per le prestazioni di medicina complementare di cui al PSR 2005-2007, definito "centro di medicina complementare integrata", come previsto dalla delibera della G.R. 623 del 03/09/2007. Il fondo, quantificato in 0,900 meuro annui, sarà

attribuito in base alla presentazione da parte delle Direzioni Aziendali di specifici progetti che corrispondano ai criteri di programmazione sanitaria regionali e per una quota parte del 50% delle spese previste

I fondi di cui alle lettere l) e m) hanno una funzione provvisoria e si considerano esauriti quando entrano nel bilancio ordinario.

Il sistema tariffario

Si confermano i criteri e le modalità di determinazione delle tariffe delle prestazioni, erogate dai soggetti del servizio regionale, già definiti con i precedenti Piani sanitari regionali.

Nell'aggiornamento dei tariffari esistenti, e nella definizione delle tariffe massime regionali per eventuali nuove tipologie di prestazioni, si sottolineano i punti che la Giunta regionale dovrà maggiormente sviluppare nel prossimo triennio, per articolare il sistema tariffario sulla base di tali criteri:

- a) corretta allocazione delle attività al livello appropriato di concentrazione/specializzazione per garantirne la qualificazione e l'economicità, attraverso l'individuazione di graduazioni tariffarie fra produttori;
- b) corretta allocazione delle attività nel regime di erogazione appropriato, prevedendo tariffe di riferimento standard riferite al percorso ottimale di erogazione, tale da disincentivare eventuali comportamenti opportunistici o diseconomici;
- c) corretta attuazione dell'intero percorso assistenziale, attraverso l'elaborazione e la sperimentazione di modalità di remunerazione delle attività per pacchetti di prestazioni o funzioni integrate e non più per singole prestazioni/attività.

9.1.1 Il governo delle specificità geografiche: Aree insulari e montane

Il Piano Sanitario 2005–2007, con un'offerta estremamente diversificata da zona a zona, ha originato interventi rispondenti alla peculiarità di un forte legame con il territorio e con la specificità di bisogni.

La Giunta regionale ha approvato, per ciascun anno del triennio, un numero considerevole di progetti delle Aziende USL, adottati in collaborazione con gli Enti territoriali, i quali hanno contribuito al potenziamento e miglioramento dei servizi socio-sanitari, con ciò rispondendo al raggiungimento degli obiettivi posti dal piano.

Le risorse finanziarie previste sono state integrate e totalmente assegnate alle Aziende USL.

Molti dei progetti posti in essere si configurano come attività ordinarie continuative e si ripropongono pertanto come spesa storica. Per altre iniziative l'attinenza con gli obiettivi del Piano è riscontrabile unicamente nell'allocazione territoriale dell'intervento.

Si ritiene opportuno introdurre un sistema di valutazione dei progetti, di verifica dei risultati e del corretto impiego delle risorse erogate, basato su appropriati indicatori. In particolare, la programmazione prevederà gli opportuni livelli di integrazione fra i comuni, o le SdS ove costituite, le Comunità Montane, ove attinenti, e le ASL.

I criteri con cui saranno ripartite le risorse dovranno privilegiare la qualità dei progetti presentati e il superamento delle situazioni di disagio territoriale ai fini di garantire i livelli essenziali dei servizi previsti per le diverse aree.

Costituiscono obiettivi del presente piano:

- migliorare il sistema di verifica di congruità con la pianificazione ed il sistema di valutazione dei risultati ottenuti;
- migliorare la fruibilità dei servizi, specie per gli anziani, molto presenti nelle zone montane;

- valorizzare le risorse umane e professionali che operano nelle specificità geografiche;
- potenziare i servizi di emergenza–urgenza, con particolare riferimento ai comuni montani in situazioni di maggior disagio (art. 3, comma 2 L.R. 39/2004) ed ai contesti insulari;
- sviluppare informazione e comunicazione verso l'utenza;
- definire percorsi assistenziali specifici per patologie e categorie di soggetti;
- potenziare le strutture e le dotazioni tecnologiche degli ospedali.

CRITERI DI VALUTAZIONE

La Giunta regionale definirà le modalità di presentazione e valutazione dei progetti da parte delle Aziende USL. I progetti, approvati con atto del Direttore Generale, dovranno riportare l'accordo con la Conferenza dei sindaci e, quando attinenti, con le Comunità Montane e le SdS, ove costituite.

Le risorse finalizzate possibilmente superiori, e comunque non inferiori, a quelle stanziare nel precedente Piano Sanitario, saranno assegnate per l'82,5% alle zone montane e per il 17,5 alle zone insulari e il fondo sarà ripartito in proporzione al numero degli abitanti dei comuni anche tenendo conto dell'indice di intensità morfometrica e del numero di abitanti dei comuni insulari. I criteri verranno definiti attraverso l'attivazione di processi di condivisione/concertazione con gli Enti sopraindicati.

Il livello massimo di risorse erogabili a ciascuna Azienda è l'importo definito con i criteri sopra stabiliti.

I progetti saranno valutati in relazione agli obiettivi, al livello di concertazione, all'indicazione di obiettivi misurabili, alla fattibilità e alla compatibilità economica.

Le risorse erogate dovranno essere impiegate in relazione alle esigenze complessive della programmazione zonale e non rapportate ai territori dei singoli Comuni, i quali, con la loro configurazione territoriale e la loro densità abitativa, hanno contribuito all'assegnazione del contributo regionale all'Azienda USL.

La verifica sui risultati e sull'impiego delle risorse sarà effettuata dall'Amministrazione regionale congiuntamente agli Enti coinvolti nella programmazione.

9.2 Gli investimenti

Il processo di ammodernamento del SSR previsto dal Piano Sanitario 2008-2010 richiede di essere accompagnato da un altrettanto efficace processo di rinnovamento e riqualificazione delle strutture e delle attrezzature sanitarie.

Per poter utilizzare nel modo più efficiente le risorse disponibili in modo da rendere al cittadino servizi efficaci e tempestivi, pur in costanza di risorse stanziare per la gestione corrente, occorre procedere ad una nuova fase di investimenti resa altresì indispensabile dal continuo progresso della tecnologia nel campo chirurgico e diagnostico, e dalla necessità di adeguare i presidi alle più moderne forme di accoglienza del paziente e alle nuove modalità di cura che comportano forme diverse di organizzazione del lavoro sanitario e degli spazi da destinare alle attività di ricovero, cura, diagnosi.

Il nuovo Piano straordinario degli investimenti comporterà, pertanto, il rinnovo tecnologico e strutturale dei presidi sanitari ospedalieri e territoriali della Toscana. La programmazione dei nuovi investimenti si è sviluppata intorno ad alcuni temi principali rilevando le priorità e le opportune forme di finanziamento. L'attenzione è stata posta soprattutto al rinnovo e implementazione del parco tecnologico delle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere e alla riqualificazione e miglioramento delle principali strutture di Pronto Soccorso.

Nel corso del prossimo triennio, sono previsti significativi interventi di totale rinnovo o ampliamento dei presidi ospedalieri, con particolare riguardo a quelli che sono stati interessati in minor misura dalla programmazione degli anni precedenti. Non è stato comunque trascurato di prevedere interventi di riqualificazione e manutenzione di quasi tutti i presidi ospedalieri esistenti sia in termini strutturali che in termini di miglioramento tecnologico.

Nel corso dell'ultimo periodo di vigenza del precedente piano sono state inoltre sancite intese fra la Regione, alcune Aziende sanitarie ed i relativi enti locali che troveranno attuazione nel corso del prossimo triennio an-

che grazie agli specifici finanziamenti definiti con questa programmazione.

Una significativa quota di investimenti verrà inoltre dedicata al completamento della rete territoriale attraverso la ristrutturazione o la nuova realizzazione di strutture per le attività distrettuali, l'adeguamento e riqualificazione delle RR.SS.AA., il completamento della rete per l'elisoccorso, il completamento della rete delle strutture residenziali per le cure palliative e la riorganizzazione di alcuni immobili per attività amministrative.

La dimensione del fabbisogno di investimenti prevista dalla programmazione delle aziende sanitarie toscane ha superato di gran lunga quella delle risorse che la Regione Toscana ha potuto stanziare con il proprio bilancio e quella delle risorse già ottenute e che si prevede di ottenere dal riparto del rifinanziamento dell'art. 20 Legge 67/88 che il governo ha stabilito con le ultime due leggi finanziarie.

Infatti, a fronte di un fabbisogno di 1.600 milioni di euro, la Regione Toscana potrà disporre di circa 669 milioni di euro e le Aziende dovranno pertanto fronteggiare la differenza con risorse proprie provenienti da mutui, alienazioni, donazioni.

Per il prossimo triennio 2008-2010 sono, infatti, stati stanziati nel Bilancio della Regione Toscana 100 milioni di euro per ciascuna annualità, cui si aggiungono le risorse provenienti dal riparto della prima tranche di rifinanziamento dell'art. 20 Legge 67/88 cui la Regione Toscana ha avuto accesso per una quota premiale rispetto al proprio indice, pari a circa 169,5 milioni di euro, avendo già sottoscritto gli accordi di programma con il Ministero della Salute per quanto riguarda tutte le risorse già stanziate negli anni precedenti e circa 200 milioni di euro che proverranno dall'ulteriore rifinanziamento definito con la Legge Finanziaria per il 2008.

Nel triennio 2008-2010 saranno poi spese le risorse già stanziate nel precedente piano sanitario per la realizzazione dei 4 nuovi ospedali provinciali delle Apuane, di Lucca, di Prato e di Pistoia pari a circa 422 milioni di euro, in parte provenienti dai finanziamenti ex art. 20 legge 68/77 del Ministero della Salute, per circa 169 milioni di euro, e in parte dalle aziende interessate mediante l'alienazione dei vecchi ospedali e dal concessionario con la procedura del project financing.

Il piano di rinnovo delle tecnologie

Fra gli obiettivi prioritari del presente piano sanitario vi è il processo di rinnovo e l'implementazione della dotazione tecnologica sanitaria con particolare riguardo alle grandi tecnologie. Già nel corso del 2007 è stato messo a punto un consistente piano di acquisti teso a rinnovare e ad introdurre in tutte le aziende sanitarie apparecchiature tecnologicamente avanzate, sistemi diagnostici evoluti, oltre a sistemi informatici per la gestione e scambio di informazioni (RIS-PACS) adeguati alle sempre crescenti necessità.

Il programma, che prevede un impegno finanziario di circa 142 milioni di euro e che sarà attuato con la collaborazione attiva degli ESTAV, per quanto riguarda gli aspetti negoziali e contrattualistici, verrà realizzato in modo progressivo nel corso del 2008 per completarsi nel 2009, sulla base delle effettive necessità espresse dalle aziende.

Esso comprende anche le attrezzature e le tecnologie necessarie per la piena attivazione dei nuovi ospedali di Empoli e Meyer, per l'acquisto di gran parte delle quali si è provveduto ad autorizzare già nel corso dell'anno 2007 la contrazione di specifici mutui.

Nel complesso, in tutte le 16 aziende sanitarie è stato previsto, previa concertazione all'interno di ciascuna area vasta, l'acquisto di tecnologie sostitutive o aggiuntive di quelle esistenti quali Tac multislice, risonanze magnetiche, risonanze magnetiche tipo artoscan, mammografi digitali, gamma camere, pet-tac, acceleratori lineari, angiografi, tomotherapy, gamma knife ed altre apparecchiature di minore impegno finanziario quali litotrittori, laser per oculistica, sistemi per chirurgia mini invasiva ed altro. Nel corso del triennio di vigenza del presente Piano, verrà realizzato un centro regionale di Adroterapia oncologica a valenza per l'area dell'Italia centrale. Il programma verrà finanziato in parte con le risorse di cui all'art. 20 L. 67/88 e in parte con le risorse del bilancio regionale. Nel piano degli investimenti è previsto l'adeguamento e il potenziamento impiantistico strutturale, con interventi finalizzati pure al risparmio energetico, delle Sezioni toscane

dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle regioni Lazio e Toscana (IZS), in particolare le sezioni di Firenze e Arezzo saranno adeguate per rispondere alla integrazione funzionale dei laboratori per la prevenzione nell'ambito del controllo degli alimenti, mangimi e allevamenti e della promozione dell'uso delle MC in medicina veterinaria. Nel piano degli investimenti in tecnologie è stato anche previsto l'acquisto di attrezzature e tecnologie necessarie per l'attivazione delle nuove strutture di pronto soccorso dell'Azienda di Firenze (S.Giovanni di Dio e S. Maria Annunziata), dell'Azienda di Grosseto e delle aziende ospedaliero-universitarie di Careggi, Pisana e Senese, oltre all'acquisto di tecnologie dedicate al miglioramento dei PP.SS. esistenti.

Nell'ambito degli investimenti riguardanti le attrezzature e le tecnologie sanitarie, un ruolo importante rivestono gli impegni che saranno necessari per l'allestimento dei 4 nuovi ospedali provinciali di Massa, Lucca, Prato e Pistoia, nonché per il completamento e l'attivazione di importanti interventi finanziati negli anni precedenti e che si concluderanno nel corso del prossimo triennio.

L'impegno finanziario previsto per la dotazione tecnologica dei 4 nuovi ospedali, la cui realizzazione inizierà nel corso dell'anno 2008, stimato in almeno 80 milioni di Euro, dovrà essere sostenuto a partire dall'annualità 2010.

Il piano di miglioramento del Pronto Soccorso

Fra gli interventi prioritari, insieme alla riqualificazione dei presidi ospedalieri, ci sono quelli dedicati alla riqualificazione dei Pronto Soccorso. Il programma, costituito dai progetti di fattibilità predisposti dalle aziende sanitarie per ciascuno dei principali pronto soccorso regionali, individua elementi di miglioramento segnatamente per quegli elementi riguardanti l'accoglienza, la diminuzione e migliore gestione dell'attesa, il rispetto della privacy, la sorveglianza dei percorsi, il trattamento del dolore, nel rispetto di standards strutturali, tecnologici ed organizzativi. Particolare attenzione viene dedicata al potenziamento del servizio di diagnostica ed alla diffusa criticità del "blocco in uscita".

Sono stati previsti significativi ampliamenti delle sale di attesa con l'inserimento di vere e proprie reception per l'accoglienza e la presa in carico, separati dall'area del triage e con personale specificamente formato. Sono state ricercate soluzioni per il rispetto della privacy, per evitare la promiscuità fra i vari livelli di gravità, con particolari soluzioni di arredo per il comfort ma anche con personale dedicato per una osservazione ed un monitoraggio costante del paziente dopo la presa in carico.

In alcuni casi quali i 2 pronto soccorso di S. Giovanni di Dio e S. Maria Annunziata dell'Azienda USL 10 di Firenze, il nuovo DEA dell'AOU Careggi, il pronto soccorso dell'Ospedale S. Donato di Arezzo, il pronto soccorso del PO di Pontedera ed il pronto soccorso del PO di Livorno non si tratterà di interventi puntuali di miglioramento ma di consistenti interventi o di totale rinnovo o di ampliamento. Il programma complessivo, che verrà finanziato con risorse del bilancio regionale ammonta a circa 58 milioni di euro.

È da segnalare inoltre, che sono attualmente in corso le realizzazioni del nuovo DEA presso il PO Misericordia di Grosseto, il nuovo Pronto Soccorso nell'Ospedale di S.Maria Nuova di Firenze, i Nuovi DEA dell'AOU Pisana a Cisanello e dell'AOU Senese presso il PO Le Scotte, tutti oggetto di specifici finanziamenti statali e regionali già assegnati. Nel piano di rinnovo delle tecnologie sono state previste le dotazioni tecnologiche che dovranno essere dedicate in modo specifico al pronto soccorso.

La riqualificazione dei presidi ospedalieri

Altro obiettivo prioritario del Piano degli investimenti del prossimo triennio riguarda, oltre al proseguimento nella realizzazione dei 4 nuovi ospedali delle Apuane, di Lucca, di Prato e di Pistoia, il sostegno nel processo di completamento dei tre presidi ospedalieri delle Aziende Ospedaliero Universitarie di Careggi, Pisana e Senese.

Il programma dell'Azienda di Careggi prevede il termine degli interventi di totale rinnovo e completamento del presidio nell'anno 2012. Nel corso del triennio di vigenza del presente PSR il processo di realizzazione, che prevede investimenti per circa 166 milioni di Euro, avrà ritmi decisamente sostenuti e necessiterà del "sostegno fi-

nanziario". Specifiche risorse saranno necessarie anche per sostenere la partecipazione alla realizzazione di un polo oncologico che necessiterà di una specifica struttura dedicata e la realizzazione di un laboratorio di ricerca in collaborazione con l'Università.

Nel triennio giungerà anche a completamento buona parte dei lavori previsti per lo spostamento delle funzioni dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana dal P.O. S. Chiara al P.O. di Cisanello, le cui risorse sono state già individuate nell'Accordo di programma siglato a marzo 2005 per complessivi 253 milioni di euro.

L'azienda ospedaliera di Siena, che sta attualmente realizzando un nuovo blocco in ampliamento contenente il nuovo DEA, effettuerà interventi per rinnovare e ristrutturare il presidio delle Scotte e implementare la rete informatica.

Importanti riqualificazioni o ampliamenti e nuove realizzazioni sono inoltre in corso di progettazione nei due presidi ospedalieri di Grosseto e di Livorno. Per quanto riguarda l'ospedale grossetano si tratterà di un'organico piano di ampliamento e di riordino organizzativo che porterà alla realizzazione di un nuovo blocco per l'alta intensità, il nuovo pronto soccorso, il completamento dell'area dei laboratori, la riqualificazione del padiglione del dipartimento materno infantile oltre alla costruzione di un palazzina per le attività amministrative.

Consistenti anche gli interventi previsti per la riqualificazione degli altri presidi portanti della rete. Si tratta di interventi principalmente di adeguamento e di messa a norma ai fini dell'accreditamento. Numerosi sono inoltre gli interventi programmati per l'adeguamento alle recenti normative antincendio.

Nel prossimo triennio verranno attuati infatti interventi di riqualificazione nei 4 PPOO di Massa, Carrara, Pontremoli e Fivizzano e negli ospedali di Barga e Castelnuovo, un insieme organico di interventi sul PO di Pescia, un intervento di adeguamento e riqualificazione sul PO di Pontedera, interventi di riqualificazione nei PPOO di Cecina, Piombino e Portoferraio, un importante intervento sul PO S. Donato di Arezzo, un piano organico per la riqualificazione o il totale rinnovo dei principali presidi ospedalieri dell'Azienda di Firenze che riguarderà in particolar modo gli ospedali di S. Maria Nuova, OSMA, S. Giovanni di Dio, IOT, Serristori e Borgo S. Lorenzo. È inoltre prevista la realizzazione di un poliambulatorio odontostomatologico attraverso la riqualificazione dell'immobile di Villa Margherita presso l'IOT.

Sono inoltre previsti interventi collegati al completamento del PO di Empoli nonché interventi di riqualificazione e/o adeguamento dei PPOO di S. Miniato, Castelfiorentino e Fucecchio nel quale verrà realizzato un centro di artroprotesi di riferimento regionale. Altri interventi di riqualificazione e/o adeguamento sono previsti nell'ex ospedale di Viareggio e nel PO della Versilia.

In tutti gli interventi di riqualificazione o di nuova realizzazione verrà richiesta una particolare cura nella predisposizione di tutti gli strumenti preliminari alla definizione e valutazione qualitativa, anche sotto il profilo della gestione del processo assistenziale. In particolare per i servizi di supporto all'assistenza sarà privilegiata la qualità del contenitore ospedaliero sotto il profilo dell'uso dei materiali, della qualità degli impianti, dell'inserimento ambientale, del colore e della segnaletica, del microclima interno, dei ricambi d'aria e del condizionamento. Con particolare riferimento a questi ultimi elementi, la progettazione integrata dovrà garantire anche la gestione accurata del calore anche sotto il profilo del risparmio energetico.

Altri investimenti

Come già accennato nei paragrafi precedenti particolare attenzione è stata posta agli interventi di riorganizzazione e di riqualificazione dei presidi territoriali con una particolare attenzione agli interventi finalizzati al risparmio energetico, alla realizzazione di piazzole di elisoccorso, al completamento e realizzazione di strutture residenziali per le cure palliative, nonché alle acquisizioni di immobili per attività distrettuali e amministrative. L'impegno complessivo del sistema delle aziende per tali tipologie di investimento è di oltre 180 milioni di euro.

Si tratta di interventi che intendono perseguire obiettivi di messa a norma e riorganizzazione come nel caso degli interventi per l'abbattimento barriere architettoniche e risparmio energetico per i quali saranno investiti circa 8,5 milioni di euro.

Una Sanità a risparmio energetico

La vertiginosa ascesa dei prezzi rende oggi possibile la riconversione energetica degli edifici del sistema sanitario e delle sue attrezzature, determinando non solo un segnale positivo nella battaglia contro i cambiamenti climatici responsabili, come riportato anche nel presente piano, dell'aumento di molte patologie, ma anche una occasione di risparmio di risorse finanziarie.

A tal fine si procederà su progetti finanziabili interamente col risparmio prodotto e con le incentivazioni statali, anche tramite l'apporto di E.S.C.O. esterne e la trasformazione in E.S.C.O. delle ASL o degli ESTAV.

Interventi da avviare nel triennio:

- ricambio sistemi di illuminazione delle aree esterne ed interne agli edifici con lampade a risparmio e controllori di flusso elettrico,
- sostituzione degli infissi passando a tripli vetri per autodifesa dal caldo, dal freddo e dal rumore,
- coibentazione in ogni processo di ristrutturazione per portare tutto il sistema alla classe A europea degli edifici,
- realizzazione di campi solari di produzione di energia elettrica fotovoltaica coprendo, secondo le possibilità tecniche, tetti, facciate, parcheggi,
- realizzazione di campi solari termici per la produzione di acqua calda,
- impianti di cogenerazione trigenerazione di energia, calore e condizionamento a metano o biomasse a filiera corta,
- rinnovo parco auto sostituendo progressivamente tutti i veicoli con veicoli a metano o GPL per spostamenti intraurbani od elettrici per spostamenti e tra versamenti intraurbani.

ALLEGATO B

Elenco allegati

Allegato 1 - I livelli di assistenza

Allegato 2 – Orientamenti generali per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali

Allegato 3 – I livelli di assistenza socio sanitaria

Allegato 4 – Pesi attribuiti alle classi di età per livello e sottolivello di assistenza

Allegato 5 - Protocollo di intesa tra la Regione Toscana e le Università degli studi di Firenze, Pisa e Siena

Allegato 6 – Protocollo di intesa in tema di salute tra la Regione Toscana e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Allegato 7 – Il procedimento per la verifica di compatibilità (ai fini della autorizzazione per la realizzazione e l'ampliamento di strutture sanitarie) e per la verifica di funzionalità (ai fini dell'accreditamento): criteri, modalità e ambiti di applicazione

Allegato 1 - I livelli di assistenza

1 – “Prevenzione collettiva”:

- 1.1. Profilassi delle malattie infettive e diffuse
- 1.2. Tutela dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale
- 1.3. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari connessi agli ambienti di vita e di lavoro
 - 1.3.1. Ambienti di vita
 - 1.3.2. Ambienti di lavoro
- 1.4. Sanità pubblica veterinaria
 - 1.4.1. Sanità animale
 - 1.4.2. Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale e loro derivati
 - 1.4.3. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- 1.5. Tutela igienico sanitaria degli alimenti e nutrizione
 - 1.5.1. Controllo igienico-sanitario **in materia micologica**
- 1.6. Medicina legale
- 1.7. Medicina dello sport

2 – “Assistenza territoriale”:

- 2.1. Assistenza medica di base
 - 2.1.1. Medicina generale
 - 2.1.2. Pediatria di libera scelta
 - 2.1.3. Continuità assistenziale
- 2.2. Assistenza farmaceutica
 - 2.2.1. Farmaceutica aziendale e assistenza integrativa
 - 2.2.2. Farmaceutica convenzionata e integrativa
- 2.3. Assistenza specialistica ambulatoriale
 - 2.3.1. Specialistica
 - 2.3.2. Diagnostica strumentale
- 2.4. Assistenza distrettuale
 - 2.4.1. Emergenza sanitaria territoriale
 - 2.4.2. Attività di prevenzione rivolta alla persona
 - 2.4.3. Attività distrettuali
 - 2.4.4. Attività consultoriali
 - 2.4.5. Assistenza ai malati terminali
 - 2.4.6. Assistenza alle persone con infezione da HIV
- 2.5. Riabilitazione
 - 2.5.1. Riabilitazione funzionale
 - 2.5.2. Disabilità
 - 2.5.3. Assistenza protesica
 - 2.5.4. Assistenza termale
- 2.6. Assistenza agli anziani
- 2.7. Salute mentale
- 2.8. Dipendenze
 - 2.8.1. Alcolismo**
 - 2.8.2. Tossicodipendenze**

3 – “Assistenza ospedaliera”:

- 3.1. Emergenza urgenza
- 3.2. Ricovero
- 3.3. Raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
- 3.4. Attività per la donazione, il prelievo, il trapianto, di organi tessuti e cellule

1. PREVENZIONE COLLETTIVA

1.1 - PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Profilassi delle malattie infettive e diffuse mediante vaccino - profilassi e relative certificazioni
- Attività di vigilanza sulle vaccinazioni.
- Vaccinazione obbligatorie, raccomandate e facoltative nell'ambito di progetti autorizzati dalla regione.
- Promozione campagne di vaccinazione antiinfluenzale rivolte alla popolazione a rischio.
- Controllo malattie infettive e bonifica focolai.
- Interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive.
- Medicina del viaggiatore.
- Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione.

* Non rientrano tra i livelli essenziali di assistenza, come specificato nell'allegato 2A del DPCM 29 novembre 2001, le vaccinazioni non obbligatorie e in occasione di soggiorni all'estero

1.2 - TUTELA DAI RISCHI SANITARI CONNESSI ALL'INQUINAMENTO AMBIENTALE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Verifica degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico
- Verifica degli effetti sulla salute da impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani
- Verifica degli effetti sulla salute da detenzione e smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi
- Sorveglianza sulla qualità delle acque destinate al consumo umano
- Sorveglianza sulle piscine pubbliche o di uso pubblico
- Sorveglianza sulle acque di balneazione
- Verifica degli effetti sulla salute da scarichi civili, produttivi e sanitari

1.3 - TUTELA DELLA COLLETTIVITA' E DEI SINGOLI DAI RISCHI SANITARI CONNESSI AGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

1.3.1. AMBIENTI DI VITA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Valutazione dell'impatto sulla salute umana dei fattori di nocività, pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita di cui all'articolo 4, comma 1 della l.r. 66/95.
- Determinazione qualitativa e quantitativa dei fattori di rischio di tipo biologico presenti negli ambienti di vita di cui all'art. 4 comma 1 della l.r. 66/95
- Controllo e sicurezza di impianti negli ambienti di vita di cui all'articolo 4, comma 1 della l.r. 66/95
- Indicazione delle misure idonee alla tutela della salute umana nei confronti dei fattori di rischio negli ambienti di vita di cui all'articolo 4, comma 1 della l.r. 66/95
- Formulazione di mappe di rischio territoriale
- Verifica delle compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamento industriali e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute della popolazione
- Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico
- Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali
- Vigilanza e controllo sui cosmetici
- Controllo sui farmaci, stupefacenti, sostanze psicotrope, presidi medico chirurgici.
- Controllo sulla produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici.
- Controllo sull'uso delle radiazioni ionizzanti e non negli ambienti confinati con l'esclusione delle attività svolte nell'ambito della fisica sanitaria
- Vigilanza e controllo delle sostanze e dei preparati pericolosi e sulla loro etichettatura
- Vigilanza per fini di sanità pubblica nell'ambito della polizia mortuaria

1.3.2. AMBIENTI DI LAVORO

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di lavoro anche attraverso la formulazione di mappe di rischio.
- Determinazione qualitativa e quantitativa e controllo dei fattori di rischio di tipo chimico, fisico, biologico ed organizzativo presenti negli ambienti di lavoro.
- Controllo della sicurezza e delle caratteristiche ergonomiche e di igiene di ambienti, macchine, impianti e postazioni di lavoro.
- Sorveglianza epidemiologica e costruzione del sistema informativo su rischi e danni da lavoro.
- Indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro.
- Verifica della compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative e in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori.
- Attuazione dei compiti di vigilanza relativi alle aziende con rischi di incidenti rilevanti.
- Controllo della salute dei minori e adolescenti ed educazione alla salute in relazione alla loro collocazione al lavoro.
- Valutazione della idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge.
- Elaborazione e conduzione di programmi di ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute e di igiene e sicurezza del lavoro.
- Indagini per infortuni e malattie professionali.
- Controllo sull'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambiente di lavoro finalizzato alla tutela della salute dei lavoratori.
- Informazione all'utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.
- Formazione ed educazione alla salute.
- Tutela della salute delle lavoratrici madri.

1.4 – SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

1.4.1 SANITA' ANIMALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali.
- Prevenzione e controllo delle zoonosi.
- Interventi di polizia veterinaria.
- Vigilanza sui concentramenti e spostamenti animali, compresa l'importazione e l'esportazione, e sulle relative strutture ed attrezzature.
- Igiene urbana veterinaria.
- Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina.
- Controllo delle popolazioni sinantropiche e selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente

1.4.2 TUTELA IGIENICO-SANITARIA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI
PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Ispezione negli impianti di macellazione.
- Controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale.
- Vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente preveda il veterinario ufficiale.
- Disposizione di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti.
- Valutazione degli esiti analitici ed informazione dei conduttori degli stabilimenti, dei risultati degli esami e degli eventuali accorgimenti da adottare.
- Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari.
- Monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale.

1.4.3 IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario in coordinamento con il servizio farmaceutico e programmi per la ricerca dei residui di trattamenti illeciti o impropri.
- Controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi.
- Controllo e vigilanza sulla riproduzione animale.
- Controllo sul latte e sulle produzioni lattiero-casearie.
- Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione.
- Protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica.
- Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione.

1.5 - TUTELA IGIENICO-SANITARIA DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali.
- Campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande.
- Controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi, coloranti ed altro.
- Controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia.
- Controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande.
- Autorizzazioni e certificazioni sanitarie su fitofarmaci, additivi alimentari e sulla produzione, commercio, trasporto, vendita e somministrazione di alimenti e bevande.
- Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare.
- Informazione ed educazione sanitaria agli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande.
- Prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi
- **Igiene e sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori**

1.5.1 – CONTROLLO IGIENICO-SANITARIO IN MATERIA MICOLOGICA

- Rilascio delle certificazioni previste dall'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica n. 376/1995 e a scopo commerciale. *
- Organizzazione dei corsi a frequenza facoltativa per la preparazione all'esame per il conseguimento dell'attestato di idoneità all'identificazione delle specie fungine e svolgimento degli stessi per il conseguimento degli attestati di idoneità alla identificazione specie fungina.
- Consulenza micologica gratuita alla cittadinanza per il riconoscimento dei funghi raccolti ai fini della commestibilità.
- Collaborazione con la struttura sanitaria per la consulenza in caso di intossicazione da funghi.
- Vigilanza sulla raccolta, commercio, trasporto, somministrazione dei funghi epigei spontanei freschi, secchi o comunque preparati.
- Interventi di carattere educativo formativo, rivolti alla popolazione con specifici accordi di programma coinvolgendo Province, Comunità Montane, Comuni e altri Enti.

NB : * Non rientrano tra i livelli essenziali di assistenza le certificazioni di competenza non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge.

1.6 - MEDICINA LEGALE**PRESTAZIONI O ATTIVITA'**

- Attività di consulenza specialistica per finalità pubbliche.
- Attività di accertamento e certificazione in materia di idoneità per finalità di sicurezza sociale.
- Attività di accertamento e certificazione per l'idoneità al servizio civile, affidamento e adozione dei minori ai sensi della L. 184/83.
- Attività di informazione, accertamento, valutazione, controllo e certificazione in ambito di idoneità nel campo del diritto al lavoro in materia di stato di salute, incapacità lavorativa, temporanea e permanente, per i dipendenti pubblici e privati.
- Medicina legale per la persona relativamente agli accertamenti preventivi di idoneità o inidoneità previsti da leggi e regolamenti.
- Medicina necroscopica.
- Attività di informazione, accertamento, valutazione e certificazione in ambito di tutela di portatori di menomazioni relativamente agli stati di invalidità e di portatore di Handicap.
- **Partecipazione alle politiche di gestione del rischio clinico.**

NB : Non rientrano tra i livelli essenziali di assistenza, come specificato nell'allegato 2A del decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, le certificazioni mediche non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge.

1.7 - MEDICINA DELLO SPORT**PRESTAZIONI O ATTIVITA'**

- Certificazioni di idoneità allo sport agonistico rilasciate ai minori di anni 18, ai portatori di handicap e agli esenti totali, secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente.
- Attività di consulenza specialistica per finalità pubbliche inerenti i compiti del Servizio sanitario regionale.
- Interventi di educazione alla salute indirizzati alla promozione dello sport e all'adozione di stili di vita sani.
- Attività di consulenza specialistica per la promozione delle attività motorie sportive organizzate da istituzioni locali ed associazioni sportive.
- Valutazione funzionale di categorie a rischio per le quali una regolare attività sportiva può contribuire ad integrare un piano terapeutico.
- Protocolli per la valutazione medico sportiva.
- Informazione e valutazione degli effetti **degli integratori alimentari** e dei farmaci usati dagli sportivi e controllo antidoping.
- Vigilanza sul corretto rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico e non agonistico.
- Vigilanza sugli ambulatori privati che operano nel campo della medicina dello sport.

2. ASSISTENZA TERRITORIALE**2.1 - ASSISTENZA MEDICA DI BASE**

Affidamento al medico della responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute del proprio assistito attraverso lo svolgimento di compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi individuali e familiari, e di educazione sanitaria, per il soddisfacimento dei bisogni sanitari dell'assistito correlati ai livelli essenziali di assistenza.

2.1.1 MEDICINA GENERALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Presa in carico e gestione del bisogno di salute dei cittadini utenti.

Tra i compiti del medico, previsti dagli accordi nazionali e regionali, rientrano in questo livello di assistenza e possono essere esplicitati, laddove compatibile, su supporto cartaceo o direttamente per via informatizzata:

- le visite domiciliari e ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico,
- la prescrizione di farmaci, di prestazioni di assistenza integrativa, di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche ambulatoriali, la proposta di ricovero in strutture di degenza e la proposta di cure termali,
- il consulto con lo specialista e l'accesso presso gli ambienti di ricovero,
- la tenuta e aggiornamento della scheda sanitaria individuale,
- le certificazioni obbligatorie ai fini della riammissione scolastica,
- le certificazioni di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche nell'ambito scolastico,
- la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro,
- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario, compreso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni e il regime delle esenzioni, nonché del corretto uso del farmaco.
- le visite occasionali ai non domiciliati sanitariamente, nei casi e secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

2.1.2 PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Presa in carico e gestione del bisogno di salute dei bambini utenti.

Tra i compiti del pediatra, previsti dagli accordi nazionali e regionali, rientrano in questo livello di assistenza e possono essere esplicitati, laddove compatibile, su supporto cartaceo o direttamente per via informatizzata:

- la presa in carico del neonato nei tempi e modalità previsti dalle disposizioni vigenti,
- le visite domiciliari e ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico,
- la prescrizione di farmaci, di prestazioni di assistenza integrativa, di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche ambulatoriali, la proposta di ricovero in strutture di degenza e la proposta di cure termali,
- il consulto con lo specialista in sede ambulatoriale o domiciliare, e l'accesso presso gli ambienti di ricovero,
- le certificazioni ai fini dell'ammissione agli asili nido, della riammissione scolastica, e dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino,
- la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria pediatrica individuale,
- le certificazioni di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche nell'ambito scolastico,
- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario, nonché del corretto uso del farmaco, nei confronti delle famiglie dei minori,
- il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e la ricerca di fattori di rischio con particolare riguardo alla individuazione precoce di handicap neurosensoriali e psichici (bilanci di salute), secondo i metodi e i tempi previsti dagli accordi regionali.
- le visite occasionali ai non domiciliati sanitariamente, nei casi e secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

2.1.3 CONTINUITA' ASSISTENZIALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Prestazioni domiciliari e territoriali aventi carattere di urgenza nelle ore notturne, nei giorni festivi e prefestivi nelle forme previste dalle disposizioni vigenti. In particolare il medico deve assicurare:
 - gli interventi richiesti direttamente dall'utente oppure dalla centrale operativa;
 - la prescrizione dei farmaci che trovano indicazione per una terapia d'urgenza e limitatamente al numero di confezioni necessarie per coprire un ciclo di terapia non superiore a 48/72 ore;
 - proposte di ricovero;
 - certificazioni di malattia per i lavoratori, esclusivamente nei casi di assoluta necessità, limitatamente ai turni di guardia festivi e prefestivi e per un massimo di 3 giorni;
- Prestazioni aggiuntive a domicilio dell'assistito.
- **Informazione sull'uso corretto dei farmaci e sugli effetti avversi.**
- Assistenza stagionale ai turisti.

2.2 - ASSISTENZA FARMACEUTICA

2.2.1 FARMACEUTICA AZIENDALE E ASSISTENZA INTEGRATIVA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Approvvigionamento, controllo e distribuzione di farmaci, ausili medici e materiali di supporto alle attività diagnostiche, per l'utilizzo in ambito ospedaliero, in regime di ricovero e ambulatoriale.
- Approvvigionamento, controllo e distribuzione di farmaci, ausili medici e altri prodotti sanitari, per l'impiego sia in fase di dimissione dai presidi sanitari, **secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale**, che in ambito domiciliare o residenziale (sanitario e sanitario assistenziale) sostitutivo del domicilio.
- Supporto farmaceutico nei programmi di vaccinazione, cure palliative, nutrizione domiciliare, ossigenoterapia domiciliare e altre forme di assistenza domiciliare, di cui ai rispettivi livelli di assistenza.
- Vigilanza e controllo sulle attività farmaceutiche da esercitarsi secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti.
- Supporto, analisi e valutazioni sulle attività e sulle prescrizioni farmaceutiche da esercitarsi secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti.
- Partecipazione allo sviluppo delle procedure e delle attività di farmacovigilanza.
- Collaborazione in programmi di informazione ed aggiornamento con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, medici ospedalieri, società scientifiche, al fine di realizzare percorsi terapeutici appropriati e condivisi, di qualificare la prescrizione e ottimizzare l'uso delle risorse.

2.2.2 FARMACEUTICA CONVENZIONATA E INTEGRATIVA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Erogazione dell'assistenza farmaceutica e di quella integrativa attraverso le farmacie private o pubbliche che dispensano, su presentazione della ricetta medica, medicinali, prodotti dietetici, ausili medici ed altri prodotti sanitari nei limiti delle prestazioni erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale e Servizio nazionale regionale.

2.3 - SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Prestazioni specialistiche e riabilitative **comprese le prestazioni di medicina complementare**, indagini di diagnostica strumentale e di laboratorio, previste nel nomenclatore regionale delle prestazioni ambulatoriali, erogate con le modalità e le indicazioni ivi stabilite, su richiesta del medico curante e di specialisti pubblici o nell'ambito di programmi di intervento delle strutture pubbliche, presso:

- il domicilio, individuale o collettivo, dell'assistito,
- le sedi ambulatoriali territoriali ed ospedaliere.

2.3.1 SPECIALISTICA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Sono compresi nell'intervento specialistico:

- la richiesta di approfondimenti diagnostici su ricettario regionale, ove prevista,
- la formulazione della diagnosi,
- la refertazione, che deve essere circostanziata e riportare gli esami effettuati e le conclusioni diagnostiche,
- l'eventuale prescrizione terapeutica su ricettario regionale,
- l'indirizzo terapeutico per il medico curante, espresso preferibilmente come categoria chimica del farmaco, in caso di consulenza o consulto,
- il rilascio della eventuale certificazione prognostica,
- la relazione al medico curante sulle terapie praticate e sui risultati conseguiti e l'eventuale suggerimento sull'indirizzo terapeutico farmacologico preferibilmente come categoria chimica del farmaco.

2.3.2 DIAGNOSTICA STRUMENTALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Diagnostica per immagini:
 - esecuzione, anche con l'uso di mezzi di contrasto, degli accertamenti diagnostici,
 - refertazione circostanziata con le conclusioni diagnostiche, sottoscritta dallo specialista che ha eseguito l'accertamento, per quelle indagini che prevedono il suo esclusivo intervento, o che legge i radiogrammi, per le indagini effettuate da personale tecnico.
- **Valutazione e informazione della dose di esposizione alle radiazioni ionizzanti, individuale e collettiva**
- Attività di laboratorio
 - prelievo e raccolta campioni, esecuzione di accertamenti analitici e relativa refertazione.

2.4 – ASSISTENZA DISTRETTUALE

2.4.1 - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Attività presso le centrali operative 118.
- Interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni all'ospedale, con mezzo attrezzato compreso eliambulanza.
- Trasferimento degli assistiti con mezzo attrezzato.
- Attività di assistenza e primo intervento presso i punti di primo soccorso territoriale.
- Attività assistenziali e organizzative in occasione di maxi emergenze.

2.4.2 - ATTIVITÀ DI PREVENZIONE RIVOLTA ALLA PERSONA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Educazione sanitaria mediante interventi rivolti al singolo o alle comunità, attività di prevenzione primaria.
- Attività di screening.
- **Informazione sul rischio di infezione da HIV.**

2.4.3 ATTIVITA' DISTRETTUALI

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare, anche su prescrizione del medico di medicina generale **o del pediatria di libera scelta.**
- Assistenza Programmata del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta in favore di assistiti non ambulabili o non autosufficienti, che non siano in grado di frequentare lo studio del medico, al loro domicilio privato familiare o individuale o nelle residenze sanitarie o in quelle sanitarie assistenziali o nelle collettività, in collegamento con i servizi specialistici o sociali.
- Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) per l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie e socio – assistenziali.

- Trasporti sanitari per anziani non autosufficienti, dializzati, handicap, hanseniani.
- Assistenza residenziale presso gli Ospedali di Comunità.

2.4.4 ATTIVITA' CONSULTORIALI

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Attività di promozione della salute e di assistenza **multiprofessionale** nell'ambito dei servizi consultoriali:
 - educazione sessuale,
 - assistenza sociale,
 - assistenza psicologica,
 - consulenza e visite specialistiche ostetrico – ginecologiche,
 - assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza,
 - assistenza pediatrica in carenza di pediatra di libera scelta,
 - attività in ambito pediatrico (vaccinazioni, screening) non affidate ai pediatri di libera scelta,
 - adempimenti per affidamento e adozioni.

2.4.5 - ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Cure palliative a malati la cui patologia non risponde più a trattamenti specifici, erogate dalle Unità di Cure Continue presso il domicilio dell'utente e/o strutture dedicate.
- Hospice.

2.4.6 – ASSISTENZA ALLE PERSONE CON INFEZIONE DA HIV

- **Formazione e informazione sugli stili di vita, educazione sanitaria sul rischio di infezione da HIV**
- Assistenza domiciliare
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m.14 febbraio 2001 a favore di soggetti con infezione da HIV.

2.5 – RIABILITAZIONE

2.5.1 RIABILITAZIONE FUNZIONALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Predisposizione del progetto riabilitativo individuale e dei relativi programmi.
- Trattamenti riabilitativi di contenuto generico o specifico, a seconda delle necessità conseguenti alla patologia anche consolidata, erogati in regime domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale quando non compresi in altri livelli del macrolivello "assistenza territoriale".

2.5.2 ASSISTENZA RIABILITATIVA SANITARIA E SOCIOSANITARIA ALLE PERSONE CON DISABILITA' FISICA, PSICHICA O SENSORIALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Formulazione dei progetti abilitativi riabilitativi globali e dei relativi piani di intervento.
- Erogazione, in forma coordinata ed integrata, di prestazioni di assistenza diretta alla persona, assistenza infermieristica, **anche pediatrica**, riabilitazione funzionale, consulenze specialistiche, in ambito domiciliare (individuale e collettivo), ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, ed in altri spazi di vita.
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m.14 febbraio 2001 a favore di disabili psichici fisici e sensoriali

2.5.3 ASSISTENZA PROTESICA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Fornitura delle protesi e degli ausili tecnici inclusi nel Nomenclatore – tariffario (DM 332/1999), di cui all'ultimo comma dell'art. 26, legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale).

2.5.4 ASSISTENZA TERMALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Prestazioni idrotermali, di cui all'art. 36 legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) relativamente al solo aspetto terapeutico, erogate nei limiti e con le modalità previste dalla normativa vigente e dagli accordi stipulati annualmente a livello nazionale tra i rappresentanti della parte pubblica e delle aziende termali.

2.6 - ASSISTENZA AGLI ANZIANI

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Valutazione della condizione di non autosufficienza da parte della Unità di Valutazione **Multiprofessionale**.
- Formulazione del piano terapeutico – assistenziale.
- Erogazione, in forma coordinata ed integrata, di prestazioni di:
 - assistenza sanitaria programmata (Medicina generale)
 - assistenza diretta alla persona
 - assistenza infermieristica, anche in forma indiretta
 - riabilitazione funzionale
 - consulenza geriatrica
 - consulenze specialistiche rese al domicilio, individuale o collettivo, in ambito ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m.14 febbraio 2001, a favore di anziani non autosufficienti.

2.7 - SALUTE MENTALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Accoglienza e valutazione della domanda.
- Attività prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici, in tutte le fasce d'età **anche attraverso** interventi di primo sostegno e di orientamento per l'utente e per la famiglia e attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione, anche per gruppi omogenei o per fasce di età.
- **Interventi tesi alla diagnosi precoce dei rischi emergenti (attacchi di panico, disturbi alimentari, sindrome post-partum).**
- Definizione, realizzazione e verifica di progetti terapeutici e riabilitativi individuali da attuarsi mediante:
 - interventi ambulatoriali e/o domiciliari (domicilio individuale o collettivo, altri luoghi di vita o di lavoro), a carattere medico, infermieristico, farmacologico, psicologico, psicoterapeutico, educativo e socio-assistenziale effettuabili con l'utente, con i familiari, con terzi interessati;
 - attività semiresidenziali e residenziali a carattere terapeutico - riabilitativo e socio - riabilitativo. Per i minori l'attività è garantita tramite l'appoggio presso strutture socio-assistenziali o educative;
 - attività ospedaliera per il ricovero a ciclo continuo, volontario e obbligatorio, in condizioni di gravità e acuzie rispetto alle quali il ricovero stesso costituisca l'unico intervento utile ed appropriato. Per gli adulti, il ricovero è effettuato presso il SPDC; per i minori l'attività è garantita presso i reparti di pediatria o idonee strutture;
 - interventi per l'integrazione sociale e per l'inserimento lavorativo degli utenti. Per i minori anche interventi specialistici finalizzati al mantenimento nell'ambiente scolastico di appartenenza.
- Intervento in situazioni di emergenza e urgenza.
- Consulenza, interventi programmati e visite specialistiche presso:
 - l'ospedale, nei reparti di degenza ed al pronto soccorso,
 - le strutture ed i presidi di assistenza sociale, pubblici e convenzionati.
- Consulenza ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e ad agenzie pedagogico - educative.
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di

cui al d.p.c.m.14 febbraio 2001, a favore delle persone con problemi psichiatrici.

2.8 – DIPENDENZE

Promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle varie forme di dipendenza

2.8.1 ALCOOLISMO

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Interventi prevenzione, cura e reinserimento sociale in materia di alcooldipendenza e problematiche alcoolcorrelate.
 - Consulenza, informazione, sensibilizzazione al riconoscimento dei problemi, rivolte alla popolazione, anche per gruppi omogenei e per fasce di età.
 - Prevenzione dell'uso improprio e dell'abuso delle sostanze alcoliche.
 - Accoglienza, osservazione e diagnosi.
 - Definizione , attuazione e verifica di progetti terapeutici e riabilitativi individualizzati.
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui
- al d.p.c.m.14 febbraio 2001, a favore di alcool dipendenti.

2.8.2 TOSSICODIPENDENZE

- Attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della tossicodipendenza.
- Prevenzione:
 - intervento di primo sostegno e di orientamento all'utente ed alle famiglie
 - attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione, anche per gruppi omogenei o per fasce di età.
- Accoglienza della domanda e organizzazione degli interventi.
- Interventi in situazioni di emergenza ed urgenza garantiti nell'arco delle 24 ore, sulla base di protocolli operativi definiti con il DEU.
- Interventi diagnostici.
- Certificazione dello stato di tossicodipendenza, anche su richiesta dell'autorità giudiziaria e degli organi dello Stato.
- Interventi terapeutici e socio riabilitativi.
- Interventi di cura e riabilitazione a favore di tossicodipendenti detenuti, in collaborazione con il servizio sanitario penitenziario.
- Attività residenziale e semiresidenziale a carattere socio riabilitativo e pedagogico educativo.
- Attività di sostegno psicologico, sociale e sanitario per i soggetti tossicodipendenti in trattamento, in ordine alle problematiche AIDS.
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m.14 febbraio 2001, a favore di tossicodipendenti.

3. ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.1 - EMERGENZA E URGENZA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Trattamento, in sede ospedaliera, di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostici e terapeutici in condizioni di emergenza o di urgenza, anche non seguiti da ricovero.
- Accettazione d'urgenza per i trattamenti che richiedano la prosecuzione in regime di ricovero,

anche provenienti dalle strutture di emergenza territoriale.

3.2 - RICOVERO

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Trattamento di patologie acute, nonché di condizioni patologiche di lunga durata, che richiedono un trattamento diagnostico - terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera, tramite:
 - Assistenza medica e infermieristica,
 - ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica, riabilitativa e di supporto necessari per risolvere i problemi di salute del paziente degente.
- I trattamenti sono erogati secondo le seguenti modalità:
 - in forma di ricovero ordinario, anche di riabilitazione e lungodegenza,
 - in forma di ricovero a ciclo diurno (day hospital e day surgery), anche di riabilitazione.
- L'accesso può avvenire:
 - in forma di ospedalizzazione programmata,
 - in forma di ospedalizzazione d'urgenza,
 - in forma di ospedalizzazione domiciliare
- I trattamenti a ciclo diurno sono erogati esclusivamente con accesso programmato.

3.3 - RACCOLTA, LAVORAZIONE, CONTROLLO E DISTRIBUZIONE DEGLI EMOCOMPONENTI E SERVIZI TRASFUSIONALI

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Perseguire l'autosufficienza di sangue e di emocomponenti in relazione agli obiettivi posti dalla programmazione e pianificazione regionale e nazionale, in collaborazione con le Associazioni di Volontariato.
- In relazione alla normativa nazionale e regionale di riferimento ed alle relative linee di indirizzo:
 - garantire l'erogazione delle prestazioni di medicina trasfusionale in routine, urgenza ed emergenza, ivi incluse le attività correlate alla donazione, tipizzazione, conservazione, qualificazione biologica ed assegnazione di cellule progenitrici emopoietiche, e le attività diagnostiche di Immunoematologia;
 - promuovere l'utilizzo appropriato degli emocomponenti e plasmaderivati all'interno dei Comitati ospedalieri per il buon uso del sangue;
 - promuovere ed effettuare le tecniche autotrasfusionali alternative alla trasfusione omologa;
 - garantire la sicurezza della risorsa sangue, anche mediante l'effettuazione delle attività diagnostiche finalizzate alla qualificazione biologica degli emocomponenti;
 - effettuare le attività di emovigilanza e di rilevazione epidemiologica degli eventi avversi alla trasfusione.

3.4 - ATTIVITA' PER LA DONAZIONE, IL PRELIEVO, IL TRAPIANTO DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Predisposizione e sviluppo della donazione e del prelievo di organi, tessuti e cellule,
- Valutazione dell'idoneità del donatore e degli organi, tessuti e cellule reperiti,
- Verifica della compatibilità donatore-ricevente e conseguenti procedure di allocazione di organi, tessuti e cellule,
- Mantenimento e aggiornamento della rete della sicurezza di organi tessuti e cellule,
- Individuazione e selezione del potenziale ricevente,
- Gestione lista di attesa per organi, tessuti e cellule,
- Gestione di registri dei donatori e riceventi di organi, tessuti e cellule,
- Sviluppo di reti aziendali per il controllo del ricevente sul lungo termine,
- Reinserimento sociale del paziente trapiantato,
- Formazione specifica per gli operatori del sistema,
- Comunicazione nella comunità sociale.

Allegato 2 – Orientamenti generali per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali

1) Le funzioni operative

L'articolo 2, lettera l) della l.r. 40/2005 definisce la “funzione operativa” come l'insieme delle attività riconosciute omogenee sotto il profilo professionale. Ogni funzione operativa, quindi, si caratterizza per un insieme tipico di prestazioni professionali o tecniche.

La definizione delle prestazioni tipiche di una determinata funzione operativa fa riferimento alla regolamentazione professionale, alle disposizioni previste dalle procedure di accreditamento, alle linee guida, alle indicazioni in materia di qualificazione delle attività o ad altre disposizioni regionali o nazionali, nonché ad ulteriori specifiche indicazioni della Giunta regionale.

Le funzioni operative sono raggruppate nelle seguenti classi e sottoclassi:

- Le funzioni operative dei servizi territoriali;
- Le funzioni operative della prevenzione:
 - In ambito regionale;
 - In ambito aziendale;
- Funzioni operative comuni dei servizi territoriali e della prevenzione;
- Funzioni operative dei servizi ospedalieri:
 - Funzioni operative regionali;
 - Funzioni operative di base;
- Funzioni operative del centro tecnico direzionale:
 - area amministrativa;
 - area tecnica;
 - Lo staff della direzione aziendale e della direzione sanitaria;
 - Il supporto tecnico-amministrativo di zona-distretto.

2) Le strutture organizzative professionali

Le strutture organizzative professionali definite quali unità operative, sezioni, uffici, costituiscono il contenitore organizzativo delle professionalità che caratterizzano una funzione operativa.

In una stessa Struttura organizzativa professionale trova collocazione personale appartenente ad una unica professionalità omogenea sotto il profilo delle tipologie di attività che rientrano nella stessa funzione operativa, fatte salve specifiche disposizioni legislative.

Le strutture organizzative professionali ospedaliere sono assoggettate, per la loro attivazione, a standard dimensionali commisurati alla popolazione residente nel bacino territoriale di riferimento.

Le unità operative extra - ospedaliere sono di norma uniche a livello di azienda o di zona - distretto.

Per le unità operative alle quali, seppur collocate a livello ospedaliero o extra-ospedaliero, sono attribuite funzioni miste per entrambi i regimi, la proiezione nel livello operativo complementare può trovare strutturazione in forme organizzative semplici che fanno comunque riferimento alla competente unità operativa.

3) Le soglie operative

Il presente allegato individua le soglie operative di costituzione delle relative strutture organizzative professionali ai sensi dell'articolo 61, comma 3, della l.r. 40/2005.

Le denominazioni delle strutture organizzative professionali non sono vincolanti per le aziende sanitarie, fermo restando che, qualunque sia la denominazione assunta, la Struttura organizzativa costituita deve fare riferimento ad una delle funzioni operative indicate nel presente allegato.

L'azienda può discostarsi dalle soglie indicate nel repertorio del presente allegato, sia introducendo criteri più restrittivi di quelli indicati, sia adottando criteri più estensivi. Nel caso in cui assuma criteri più estensivi, ferme restando le attuali procedure di accreditamento, l'incremento di strutture organizzative professionali rispetto alle soglie può avvenire solo:

- a) garantendo gli adeguati standard qualitativi, ove definiti,
- b) escludendo esplicitamente un loro effetto negativo in termini di disavanzo di esercizio, non solo a livello dell'azienda interessata, ma anche dell'intera area vasta di appartenenza.

Eventuali discordanze tra gli standard qualitativi definiti per singole prestazioni dalla Giunta regionale e quelli effettivamente prodotti da una Struttura organizzativa costituiscono elementi per la valutazione del direttore generale.

Ai fini della definizione del numero di unità operative attivabili presso ogni azienda sanitaria, l'applicazione delle soglie operative deve avvenire in accordo con i seguenti criteri:

- a) per le soglie operative che fanno riferimento ad una specifica popolazione, l'ambito di riferimento può essere o l'intero ambito aziendale o l'ambito zona-distretto;
- b) per le funzioni operative che fanno riferimento ad un ambito organizzativo definito (zona-distretto, azienda), si considerano gli stessi riferimenti organizzativi definiti nell'allegato;
- c) per le funzioni operative che non presentano una soglia operativa, vale il dimensionamento individuato negli accordi di area vasta, nonché i criteri e gli standard qualitativi eventualmente individuati dalla Giunta regionale;
- d) per le funzioni operative ospedaliere di base relativamente a quelle realtà ove sullo stesso territorio insistono aziende ospedaliere ed aziende unità sanitarie locali i criteri vengono definiti nell'ambito degli accordi di area vasta.
- e) Per le soglie operative che individuano una popolazione superiore a quella complessiva presente sul territorio di una azienda unità sanitarie locali, si intende che la relativa soglia corrisponde ad una sola struttura organizzativa aziendale
- f) Il numero massimo di unità operative per ciascuna funzione operativa a livello aziendale, fatto salvo quanto indicato al precedente punto d) è determinato sulla base dei seguenti criteri:
 - 1) per le soglie operative con popolazione uguale o superiore a 80.000 abitanti, il limite è rappresentato dal numero di unità operative attivabili utilizzando il doppio del valore soglia indicato arrotondando per eccesso o per difetto per resti superiori o inferiori allo 0,5;
esempio: valore soglia = 120.000
popolazione aziendale = 250.000
numero massimo unità operative attivabili: $250.000 / (120.000 \times 2) = 1,04$ (arrotondato per difetto = 1)
 - 2) per le soglie operative con popolazione inferiore a 80.000 abitanti, il limite è rappresentato dal numero di unità operative attivabili, utilizzando il triplo del valore soglia indicato, arrotondato come indicato al punto 1)
esempio: valore soglia = 30.000
popolazione aziendale = 250.000
numero massimo di unità operative attivabili = $250.000 / (30.000 \times 3) = 2,7$ (arrotondato per eccesso = 3)

Fermi restando i criteri generali per la costituzione delle strutture organizzative professionali, la Giunta regionale può definire ulteriori standard qualitativi e quantitativi relativi a specifiche prestazioni proprie di una o più strutture organizzative, finalizzati ad assicurare che sia garantita una adeguata qualificazione della équipe professionale che provvede ad erogare tali prestazioni, e che sia prodotto un volume di prestazioni appropriato rispetto al bisogno stimato nella popolazione di riferimento.

4) Le unità funzionali

Le unità funzionali sono costituite al fine di integrare funzioni operative per fornire risposte adeguate al bisogno sanitario o socio sanitario in termini di efficacia e di efficienza, e garantire la continuità del percorso assistenziale.

L'azienda sanitaria, in conformità con le disposizioni regionali, determina le modalità di attivazione e di cessazione delle unità funzionali, specificando in particolare:

- 1) i criteri assunti per la loro costituzione;
- 2) la durata e le modalità di conferimento degli incarichi di responsabilità, tenuto conto della composizione multiprofessionale delle unità funzionali stesse;
- 3) le modalità di dismissione della unità qualora vengano meno le condizioni previste dal regolamento per la sua costituzione o, nel caso di unità funzionali a termine, allo scadere del termine;
- 4) i criteri per la definizione del grado di complessità di ciascuna unità ai fini della graduazione del livello di responsabilità, nonché per la definizione dell'obbligo della rendicontazione analitica in capo alla unità funzionale;

5) nel caso di unità funzionale complessa, i criteri per l'individuazione delle professionalità che possono accedere all'incarico.

Per l'attivazione delle unità funzionali le aziende sanitarie tengono conto dei seguenti elementi:

- a) correlazione fra il numero ed il dimensionamento delle unità funzionali ed il volume di attività programmata, che deve presentare carattere di omogeneità a livello aziendale a meno di giustificate eccezioni;
- b) verifiche finalizzate a valutare la congruità delle attività erogate mediante il raffronto tra unità funzionali simili presenti a livello aziendale, anche tenendo conto dei costi di produzione per unità di prestazione erogata.

La Giunta regionale rileva e mette a disposizione delle aziende sanitarie opportuni strumenti di rilevazione delle unità funzionali attivate per consentire alle aziende la valutazione di competenza sugli elementi degli elementi sopra richiamati.

L'attivazione della unità funzionale è definita mediante provvedimento del direttore generale assunto ai sensi di legge, che deve prevedere:

- a) le risorse attribuite alla unità;
- b) le modalità mediante le quali l'unità funzionale è inclusa nelle procedure di contabilità analitica;
- c) l'obbligo per l'unità funzionale a soddisfare il fabbisogno del sistema informativo aziendale, secondo gli standard aziendali o regionali;
- d) le modalità attraverso le quali si esplica l'apporto delle strutture organizzative professionali afferenti all'unità funzionale, per quanto riguarda la programmazione dell'attività;
- e) l'indicazione del termine di cessazione dell'unità funzionale nel caso in cui ne sia prevista l'attivazione a tempo determinato.

La Giunta regionale, anche in attuazione delle azioni di cui al presente piano, può emanare indirizzi o direttive per la costituzione di unità funzionali e per la definizione del loro grado di complessità.

Le aziende sanitarie possono attivare ulteriori unità funzionali in aggiunta a quelle indicate nelle disposizioni regionali.

4 Bis) – La riqualificazione/ridefinizione del sistema di Emergenza Urgenza

Come riportato al paragrafo 5.5.1 del Piano, è in fase di elaborazione e sviluppo il riassetto funzionale ed organizzativo del Dipartimento dell'Emergenza Urgenza. La Giunta regionale con propri atti, previa concertazione con le OO.SS., provvederà a definire i passaggi necessari e gli assetti strutturali per giungere, a regime, alla gestione unificata a livello dipartimentale, delle funzioni operative territoriali ed ospedaliere del Dipartimento Emergenza Urgenza e per l'utilizzo integrato del personale afferente alle strutture "Centrale Operativa 118" e "Pronto Soccorso", o comunque assegnato al Dipartimento, potendo anche prevedere il mantenimento, "ad esaurimento", di parte degli assetti attuali.

5) Note riguardo ad alcune classi e sottoclassi di Funzioni operative

A) Funzioni operative della prevenzione: il livello regionale

Al punto 2 a) della seguente tabella sono individuate le funzioni operative afferenti alla prevenzione che svolgono attività su tutto il territorio regionale. Per tali funzioni operative la Giunta regionale promuove specifici interventi di concertazione di area vasta finalizzati a definire le modalità operative di raccordo per la fruizione integrata e coordinata delle prestazioni erogate.

B) Funzioni comuni ai servizi territoriali ed ai servizi di prevenzione

Le funzioni operative che si caratterizzano per la loro presenza sia nei servizi di prevenzione che nei servizi territoriali di zona-distretto sono indicate in Tabella al punto 3. Per tali funzioni operative non è consentita l'attivazione di unità operative al di sotto delle soglie indicate.

C) Le funzioni operative ospedaliere

In tabella rispettivamente ai punti 4 a) e 4 b) sono distinte le funzioni operative ospedaliere di ambito regionale ed aziendale.

- Funzioni operative regionali

Per le funzioni operative regionali viene di norma attivata un'unica unità operativa all'interno dell'area vasta e sono definite le modalità di integrazione interaziendale per garantire percorsi assistenziali omogenei.

Al fine di sviluppare il livello qualitativo del sistema ospedaliero in rete e di ridurre la mobilità sanitaria extraregionale e quella al di fuori dell'area vasta, la Giunta regionale e' impegnata a promuovere accordi di area vasta in cui si individua:

1. l'unità operativa di riferimento nell'ambito dell'area vasta per la particolare funzione operativa. Salva specifica determinazione assunta nell'ambito del procedimento di concertazione di area vasta, la struttura di riferimento è attivata nella azienda ospedaliera;
2. l'attivazione di ulteriori unità operative, con l'indicazione di soglie minime di casistica che l'unità operativa deve comunque conseguire per mantenere adeguati livelli qualitativi;
3. l'attivazione di sezioni, con l'indicazione delle modalità di costituzione e delle specifiche forme di integrazione operativa con l'unità operativa di riferimento;
4. le determinazioni da assumere nel caso di strutture organizzative in esubero rispetto ai parametri e ai criteri sopra indicati, prevedendone la soppressione, l'accorpamento, la trasformazione e il mantenimento ad esaurimento.

Gli accordi di area vasta, come sopra definiti, devono comunque garantire l'equilibrio economico costi / ricavi a livello di area.

Gli accordi di area vasta costituiscono vincolo programmatico per le aziende che partecipano agli accordi stessi.

Per funzioni a carattere regionale presenti in una sola od alcune aziende ospedaliere, anche le aziende unità sanitarie locali esterne al bacino di riferimento dell'azienda ospedaliera possono partecipare agli accordi dell'area vasta in cui vengono erogate le prestazioni corrispondenti.

Nell'ambito di programmi assistenziali che richiedono la continuità dell'apporto psicologico, di norma assicurato dalla relativa Struttura organizzativa dell'azienda unità sanitarie locali dove è ubicata l'azienda ospedaliera, è consentita la costituzione da parte delle azienda ospedaliere di una propria struttura organizzativa professionale.

- Funzioni operative ospedaliere aziendali.

La tabella riporta al punto 4 b) per ognuna delle funzioni operative ospedaliere di base le soglie operative di riferimento per la costituzione delle corrispondenti strutture organizzative professionali.

Nell'ambito degli accordi di area vasta sono definite le modalità di raccordo tra le aziende sanitarie interessate al fine di integrare l'attività relativa alle funzioni operative di base. In tali accordi possono essere individuati criteri diversificati rispetto a quello delle soglie di riferimento, tenendo comunque conto della necessità di non determinare ingiustificate forme di mobilità sanitaria interaziendale e di garantire livelli di casistica che consentano un adeguato standard qualitativo.

D) Le funzioni operative del Centro tecnico direzionale e le funzioni di supporto alla zona – distretto

- Le funzioni operative del Centro tecnico direzionale

Per quanto attiene alle funzioni operative e le strutture organizzative amministrative, tecniche e di staff del Centro Tecnico Direzionale, le Aziende sanitarie si attengono a quanto indicato dal quadro definito con la l.r. 40/2005 relativamente alla costituzione ed organizzazione degli ESTAV e delle funzioni loro attribuite, anche attraverso le successive disposizioni attuative, avendo a riferimento quanto indicato nei precedenti Piani Sanitari Regionali (allegato 2).

- Il supporto tecnico-amministrativo di zona – distretto

Per le aziende unità sanitarie locali la tabella prevede al punto 5 l'attivazione di una Struttura organizzativa multiprofessionale a livello di ciascuna zona-distretto, che ne garantisce le funzioni direzionali ed il supporto tecnico-amministrativo. La specifica definizione delle funzioni operative che confluiscono nella

relativa unità operativa è definita dall'azienda sanitaria. Le funzioni operative che comunque devono essere garantite sono:

- segreteria;
- gestioni economiche e servizi logistici;
- manutenzione impianti e tecnologie sanitarie;
- manutenzione immobili;
- gestione sistema informativo;
- controlli di gestione;
- epidemiologia.

La soglia operativa indicata per la costituzione della correlata Struttura organizzativa ha carattere puramente indicativo. L'azienda unità sanitaria locale deve esplicitare eventuali criteri alternativi che determinano un assetto organizzativo diverso da quello definito.

Le attività della Struttura organizzativa devono comunque essere integrate, e coerenti con le scelte strategiche definite a livello aziendale.

6) L'organizzazione dipartimentale delle aziende ospedaliere

Ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, le aziende ospedaliere universitarie organizzano la produzione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali attraverso i dipartimenti di cui alla l.r. 40/2005.

I protocolli d'intesa Regione-Università definiscono le linee generali dell'organizzazione dipartimentale delle aziende ospedaliere universitarie ai sensi dell'articolo 3 del D.Lgs. 517/1999.

7) I dipartimenti di coordinamento tecnico

Ferma restando l'autonomia organizzativa delle aziende sanitarie, la Giunta regionale entro l'arco di validità del presente Piano individua i settori di attività ove si ritiene opportuna l'attivazione dei dipartimenti di coordinamento tecnico, nonché le modalità di attivazione e funzionamento.

8) La direzione infermieristica e tecnico sanitaria

I Direttori infermieristico e tecnico - sanitario di cui all'articolo 62, comma 5, della l.r. 40/2005, sono collocati nello Staff della direzione aziendale.

Per la direzione, organizzazione e valutazione dell'assistenza infermieristica e delle attività tecnico - sanitarie, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale infermieristico e di quello tecnico - sanitario e della riabilitazione, il direttore generale si avvale dei due Direttori in oggetto nelle forme e con le modalità definite dall'azienda. I Direttori partecipano alle strutture di coordinamento delle attività svolte dall'azienda sanitaria in forma dipartimentale.

Per l'espletamento delle loro funzioni, i due Direttori si avvalgono dei direttori delle unità operative afferenti ai settori di competenza, dei coordinatori, di cui all'articolo 68, comma 5, ed all'articolo 64, comma 5, lettera d), della l.r. 40/2005, e dei dirigenti preposti all'attività di formazione e di aggiornamento.

Il regolamento aziendale definisce le modalità organizzative per l'espletamento delle specifiche funzioni di direzione dell'assistenza infermieristica e delle attività tecnico - sanitarie sulla base dei seguenti principi:

- **valutazione delle competenze del personale**
- responsabilizzazione degli operatori circa il risultato conseguito;
- autonomia nelle decisioni di natura tecnico professionale di competenza;
- partecipazione alla definizione delle finalità aziendali;
- partecipazione alla definizione del piano formativo aziendale;
- partecipazione allo sviluppo organizzativo e tecnologico delle attività di riferimento, **anche attraverso la partecipazione a progetti di ricerca in collaborazione con l'Università.**

Afferiscono alla direzione infermieristica le seguenti strutture professionali:

- unità operative di assistenza infermieristica ed assistenza diretta alla persona in ambito ospedaliero;
- unità operative di assistenza infermieristica e assistenza diretta alla persona in ambito territoriale;
- unità operative di assistenza ostetrica
- **unità operative di dietetica professionale**

Afferiscono alla direzione tecnico-sanitaria le seguenti strutture organizzative professionali:

- unità operative di riabilitazione funzionale;
- unità operative di diagnostica professionale di laboratorio;
- unità operative di diagnostica professionale per immagini;
- unità operative tecniche del dipartimento di prevenzione.

Le modificazioni al percorso formativo delle professionalità infermieristiche, di assistenza ostetrica, tecnico sanitarie, tecniche della prevenzione e tecniche della riabilitazione, richiedono una riconsiderazione complessiva del settore. Del resto i processi formativi, che si sono attivati a partire dal 2001, hanno appena iniziato a sviluppare i loro effetti, soprattutto per quanto riguarda le potenziali innovazioni rispetto al ruolo concreto che tali professionalità potranno effettivamente dispiegare nel sistema sanitario.

La legge 251/2000 ed in particolare il DM 2/4/2001 hanno configurato un sistema delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie articolato in 4 classi:

- classe 1 scienze infermieristiche ed ostetriche;
- classe 2 scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione;
- classe 3 scienze delle professioni sanitarie tecniche;
- classe 4 scienze delle professioni sanitarie della prevenzione;

Il modello di formazione ovviamente è destinato ad operare un forte impatto sui sistemi organizzativi sanitari; la difficoltà di delineare oggi la profondità di tali impatti, rende complesso definire un assetto organizzativo e funzionale a regime. In questo senso le indicazioni poste vogliono delineare questo processo di modificazione per segnare la tappa di partenza di un percorso che si articolerà per il prossimo triennio 2005-2007.

Le aziende sanitarie provvedono alla costituzione delle seguenti strutture organizzative, qualificate come dirigenziali, a livello aziendale:

1. Una unità operativa infermieristica;
2. Una unità operativa assistenza ostetrica;
3. Una unità operativa diagnostica di laboratorio;
4. Una unità operativa diagnostica per immagini;
5. Una unità operative delle professioni della riabilitazione;
6. Una unità operativa delle professioni della prevenzione.

Alle suddette strutture organizzative, **alla cui conduzione il Direttore generale nomina, sentito il Direttore sanitario, un professionista appartenente al relativo profilo professionale in possesso ai requisiti di cui alla legge 1 febbraio 2006, n. 43**, sono attribuite funzioni di integrazione e di omogeneizzazione tra le diverse attività, unità e figure professionali e di supporto al coordinatore delle professioni infermieristiche ed al coordinatore delle professioni tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione previsti dalla normativa regionale vigente.

Il Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario, nomina il coordinatore infermieristico ed il coordinatore tecnico sanitario tra i responsabili delle strutture organizzative dirigenziali di cui ai precedenti capoversi. **Tali strutture dovranno inoltre assicurare l'omogeneità dell'attività erogata sul territorio aziendale anche attraverso l'integrazione tra il ruolo delle professioni sanitarie e gli altri professionisti.**

Restano confermate le altre unità operative previste dalla successiva tabella.

In relazione alla complessità ed al volume dell'attività svolta, nonché al numero delle strutture organizzative professionali previste dallo statuto aziendale, le aziende sanitarie possono costituire ulteriori strutture dirigenziali.

Rispetto alla realizzazione delle strutture organizzative dirigenziali sopraindicate, le direzioni generali delle Aziende sanitarie verificano lo stato di attuazione di quanto previsto nel presente punto, al fine di assicurarne l'attuazione.

9) La direzione sociale in ambito sanitario

Per garantire a livello di zona-distretto l'integrazione socio-sanitaria ed in particolare per favorire percorsi assistenziali integrati che superino l'attuale sovrapposizione tra interventi sanitari e sociali e garantire l'unicità della presa in carico del cittadino, il regolamento aziendale definisce le modalità organizzative del servizio sociale professionale in ambito sanitario con particolare riferimento alla costituzione delle unità operative di assistenza sociale a livello di zona-distretto.

All'unità operativa di assistenza sociale potranno essere affidati i compiti previsti dalla legislazione regionale per il coordinatore sociale di cui al coordinamento della zona-distretto, con particolare riferimento alle funzioni di programmazione e progettazione dei servizi sociali nell'ambito del Piano Integrato di Salute, **con modalità integrate con i referenti dei servizi sociali per le funzioni afferenti agli Enti Locali.**

Le aziende sanitarie provvedono alla costituzione delle strutture organizzative qualificandole come dirigenziali, a livello aziendale e di zona distretto. L'attribuzione dell'incarico di direzione di tali strutture avviene ai sensi della Legge 251/00 e della Legge 138/04.

REPERTORIO DELLE FUNZIONI OPERATIVE, STRUTTURE ORGANIZZATIVE E SOGLIE CORRISPONDENTI NELLE DIVERSE CLASSI E SOTTOCLASSI DI FUNZIONE OPERATIVA.

1) I servizi territoriali

Funzioni operative	Struttura organizzativa	Soglia
Assistenza sociale	Assistenza sociale	Una per zona-distretto
Assistenza sanitaria di comunità	Attività sanitarie di comunità	Una a livello aziendale
Medicina della Farmacotossicodipendenza	Formacotossicodipendenza	Una a livello aziendale
Psichiatria	Psichiatria	Una a livello aziendale
Attività di riabilitazione funzionale ed educativo – riabilitativa	Riabilitazione funzionale	Una per zona-distretto se con popolazione superiore a 30.000 abitanti; una per le aziende ospedaliere e per i presidi ospedalieri con un numero di posti letto superiore a 400
Psicologia	Psicologia	Una a livello aziendale
Neuropsichiatria infantile	Neuropsichiatria infantile	Una a livello aziendale
Odontostomatologia	Odontostomatologia	Una a livello aziendale
Farmaceutica territoriale	Farmaceutica territoriale	Una a livello aziendale
Emergenza sanitaria territoriale	Vedi punto 4bis	Una a livello aziendale

2) La prevenzione

a) in ambito regionale

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
Prevenzione, vigilanza e sicurezza nelle attività estrattive	Ingegneria mineraria	Una nella unità sanitarie locali 1 Massa Carrara
Individuazione e Determinazione degli inquinanti e dei loro metaboliti in matrici biologiche umane per la prevenzione nei luoghi di lavoro e nell'ambiente	Tossicologia occupazionale ed ambientale	Nei Laboratori di sanità pubblica dell'area vasta nord (azienda unità sanitaria locale 2 Lucca), centro (azienda unità sanitaria locale 10 Firenze), sud (azienda unità sanitaria

		locale 7 Siena)
Controllo e profilassi delle zoonosi rilevanti per la salute pubblica	Zoologia ambientale	Nel Laboratorio di Sanità pubblica dell'area vasta sud (azienda unità sanitaria locale 9 Grosseto)
Attività di determinazione degli inquinanti chimici, fisici e biologici per la salute collettiva	Tecnici di laboratorio	Nei Laboratori di sanità pubblica dell'area vasta nord (azienda unità sanitaria locale 2 Lucca), centro (azienda unità sanitaria locale 10 Firenze), sud (azienda unità sanitaria locale 7 Siena)
Individuazione e Determinazione dei fattori di rischio biologico	Biotossicologia	Nei Laboratori di sanità pubblica dell'area vasta nord (azienda unità sanitaria locale 2 Lucca), centro (azienda unità sanitaria locale 10 Firenze e azienda unità sanitaria locale 3 Pistoia), sud (azienda unità sanitaria locale 7 Siena e azienda unità sanitaria locale 9 Grosseto)
Prevenzione, determinazione e controllo sui rischi chimici e fisici negli ambienti di lavoro e di vita	Igiene industriale	Nei Laboratori di sanità pubblica dell'area vasta nord (azienda unità sanitaria locale 2 Lucca), centro (azienda unità sanitaria locale 10 Firenze), sud (azienda unità sanitaria locali 7 Siena)

2 a) La prevenzione

b) in ambito aziendale*

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
Attività professionale di prevenzione in ambito veterinario	Tecnici di prevenzione in ambito veterinario	Una a livello aziendale
Attività professionale di prevenzione per la sanità pubblica e l'igiene degli alimenti	Tecnici di prevenzione in ambito di sanità pubblica	Una a livello aziendale
Attività professionale di prevenzione sui luoghi di lavoro	Tecnici di prevenzione sui luoghi di lavoro	Una a livello aziendale
Igiene degli alimenti di origine animale	Igiene degli alimenti di origine animale	Una a livello aziendale
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	Una a livello aziendale
Igiene degli alimenti e nutrizione	Igiene degli alimenti	Una a livello aziendale
Igiene e prevenzione dei rischi per la salute pubblica	Igiene e sanità pubblica	Una al livello aziendale

Medicina legale**	Medicina legale	Una a livello aziendale
Prevenzione e sicurezza negli ambienti confinati	Prevenzione e sicurezza	Una a livello aziendale
Prevenzione, igiene, salute nei luoghi di lavoro	Igiene e salute nei luoghi di lavoro	Una a livello aziendale
Sanità animale	Sanità animale	Una a livello aziendale

* Sulla base di specifiche scelte aziendali la Funzione operativa di Epidemiologia può essere collocata nell'ambito della Prevenzione a livello aziendale.

** Sulla base di quanto precisato al punto 5.2.8 relativamente alla funzione trasversale delle attività di Medicina Legale nell'ambito della organizzazione sanitaria, le Aziende possono collocare la funzione di Medicina Legale nell'ambito dello staff della Direzione Aziendale.

3 a) Le funzioni comuni ai servizi territoriali ed ai servizi di prevenzione

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
Assistenza infermieristica in ambito territoriale	Assistenza infermieristica di comunità e sanità pubblica	Una per zona - distretto
Medicina dello sport	Medicina dello sport	Una a livello aziendale
Assistenza sanitaria in ambito preventivo	Assistenza sanitaria in ambito preventivo	Una a livello aziendale

4 a) L'ospedale in ambito regionale

Funzione operativa	Struttura organizzativa
Allergologia ed immunologia clinica	Allergologia ed immunologia
Andrologia	Andrologia
Angiologia	Angiologia
Biostatistica e sicurezza di qualità in laboratorio	Biostatistica e sicurezza di qualità in laboratorio
Cardiochirurgia	Cardiochirurgia
Cardiochirurgia pediatrica	Cardiochirurgia pediatrica
Cardiologia invasiva diagnostica e terapeutica	Cardiologia
Cardiologia pediatrica	Cardiologia pediatrica
Immunoematologia e trasfusione del sangue (L. 107/90)	Centro regionale di Coordinamento e Compensazione
Chirurgia maxillo facciale	Chirurgia maxillo facciale
Chirurgia pediatrica	Chirurgia pediatrica
Chirurgia plastica	Chirurgia plastica
Microchirurgia ricostruttiva della mano	Microchirurgia ricostruttiva della mano
Chirurgia toracica	Chirurgia toracica
Chirurgia vascolare	Chirurgia vascolare
Laboratorio di citogenetica e citobiologia ematologica	Citogenetica
Diabetologia pediatrica	Diabetologia pediatrica
Dietetica e nutrizione clinica	Dietetica medica
Ematologia ed ematologia dei trapianti	Ematologia
Laboratorio di ematologia e coagulazione	Ematologia e coagulazione
Oncoematologia pediatrica e dei trapianti	Oncoematologia pediatrica
Endocrinologia	Endocrinologia
Gastroenterologia	Gastroenterologia

Genetica medica	Genetica medica
Grandi ustioni	Grandi ustioni
Grandi ustioni pediatriche	Grandi ustioni pediatriche
Genetica medica pediatrica	Genetica medica pediatrica
Laboratorio immunogenetica e biologia trapianti	Immunogenetica e biologia trapianti
Ingegneria clinica	Ingegneria clinica
Malattie infettive pediatriche	Malattie infettive pediatriche
Medicina legale	Medicina legale
Nefrologia dei trapianti	Nefrologia
Nefrologia pediatrica	Nefrologia pediatrica
Neurochirurgia pediatrica	Neurochirurgia pediatrica
Neurochirurgia e neurotraumatologia	Neurochirurgia
Neuropsichiatria infantile	Neuropsichiatria infantile
Neuroradiologia	Neuroradiologia
Neuroriabilitazione	Neuroriabilitazione
Odontostomatologia	Odontostomatologia
Psicologia	Psicologia
Reumatologia	Reumatologia
Riabilitazione cardiologica	Riabilitazione cardiologica
Rianimazione e terapia intensiva polifunzionale pediatrica	Rianimazione pediatrica
Terapia intensiva neonatale	Terapia intensiva neonatale
Tossicologia – centro veleni	Tossicologia
Tossicologia forense	Tossicologia forense
unità spinale	unità spinale
Laboratorio di virologia e sierologia	Virologia

4 b) L'ospedale in ambito aziendale

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
Analisi chimico cliniche	Analisi chimico cliniche	150.000 abitanti
Anatomia, istologia patologica e citodiagnostica	Anatomia patologica	150.000 abitanti
Anestesia, rianimazione, terapia intensiva polifunzionale, terapia del dolore e ossigenoterapia iperbarica	Anestesia e rianimazione	90.000 abitanti. Per le attività di ossigenoterapia iperbarica valgono le stesse previsioni formulate per le funzioni regionale
Assistenza infermieristica e attività di supporto all'assistenza in ambito ospedaliero	Assistenza infermieristica ospedaliera	Una per ogni presidio di zona
Biochimica clinica endocrinologica e tossicologica	Biochimica clinica	200.000 abitanti
Cardiologia, U.T.I.C., riabilitazione cardiologica	Cardiologia	80.000 abitanti
Chirurgia generale	Chirurgia generale	40.000 abitanti
Dermatologia	Dermatologia	200.000 abitanti
Diabetologia	Diabetologia	Una per azienda
Diagnostica professionale di laboratorio	Diagnostica professionale di laboratorio	Una per zona con popolazione superiore a 30.000 abitanti
Diagnostica professionale per immagini	Diagnostica professionale per immagini	Una per zona con popolazione superiore a 30.000 abitanti
Dietetica professionale anche in ambito extraospedaliero	Dietetica	Una per azienda

Direzione medica di presidio ospedaliero	direzione sanitaria ospedaliera	Una per aziende salvo eccezioni per i presidi ospedalieri di maggiori dimensioni
Farmaceutica ospedaliera	Farmaceutica ospedaliera	Una per azienda
Fisica sanitaria	Fisica sanitaria	Una per azienda
Geriatría anche in ambito extraospedaliero	Geriatría	150.000 abitanti
Immunoematologia e medicina trasfusionale	Vedi piano sangue	Una per azienda
Immunologia e allergologia	Laboratorio di immunologia e allergologia	Da 200.000 a 300.000 abitanti
Malattie infettive	Malattie infettive	Secondo piano regionale di attuazione della L. 135
Medicina fisica e riabilitazione, anche in ambito territoriale	Recupero e rieducazione funzionale	Una a livello aziendale
Medicina generale	Medicina generale	30.000 abitanti
Medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza	Vedi punto 4bis	100.000 abitanti
Medicina nucleare	Medicina nucleare	200.000 abitanti
Microbiologia sierologica	Microbiologia	150.000 abitanti
Nefrologia e dialisi	Nefrologia	150.000 abitanti
Neurologia, neurofisiopatologia e riabilitazione neurologica	Neurologia	200.000 abitanti
Oculistica	Oculistica	150.000 abitanti
Oncologia medica	Oncologia medica	Una per azienda
Ortopedia e traumatologia, compresa riabilitazione ortopedica	Ortopedia	80.000 abitanti
Ostetricia e ginecologia, anche in ambito territoriale	Ostetricia e ginecologia	90.000 abitanti
Assistenza ostetrica anche in ambito territoriale	Ostetricia professionale	Una per azienda
Otorinolaringoiatria e audiologia	Otorinolaringoiatria	150.000 abitanti
Pediatria, anche in ambito territoriale	Pediatria	90.000 abitanti
Pneumologia e fisiopatologia respiratoria, compresa riabilitazione	Pneumologia	200.000 abitanti
Psicologia in ambito ospedaliero	Psicologia	Una per azienda, anche con riferimento all'Area Vasta
Radiodiagnostica e radiologia vascolare e interventistica	Radiologia	80.000 abitanti
Radioterapia	Radioterapia	200.000 abitanti
Urologia	Urologia	200.000 abitanti

5 a) Il Centro tecnico direzionale

Per quanto attiene alle funzioni operative e le strutture organizzative amministrative, tecniche e di staff del Centro Tecnico Direzionale, le Aziende sanitarie si attengono a quanto indicato dal quadro definito con la l.r. 40/2005 relativamente alla costituzione ed organizzazione degli ESTAV e delle funzioni loro attribuite, anche attraverso le successive disposizioni attuative, avendo **inoltre** a riferimento quanto indicato nei precedenti Piani Sanitari Regionali (allegato 2).

6 a) Il Centro direzionale di zona-distretto ed il supporto tecnico-amministrativo

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
Segreteria, gestioni economiche e servizi logistici, manutenzione impianti e tecnologie sanitarie, manutenzione immobili, gestione dei flussi informativi, analisi del budget di zona-distretto e dei bisogni	Struttura tecnico amministrativa e direzionale di zona-distretto, sulla base delle esigenze individuate a livello aziendale.	Una per zona-distretto.

Allegato 3 – I livelli di assistenza socio sanitaria

PRESTAZIONI – FONTI NORMATIVE – ONERI FINANZIARI

AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI NORMATIVE	ONERI FINANZIARI (% di attribuzione della spesa)	A carico del Comune (salva eventuale compartecipazione utente)
MATERNO INFANTILE	Assistenza sanitaria e socioassistenziale alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, a tutela della maternità, per la procreazione responsabile, per l'interruzione di gravidanza, per la protezione del minore in stato di abbandono	<p>a) prestazioni di medicina generale, di pediatria di libera scelta, ADI e ADP minori</p> <p>b) prestazioni consultoriali medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostiche alle donne, ai minori, alla coppia e alla famiglia (ivi comprese le famiglie aspiranti adottive e/o affidatarie)</p> <p>c) prestazioni assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza mediante attività mediche, sociali e psicologiche</p> <p>d) protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi ed adozioni</p> <p>e) interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazioni di disagio, di disadattamento e di devianza</p> <p>f) interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi</p> <p>g) interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi</p> <p>accoglienza in comunità a seguito di provvedimenti dell'autorità competente</p>	<p>I. 833/1978 art. 25</p> <p>I. 405/1975 d.m. sanità 24/4/2000 "Progetto obiettivo materno infantile"</p> <p>I. 194/1978</p> <p>Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi e adozioni nazionali ed internazionali</p> <p>I. 285/97</p> <p>I. 66/1996 I. 269/1998 d.m. Sanità 24.4.2000 "Progetto obiettivo materno infantile"</p>	<p>A carico SSN</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100% prestazioni medico specialistiche, psico-terapeutiche, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie</p> <p>100% prestazioni di supporto sociale ed economico alle famiglie, di supporto educativo domiciliare e territoriale ai minori, compresa l'indagine sociale sulla famiglia</p> <p>100% accoglienza in comunità educative o familiari</p> <p>100%</p>	<p>A carico del Comune (salva eventuale compartecipazione utente)</p>

AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI NORMATIVE	ONERI FINANZIARI (% di attribuzione della spesa)
SALUTE MENTALE	Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	<p>a) prestazioni ambulatoriali e domiciliari, riabilitative e socio-riabilitative, secondo il piano di intervento individualizzato</p> <p>b) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime semiresidenziale nella fase intensiva ed estensiva, secondo il piano di intervento individualizzato</p> <p>c) prestazioni in regime semiresidenziale nella fase di lungoassistenza: - prestazioni diagnostiche e terapeutiche - prestazioni riabilitative e socio-riabilitative secondo il piano di intervento individualizzato</p> <p>d) prestazioni diagnostiche terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale nella fase intensiva ed estensiva, secondo il piano di intervento individualizzato</p> <p>e) prestazioni assistenziali e socio-riabilitative, compresi programmi di reinserimento sociale e lavorativo, in regime residenziale in strutture a bassa intensità assistenziale nella fase di lungoassistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prestazioni afferenti funzioni sanitarie - assistenza tutelare e sostegno riabilitativo/educativo per percorsi di reinserimento sociale e lavorativo - assistenza alberghiera 	<p>d.p.r. 10.11.1999</p> <p>“Progetto obiettivo tutela della salute mentale 1998/2000”</p>	<p>A carico SSN</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>dal 60% al 75% in base al grado di autonomia</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>fino al 60%</p> <p>fino al 20%</p>
		<p>N.B. La conclusione della fase estensiva e il passaggio alla fase di lungoassistenza è definita mediante apposito momento valutativo multiprofessionale sulla base del piano di intervento individualizzato. Negli accordi di programma possono essere previsti interventi socio-riabilitativi a sostegno dei piani terapeutici di intervento. Nei Piani di Zona le Province concorrono con le proprie competenze e risorse. Per le situazioni pregresse, trasitate nella fase di lungoassistenza, nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari con spesa storicizzata a carico del SSN, l'introduzione del concorso alla spesa di parte sociale può riguardare esclusivamente i redditi propri dell'utente, con esclusione di oneri a carico dei Comuni.</p>		<p>A carico del Comune (salva eventuale compartecipazione utente)</p> <p>Almeno il 40%</p> <p>Almeno l'80%</p>

g) prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minori affetti da disturbi comportamentali e/o patologie di interesse neuropsichiatrico in regime semiresidenziale e residenziale	I. 833/78 art. 26 Prov. Conf. Stato-Regioni 7.5.98 "Linee guida per le attività di riabilitazione"	100%	Possibile compartecipazione alla spesa, sulla base del piano di intervento, fino a una misura del 20% e comunque nei limiti dell'assegno di accompagnamento
h) prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale ivi compresi i soggetti con responsabilità minimale nella Fase Intensiva Fase Estensiva sulla base del piano individualizzato, ed entro termini temporali definiti	I. 104/1992 I. 162/1998	100%	Fino al 100%
i) prestazioni terapeutiche e socio riabilitative, in regime residenziale, nella fase di lungoaassistenza per disabili gravi e disabili con parziale autonomia, privi di sostegno familiare: - prestazioni afferenti funzioni sanitarie, quali assist. di medicina generale e specialistica, assistenza infermieristica, riabilitativa, farmaceutica ove prevista, fornitura di protesi, di ausili e materiale sanitario a favore delle persone disabili - prestazioni di assistenza diretta alla persona (assistenza tutelare) e attività di socializzazione e animazione per il mantenimento delle abilità e delle capacità di relazione - assistenza alberghiera		100%	almeno il 30% almeno l'80% almeno il 70%
l) prestazioni di supporto a percorsi di vita indipendente		fino al 30%	
m) assistenza sociale, scolastica ed educativa e programmi di inserimento sociale e lavorativo		100%	

		<p>d) prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in regime residenziale nella</p> <p style="padding-left: 40px;">Fase Intensiva Fase Estensiva</p> <p>Sulla base del piano individualizzato ed entro termini temporali definiti</p> <p>e) prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale nella fase di lungoassistenza, ivi compresi interventi di sollievo :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prestazioni afferenti funzioni sanitarie, quali assist. di medicina generale e specialistica, assistenza infermieristica, riabilitativa, farmaceutica ove prevista, fornitura di protesi, di ausili e materiale sanitario a favore delle persone non autosufficienti - prestazioni di assistenza diretta alla persona (assistenza tutelare) - assistenza alberghiera - attività di animazione <p>N.B. l'applicazione dei parametri nell'ambito delle oscillazioni previste è da rapportarsi alle diverse caratterizzazioni del servizio per nuclei di differente intensità assistenziale e deve essere applicata in maniera differenziata con riferimento all'organizzazione specifica di ciascun nucleo</p>	<p>d.lgs n. 229/99 d.p.r. 23.7.98 "Piano sanitario 1998-2000"</p>	<p>100% Fino al 100%</p> <p>100%</p> <p>almeno il 60% fino al 20%</p>	<p>Possibile compartecipazione alla spesa nei limiti dell'assegno di accompagnamento, sulla base del piano di intervento, fino al 20%</p> <p>Fino al 40</p> <p>Almeno l'80%</p> <p>100%%</p>
--	--	---	---	---	--

AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI NORMATIVE	ONERI FINANZIARI (% di attribuzione della spesa)	
				A carico SSN	A carico del Comune (salva eventuale compartecipazione utente)
DIPENDENZ E DA DROGA, ALCOOL E FARMACI	Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore dei tossici e alcol dipendenti	a) trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico-riabilitative ambulatoriali e domiciliari ivi comprese quelle erogate durante il periodo della disassuefazione	D.P.R. n. 309/90 L. n. 45/99 Accordo Stato-Regione del 21.1.1999	100%	
		b) trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico riabilitative in regime semiresidenziale e residenziale		100%	
		c) programmi di riabilitazione e di reinserimento per tutta la fase di dipendenza		100%	
		d) azioni di sostegno ai programmi di riabilitazione e di reinserimento		100%	
		e) programmi di reinserimento sociale e lavorativo, allorché sia superata la fase di dipendenza		100%	
INFEZIONI DA HIV	Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore degli affetti da HIV	a) prestazioni e trattamenti in regime ambulatoriale e domiciliare	L. 135/90 D.P.R. 8.6.2000 "Progetto obiettivo AIDS"	100%	
		b) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime semiresidenziale e residenziale nella fase intensiva ed estensiva		100%	
		c) prestazioni di cura e di riabilitazione nella fase di lungosostegno e accoglienza in regime residenziale		Fino al 60%	Almeno il 40%
		d) programmi di reinserimento sociale e lavorativo			100%
PAZIENTI TERMINALI	Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore dei pazienti terminali	Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliari, semiresidenziale, residenziale	L. n. 39/99	100%	

Allegato 4 – Pesì attribuiti alle classi di età per livello e sottolivello di assistenza

Composizione % F.S.R.	PREVENZIONE COLLETTIVA	ASSISTENZA TERRITORIALE								ASSISTENZA OSPEDALIERA
Livello	5,00	53,00								42,00
Sottolivello		5,50	14,00	3,50	7,50	2,50	14,00	4,50	1,50	
Classi di età		Assistenza medica di base	Assistenza farmaceutica	Assistenza agli anziani	Assistenza distrettuale	Riabilitazione	Assistenza specialistica ambulatoriale	Salute mentale	Dipendenze	
0 – 4	2,500	1,000	0,230	0,000	1,500	1,500	0,455	0,300	0,000	1,027
5 – 9	2,500	1,000	0,227	0,000	1,500	1,500	0,312	1,000	0,000	0,234
10 - 14	2,500	1,000	0,192	0,000	1,500	1,500	0,344	1,000	0,500	0,219
15 - 19	2,500	1,000	0,192	0,000	1,000	1,000	0,474	1,000	3,000	0,318
20 - 24	1,500	1,000	0,228	0,000	1,000	1,000	0,617	1,000	3,000	0,373
25 - 29	1,500	1,000	0,308	0,000	1,000	1,000	0,713	1,000	3,000	0,443
30 - 34	1,500	1,000	0,359	0,000	1,000	1,000	0,786	1,000	3,000	0,527
35 - 39	1,500	1,000	0,468	0,000	1,000	1,000	0,769	1,000	3,000	0,497
40 - 44	1,500	1,000	0,555	0,000	1,000	1,000	0,774	1,000	3,000	0,509
45 - 49	1,500	1,000	0,642	0,000	1,000	1,000	0,889	2,000	3,000	0,598
50 - 54	1,500	1,000	0,837	0,000	1,000	1,000	1,072	2,000	1,000	0,739
55 - 59	1,500	1,000	1,190	0,000	1,000	1,000	1,166	2,000	1,000	0,972
60 - 64	1,500	1,000	1,470	0,000	1,000	1,000	1,372	2,000	1,000	1,252
65 - 69	1,000	1,000	1,960	1,000	2,000	2,000	1,707	1,000	1,000	1,690
70 - 74	1,000	1,000	2,345	1,000	2,000	2,000	1,871	1,000	1,000	2,111
75 - 79	1,000	1,000	2,657	2,000	3,000	3,000	1,826	0,500	1,000	2,541
80 - 84	1,000	1,000	3,075	2,000	3,000	3,000	1,514	0,500	1,000	2,935
Oltre 84	1,000	1,000	2,423	3,000	4,000	4,000	1,076	0,300	1,000	2,857

ALLEGATO 5 - Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana e le Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena

(Articolo 1, comma 1, decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419")

La regione Toscana e le Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena, sedi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, preso atto dell'avvenuta applicazione in Toscana di quanto previsto in materia di istituzione delle aziende ospedaliero-universitarie dal decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), confermano quanto previsto dal Protocollo d'intesa, approvato con delibera della Giunta regionale 481/2005 nell'ambito del Piano sanitario regionale 2005-2007, come previsto dalle disposizioni di cui all'allegato 6 del Piano medesimo, ed i principi in esso contenuti.

In particolare, la Regione e le Università confermano lo spirito di fattiva collaborazione e l'impegno a:

- responsabilizzare tutte le componenti interessate nella realizzazione degli obiettivi della programmazione regionale e locale;
- sviluppare metodi e strumenti di collaborazione tra sistema sanitario regionale e sistema formativo universitario che esprimano la comune volontà di perseguire in modo congiunto obiettivi di qualità, efficienza, efficacia e competitività del servizio sanitario pubblico, qualità e congruità - rispetto alle esigenze assistenziali - della formazione del personale medico e sanitario, potenziamento della ricerca biomedica e medico - clinica;
- perseguire la qualità e l'efficienza delle attività integrate di assistenza, didattica e ricerca nell'interesse congiunto della tutela della salute della collettività, che costituisce obiettivo del Servizio sanitario nazionale, e della funzione formativa e di ricerca propria delle Università;
- collaborare per promuovere la tutela del diritto alla salute, anche in termini di equità e umanizzazione delle cure, impegnandosi ad interagire per sviluppare azioni innovative, coerentemente con quanto previsto dall'art. 5, comma 8 del Protocollo d'intesa tra la regione Toscana e le Università degli Studi e Scuole Superiori di studi universitari della Toscana, approvato con delibera della Giunta regionale n. 557 del 23 luglio 2007;
- realizzare la programmazione congiunta delle attività assistenziali delle aziende ospedaliero-universitarie di riferimento, tenendo conto della programmazione delle attività didattiche e di ricerca delle Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- procedere alla reciproca informazione e consultazione in ordine alle determinazioni che abbiano influenza sull'esercizio integrato delle attività di competenza, assicurando il rispetto dell'autonomia organizzativa e gestionale delle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b) del D.lgs. 517/1999 e degli organi delle medesime, nonché delle altre strutture nelle quali si attua l'integrazione tra attività assistenziale, didattica e di ricerca.

I suddetti impegni rientrano tra i principi ispiratori dell'atto aziendale, delle sue modificazioni e dei regolamenti di attuazione delle aziende ospedaliero - universitarie, d'intesa con il Rettore dell'Università.

La collaborazione tra Regione e Università può estendersi, con modalità da concordare, ad apporti formativi e tecnico scientifici da parte di altre Facoltà in relazione a specifiche esigenze del Servizio sanitario regionale, con particolare riferimento alla necessità di privilegiare iniziative di sviluppo degli obiettivi di salute nei programmi formativi della nuova classe dirigente.

Al fine di garantire alle Facoltà di Medicina e Chirurgia l'inscindibilità tra le funzioni di didattica, ricerca ed assistenza e di assicurare al Servizio sanitario regionale il pieno esercizio delle funzioni proprie, la Regione e l'Università garantiscono:

- l'autonomo esercizio delle responsabilità gestionali da parte delle aziende ospedaliero-universitarie;
- l'autonomia dell'Università nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca che sono svolte nel pieno rispetto dei diritti di salute del cittadino, tenuto conto dei necessari compiti assistenziali;
- un riconoscimento economico al personale impegnato, indipendente dallo stato giuridico, correlato alle funzioni assistenziali svolte ed ai risultati gestionali raggiunti, secondo quanto stabilito in applicazione dell'articolo 6 del D.lgs. 517/1999.

Sulla base dei principi e degli impegni sopra richiamati la Giunta Regionale, entro 180 giorni dall'approvazione del presente Piano Sanitario Regionale, definisce il testo del nuovo protocollo d'intesa tra Regione Toscana ed Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena, dandone comunicazione alla Commissione Consiliare competente.

Allegato 6 –Protocollo di intesa in tema di salute tra la Regione Toscana e la Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa

Protocollo di intesa in tema di salute tra Regione Toscana e la Scuola Superiore Sant’Anna

La Regione Toscana di seguito denominata “Regione”, e la Scuola Superiore Sant’Anna, de seguito denominata “Scuola”

PREMESSO:

- che ritengono che la rapida evoluzione sociale ed economica avvenuta nel corso degli ultimi decenni abbia determinato in Italia, come nella maggior parte dei paesi a più alto sviluppo industriale, profondi mutamenti nel significato attribuito alla salute, intesa non solo come assenza di malattia o di condizioni invalidanti, ma come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale;
- che ritengono che la buona salute sia il risultato di una combinazione molto ampia di fattori, tutti interagenti l’uno con l’altro, che comprendono, tra l’altro, l’assistenza sanitaria e socio-sanitaria, l’ambiente in cui si vive, l’alimentazione;
- che ritengono che tale combinazione rappresenti una dimensione di analisi che va coltivata, adottando una prospettiva di insieme e utilizzando strumenti di analisi di natura multi-disciplinare;

CONSIDERATO:

- a) che la Regione ha inserito nel proprio Piano sanitario regionale, quali grandi linee di azione la sanità d’iniziativa e la valutazione dei risultati;
- b) che la Regione ritiene che la ricerca, la valutazione e la formazione siano strumenti essenziali per la crescita del sistema sanitario e della salute, e che a tal fine intende avvalersi delle competenze di centri di ricerca, di valutazione e di formazione di eccellenza presenti nel territorio regionale;
- c) che la Regione identifica nel proprio Piano Sanitario Regionale quali temi di ricerca prioritari quelli in materia di salute, di organizzazione e management sanitario, di economia e di tecnologia sanitaria, finalizzati a dare impulso a processi di innovazione per migliorare la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni, la valutazione dei modelli assistenziali, l’equità e l’accessibilità dei servizi;
- d) che la Regione ha intenzione di promuovere interventi formativi tendenti a consolidare le competenze, oltre che nello specifico settore professionale, anche nell’ambito degli strumenti di gestione, in modo da contribuire a diffondere l’orientamento all’utenza e al servizio, la cultura manageriale e organizzativa, la cultura relazionale e la cultura tecnologica;
- e) che la Regione favorisce e incentiva la collaborazione tra soggetti presenti nello stesso territorio e la valorizzazione delle sinergie tra le loro diverse competenze;
- f) che la Scuola, Istituto di eccellenza degli studi universitari, fortemente orientato alla ricerca nei settori di economia, ingegneria, medicina, agraria, giurisprudenza e scienze politiche, da anni conduce, con una prospettiva di natura interdisciplinare ed internazionale, attività di ricerca su tematiche aventi come area di riferimento/applicazione il sistema della salute;
- g) che la Scuola, per la sua naturale vocazione interdisciplinare e per la sua pronunciata capacità di coniugare in modo sinergico ricerca e formazione, risulta un luogo particolarmente indicato per affrontare sotto tutte le loro dimensioni rilevanti (assistenza sanitaria, assistenza socio-sanitaria, ambiente e alimentazione) le problematiche relative alla salute;
- h) che la Scuola ha costituito con la Regione il Laboratorio Management e Sanità con l’obiettivo di favorire gli strumenti e le strategie per il miglioramento organizzativo e gestionale del sistema sanitario pubblico e per la formazione di una cultura manageriale nelle istituzioni che compongono il sistema sanitario pubblico;
- i) che il Laboratorio Management e Sanità già dal 2005 ha predisposto per la Regione Toscana 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 prodotto per il cittadino.
- j) che nel triennio precedente è stata affidata alla Scuola la progettazione e la realizzazione dei percorsi formativi per i direttori generali, sanitari e amministrativi delle aziende sanitarie toscane e dei dirigenti di struttura complessa;

k) che la Scuola opera, ormai da un decennio, nella cooperazione internazionale, svolgendo sia attività di consulenza che di formazione a favore di vari organismi internazionali e nazionali e che, in tempi recenti, ha svolto attività di consulenza in tema di cooperazione internazionale nell'area sanitaria a favore della Regione Toscana e di alcune delle sue aziende ospedaliere;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

1. Le premesse che precedono costituiscono parte sostanziale del presente Protocollo d'intesa, il cui scopo è quello di consentire alla Scuola e alla Regione di attivare, tramite la stipula di apposite convenzioni, una serie di iniziative e progetti per sviluppare attività nel campo della ricerca e della formazione nel settore della salute.

2. Sull'area relativa al management sanitario la Regione e la Scuola proseguono l'attività di collaborazione mediante il Laboratorio Management e Sanità. In particolare in linea con le migliori esperienze internazionali al Laboratorio Management e Sanità, quale soggetto terzo, pubblico, a livello universitario, garante dell'affidabilità, rigore e trasparenza nel suo operato, si richiede la predisposizione del sistema di valutazione della performance per le aziende sanitarie toscane e, nel prossimo triennio, per la Società della Salute, gli ESTAV, le Aree Vaste e per le unità organizzative di struttura complessa.

3. In linea con il principio di considerare la valutazione quale strumento fondamentale di governo della sanità toscana e di comunicazione trasparente con i cittadini, al Laboratorio Management e Sanità è richiesta l'attivazione di sistemi e modalità adeguate anche su web per la comunicazione pubblica dei risultati del sistema.

4. La Regione e la Scuola tramite il Laboratorio Management e Sanità si impegnano a consolidare e rafforzare la propria collaborazione in attività di ricerca e formazione relativa al management e organizzazione dei servizi sanitari con particolare riferimento all'alta direzione del servizio sanitario regionale, nonché di svolgere attività di ricerca anche con soggetti privati nel campo relativo all'organizzazione dei servizi della farmaceutica territoriale.

5. La Scuola si dichiara disponibile a fornire alla Regione assistenza e consulenza nella formulazione, programmazione e attuazione delle politiche di cooperazione internazionale in materia sanitaria.

6. La Scuola si impegna ad operare con una logica di network, coinvolgendo nelle funzioni di cui ai punti precedenti, sia gli altri atenei toscani sia tutti i soggetti del territorio che abbiano competenze utili ai diversi progetti o che possano ospitare attività di sperimentazione.

7. La Regione e la Scuola si impegnano ad esaminare la possibilità di partecipare a progetti di studio o realizzativi lanciati da enti di vario tipo, nazionale e internazionale, ovvero a concorsi, bandi e gare per l'assegnazione di tali progetti.

8. La Regione la Scuola concordano che la effettiva esecuzione delle attività ricordate nel presente documento sarà subordinata ad appositi ulteriori atti che, facendo riferimento al presente Protocollo di Intesa, dovranno essere specificatamente concordati tra le parti.

9. Il presente Protocollo di Intesa ha la durata del Piano Sanitario Regionale, decorre dalla data di sottoscrizione dell'atto e si considera tacitamente rinnovato per la durata di un anno, salvo disdetta di una delle due parti con preavviso di almeno sei mesi.

Allegato n. 7 – I procedimenti per la verifica di compatibilità (ai fini dell'autorizzazione per la realizzazione e l'ampliamento di strutture sanitarie) e per la verifica di funzionalità (ai fini dell'accreditamento): criteri, modalità e ambiti di applicazione.

In coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale contenuti nel presente PSR, sono di seguito indicati i criteri, le modalità e gli ambiti di intervento per:

- a) la verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno regionale, prevista dalla L.R. 8/99, art. 20, per l'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture sanitarie o all'ampliamento di quelle esistenti che erogano prestazioni di ricovero, ospedaliero ed extraospedaliero, a ciclo continuativo e/o diurno;**
- b) la verifica di funzionalità rispetto alla programmazione regionale, prevista dalla L.R. 8/99, art. 18, ai fini dell'accreditamento istituzionale.**

A) Verifica di compatibilità per l'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture sanitarie o per l'ampliamento di quelle esistenti che erogano prestazioni di ricovero, ospedaliero ed extraospedaliero, a ciclo continuativo e/o diurno, ai sensi della L.R. 8/99, art. 20.

1. Indicazioni per la determinazione del fabbisogno e la valutazione dell'offerta disponibile ai fini della verifica di compatibilità.

La definizione del fabbisogno di strutture sanitarie, presupposto necessario per la verifica della compatibilità ai sensi della L.R. 8/1999, art. 20, scaturisce dal quadro di analisi della situazione toscana posto a premessa del Piano sanitario regionale.

Gli elementi che ne determinano la definizione derivano dalla sintesi del profilo di salute della popolazione toscana, elaborato dall'Agenzia Sanitaria Regionale e parte integrante della Relazione sanitaria regionale, e dall'analisi dei mutamenti e delle dinamiche dello scenario epidemiologico e sociale, con le sue caratteristiche inerenti le patologie e i bisogni assistenziali emergenti, la correlata domanda di servizi e le opportunità di accesso alle prestazioni.

La valutazione dell'offerta disponibile, che si avvale anche degli strumenti di valutazione delle performance elaborati in collaborazione con il Laboratorio MES della Scuola S.Anna sulla capacità di offerta dei servizi da parte della Aziende sanitarie, viene effettuata considerando l'offerta complessiva dei servizi presenti nell'ambito territoriale di riferimento, costituita quindi dalle prestazioni erogate dai presidi delle Aziende sanitarie e dalle istituzioni private accreditate, e con riferimento ai criteri specifici di cui al successivo punto 3.

Nella valutazione dell'offerta, al fine della quantificazione della sua reale disponibilità, viene inoltre tenuto conto degli indici di utilizzo dei servizi e delle strutture esistenti, anche in relazione ai tempi e alle liste di attesa registrati nell'accesso alle prestazioni e ai flussi di mobilità in entrata ed uscita, congiuntamente ai principi di appropriatezza indicati dalla programmazione sanitaria regionale.

2. Strutture e settori di attività soggetti alla verifica di compatibilità

Sono soggetti a verifica di compatibilità ai sensi della L.R. 8/99, art. 20

- Presidi di ricovero ospedaliero, compresi i presidi autonomi di day surgery;
- Presidi residenziali e semiresidenziali di riabilitazione extraospedaliera;
- Ambulatori di specialistica e diagnostica, limitatamente a:
 - per la diagnostica per immagini, P.E.T e alta tecnologia di nuova generazione;
 - per le attività di laboratorio, laboratori di indagine genetica;
- Strutture residenziali psichiatriche;
- Strutture residenziali sanitarie di riabilitazione per tossicodipendenti.

E' comunque soggetta ad autorizzazione regionale l'installazione di apparecchiature di risonanza magnetica, secondo quanto previsto dal DPR 8 agosto 1994, n. 542. La verifica della compatibilità dell'installazione rispetto alla programmazione sanitaria regionale, richiesta dall'art. 2 del decreto per le apparecchiature con valori di campo statico di induzione magnetica compresi fra 0,5 e 2 tesla, deve essere effettuata anche per le apparecchiature soggette ad autorizzazione ministeriale.

Sono esclusi dalla verifica di compatibilità i presidi ambulatoriali di base ed i presidi ambulatoriali di specialistica e diagnostica, salvo che per i settori e le attività già indicati sopra, per le quali la verifica è comunque richiesta.

La verifica della compatibilità deve ritenersi effettuata e non deve, quindi, essere richiesta

- per le realizzazioni di posti letto ospedalieri destinati all'esercizio dell'attività liberoprofessionale del personale dipendente delle Aziende sanitarie, in quanto non aggiuntivi ma quota parte dei posti letto presenti secondo quanto previsto dall'art. 4, commi 10 e 11, del D.Lgs 502/92;
- per le realizzazioni già previste in atti programmatici della Regione e finanziati totalmente o parzialmente a carico di fondi regionali o statali;
- per le realizzazioni richieste da un'Azienda USL, il cui ambito di riferimento, per l'espressione del parere di compatibilità di cui al successivo punto 3, coincide con il territorio dell'Azienda USL stessa.

3. Criteri per la verifica

Sono indicati di seguito i criteri specifici di riferimento, che orientano l'espressione del parere tecnico previsto per la verifica di compatibilità in relazione alle varie tipologie di strutture:

3.1 Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti, compresi i presidi autonomi di day surgery (DCR 221/99, All 1, C)

Parere espresso dall'Area di Coordinamento Sanità della Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà della Regione, in raccordo con il Comitato di Area vasta competente per territorio, con riferimento ai seguenti criteri specifici:

salvo specifici accordi regionali, fino a diversa determinazione non è consentita la attivazione di nuovi posti letto, sia per funzioni aziendali che regionali, in presenza nell'area vasta di riferimento di un numero complessivo di posti letto superiore all'indice programmato a completamento della ristrutturazione della rete ospedaliera toscana, pari a 3,85 posti letto per mille abitanti.

Fatti salvi specifici vincoli previsti dagli atti di programmazione regionale e/o dai relativi provvedimenti attuativi, è consentita, nel rispetto del parametro di 3,85 posti letto per mille abitanti nell'area vasta di riferimento, la attivazione di nuovi posti letto contestualmente alla trasformazione, almeno, di una pari quantità di posti letto esistenti.

L'indice di 3,85 posti letto per mille abitanti esprime il fabbisogno di ricovero ospedaliero per la popolazione toscana. In considerazione della rilevanza dei fenomeni di mobilità interregionale che caratterizzano, in particolare, questo livello assistenziale, i Comitati di Area vasta interessati alla espressione del parere, possono considerare una maggiorazione dell'indice di fabbisogno, pari a 0,30 posti letto per mille abitanti, ove particolari caratteristiche dell'offerta ospedaliera della Area Vasta, quali flussi di mobilità extraregionale entrante per la presenza di discipline regionali, funzioni di riferimento in ambito di Azienda USL, di Area vasta, interregionale, confrontati con la mobilità in uscita, ne rendano opportuno la maggiorazione.

Per quanto riguarda la realizzazione di presidi autonomi di Day Surgery, si confermano le disposizioni e i parametri di riferimento forniti con la Deliberazione GR 19 dicembre 2005 n. 1248, da rapportarsi al periodo di vigenza del presente piano.

3.2 Presidi ambulatoriali: Laboratori per indagine genetica (DCR 221/99, All 1, B1)

Parere espresso dall'Area di Coordinamento Sanità della Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà della Regione, avvalendosi degli organismi regionali del Governo Clinico, con riferimento alle indicazioni specifiche espresse dalla Regione Toscana nei propri atti di indirizzo, fermo restando quanto disposto dalla deliberazione GR n. 887/2006.

3.3 Presidi ambulatoriali di diagnostica per immagini: Tecnologie sanitarie innovative e ad alto costo - R.M e P.E.T. (DCR 221/99, All 1, B1) e alta tecnologia di nuova generazione.

Parere espresso dall'Area di Coordinamento Sanità della Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà della Regione, che può avvalersi dell'organismo regionale preposto all'Health Technology Assessment (HTA), secondo gli indici di fabbisogno per l'introduzione di nuove strumentazioni diagnostiche R.M e P.E.T e di alta tecnologia di nuova generazione, indicati dagli appositi atti di indirizzo forniti a livello regionale.

3.4 Presidi residenziali e semiresidenziali di riabilitazione extraospedaliera (DCR 221/99, All 1, D1.1)

Parere espresso da parte dell'Azienda unità sanitaria locale, in raccordo con il Comitato dell'Area vasta di appartenenza, con riferimento ai seguenti criteri:

è ammessa la realizzazione di nuovi presidi o di nuovi posti letto nel rispetto dello standard di 0,25 p.l. per 1000 abitanti, previsto al punto 5.6.1.7. del presente Piano.

3.5 Presidi residenziali e semiresidenziali di tutela della salute mentale (DCR 221/99, All 1, D1.3)

Parere espresso da parte dell'Azienda unità sanitaria locale, verificata la compatibilità rispetto alla programmazione della Società della salute relativa all'ambito territoriale di riferimento, laddove costituita, e in coerenza con gli indirizzi regionali in materia.

3.6 Presidi sanitari residenziali e semiresidenziali per i tossicodipendenti (DCR 221/99, All 1, D1.4)

Parere espresso da parte dell'Azienda unità sanitaria locale, verificata la compatibilità rispetto alla programmazione della Società della salute relativa all'ambito territoriale di riferimento, laddove costituita, e in coerenza con gli indirizzi regionali in materia.

4. Modalità procedurali per la verifica di compatibilità.

Come previsto dalla L.R. 8/99, art. 20, comma 3, i soggetti interessati sono tenuti a presentare al Comune, unitamente alla documentazione finalizzata al rilascio della concessione edilizia o dell'attestazione di conformità, la documentazione comprovante l'acquisizione della verifica di compatibilità, espressa dalla Giunta regionale.

I soggetti interessati presentano pertanto a tal fine alla Giunta Regionale la richiesta di verifica di compatibilità.

L'ufficio responsabile del procedimento amministrativo provvede ad effettuare la verifica necessaria acquisendo i pareri tecnici previsti con l'espressione della valutazione di compatibilità rispetto al fabbisogno, in conformità alle indicazioni e ai criteri contenuti nei punti precedenti.

B) Verifica di funzionalità ai fini dell'accreditamento istituzionale ai sensi della L.R. 8/1999 art. 18 e della DCRT 30/2000.**1. Strumenti per la verifica di funzionalità**

L'accertamento della funzionalità rispetto alla programmazione sanitaria regionale, previsto dall'art. 18 della L.R. 8/1999 quale presupposto necessario per consentire l'avvio del procedimento regionale finalizzato al rilascio dell'accreditamento istituzionale, è effettuato con riferimento agli strumenti di programmazione in materia sanitaria e sociale integrata previsti dalla L.R. 40/2005 e successive modifiche e integrazioni.

In particolare si richiamano a tal fine:

- il piano sanitario e sociale integrato regionale;
- gli atti di programmazione interaziendale, di cui all'art. 9 della L.R. 40/2005, denominati piani di area vasta.

Per quanto concerne la verifica di funzionalità rispetto alla programmazione locale, laddove prevista, essa è effettuata con riferimento:

- ai piani integrati di salute di cui all'art. 21 della L.R. 40/2005;
- ai piani attuativi delle aziende unità sanitarie locali di cui all'art. 22 della L.R. 40/2005;
- ai piani attuativi delle aziende ospedaliero universitarie di cui all'art. 23 della L.R. 40/2005;
- alle intese e agli accordi stipulati dalle aziende sanitarie in attuazione dei piani di area vasta.

Costituiscono inoltre indicazioni di riferimento le direttive regionali inerenti specifici campi di attività.

Ai fini della verifica di funzionalità alla programmazione sanitaria nei confronti dei soggetti richiedenti, le strutture sanitarie pubbliche, o a prevalente partecipazione pubblica, previste negli atti di programmazione regionale e nei relativi provvedimenti attuativi, concorrono alla costituzione dell'offerta disponibile ancorché in corso di realizzazione.

2. Strutture e settori di attività soggetti alla verifica di funzionalità

La verifica di funzionalità rispetto alla programmazione regionale viene disposta in relazione alle strutture e ai settori di attività per i quali venga presentata domanda di accreditamento istituzionale o di rinnovo dell'accREDITAMENTO scaduto.

Sono soggetti a verifica di funzionalità:

- Presidi di ricovero ospedaliero, compresi i presidi autonomi di day surgery;
- Presidi residenziali e semiresidenziali di riabilitazione extraospedaliera;
- Ambulatori di diagnostica strumentale, limitatamente a:
 - per diagnostica per immagini, R.M e P.E.T e alta tecnologia di nuova generazione;
 - per attività di laboratorio, laboratori di indagine genetica.
- Strutture residenziali psichiatriche;
- Strutture residenziali sanitarie di riabilitazione per tossicodipendenti.

Sono esclusi dalla verifica di funzionalità i presidi ambulatoriali di base ed i presidi ambulatoriali di specialistica e diagnostica, salvo che per i settori e le attività già indicati sopra, per le quali la verifica è comunque richiesta. Per le tipologie escluse dalla verifica, il procedimento di accreditamento, a modifica di quanto stabilito dalla DCR 30/00, Allegato 4, punto 4, "Procedure di accreditamento", è avviato dalla data di ricevimento dell'istanza.

Per le strutture pubbliche ed equiparate, la verifica di funzionalità si dà per acquisita per:

- le strutture già operanti, secondo quanto disposto dalla deliberazione G.R. n. 412/2002;
- le nuove attività e/o presidi per i quali sia stata riconosciuta la compatibilità.

In questi casi il procedimento di accreditamento, a modifica di quanto stabilito dalla DCR 30/00, Allegato 4, punto 4, "Procedure di accreditamento", è avviato dalla data di ricevimento dell'istanza alla quale sarà allegato, per le nuove attività, il decreto di compatibilità.

3. Modalità per la verifica di funzionalità

Per effettuare la verifica di funzionalità rispetto alla programmazione sanitaria, la Regione si avvale, acquisendone il parere:

- del Comitato di Area Vasta di cui all'art. 9 della LR 40/2005, territorialmente competente, per :
 - strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti, compresi i presidi autonomi di day surgery (DCR 221/99, All 1, C);
 - presidi ambulatoriali, limitatamente ai laboratori per indagine genetica (DCR 221/99, All 1, B1);
- del Comitato di Area Vasta territorialmente competente, che esprime parere in raccordo con l'organismo regionale preposto all'Health Technology Assessment (HTA), per :
 - presidi ambulatoriali di diagnostica per immagini, limitatamente a Tecnologie sanitarie innovative e ad alto costo - R.M e P.E.T. (DCR 221/99, All 1, B1) e alta tecnologia di nuova generazione;
- dell'Azienda Unità sanitaria Locale per:
 - presidi residenziali e semiresidenziali di riabilitazione extraospedaliera (DCR 221/99, All 1, D1.1)
 - presidi residenziali e semiresidenziali di tutela della salute mentale (DCR 221/99, All 1, D1.3)
 - presidi sanitari residenziali e semiresidenziali per i tossicodipendenti (DCR 221/99, All 1, D1.4)

Ai fini dell'acquisizione dei pareri sopraindicati, l'ufficio regionale responsabile del procedimento amministrativo, una volta ricevuta l'istanza di accreditamento, ne trasmette richiesta ai soggetti competenti, che devono fornire alla Regione il parere tecnico previsto, con riferimento alla programmazione sanitaria relativa agli specifici ambiti territoriali.

Nelle procedure finalizzate al rinnovo dell'accREDITAMENTO, l'espressione del parere in merito alla funzionalità dovrà tener conto degli eventuali rapporti contrattuali in essere, da parte dei soggetti richiedenti l'accREDITAMENTO, con le Aziende sanitarie e di una correlata valutazione dell'attività svolta per conto del SSR.

Effettuato l'accertamento della funzionalità, viene avviato il procedimento di accreditamento con la verifica del possesso dei requisiti, dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, sulla cui base viene disposto, con atto regionale, il rilascio dell'accREDITAMENTO.

Ai sensi della L.R. 8/99, art.18, comma 2 bis “La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all’articolo 8 quinquies del D.Lgs 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni”.

Allegato C

REGIONE
TOSCANA

**Rapporto di valutazione**

DENOMINAZIONE PIANO/PROGRAMMA

Aggiornamento Piano sanitario regionale 2005-2007

DURATA

2008 – 2010

RIFERIMENTI NORMATIVI

D. Lgs. 502/1992

D. Lgs. 229/1999

L.R. 49/1999

L. R. 40/2005

ASSESSORE COMPETENTE

Enrico Rossi

DIREZIONE GENERALE

Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Francesco Izzo

INDICE

1. ANALISI DI FATTIBILITA'

1.1 Premessa

1.2 Processo di formazione del Piano

1.4 Versioni del Piano

2. INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITA' DI CONFRONTO ED INFORMAZIONE

2.1 Riferimenti e principi generali

2.2 Forme, strumenti e contenuti del processo di confronto, partecipazione e informazione

3. MODELLO DI CONTROLLO E DI VERIFICA PREVENTIVA

4. VALUTAZIONE DI COERENZA ESTERNA

Valutazione di coerenza esterna VERTICALE

Valutazione di coerenza esterna ORIZZONTALE

5. VALUTAZIONE DI COERENZA INTERNA

Valutazione di coerenza interna VERTICALE

Valutazione di coerenza interna ORIZZONTALE

6. LA VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI ATTESI DI PIANI E PROGRAMMI SUGLI OBIETTIVI DELLE POLITICHE REGIONALI

7. VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA

8. IDENTIFICAZIONE MONITORAGGIO E RELATIVI INDICATORI

1. ANALISI DI FATTIBILITA'

1.1 Premessa

Le modalità di predisposizione del documento di aggiornamento del Piano Sanitario Regionale 2005-2007 per il triennio 2008-2010 (di seguito definito "PSR") sono conformi al contesto delineato dalla normativa regionale in materia di programmazione e dall'art. 48 dello Statuto, alle procedure previste in attuazione dell'art. 10 della L.R. 11 agosto 1999, n. 49 "Norme in materia di programmazione regionale" ed alle modifiche apportate dalla L.R. 61/04.

1.2 Processo di formazione del Piano

Nel processo di aggiornamento del PSR possiamo identificare alcune fasi principali:

1. una fase preliminare di orientamento, impostazione ed avvio del percorso di elaborazione della proposta iniziale del Piano. In questa fase sono state analizzate le motivazioni della scelta di procedere alla formazione del piano, ne sono state definite le principali finalità, così come i valori e i principi che si riconfermano o in modo innovativo si è ritenuto di assumere, al fine di connotare in modo coerente ed efficace la presente programmazione rispetto ai nuovi bisogni emersi.
2. una fase finalizzata alla redazione della proposta iniziale di Piano, che si struttura in diversi momenti sequenzialmente legati:
 - conferma delle motivazioni della scelta di procedere alla formazione del Piano, mediante una ricognizione dei riferimenti normativi nonché delle relazioni e sinergie con gli altri piani e programmi;
 - studio del quadro analitico di riferimento, mediante una ricognizione delle variabili esogene ed endogene ed un'analisi degli esiti del ciclo di programmazione precedente. In particolare ci si è avvalsi di due importanti documenti, il primo inerente la rilevazione del profilo di salute della popolazione residente in Toscana, il secondo descrittivo dei risultati ottenuti dalle singole aziende sanitarie in termini di performance e governance generale;
 - individuazione degli obiettivi generali e delle strategie da adottare per il raggiungimento degli stessi, nonché del nuovo approccio che dovrà guidare in modo trasversale i progetti e le azioni di promozione e mantenimento della salute;
 - indicazione delle principali linee di intervento, nonché degli strumenti per lo sviluppo.

In questa fase si concretizza altresì la valutazione di coerenza esterna, sia verticale sia orizzontale e vengono individuate le modalità di confronto e di informazione.

Tale processo dà luogo a due elaborati distinti: la Proposta iniziale di Piano ed il presente Rapporto di valutazione, in cui si dà conto degli aspetti relativi a sequenza logica, tempi di attuazione e risorse necessarie e si definiscono le modalità di confronto ed informazione; entrambi i documenti sono sottoposti ad un primo esame da parte del NURV e a un primo passaggio in CTP, per una verifica di coerenza e di conformità del documento, preliminari all'adozione della proposta iniziale da parte della Giunta regionale e alla successiva trasmissione, per il previsto pronunciamento, al Consiglio regionale.

Acquisiti gli eventuali indirizzi del Consiglio prende avvio la prima fase di partecipazione che prevede tavoli di concertazione, di consultazione, di informazione e partecipazione.

3. una fase finalizzata a dare maggiore operatività allo strumento programmatico. Tale fase è così strutturata:

- articolare gli obiettivi generali in obiettivi specifici;
- articolare le azioni mediante l'individuazione di indicatori di processo e di esito, nonché gli strumenti di attuazione e di raccordo intersettoriale con gli altri livelli istituzionali;
- definire i risultati attesi ed i relativi indicatori di salute;
- integrare la versione iniziale del rapporto di valutazione con l'analisi della coerenza interna, la valutazione degli effetti indiretti attesi nelle varie dimensioni ed una più puntuale valutazione della fattibilità finanziaria, mediante la specificazione del quadro di riferimento finanziario pluriennale ed annuale per UPB;
- definire il sistema di monitoraggio.

A conclusione di tale fase, la Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà ha valutato di poter ritenere conclusa la fase di elaborazione del Piano e di procedere all'approvazione del documento da parte della Giunta regionale, per un triplice ordine di motivazioni. In primo luogo, il Piano in elaborazione costituisce un aggiornamento del PSR 2005-2007 e non un nuovo atto di programmazione e, ai sensi della LR 40/2005, è l'ultimo piano ad avere durata triennale e ad essere prodotto separatamente dal Piano Integrato Sociale Regionale. In secondo luogo, la proposta di Piano pervenuta al suddetto livello di elaborazione – così come il presente rapporto di valutazione – può considerarsi compiuta in ogni sua parte rispetto agli intenti programmatici della Giunta per il triennio 2008 – 2010. Infine, non solo la redazione della proposta è stata accompagnata in ogni fase da un processo di partecipazione continuo che ha visto coinvolti esperti, rappresentanti del mondo scientifico, sanitario, sindacale e della cittadinanza sociale, ma, oltre a ciò, in considerazione della rilevanza del tema trattato, la Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà ha provveduto comunque a sottoporre il documento che ne è scaturito ai momenti di partecipazione previsti dalla normativa sulla programmazione (Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, Tavolo di concertazione generale, pubblicazione sul sito web ufficiale della Regione Toscana). A seguito di tali passaggi di partecipazione e consultazione, è prevista l'eventuale integrazione del documento di Piano alla luce dei risultati scaturiti. Tutto ciò sul presupposto fondamentale che il presente Piano, per i contenuti, non rientra nel campo di applicazione della direttiva 2001/42/CE e, quindi, può accedere alla procedura di approvazione prospettata.

A seguito di quanto sopra, la proposta approvata dalla Giunta regionale viene trasmessa al Consiglio regionale per l'approvazione finale.

A tale fase segue il previsto percorso d'informazione.

4. una fase dedicata al processo di attuazione del Piano.

SCHEDA SINOTTICA

	Denominazione della fase	Piano	Rapporto di valutazione
1.	Fase preliminare di orientamento, impostazione ed avvio del percorso di elaborazione della proposta iniziale del Piano	Documento preliminare sulle finalità cui deve tendere il piano	
2.	Fase finalizzata alla redazione della proposta iniziale di Piano	Motivazioni della scelta Quadro analitico - scenari di riferimento - esiti del ciclo di programmazione precedente Obiettivi generali e strategie da adottare Principali linee di intervento	Fattibilità del piano e processo di formazione - percorso progettuale - tempi - risorse - informazione e partecipazione Valutazione di coerenza esterna: <ul style="list-style-type: none"> ▪ con gli atti di programmazione ▪ con gli altri piani/programmi di settore
3.	Fase finalizzata al completamento della proposta di Piano	Recepimento degli eventuali indirizzi del Consiglio regionale e delle osservazioni emerse durante la partecipazione sulla proposta iniziale Obiettivi specifici (articolazione degli obiettivi generali) Azioni (articolazione degli obiettivi specifici) Strumenti di attuazione Raccordo con gli altri livelli istituzionali Risultati attesi e definizione degli indicatori di salute	Valutazione di coerenza interna verticale (linee di indirizzo, scenari, obiettivi generali, obiettivi specifici) Valutazione di coerenza interna orizzontale (obiettivi, azioni) Valutazione di fattibilità economica-finanziaria, con specificazione del quadro di riferimento finanziario pluriennale e annuale a livello di UPB Valutazione degli effetti attesi Definizione sistema di monitoraggio del Piano
4.	Fase finalizzata alla redazione della proposta finale di Piano	Definizione testo del Piano alla luce degli esiti della partecipazione	Esiti della partecipazione
5.	Fase di attuazione del Piano		

CRONOPROGRAMMA (aggiornamento a febbraio 2008)

	Fase	Operazione	Tempistica
1.	Fase preliminare di orientamento, impostazione ed avvio del percorso di elaborazione della proposta iniziale del Piano	Documento preliminare	Aprile 2007
2.	Fase finalizzata alla predisposizione della proposta iniziale del Piano	Elaborazione della Proposta iniziale di Piano e del Rapporto di valutazione (versione iniziale)	Luglio 2007
		Validazione del NURV	31 luglio 2007
		Parere del CTP	3 agosto 2007
		Adozione della Giunta regionale	6 agosto 2007
		Esame da parte del Consiglio <i>(non sono stati formulati indirizzi)</i>	13 novembre 2007
3.	Finestra partecipativa	Conferenza Permanente per la programmazione socio-sanitaria	10 dicembre 2007
		Tavolo di concertazione generale	19 dicembre 2007
		Informazione e partecipazione	Entro dicembre 2007
4.	Fase finalizzata al completamento della proposta di Piano	Definizione della Proposta di Piano e del Rapporto di valutazione	Entro fine febbraio 2008
		Validazione del NURV	28 febbraio 2008
		Parere del CTP	29 febbraio 2008
5.	Finestra partecipativa	Conferenza Permanente per la programmazione socio-sanitaria	25 febbraio 2008
		Tavolo di concertazione generale	27 febbraio 2008
		Informazione e partecipazione	Dal 26 febbraio 2008
6.	Fase finalizzata alla approvazione della proposta finale di Piano	Integrazione della proposta di Piano alla luce degli eventuali esiti della partecipazione	Entro 3 marzo 2008
		Approvazione della proposta finale di Piano da parte della Giunta regionale e trasmissione al Consiglio Regionale	3 marzo 2008
		Approvazione del Consiglio Regionale	Aprile 2008
7.	Informazione circa la decisione	Pubblicazione e campagna di comunicazione	Da aprile 2008

1.3 Risorse

Nel processo di elaborazione e costruzione del PSR vengono utilizzate le risorse umane dei Settori di competenza della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà.

Le risorse umane per la redazione del Piano si possono individuare in un pool di redazione composto da un dirigente a tempo pieno per 10 mesi, 3 dirigenti al 20% per 8 mesi e 2 collaboratori al 10% per 6 mesi. Tale pool raccorda e sviluppa il lavoro dei settori della Direzione Generale, il cui contributo è quantificabile complessivamente in un totale di circa 1500 ore.

La valutazione sarà realizzata dai Settori appartenenti all'Area di coordinamento Politiche sanitarie della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà in collaborazione con ARS, IRPET, Scuola Superiore S. Anna.

Risorse finanziarie per l'attuazione del Piano Sanitario 2008-2010

a. Conto Capitale

Le risorse finanziarie previste e necessarie all'effettuazione del piano degli investimenti e, in generale, destinate al rinnovo tecnologico e strutturale delle Aziende Sanitarie, da attribuire nel periodo 2008-2010, ammontano a circa 469 milioni di euro, di cui 300 milioni previsti dal Documento di Programmazione Economica e Finanziaria per l'anno 2008, adottato dalla Giunta regionale con delibera n. 391 del 28/5/2007, suddivisi nei tre anni di riferimento in uguale misura, e 169.570 milioni derivanti dall'ipotesi di riparto del rifinanziamento statale, previsto dalla L. 296 del 27/12/2006 (Legge Finanziaria 2007), relativo all'art. 20 della L. 67/1988 (Legge finanziaria 1988), con la quale veniva finanziato il programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico;

b. Conto Esercizio

La quota del Fondo Sanitario Nazionale destinata al funzionamento del Servizio Sanitario Regionale deriva dal riparto di tale Fondo, determinato dall'art. 1 comma 796 della L. 296/2006 (Legge Finanziaria 2007) in misura di 96.040 milioni di euro per il 2007, 99.082 milioni per il 2008 e 102.285 per il 2009. L'effettiva quota di spettanza della Regione Toscana, che deriva dalla quota di accesso al Fondo approvata dalla Conferenza Stato-Regioni, è quantificata in 6.164 milioni per il 2008, 6.346 milioni per il 2009 e 6.533 per il 2010, con un incremento annuo del 3% circa.

Valori in milioni di Euro

	2008	2009	2010
Conto esercizio	6.252	6.434	6.621
Fondo Sanitario Regionale	6.164	6.346	6.533
Fondi statali*	88	88	88
Conto Capitale	269,57	100	100
Fondi statali	169,57		
Risorse regionali (nuovo programma investimenti in sanità)	100	100	100

* Risorse per obiettivi di carattere prioritario del Piano Sanitario Nazionale per l'esclusività del personale dirigente del ruolo sanitario e per l'assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale. Le somme sopra riportate sono riconosciute nel DPEF Regione Toscana 2008 ma non ancora esattamente quantificate ed inserite a bilancio.

1.4 Versioni del Piano

Si prevede di realizzare le seguenti versioni del Piano:

versione	caratteristiche	azioni relative
Esterna 1	prima bozza	da confrontare internamente con i settori coinvolti
Esterna 2	recepisce le indicazioni dei settori coinvolti	da confrontare esternamente con esperti del settore
Esterna 3	recepisce le indicazioni degli esperti del settore esterni (proposta iniziale)	da inviare al NURV
Esterna 4	recepisce le indicazioni del NURV e del CTP	da far approvare in Giunta
Esterna 5	recepisce le indicazioni della Giunta Regionale	da far approvare in Consiglio Regionale
Esterna 6	recepisce le indicazioni del CR	da confrontare esternamente con i soggetti interessati
Esterna 7	recepisce le indicazioni dei soggetti esterni interessati	da inviare al NURV
Esterna 8	recepisce le indicazioni del NURV e del CTP e dei soggetti esterni interessati	da far approvare in Giunta
Esterna 9	recepisce le indicazioni della Giunta Regionale	da trasmettere per l'approvazione al Consiglio Regionale

2. INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITA' DI CONFRONTO ED INFORMAZIONE

2.1 Riferimenti e principi generali

Il crescente processo di coinvolgimento di tutti i portatori di interessi direttamente o indirettamente coinvolti nel processo di elaborazione e di realizzazione degli effetti derivanti dall'attuazione del Piano sanitario regionale, trova riscontro nella scelta, da parte della Regione Toscana, di individuare obiettivi condivisi, da attuare in modo partecipato, attraverso una "governance cooperativa". In quest'ottica, nell'ambito del processo di formazione del Piano sanitario regionale, sono state utilizzate specifiche procedure di confronto e concertazione, anche di tipo informale.

2.2 Forme, strumenti e contenuti del processo di confronto, partecipazione e informazione

In fase di elaborazione della proposta iniziale del Piano sanitario regionale, sono stati utilizzati strumenti costruttivi di confronto volti ad acquisire le indicazioni e le valutazioni degli operatori di settore e, in modo più esteso, dei cittadini e/o delle loro associazioni, comunque interessati ai contenuti e alle azioni del Piano. In particolare, da un lato sono stati effettuati incontri con esperti al fine di aprire un dialogo ampio sulle strategie e sugli obiettivi generali del nuovo atto di programmazione sanitaria; dall'altro, in collaborazione con il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, è stata condotta un'indagine telefonica volta a verificare gli orientamenti dei cittadini sui contenuti fondanti del Piano.

A seguito dell'adozione della proposta iniziale del Piano da parte della Giunta ed in assenza di indirizzi del Consiglio regionale, è stato avviato un processo di partecipazione, durante il quale, parallelamente al passaggio del documento alla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria e al tavolo di concertazione generale, è stato convocato il Forum permanente per l'esercizio del diritto alla salute, istituito dalla delibera della Giunta regionale n. 1075 del 01/10/2001, al fine di condividere il documento con le associazioni di tutela e promozione dei cittadini-utenti e di acquisire contributi rilevanti in funzione dello sviluppo del Piano.

Contemporaneamente, ha avuto luogo un secondo momento di confronto con esperti di settore al fine di generare riflessioni utili alla definizione del contenuto finale del documento, con particolare riferimento alle priorità di intervento in alcuni specifici settori, quali la prevenzione, l'assistenza territoriale e la rete ospedaliera.

La proposta di piano, definita anche in considerazione degli elementi di riflessione scaturiti dalla partecipazione, è stata portata nuovamente a conoscenza della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria e del Tavolo di concertazione generale, dal momento che - data la rilevanza dell'atto di programmazione - se ne è ritenuta opportuna una ulteriore condivisione in tali sedi. La proposta è stata, altresì, pubblicata sul sito ufficiale della Giunta regionale al fine di potere raccogliere eventuali osservazioni da parte di tutti i cittadini per la definizione del documento finale da inviare al Consiglio regionale.

Da tali momenti di partecipazione non sono emerse richieste di modifica al testo della proposta elaborata dalla Direzione Generale.

Sulla proposta finale del Piano sarà, infine, richiesto il parere delle Università della Toscana, come previsto dal vigente protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena.

Nell'ambito dell'intero processo partecipativo, specifica attenzione è stata, inoltre, posta all'inclusione di esperte e rappresentanti di Associazioni femminili, in conformità a quanto previsto dalla DGRT n. 831 del 13/11/2006.

Successivamente all'approvazione da parte del Consiglio regionale, il Piano sanitario sarà infine illustrato in occasione di eventi di comunicazione rivolti a soggetti istituzionali, operatori di settore ed associazioni rappresentative dei cittadini-utenti, nonché diffuso tra l'intera cittadinanza mediante forme diverse di pubblicazione (cartacea, elettronica) ed apposita campagna di comunicazione (sito web, stampa, media).

SCHEDA SINOTTICA

Strumenti	Iniziativa	Obiettivi	Target	Tempi
Incontri con esperti	Ascolto al fine di addivenire all'elaborazione della proposta iniziale	Confrontare ipotesi ed idee sul Piano, le politiche ad esso sottese e i relativi obiettivi generali, favorendo la massima integrazione e il dialogo	CSR, Società Scientifiche, Direzioni Generali Aziende Sanitarie, Ordini e Collegi, Associazioni di tutela e AA.VV, OO.SS. varie	Aprile – Luglio 2007
Indagine telefonica	Coinvolgimento della generalità dei cittadini sui contenuti della proposta iniziale	Verificare la percezione nella cittadinanza rispetto ai concetti chiave del Piano	Pubblico vasto, società toscana nella sua globalità	Luglio 2007
Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria	Apertura prima fase di informazione/partecipazione verso le autonomie locali sulla proposta iniziale	Aprire un confronto dialettico con le autonomie locali sugli obiettivi generali del Piano	Organismi rappresentanti di comuni e province della Toscana	10 dicembre 2007
Tavolo di concertazione generale	Apertura prima fase di informazione/partecipazione verso categorie interessate sulla proposta iniziale	Aprire un confronto dialettico con le categorie interessate sugli obiettivi generali del Piano	Organismi rappresentanti delle categorie sociali/professionali portatrici di interessi	19 dicembre 2007
Forum permanente per l'esercizio del diritto alla salute	Apertura prima fase di informazione e partecipazione verso la cittadinanza sulla proposta iniziale	Garantire effettiva partecipazione delle formazioni sociali rappresentative dei cittadini-utenti alla programmazione sanitaria	Associazioni ed organismi di tutela dei diritti dei cittadini-utenti della Toscana	Dicembre 2007
Incontri con esperti	Coinvolgimento degli operatori settori sui contenuti di dettaglio del Piano	Confrontare ipotesi ed idee sui contenuti specifici del Piano, favorendo la massima integrazione e il dialogo	CSR, Società Scientifiche, Direzioni Generali Aziende Sanitarie, Ordini e Collegi, Associazioni di tutela e AA.VV, OO.SS. varie	Entro fine febbraio 2008
Conferenza	Fase di	Aprire un confronto dialettico	Organismi	25 febbraio

Strumenti	Iniziativa	Obiettivi	Target	Tempi
permanente per la programmazione socio-sanitaria	informazione/partecipazione verso le autonomie locali	con le autonomie locali sugli obiettivi specifici del Piano	rappresentanti di comuni e province della Toscana	2008
Tavolo di concertazione generale	Fase di informazione/partecipazione verso categorie interessate	Aprire un confronto dialettico con le categorie interessate sugli obiettivi specifici del Piano	Organismi rappresentanti delle categorie sociali/professionali portatrici di interessi	27 febbraio 2008
Parere delle Università	Acquisizione del parere previsto dal vigente protocollo d'intesa Regione-Università	Garantire la partecipazione delle Università toscane alla programmazione sanitaria regionale	Università di Firenze, Pisa e Siena	Marzo – aprile 2008
Incontri con gli esperti e con il pubblico	Eventi comunicativi sul Piano approvato	Presentazione del Piano con illustrazione delle politiche ad esso sottese	Soggetti istituzionali, operatori di settore, rappresentanti dei cittadini-utenti	Da maggio 2008
Pubblicazione e campagna di comunicazione	Diffusione del Piano approvato	Informazione dei cittadini circa l'approvazione del Piano	Pubblico vasto, società toscana nella sua globalità	Da maggio 2008

SOSTITUIRE CON MODELLO FIRMATO

3. MODELLO DI CONTROLLO E DI VERIFICA PREVENTIVA

di cui all'art.12 del Regolamento di "Disciplina dei processi di valutazione integrata e valutazione ambientale degli strumenti di programmazione di competenza della Regione"

SEZIONE 1- Controllo su Piani e Programmi ai fini della valutazione ambientale

A.1 - Indicare se il piano/programma è elaborato per uno dei seguenti settori:

	SI	NO		SI	NO
AGRICOLO		x	DEI RIFIUTI		x
FORESTALE		x	DELLE ACQUE		x
DELLA PESCA		x	DELLE TELECOMUNICAZIONI		x
ENERGETICO		x	DEL TURISMO		x
INDUSTRIALE		x	DELLA PIANIFICAZIONE TERRITORIALE		x
DEI TRASPORTI		x	DELLA DESTINAZIONE DEI SUOLI		x

A.2 -

	SI	NO
Indicare se il piano/programma definisce il quadro di riferimento per l'autorizzazione di interventi i cui progetti sono sottoposti a VIA secondo la normativa vigente. ¹		x

B -

	SI	NO
Indicare se il piano/programma può avere effetti sui siti designati come zone di protezione speciale (ZPS) per la conservazione degli uccelli selvatici e quelli classificati come siti di importanza comunitaria (SIC) o proposti tali (pSIC) per la protezione degli habitat naturali e della flora e fauna selvatica. ²		x

Esito del controllo	SI	NO
Il piano/programma soddisfa contemporaneamente le condizioni di cui ai punti A.1 e A.2, o la condizione di cui al punto B, è quindi <u>sottoposto a valutazione ambientale</u> ai sensi della Direttiva 2001/42/CE e pertanto <u>non si procede alla compilazione delle Sezioni 2 e 3.</u>		x
Il piano/programma soddisfa contemporaneamente le condizioni di cui ai punti A.1 e A.2, o la condizione di cui al punto B, ma determina l'uso di piccole aree a livello locale o consiste in una modifica di un piano/programma già sottoposto a valutazione ambientale, pertanto <u>si avvia la procedura di verifica preventiva e si procede alla compilazione delle Sezioni 2 e 3.</u>		x
Il piano/programma non soddisfa né contemporaneamente le condizioni di cui ai punti A.1 e A.2, né la condizione di cui al punto B, ma definisce il quadro di riferimento per l'autorizzazione di progetti ³ , pertanto <u>si avvia la procedura di verifica preventiva e si procede alla compilazione delle Sezioni 2 e 3.</u>		x
Il piano/programma non soddisfa contemporaneamente le condizioni di cui ai punti A.1 e A.2, né la condizione di cui al punto B, né definisce il quadro di riferimento per l'autorizzazione di progetti, quindi <u>non è sottoposto a valutazione ambientale</u> ai sensi della Direttiva 2001/42/CE e pertanto <u>non si procede alla compilazione delle Sezioni 2 e 3.</u>	x	

Firma del Dirigente

.....

¹ il piano/programma contiene criteri o condizioni che orientano le autorità preposte all'approvazione di una domanda. Tali criteri potrebbero porre dei limiti in merito al tipo di attività o di progetto consentito in una determinata zona, oppure potrebbero includere condizioni che il richiedente deve soddisfare per ottenere l'autorizzazione.

² il piano/programma può non essere direttamente connesso e necessario alla gestione dei siti ma si ritiene che potrebbe avere influenze significative nelle aree designate

³ Il termine 'progetto' dovrebbe essere interpretato in modo coerente rispetto all'uso che ne viene fatto nella direttiva sulla VIA dove è definito come:

- la realizzazione di lavori di costruzione o di altri impianti od opere,

- altri interventi sull'ambiente naturale o sul paesaggio, compresi quelli destinati allo sfruttamento delle risorse del suolo.

SEZIONE 2 - Elementi conoscitivi per la verifica preventiva

(si possono allegare eventuali documenti tecnici giustificativi)

Caratteristiche del piano o programma:

	BASSO	MEDIO	ALTO
In quale misura il piano/programma stabilisce un quadro di riferimento per progetti ed altre attività, o per quanto riguarda l'ubicazione, la natura, le dimensioni e le condizioni operative o attraverso la ripartizione delle risorse.			
In quale misura il piano/programma influenza altri piani o programmi, inclusi quelli gerarchicamente ordinati.			
Pertinenza del piano/programma per l'integrazione delle considerazioni ambientali, in particolare al fine di promuovere lo sviluppo sostenibile.			
Significatività dei problemi ambientali pertinenti al piano/programma.			
Grado di rilevanza del piano o del programma per l'attuazione della normativa comunitaria nel settore dell'ambiente (ad es. piani e programmi connessi alla gestione dei rifiuti o alla protezione delle acque).			

Caratteristiche degli effetti e delle aree:

Probabilità, durata, frequenza e reversibilità degli effetti:

Carattere cumulativo degli effetti:

Natura transfrontaliera degli effetti:

Rischi per la salute umana o per l'ambiente (ad es. in caso di incidenti):

Entità ed estensione nello spazio degli effetti (area geografica e popolazione potenzialmente interessate):

Valore e vulnerabilità dell'area che potrebbe essere interessata a causa:
<ul style="list-style-type: none"> - delle speciali caratteristiche naturali o del patrimonio culturale. - del superamento dei livelli di qualità ambientale o dei valori limite. - dell'utilizzo intensivo del suolo.

Effetti su aree o paesaggi riconosciuti come protetti a livello nazionale, comunitario o internazionale:

SEZIONE 3 - Esito della verifica preventiva alla luce degli elementi conoscitivi forniti nella Sezione 2

(barrare la casella corrispondente all'esito finale)

IL PIANO/PROGRAMMA PRESENTA EFFETTI SIGNIFICATIVI SULL'AMBIENTE QUINDI VIENE SOTTOPOSTO A VALUTAZIONE AMBIENTALE AI SENSI DELLA DIRETTIVA 2001/42/CE

IL PIANO/PROGRAMMA NON PRESENTA EFFETTI SIGNIFICATIVI SULL'AMBIENTE QUINDI NON SI SOTTOPONE A VALUTAZIONE AMBIENTALE AI SENSI DELLA DIRETTIVA 2001/42/CE

- ⇒ ***Nel caso di esclusione dalla valutazione ambientale, l'esito della verifica preventiva e la relativa documentazione (il presente modello compilato e sottoscritto, gli eventuali documenti tecnici giustificativi) deve essere sottoposto alla consultazione delle autorità competenti in materia ambientale.***
- ⇒ ***In tal caso il dirigente responsabile adempie alla procedura indicata dall'art. 12 del Regolamento e presenta gli esiti della verifica preventiva e delle consultazioni effettuate al termine della prima fase della valutazione di cui all'art. 14.***
- ⇒ ***Le conclusioni della procedura di verifica preventiva sono messe a disposizione del pubblico, ai sensi dell'art. 4 del Regolamento.***

Firma del Dirigente

.....

4. VALUTAZIONE DI COERENZA ESTERNA

Nelle tabelle di seguito riportate si segnalano gli elementi di integrazione tra gli obiettivi generali che il Piano intende perseguire (riportati nella prima colonna delle tabelle) e le altre politiche regionali.

La prima attività di valutazione è quella di coerenza esterna, specificata in:

- coerenza verticale fra gli obiettivi generali del PSR con quelli degli atti di programmazione generale quali il PRS e il PIT;
- coerenza orizzontale fra gli obiettivi generali del PSR con quelli degli altri piani/programmi settoriali regionali, fra i quali il PIRS, il PRAA, il PIGI.

Per quanto riguarda quest'ultima operazione, la valutazione di coerenza è stata effettuata dettagliatamente con tutti i piani/programmi settoriali fino ad ora approvati che presentano punti di contatto col PSR.

Si segnala, infine, come le politiche di Piano e i conseguenti interventi tendano a raggiungere l'equità e l'uguaglianza nell'accesso ai servizi, agendo sistematicamente sulle nuove e vecchie criticità per essere in grado di rispondere anche alle disuguaglianze di genere, di religione e più in generale di appartenenza.

Valutazione di coerenza esterna VERTICALE degli obiettivi generali con il Programma Regionale di Sviluppo 2006 – 2010 (P.R.S.)

Obiettivo generale	P.R.S.
<p>1. Superare le visioni settoriali, sia in campo sanitario che sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la condizione necessaria per governare i futuri scenari caratterizzati dallo invecchiamento della popolazione, dalla quota crescente degli immigrati, dalle tensioni intergenerazionali ed interetniche che richiedono risposte adeguate alla sfida della complessità dei bisogni, • garantisce l'omogenea realizzazione dei diritti di cittadinanza, attraverso servizi e prestazioni dirette alle persone e alle famiglie, ai minori, ai giovani ed ai disabili, agli anziani e agli immigrati; • permette di sviluppare un sistema di welfare solidaristico, universalistico a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale. 	<p>E' coerente con le seguenti sfide e priorità programmatiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.9 la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente, produttivo - 2.2 la sfida lavoro - 2.1 la sfida del futuro: puntare sui giovani e sulle donne - 2.8 la sfida dei servizi: più efficienza (nella risposta al bisogno) - 2.10 la sfida della cultura: qualità, diritto, valore per lo sviluppo <p>Nell'ambito dei rispettivi programmi strategici, si integra con i seguenti PIR:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Competitività e sistema integrato Regionale territorio PIR 1.1 Lo spazio regionale della ricerca e dell'innovazione 2. Cittadinanza, lavoro, coesione, cultura e qualità della vita PIR 2.2 Innovazione, qualità e sicurezza sul lavoro PIR 2.3 Coesione ed Integrazione socio sanitaria PIR 2.5 Assistenza ed integrazione per la non autosufficienza PIR 2.6 Inclusione e cittadinanza degli immigrati e multiculturalità PIR 2.7 Politiche di edilizia sociale 4. Governance, conoscenza, partecipazione sicurezza PIR 4.2 La società dell'informazione per lo sviluppo, i diritti, l'e-government
Obiettivo generale	P.R.S.
<p>2. Rispondere alle nuove sfide mediante azioni tese a ridurre i rischi nell'ambiente di vita e di lavoro e le malattie connesse al clima e all'inquinamento ambientale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la pre-condizione per contrastare lo sviluppo di patologie connesse alla presenza di inquinanti negli ambienti di vita e di lavoro e al peggioramento dei fattori micro- e macro-climatici, tenendo conto delle sottopopolazioni anziane o comunque maggiormente fragili e della quota crescente di patologie croniche, che trovano nell'inquinamento dell'ambiente un fattore potenziale di aggravamento; • sviluppare interventi, anche a carattere formativo ed interistituzionale, al fine di potenziare le azioni di prevenzione degli 	<p>E' coerente con le seguenti sfide e priorità programmatiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.9 la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente, produttivo - 2.12 la sfida della governance: : efficienza e semplificazione - 2.6 la sfida del territorio: le infrastrutture, la logistica, l'accessibilità - 2.7 la sfida dell'ambiente: le risorse, i rifiuti, l'energia pulita <p>Nell'ambito dei rispettivi programmi strategici, si integra con i seguenti PIR:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Competitività e sistema integrato Regionale territorio PIR 1.1 Lo spazio regionale della ricerca e dell'innovazione 2. Cittadinanza, lavoro, coesione, cultura e qualità della vita

<p>incidenti negli ambienti di vita e di lavoro.</p>	<p>PIR 2.2 Innovazione, qualità e sicurezza sul lavoro PIR 2.3 Coesione ed Integrazione socio sanitaria PIR 2.5 Assistenza ed integrazione per la non autosufficienza PIR 2.6 Inclusione e cittadinanza degli immigrati e multiculturalità</p> <p>3. Sostenibilità ambientale dello sviluppo PIR 3.1 - Politiche di ecoefficienza per il rispetto di Kyoto e della qualità dell'aria PIR 3.2 - Sostenibilità e competitività del sistema energetico PIR 3.3 - Efficienza e sostenibilità nella politica dei rifiuti PIR 3.4 - Governo unitario e integrato delle risorse idriche e per il diritto all'acqua</p> <p>4. Governance, conoscenza, partecipazione sicurezza PIR 4.3 Coordinamento politiche territoriali urbane e metropolitane</p>
<p>Obiettivo generale</p>	<p>P.R.S.</p>
<p>3. Migliorare la sostenibilità del sistema sanitario pubblico con politiche che rispondano più da vicino ai bisogni di salute (promozione degli stili di vita, prevenzione della disabilità e della non autosufficienza, con particolare attenzione alle fasce svantaggiate di popolazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce l'intersectorialità degli interventi e la loro interdipendenza con i determinanti di salute; • innesca e favorisce i processi d'innovazione ed una nuova cultura di governo orientata a garantire la salute, ad abbattere gli ostacoli per l'accesso ai servizi e a costruire opportunità, valorizzando l'apporto di tutti i soggetti; • intercetta il bisogno prima che diventi "disagio" o malattia; • promuove il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure, anche attraverso la revisione e lo sviluppo del sistema informativo. 	<p>E' coerente con le seguenti sfide e priorità programmatiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.9 la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente, produttivo - 2.2 la sfida lavoro - 2.1 la sfida del futuro: puntare sui giovani e sulle donne - 2.11 la sfida delle risorse: oltre i limiti del bilancio regionale - 2.8 la sfida dei servizi: più efficienza (nella risposta al bisogno) - la sfida della governance: efficienza e semplificazione <p>Nell'ambito dei rispettivi programmi strategici, si integra con i seguenti PIR:</p> <p>1. Competitività e sistema integrato Regionale territorio PIR 1.1 Lo spazio regionale della ricerca e dell'innovazione</p> <p>2. Cittadinanza, lavoro, coesione, cultura e qualità della vita PIR 2.2 Innovazione, qualità e sicurezza sul lavoro PIR 2.3 Coesione ed Integrazione socio sanitaria PIR 2.5 Assistenza ed integrazione per la non autosufficienza PIR 2.6 Inclusione e cittadinanza degli immigrati e multiculturalità PIR 2.7 Politiche di edilizia sociale</p> <p>4. Governance, conoscenza, partecipazione sicurezza PIR 4.2 La società dell'informazione per lo sviluppo, i diritti, l'e-government</p>
<p>Obiettivo generale</p>	<p>P.R.S.</p>
<p>4. Favorire la partecipazione dei cittadini e dei professionisti</p>	<p>E' coerente con le seguenti sfide e priorità programmatiche:</p>

<ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce i processi di partecipazione • innesca e favorisce l'adesione ai programmi di promozione e mantenimento della salute (guadagnare in salute) • favorisce lo sviluppo della qualità rendendo strutturali gli strumenti aziendali, di Area vasta e regionali finalizzati al governo clinico 	<ul style="list-style-type: none"> - 2.9 la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente, produttivo - 2.5 la sfida dell'innovazione: investire in ricerca e alta formazione - 2.2 la sfida lavoro - 2.10 la sfida della cultura: qualità, diritto, valore per lo sviluppo - 2.12 la sfida della governance: efficienza e semplificazione <p>Nell'ambito dei rispettivi programmi strategici, si integra con i seguenti PIR:</p> <p>1. Cittadinanza, lavoro, coesione, cultura e qualità della vita PIR 2.2 Innovazione, qualità e sicurezza sul lavoro PIR 2.3 Coesione ed Integrazione socio sanitaria PIR 2.5 Assistenza ed integrazione per la non autosufficienza PIR 2.6 Inclusione e cittadinanza degli immigrati e multiculturalità PIR 2.7 Politiche di edilizia sociale</p> <p>4. Governance, conoscenza, partecipazione sicurezza PIR 4.1 Partecipazione, governance sistema delle autonomie, aree vaste, sicurezza</p>
Obiettivo generale	P.R.S.
<p>5. Recepire il contributo del volontariato e del terzo settore per la promozione di politiche di salute sempre più efficaci e diffuse nella società</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi nell'organizzazione e nella gestione dei servizi • permette di sviluppare un sistema di welfare solidaristico, universalistico a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale. 	<p>E' coerente con le seguenti sfide e priorità programmatiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.9 la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente, produttivo - 2.8 la sfida dei servizi: più efficienza e liberalizzazione - 2.6 la sfida del territorio: le infrastrutture, la logistica, l'accessibilità <p>Nell'ambito dei rispettivi programmi strategici, si integra con i seguenti PIR:</p> <p>2. Cittadinanza, lavoro, coesione, cultura e qualità della vita PIR 2.3 Coesione ed Integrazione socio sanitaria PIR 2.5 Assistenza ed integrazione per la non autosufficienza PIR 2.6 Inclusione e cittadinanza degli immigrati e multiculturalità</p> <p>5. Governance, conoscenza, partecipazione, sicurezza PIR 4.1 Partecipazione, governance sistema delle autonomie, aree vaste, sicurezza PIR 4.3 Coordinamento politiche territoriali urbane e metropolitane</p>
Obiettivo generale	P.R.S.
<p>6. Integrarsi con il contributo e l'esperienza del mondo scientifico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permette di rinnovare e qualificare sia le strutture che le tecnologie per la salute 	<p>E' coerente con le seguenti sfide e priorità programmatiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.4 la sfida dell'internazionalizzazione: fare sistema

<ul style="list-style-type: none"> • favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi 	<ul style="list-style-type: none"> - 2.5 la sfida dell'innovazione: investire in ricerca e alta formazione - 2.10 la sfida della cultura: qualità, diritto, valore per lo sviluppo - 2.3 la sfida produttiva: verso il distretto integrato regionale <p>Nell'ambito dei rispettivi programmi strategici, si integra con i seguenti PIR:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Competitività e sistema integrato Regionale territorio PIR 1.1 Lo spazio regionale della ricerca e dell'innovazione 2. Cittadinanza, lavoro, coesione, cultura e qualità della vita PIR 2.4 Le nuove infrastrutture del sistema sanitario regionale
Obiettivo generale	P.R.S.
<p>7. Rinnovare e qualificare le strutture e le tecnologie per la salute</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permette di rinnovare e qualificare sia le strutture che le tecnologie per la salute - favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi 	<p>E' coerente con le seguenti sfide e priorità programmatiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.4 la sfida dell'internazionalizzazione: fare sistema - 2.5 la sfida dell'innovazione: investire in ricerca e alta formazione - 2.10 la sfida della cultura: qualità, diritto, valore per lo sviluppo - 2.3 la sfida produttiva: verso il distretto integrato regionale - 2.6 la sfida del territorio: le infrastrutture, la logistica, l'accessibilità - 2.11 la sfida delle risorse: oltre i limiti del bilancio regionale <p>Nell'ambito dei rispettivi programmi strategici, si integra con i seguenti PIR:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Competitività e sistema integrato Regionale territorio PIR 1.1 Lo spazio regionale della ricerca e dell'innovazione 2. Cittadinanza, lavoro, coesione, cultura e qualità della vita PIR 2.4 Le nuove infrastrutture del sistema sanitario regionale

Valutazione di coerenza esterna VERTICALE degli obiettivi generali con il Piano di Indirizzo Territoriale 2005-2010 (P.I.T.)

Obiettivo generale	P.I.T.
<p>1. Superare le visioni settoriali, sia in campo sanitario che sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la condizione necessaria per governare i futuri scenari caratterizzati dallo invecchiamento della popolazione, dalla quota crescente degli immigrati, dalle tensioni intergenerazionali ed interetniche che richiedono risposte adeguate alla sfida della complessità dei bisogni, • garantisce l'omogenea realizzazione dei diritti di cittadinanza, attraverso servizi e prestazioni dirette alle persone e alle famiglie, ai minori, ai giovani ed ai disabili, agli anziani e agli immigrati; • permette di sviluppare un sistema di welfare solidaristico, universalistico a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale. 	<p>Si integra con i seguenti metaobiettivi e obiettivi conseguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - integrare e qualificare la "città" policentrica toscana <ul style="list-style-type: none"> • sostenere la qualità della e nella "città toscana" • attivare la "città toscana" come modalità di governance integrata su scala regionale
<p>2. Rispondere alle nuove sfide mediante azioni tese a ridurre i rischi nell'ambiente di vita e di lavoro e le malattie connesse al clima e all'inquinamento ambientale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la pre-condizione per contrastare lo sviluppo di patologie connesse alla presenza di inquinanti negli ambienti di vita e di lavoro e al peggioramento dei fattori micro- e macro-climatici, tenendo conto delle sottopopolazioni anziane o comunque maggiormente fragili e della quota crescente di patologie croniche, che trovano nell'inquinamento dell'ambiente un fattore potenziale di aggravamento; • sviluppare interventi, anche a carattere formativo ed interistituzionale, al fine di potenziare le azioni di prevenzione degli incidenti negli ambienti di vita e di lavoro. 	<p>Si integra con i seguenti metaobiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - integrare e qualificare la "città" policentrica toscana <ul style="list-style-type: none"> • sostenere la qualità della e nella "città toscana" - conservare il valore del patrimonio territoriale della Toscana
<p>3. Migliorare la sostenibilità del sistema sanitario pubblico con politiche che rispondano più da vicino ai bisogni di salute (promozione degli stili di vita, prevenzione della disabilità e della non autosufficienza, con particolare attenzione alle fasce</p>	<p>Si integra con i seguenti metaobiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - integrare e qualificare la "città" policentrica toscana <ul style="list-style-type: none"> • sostenere la qualità della e nella "città toscana" • attivare la "città toscana" come modalità di governance integrata su scala

<p>svantaggiate di popolazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce l'intersettorialità degli interventi e la loro interdipendenza con i determinanti di salute; • innesca e favorisce i processi d'innovazione ed una nuova cultura di governo orientata a garantire la salute, ad abbattere gli ostacoli per l'accesso ai servizi e a costruire opportunità, valorizzando l'apporto di tutti i soggetti; • intercetta il bisogno prima che diventi "disagio" o malattia; • promuove il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure, anche attraverso la revisione e lo sviluppo del sistema informativo. 	<p>regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - conservare il valore del patrimonio territoriale della Toscana
<p>Obiettivo generale</p>	<p>P.I.T.</p>
<p>4. Favorire la partecipazione dei cittadini e dei professionisti</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce i processi di partecipazione • innesca e favorisce l'adesione ai programmi di promozione e mantenimento della salute (guadagnare in salute) • favorisce lo sviluppo della qualità rendendo strutturali gli strumenti aziendali, di Area vasta e regionali finalizzati al governo clinico 	<p>Si integra con i seguenti metaobiettivi e obiettivi conseguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - integrare e qualificare la "città" policentrica toscana • sostenere la qualità della e nella "città toscana" • attivare la "città toscana" come modalità di governance integrata su scala regionale
<p>Obiettivo generale</p>	<p>P.I.T.</p>
<p>5. Recepire il contributo del volontariato e del terzo settore per la promozione di politiche di salute sempre più efficaci e diffuse nella società</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi nell'organizzazione e nella gestione dei servizi <p>permette di sviluppare un sistema di welfare solidaristico, universalistico a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale.</p>	<p>Si integra con i seguenti metaobiettivi e obiettivi conseguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - integrare e qualificare la "città" policentrica toscana • sostenere la qualità della e nella "città toscana" • attivare la "città toscana" come modalità di governance integrata su scala regionale
<p>Obiettivo generale</p>	<p>P.I.T.</p>
<p>6. Integrarsi con il contributo e l'esperienza del mondo scientifico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permette di rinnovare e qualificare sia le strutture che le tecnologie per la salute • favorisce la "complementarietà" di tutti i 	<p>Si integra con i seguenti metaobiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - integrare e qualificare la "città" policentrica toscana

soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi	
Obiettivo generale	P.I.T.
7. Rinnovare e qualificare le strutture e le tecnologie per la salute <ul style="list-style-type: none"> - Permette di rinnovare e qualificare sia le strutture che le tecnologie per la salute - favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi 	Si integra con i seguenti metaobiettivi: <ul style="list-style-type: none"> - integrare e qualificare la "città" policentrica" toscana

L'insieme delle azioni per il perseguimento dei metaobiettivi soprarichiamati, i **sistemi funzionali del PIT**, trova momenti significativi di raccordo con il Piano Sanitario Regionale sia relativamente agli aspetti tesi a favorire il processo di coesione sociale e territoriale, in quanto scelta solidaristica e di equità fortemente presente nella programmazione sanitaria regionale, sia per quanto attiene la qualità e la conoscenza laddove, attraverso i processi di innovazione della produzione dei servizi connessi alla sanità, si intende elevare e rafforzare il sistema delle conoscenze del modello toscano.

Infine, il contributo della sanità toscana ai sistemi funzionali orientati a migliorare l'attrattività e l'accoglienza, trova esplicitazione con le parti di Piano con le quali si sottolinea come la sanità toscana contribuisca, al di là della produzione di beni e servizi, alla creazione e all'implementazione del modello culturale che caratterizza e accomuna il contesto toscano.

Valutazione di coerenza esterna VERTICALE degli obiettivi generali con il Piano Regionale di Azione Ambientale 2007-2010 (P.R.A.A.)

Obiettivo generale	PRAA
<p>1. Superare le visioni settoriali, sia in campo sanitario che sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la condizione necessaria per governare i futuri scenari caratterizzati dallo invecchiamento della popolazione, dalla quota crescente degli immigrati, dalle tensioni intergenerazionali ed interetniche che richiedono risposte adeguate alla sfida della complessità dei bisogni, • garantisce l'omogenea realizzazione dei diritti di cittadinanza, attraverso servizi e prestazioni dirette alle persone e alle famiglie, ai minori, ai giovani ed ai disabili, agli anziani e agli immigrati; • permette di sviluppare un sistema di welfare solidaristico, universalistico a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale. 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi e interventi trasversali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ implementazione e integrazione dei quadri conoscitivi e dei sistemi informativi ▪ cooperazione internazionale ▪ comunicazione per l'eco-efficienza e l'educazione ambientale sul territorio ▪ implementazione e valutazione dello sviluppo sostenibile
Obiettivo generale	P.R.A.A.
<p>2. Rispondere alle nuove sfide mediante azioni tese a ridurre i rischi nell'ambiente di vita e di lavoro e le malattie connesse al clima e all'inquinamento ambientale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la pre-condizione per contrastare lo sviluppo di patologie connesse alla presenza di inquinanti negli ambienti di vita e di lavoro e al peggioramento dei fattori micro- e macro-climatici, tenendo conto delle sottopopolazioni anziane o comunque maggiormente fragili e della quota crescente di patologie croniche, che trovano nell'inquinamento dell'ambiente un fattore potenziale di aggravamento; • sviluppare interventi, anche a carattere formativo ed interistituzionale, al fine di potenziare le azioni di prevenzione degli incidenti negli ambienti di vita e di lavoro. 	<p>Si integra con le seguenti aree prioritarie e macro obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cambiamenti climatici: <ul style="list-style-type: none"> ▪ razionalizzare e ridurre i consumi energetici ▪ aumentare la percentuale di energia proveniente da fonti rinnovabili - ambiente e salute: <ul style="list-style-type: none"> • ridurre la percentuale di popolazione esposta all'inquinamento atmosferico • ridurre la percentuale di popolazione esposta all'inquinamento acustico, all'inquinamento elettromagnetico e alle radiazioni ionizzanti • ridurre gli impatti dei prodotti fitosanitari e delle sostanze chimiche pericolose sulla salute umana e sull'ambiente • ridurre il grado di accadimento di incidente rilevante - uso sostenibile delle risorse naturali e gestione dei rifiuti: <ul style="list-style-type: none"> • ridurre la produzione totale di rifiuti, migliorare il sistema di raccolta differenziata e diminuire la percentuale conferita in discarica
Obiettivo generale	P.R.A.A.
<p>3. Migliorare la sostenibilità del sistema sanitario pubblico con</p>	<p>Si integra con le seguenti aree prioritarie e macro obiettivi:</p>

<p>politiche che rispondano più da vicino ai bisogni di salute (promozione degli stili di vita, prevenzione della disabilità e della non autosufficienza, con particolare attenzione alle fasce svantaggiate di popolazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce l'intersectorialità degli interventi e la loro interdipendenza con i determinanti di salute; • innesca e favorisce i processi d'innovazione ed una nuova cultura di governo orientata a garantire la salute, ad abbattere gli ostacoli per l'accesso ai servizi e a costruire opportunità, valorizzando l'apporto di tutti i soggetti; • intercetta il bisogno prima che diventi "disagio" o malattia; • promuove il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure, anche attraverso la revisione e lo sviluppo del sistema informativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - ambiente e salute: <ul style="list-style-type: none"> • ridurre la percentuale di popolazione esposta all'inquinamento atmosferico • ridurre la percentuale di popolazione esposta all'inquinamento acustico, all'inquinamento elettromagnetico e alle radiazioni ionizzanti • ridurre gli impatti dei prodotti fitosanitari e delle sostanze chimiche pericolose sulla salute umana e sull'ambiente • ridurre il grado di accadimento di incidente rilevante
Obiettivo generale	P.R.A.A.
<p>4. Favorire la partecipazione dei cittadini e dei professionisti</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce i processi di partecipazione • innesca e favorisce l'adesione ai programmi di promozione e mantenimento della salute (guadagnare in salute) • favorisce lo sviluppo della qualità rendendo strutturali gli strumenti aziendali, di Area vasta e regionali finalizzati al governo clinico 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi e interventi trasversali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • implementazione e integrazione dei quadri conoscitivi e dei sistemi informativi • comunicazione per l'eco-efficienza e l'educazione ambientale sul territorio
Obiettivo generale	P.R.A.A.
<p>6. Integrarsi con il contributo e l'esperienza del mondo scientifico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permette di rinnovare e qualificare sia le strutture che le tecnologie per la salute • favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi e interventi trasversali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • implementazione e integrazione dei quadri conoscitivi e dei sistemi informativi • ricerca e innovazione • comunicazione per l'eco-efficienza e l'educazione ambientale sul territorio • implementazione e valutazione dello sviluppo sostenibile
Obiettivo generale	P.R.A.A.
<p>7. Rinnovare e qualificare le strutture e le tecnologie per la salute</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permette di rinnovare e qualificare sia le strutture che le tecnologie per la salute 	<p>Si integra con le seguenti aree prioritarie e macro obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambiente e salute: <ul style="list-style-type: none"> • ridurre la percentuale di popolazione esposta all'inquinamento acustico,

<p>- favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi</p>	<p>all'inquinamento elettromagnetico e alle radiazioni ionizzanti</p> <ul style="list-style-type: none">• ridurre il grado di accadimento di incidente rilevante <p>- uso sostenibile delle risorse naturali e gestione dei rifiuti:</p> <ul style="list-style-type: none">• ridurre la produzione totale di rifiuti, migliorare il sistema di raccolta differenziata e diminuire la percentuale conferita in discarica
---	---

**Valutazione di coerenza esterna ORIZZONTALE
degli obiettivi generali con il Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010
(Esterna 6) (P.I.S.R.)**

Obiettivo generale	P.I.S.R.
<p>1. Superare le visioni settoriali, sia in campo sanitario che sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la condizione necessaria per governare i futuri scenari caratterizzati dallo invecchiamento della popolazione, dalla quota crescente degli immigrati, dalle tensioni intergenerazionali ed interetniche che richiedono risposte adeguate alla sfida della complessità dei bisogni, • garantisce l'omogenea realizzazione dei diritti di cittadinanza, attraverso servizi e prestazioni dirette alle persone e alle famiglie, ai minori, ai giovani ed ai disabili, agli anziani e agli immigrati; • permette di sviluppare un sistema di welfare solidaristico, universalistico a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale. 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi e priorità di programmazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carattere universalistico dei diritti di cittadinanza <ul style="list-style-type: none"> • adeguamento dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale • sviluppo di programmi regionali a sostegno del sistema degli interventi e dei servizi - Coesione e integrazione socio-sanitaria <ul style="list-style-type: none"> • sviluppo modello Società della Salute; • sviluppo della integrazione socio-sanitaria - Gli Interventi sociali e sanitari integrati <ul style="list-style-type: none"> • Il Piano integrato di salute • I determinanti la salute • Obiettivi di salute generali • Il sistema di accesso ai servizi socio-sanitari
<p>2. Rispondere alle nuove sfide mediante azioni tese a ridurre i rischi nell'ambiente di vita e di lavoro e le malattie connesse al clima e all'inquinamento ambientale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la pre-condizione per contrastare lo sviluppo di patologie connesse alla presenza di inquinanti negli ambienti di vita e di lavoro e al peggioramento dei fattori micro- e macro-climatici, tenendo conto delle sottopopolazioni anziane o comunque maggiormente fragili e della quota crescente di patologie croniche, che trovano nell'inquinamento dell'ambiente un fattore potenziale di aggravamento; • sviluppare interventi, anche a carattere formativo ed interistituzionale, al fine di potenziare le azioni di prevenzione degli incidenti negli ambienti di vita e di lavoro. 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi e priorità di programmazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coesione e integrazione socio-sanitaria <ul style="list-style-type: none"> • sviluppo modello Società della Salute; • sviluppo della integrazione socio-sanitaria - Gli Interventi sociali e sanitari integrati <ul style="list-style-type: none"> • Il Piano integrato di salute • I determinanti la salute • Obiettivi di salute generali • Il sistema di accesso ai servizi socio-sanitari
<p>3. Migliorare la sostenibilità del sistema sanitario pubblico con politiche che rispondano più da vicino ai bisogni di salute (promozione degli stili di vita, prevenzione della</p>	<p>Si integra con i seguenti obiettivi e priorità di programmazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carattere universalistico dei diritti di cittadinanza <ul style="list-style-type: none"> • adeguamento dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale

<p>disabilità e della non autosufficienza, con particolare attenzione alle fasce svantaggiate di popolazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce l'intersettorialità degli interventi e la loro interdipendenza con i determinanti di salute; • innesca e favorisce i processi d'innovazione ed una nuova cultura di governo orientata a garantire la salute, ad abbattere gli ostacoli per l'accesso ai servizi e a costruire opportunità, valorizzando l'apporto di tutti i soggetti; • intercetta il bisogno prima che diventi "disagio" o malattia; • promuove il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure, anche attraverso la revisione e lo sviluppo del sistema informativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • sviluppo di programmi regionali a sostegno del sistema degli interventi e dei servizi • costituzione fondo solidarietà istituzionale • sviluppo dei servizi e sostegno ai programmi di vita delle famiglie, minori, nuove coppie. <p>- Gli Interventi sociali e sanitari integrati</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostegno all'autonomia delle persone anziane • Sostegno all'autonomia delle persone con disabilità e la rete dei servizi integrati • La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze • La tutela della salute mentale • La tutela materno-infantile • La salute delle persone socialmente fragili • Il carcere e la salute
<p>Obiettivo generale</p>	<p>P.I.S.R.</p>
<p>4. Favorire la partecipazione dei cittadini e dei professionisti</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce i processi di partecipazione • innesca e favorisce l'adesione ai programmi di promozione e mantenimento della salute (guadagnare in salute) • favorisce lo sviluppo della qualità rendendo strutturali gli strumenti aziendali, di Area vasta e regionali finalizzati al governo clinico 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi e priorità di programmazione</p> <p>- Difesa dei diritti di cittadinanza e di non discriminazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • carta di cittadinanza sociale • diritti di informazione • difesa civica • amministratore di sostegno e funzioni di pubblica tutela • cittadinanza allargata e accessibilità • lotta alle discriminazioni e pari opportunità • contrasto alla povertà <p>- Una società plurale e coesa e inclusione delle persone immigrate</p> <ul style="list-style-type: none"> • accesso ai diritti di cittadinanza <p>- Le professioni sociali: la formazione e l'aggiornamento degli operatori</p>
<p>Obiettivo generale</p>	<p>P.I.S.R.</p>
<p>5. Recepire il contributo del volontariato e del terzo settore per la promozione di politiche di salute sempre più efficaci e diffuse nella società</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi nell'organizzazione e nella gestione dei servizi • permette di sviluppare un sistema di welfare solidaristico, universalistico a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale. 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi e priorità di programmazione</p> <p>- Carattere universalistico dei diritti di cittadinanza</p> <ul style="list-style-type: none"> • adeguamento dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale <p>- Costruzione società solidale</p> <ul style="list-style-type: none"> • le reti del volontariato e terzo settore • servizio civile <p>-Costituzione livelli base di cittadinanza sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • sottoscrizione Patti interistituzionali e pluriennali per il sostegno dei livelli e sottoscrizione Patti territoriali fra i soggetti pubblici e le parti sociali nelle Zone/S.d.S.

Obiettivo generale	P.I.S.R.
<p>6. Integrarsi con il contributo e l'esperienza del mondo scientifico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permette di rinnovare e qualificare sia le strutture che le tecnologie per la salute • favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi e priorità di programmazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carattere universalistico dei diritti di cittadinanza <ul style="list-style-type: none"> • adeguamento dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale • sviluppo di programmi regionali a sostegno del sistema degli interventi e dei servizi
Obiettivo generale	P.I.S.R.
<p>7. Rinnovare e qualificare le strutture e le tecnologie per la salute</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permette di rinnovare e qualificare sia le strutture che le tecnologie per la salute - favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi e priorità di programmazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carattere universalistico dei diritti di cittadinanza <ul style="list-style-type: none"> • adeguamento dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale • sviluppo di programmi regionali a sostegno del sistema degli interventi e dei servizi - Comunicazione e inclusione sociale.

Valutazione di coerenza esterna **ORIZZONTALE** degli obiettivi generali con il Piano di Indirizzo Generale Integrato 2006-2010 (P.I.G.I.)

Obiettivo generale	P.I.G.I.
<p>1. Superare le visioni settoriali, sia in campo sanitario che sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la condizione necessaria per governare i futuri scenari caratterizzati dallo invecchiamento della popolazione, dalla quota crescente degli immigrati, dalle tensioni intergenerazionali ed interetniche che richiedono risposte adeguate alla sfida della complessità dei bisogni, • garantisce l'omogenea realizzazione dei diritti di cittadinanza, attraverso servizi e prestazioni dirette alle persone e alle famiglie, ai minori, ai giovani ed ai disabili, agli anziani e agli immigrati; • permette di sviluppare un sistema di welfare solidaristico, universalistico a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale. 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le politiche per l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolidare il sistema regionale integrato per il diritto all'apprendimento lungo tutto l'arco della vita per assicurare un quadro di orientamento, di istruzione, di formazione iniziale e di formazione continua che consenta di raggiungere alti livelli di formazione e professionalità, elevata coesione sociale e di connettere l'alta formazione alle esigenze dell'economia locale - Il potenziamento dei servizi e l'innovazione del sistema dell'offerta integrato: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sostenere l'attuazione del Piano attraverso azioni volte all'innovazione, all'integrazione dei sistemi di istruzione, formazione, orientamento e lavoro, alla modernizzazione e al potenziamento dei servizi. ▪ Accrescere l'efficacia delle politiche e il radicamento territoriale degli interventi attraverso l'attivazione e la messa in rete dei diversi attori sociali che possono contribuire alla costruzione di una società della conoscenza e allo sviluppo di un mercato del lavoro efficiente e trasparente
<p>4. Favorire la partecipazione dei cittadini e dei professionisti</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce i processi di partecipazione • innesca e favorisce l'adesione ai programmi di promozione e mantenimento della salute (guadagnare in salute) • favorisce lo sviluppo della qualità rendendo strutturali gli strumenti aziendali, di Area vasta e regionali finalizzati al governo clinico 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le politiche per l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolidare il sistema regionale integrato per il diritto all'apprendimento lungo tutto l'arco della vita per assicurare un quadro di orientamento, di istruzione, di formazione iniziale e di formazione continua che consenta di raggiungere alti livelli di formazione e professionalità, elevata coesione sociale e di connettere l'alta formazione alle esigenze dell'economia locale - Il potenziamento dei servizi e l'innovazione del sistema dell'offerta integrato: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sostenere l'attuazione del Piano attraverso azioni volte all'innovazione e all'integrazione dei sistemi di istruzione, formazione, orientamento e lavoro, alla modernizzazione e al potenziamento dei servizi. ▪ Accrescere l'efficacia delle politiche e il radicamento territoriale degli interventi attraverso l'attivazione e la messa in rete dei diversi attori sociali che possono contribuire alla costruzione di una società della conoscenza e allo sviluppo di un mercato del lavoro efficiente e trasparente

<p>Obiettivo generale</p> <p>5. Recepire il contributo del volontariato e del terzo settore per la promozione di politiche di salute sempre più efficaci e diffuse nella società</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi nell'organizzazione e nella gestione dei servizi • permette di sviluppare un sistema di welfare solidaristico, universalistico a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale. 	<p>P.I.G.I.</p> <p>Si integra con i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le politiche per l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolidare il sistema regionale integrato per il diritto all'apprendimento lungo tutto l'arco della vita per assicurare un quadro di orientamento, di istruzione, di formazione iniziale e di formazione continua che consenta di raggiungere alti livelli di formazione e professionalità, elevata coesione sociale e di connettere l'alta formazione alle esigenze dell'economia locale
<p>Obiettivo generale</p> <p>6. Integrarsi con il contributo e l'esperienza del mondo scientifico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permette di rinnovare e qualificare sia le strutture che le tecnologie per la salute • favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi 	<p>P.I.G.I.</p> <p>Si integra con il seguente obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il sostegno alla ricerca scientifica e all'innovazione: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promuovere e sostenere come priorità per lo sviluppo: la ricerca scientifica e i rapporti con le università e i centri di ricerca; il riordino e l'aggregazione delle funzioni delle tante realtà presenti; il governo delle scelte sui settori prioritari in cui è opportuno intervenire; la certificazione della qualità degli interventi; le modalità con cui attivare risorse non solo pubbliche; la flessibilità e la facilità di accesso tra mondo della ricerca e imprese; il trasferimento della ricerca e dell'innovazione verso le imprese e il territorio; la divulgazione dei risultati raggiunti; una efficace politica dei brevetti; la mitigazione del livello di rischiosità degli investimenti innovativi attraverso un ruolo efficace di Fidi Toscana.
<p>Obiettivo generale</p> <p>7. Rinnovare e qualificare le strutture e le tecnologie per la salute</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permette di rinnovare e qualificare sia le strutture che le tecnologie per la salute - favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi 	<p>P.I.G.I.</p> <p>Si integra con il seguente obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il sostegno alla ricerca scientifica e all'innovazione: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promuovere e sostenere come priorità per lo sviluppo: la ricerca scientifica e i rapporti con le università e i centri di ricerca; il riordino e l'aggregazione delle funzioni delle tante realtà presenti; il governo delle scelte sui settori prioritari in cui è opportuno intervenire; la certificazione della qualità degli interventi; le modalità con cui attivare risorse non solo pubbliche; la flessibilità e la facilità di accesso tra mondo della ricerca e imprese; il trasferimento della ricerca e dell'innovazione verso le imprese e il territorio; la divulgazione dei risultati raggiunti; una efficace politica dei brevetti;

	<p>la mitigazione del livello di rischio degli investimenti innovativi attraverso un ruolo efficace di Fidi Toscana.</p> <ul style="list-style-type: none">- Il potenziamento dei servizi e l'innovazione del sistema dell'offerta integrato:<ul style="list-style-type: none">▪ Sostenere l'attuazione del Piano attraverso azioni volte all'innovazione, all'integrazione dei sistemi di istruzione, formazione, orientamento e lavoro, alla modernizzazione e al potenziamento dei servizi.
--	---

Valutazione di coerenza esterna **ORIZZONTALE** degli obiettivi generali con il Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti 2007-2009

Obiettivo generale	Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti
<p>1. Superare le visioni settoriali, sia in campo sanitario che sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la condizione necessaria per governare i futuri scenari caratterizzati dallo invecchiamento della popolazione, dalla quota crescente degli immigrati, dalle tensioni intergenerazionali ed interetniche che richiedono risposte adeguate alla sfida della complessità dei bisogni, • garantisce l'omogenea realizzazione dei diritti di cittadinanza, attraverso servizi e prestazioni dirette alle persone e alle famiglie, ai minori, ai giovani ed ai disabili, agli anziani e agli immigrati; • permette di sviluppare un sistema di welfare solidaristico, universalistico a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale. 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi generali e specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promozione e sviluppo dell'associazionismo consumatori/utenti, del loro diritto a essere rappresentati, anche mediante l'istituzione di strutture di sostegno tecnico-professionale • promozione della collaborazione fra associazioni di consumatori - utenti e pubbliche amministrazioni, per l'erogazione di servizi conformemente a standard di qualità ed efficienza
Obiettivo generale	Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti
<p>2. Rispondere alle nuove sfide mediante azioni tese a ridurre i rischi nell'ambiente di vita e di lavoro e le malattie connesse al clima e all'inquinamento ambientale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la pre-condizione per contrastare lo sviluppo di patologie connesse alla presenza di inquinanti negli ambienti di vita e di lavoro e al peggioramento dei fattori micro- e macro-climatici, tenendo conto delle sottopopolazioni anziane o comunque maggiormente fragili e della quota crescente di patologie croniche, che trovano nell'inquinamento dell'ambiente un fattore potenziale di aggravamento; • sviluppare interventi, anche a carattere formativo ed interistituzionale, al fine di potenziare le azioni di prevenzione degli incidenti negli ambienti di vita e di lavoro. 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi generali e specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tutela della salute dei consumatori e degli utenti: <ul style="list-style-type: none"> • aumentare consapevolezza e responsabilità dei consumatori come strumento di prevenzione e miglioramento delle condizioni generali di vita - tutela della sicurezza e della qualità dei prodotti, dei servizi e dei processi produttivi, con particolare riguardo alle istanze dello sviluppo sostenibile e alla qualificazione dei prodotti: aumentare la conoscenza sui prodotti e processi produttivi orientati allo sviluppo sostenibile che garantiscono il rispetto della salute

Obiettivo generale	Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti
<p>3. Migliorare la sostenibilità del sistema sanitario pubblico con politiche che rispondano più da vicino ai bisogni di salute (promozione degli stili di vita, prevenzione della disabilità e della non autosufficienza, con particolare attenzione alle fasce svantaggiate di popolazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce l'intersectorialità degli interventi e la loro interdipendenza con i determinanti di salute; • innesca e favorisce i processi d'innovazione ed una nuova cultura di governo orientata a garantire la salute, ad abbattere gli ostacoli per l'accesso ai servizi e a costruire opportunità, valorizzando l'apporto di tutti i soggetti; • intercetta il bisogno prima che diventi "disagio" o malattia; • promuove il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure, anche attraverso la revisione e lo sviluppo del sistema informativo. 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi generali e specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promozione dell'educazione e dell'informazione dei consumatori e degli utenti in funzione di un rapporto socioeconomico più razionale con la produzione e la distribuzione: <ul style="list-style-type: none"> • consentire alla maggior parte dei cittadini la possibilità di esercitare il diritto di scelta in modo consapevole
Obiettivo generale	Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti
<p>4. Favorire la partecipazione dei cittadini e dei professionisti</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce i processi di partecipazione • innesca e favorisce l'adesione ai programmi di promozione e mantenimento della salute (guadagnare in salute) • favorisce lo sviluppo della qualità rendendo strutturali gli strumenti aziendali, di Area vasta e regionali finalizzati al governo clinico 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi generali e specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tutela dei diritti e degli interessi economici e giuridici dei consumatori e degli utenti, favorendo la correttezza e l'equità dei rapporti contrattuali e promuovendo la soluzione delle controversie presso le sedi di conciliazione: <ul style="list-style-type: none"> • aumentare l'accessibilità dei cittadini alle forme di tutela ed il ricorso a forme di soluzione stragiudiziale • contribuire ad eliminare le clausole vessatorie nei contratti • migliorare le condizioni dei cittadini nei confronti del sistema creditizio e bancario e ridurre il rischio di sovraindebitamento da parte delle famiglie - promozione dell'educazione e dell'informazione dei consumatori e degli utenti in funzione di un rapporto socioeconomico più razionale con la produzione e la distribuzione: <ul style="list-style-type: none"> ▪ consentire alla maggior parte dei cittadini la possibilità di esercitare il diritto di scelta in modo consapevole - promozione e sviluppo dell'associazionismo

	<p>consumatori/utenti, del loro diritto a essere rappresentati, anche mediante l'istituzione di strutture di sostegno tecnico-professionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - promozione della collaborazione fra a associazioni di consumatori - utenti e pubbliche amministrazioni, per l'erogazione di servizi conformemente a standard di qualità ed efficienza
Obiettivo generale	Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti
<p>5. Recepire il contributo del volontariato e del terzo settore per la promozione di politiche di salute sempre più efficaci e diffuse nella società</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi nell'organizzazione e nella gestione dei servizi • permette di sviluppare un sistema di welfare solidaristico, universalistico a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale. 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi generali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promozione e sviluppo dell'associazionismo consumatori/utenti, del loro diritto a essere rappresentati, anche mediante l'istituzione di strutture di sostegno tecnico-professionale • promozione della collaborazione fra a associazioni di consumatori - utenti e pubbliche amministrazioni, per l'erogazione di servizi conformemente a standard di qualità e efficienza

Valutazione di coerenza esterna **ORIZZONTALE** degli obiettivi generali con il Piano regionale per la cooperazione internazionale 2007-2010

Obiettivo generale	Piano regionale per la cooperazione internazionale
<p>1. Superare le visioni settoriali, sia in campo sanitario che sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la condizione necessaria per governare i futuri scenari caratterizzati dallo invecchiamento della popolazione, dalla quota crescente degli immigrati, dalle tensioni intergenerazionali ed interetniche che richiedono risposte adeguate alla sfida della complessità dei bisogni, • garantisce l'omogenea realizzazione dei diritti di cittadinanza, attraverso servizi e prestazioni dirette alle persone e alle famiglie, ai minori, ai giovani ed ai disabili, agli anziani e agli immigrati; • permette di sviluppare un sistema di welfare solidaristico, universalistico a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale. 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi generali e specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - miglioramento dei processi di partecipazione dei soggetti toscani alle iniziative di cooperazione internazionale e di aiuto allo sviluppo: <ul style="list-style-type: none"> • partecipare ai programmi di cooperazione di tutti i soggetti della società civile toscana, in sintonia con la cooperazione dell'UE e delle organizzazioni internazionali • consolidare e rafforzare i progetti di cooperazione allo sviluppo in atto con l'obiettivo di far crescere rapporti di partenariato con istituzioni locali e società civile, puntando alla valorizzazione delle risorse umane, al sostegno dei processi di decentramento e al rafforzamento dei Governi locali e della società civile
<p>2. Rispondere alle nuove sfide mediante azioni tese a ridurre i rischi nell'ambiente di vita e di lavoro e le malattie connesse al clima e all'inquinamento ambientale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la pre-condizione per contrastare lo sviluppo di patologie connesse alla presenza di inquinanti negli ambienti di vita e di lavoro e al peggioramento dei fattori micro- e macro-climatici, tenendo conto delle sottopopolazioni anziane o comunque maggiormente fragili e della quota crescente di patologie croniche, che trovano nell'inquinamento dell'ambiente un fattore potenziale di aggravamento; • sviluppare interventi, anche a carattere formativo ed interistituzionale, al fine di potenziare le azioni di prevenzione degli incidenti negli ambienti di vita e di lavoro. 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi generali e specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - miglioramento dei processi di partecipazione dei soggetti toscani alle iniziative di cooperazione internazionale e di aiuto allo sviluppo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rafforzare una politica di cooperazione internazionale anche attenta a nuovi settori di attività: quali l'alimentazione, il turismo sostenibile, le produzioni di qualità e le conoscenze tradizionali, il commercio equo e solidale, la finanza etica.
<p>3. Migliorare la sostenibilità del sistema sanitario pubblico con politiche che rispondano più da vicino ai bisogni di salute (promozione degli stili di vita, prevenzione della disabilità e della non autosufficienza,</p>	<p>Si integra con i seguenti obiettivi generali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere politiche integrate di sviluppo partecipativo e di lotta alla povertà anche attraverso il coinvolgimento delle comunità immigrate nella realizzazione di iniziative di sviluppo nei Paesi di origine, di promozione dei

<p>con particolare attenzione alle fasce svantaggiate di popolazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce l'intersettorialità degli interventi e la loro interdipendenza con i determinanti di salute; • innesca e favorisce i processi d'innovazione ed una nuova cultura di governo orientata a garantire la salute, ad abbattere gli ostacoli per l'accesso ai servizi e a costruire opportunità, valorizzando l'apporto di tutti i soggetti; • intercetta il bisogno prima che diventi "disagio" o malattia; • promuove il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure, anche attraverso la revisione e lo sviluppo del sistema informativo. 	<p>diritti dei bambini e delle donne nei paesi di origine, di contrasto alla tratta di minori e donne.</p>
<p>Obiettivo generale</p>	<p>Piano regionale per la cooperazione internazionale</p>
<p>4. Favorire la partecipazione dei cittadini e dei professionisti</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce i processi di partecipazione • innesca e favorisce l'adesione ai programmi di promozione e mantenimento della salute (guadagnare in salute) • favorisce lo sviluppo della qualità rendendo strutturali gli strumenti aziendali, di Area vasta e regionali finalizzati al governo clinico 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi generali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - processi di partecipazione: <ul style="list-style-type: none"> • i tavoli regionali di coordinamento • il rapporto con il territorio • la Conferenza regionale unificata della cooperazione internazionale e della pace - miglioramento dei processi di partecipazione dei soggetti toscani alle iniziative di cooperazione internazionale e di aiuto allo sviluppo - cooperazione sanitaria

Valutazione di coerenza esterna **ORIZZONTALE** degli obiettivi generali con il Piano per la Promozione di una cultura di pace 2007-2010

Obiettivo generale	Piano per la promozione di una cultura di pace
<p>1. Superare le visioni settoriali, sia in campo sanitario che sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresenta la condizione necessaria per governare i futuri scenari caratterizzati dallo invecchiamento della popolazione, dalla quota crescente degli immigrati, dalle tensioni intergenerazionali ed interetniche che richiedono risposte adeguate alla sfida della complessità dei bisogni, • garantisce l'omogenea realizzazione dei diritti di cittadinanza, attraverso servizi e prestazioni dirette alle persone e alle famiglie, ai minori, ai giovani ed ai disabili, agli anziani e agli immigrati; • permette di sviluppare un sistema di welfare solidaristico, universalistico a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale. 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi strategici e specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - creare il " Sistema toscano integrato della cooperazione internazionale e di promozione di una cultura di pace": <ul style="list-style-type: none"> • perseguire e sviluppare le iniziative di dialogo ed accoglienza interculturale e interreligiosa sul modello dello studentato internazionale di Rondine Cittadella della pace e della Rete internazionale della città rifugio, quali esempi innovativi di partecipazione e creazione di network a valenza internazionale enfatizzando le potenzialità di raccordo con la progettualità della cooperazione • sostenere le tematiche della promozione del dialogo interreligioso e interculturale
<p>3. Migliorare la sostenibilità del sistema sanitario pubblico con politiche che rispondano più da vicino ai bisogni di salute (promozione degli stili di vita, prevenzione della disabilità e della non autosufficienza, con particolare attenzione alle fasce svantaggiate di popolazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesca e favorisce l'intersettorialità degli interventi e la loro interdipendenza con i determinanti di salute; • innesca e favorisce i processi d'innovazione ed una nuova cultura di governo orientata a garantire la salute, ad abbattere gli ostacoli per l'accesso ai servizi e a costruire opportunità, valorizzando l'apporto di tutti i soggetti; • intercetta il bisogno prima che diventi "disagio" o malattia; • promuove il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure, anche attraverso la revisione e lo sviluppo del sistema informativo. 	<p>Si integra con i seguenti obiettivi strategici e specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - creare il " Sistema toscano integrato della cooperazione internazionale e di promozione di una cultura di pace": <ul style="list-style-type: none"> • perseguire e sviluppare le iniziative di dialogo ed accoglienza interculturale e interreligiosa sul modello dello studentato internazionale di Rondine Cittadella della pace e della Rete internazionale della città rifugio, quali esempi innovativi di partecipazione e creazione di network a valenza internazionale enfatizzando le potenzialità di raccordo con la progettualità della cooperazione AZIONI: <ol style="list-style-type: none"> 1. promozione e partecipazione a reti internazionali che operano per la difesa, l'accoglienza e la promozione di esseri umani minacciati e maltrattati 2. promozione e partecipazione a progetti nazionali e internazionali per la valorizzazione di esperienze locali di difesa dei diritti umani • sostenere le tematiche della promozione del dialogo interreligioso e interculturale AZIONI: <ol style="list-style-type: none"> 1. sostegno e promozione di progetti che favoriscano il dialogo tra le religioni e le culture

Valutazione di coerenza esterna **ORIZZONTALE** degli obiettivi generali con il Piano Regionale di Sviluppo Economico 2006-2010

Obiettivo generale	P.R.S.E.
<p>6. Integrarsi con il contributo e l'esperienza del mondo scientifico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permette di rinnovare e qualificare sia le strutture che le tecnologie per la salute • favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi 	<p>Si integra con il seguente obiettivo:</p> <p>Promozione della ricerca industriale e del trasferimento tecnologico attraverso il rafforzamento dei nodi regionali della conoscenza tecnica e scientifica, della loro capacità di relazione con i sistemi produttivi locali e con i principali centri internazionali della innovazione tecnologica e organizzativa</p>
<p>7. Rinnovare e qualificare le strutture e le tecnologie per la salute</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permette di rinnovare e qualificare sia le strutture che le tecnologie per la salute - favorisce la "complementarietà" di tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nello sviluppo di processi innovativi 	<p>Si integra con il seguente obiettivo:</p> <p>Promozione della ricerca industriale e del trasferimento tecnologico attraverso il rafforzamento dei nodi regionali della conoscenza tecnica e scientifica, della loro capacità di relazione con i sistemi produttivi locali e con i principali centri internazionali della innovazione tecnologica e organizzativa</p>

Il Piano Sanitario Regionale è in linea anche con altri piani di settore, come il **Programma di sviluppo della Società dell'Informazione e della Conoscenza** (approvato con delibera CR n. 68 del 11/07/2007), con particolare riferimento all'obiettivo specifico Sanità e telemedicina. Il raccordo appare più stretto in relazione ai criteri che il Piano intende introdurre, a livello Aziendale e Regionale, sia per lo sviluppo dei basamenti infomativi-informatici, sia nell'ambito della comunicazione per la salute e per la partecipazione.

Si evidenzia altresì, la sostanziale congruità con il **Piano Regionale per la promozione delle attività motorie e sportive**, in via di approvazione, laddove si prevede la necessità di una regolare attività fisica quale fattore di benessere psico-fisico e la promozione di campagne ed iniziative volte a sensibilizzare i cittadini sul tema della corretta alimentazione e dell'attività motoria. Vi è inoltre coerenza, con tale piano, in ordine alle strategie di prevenzione delle dipendenze farmacologiche da sostanze utilizzate per il miglioramento delle prestazioni fisiche e sportive.

Forti sinergie sono presenti anche con il **Piano per il risanamento e il mantenimento della qualità dell'aria (PRRM)** e con il **Piano di indirizzo energetico (PIER)**, anch'essi in fase di approvazione. In particolare, per quanto riguarda il **PRRM**, si condividono le scelte e le finalità tese alla riduzione della percentuale di popolazione esposta ad inquinanti atmosferici ed il criterio di perseguire una sempre maggiore integrazione delle politiche regionali coinvolte nel risanamento e mantenimento della qualità dell'aria. Circa gli aspetti di coerenza orizzontale con il **PRRM**, si segnala il comune interesse rispetto all'obiettivo di mantenere i valori delle polveri sottili al di sotto dei valori soglia su tutto il territorio regionale e la condivisione della scelta dei criteri di concertazione istituzionale per il conseguimento delle finalità sopra esposte.

Infine, si evidenziano ulteriori elementi di coerenza orizzontale, come sopra detto, con il **PIER**, in particolare per quanto attiene agli obiettivi di tutela della salute dei cittadini che nel documento iniziale del piano energetico vengono connessi alle politiche energetiche che si collegano agli aspetti occupazionali e di tutela dei cittadini più deboli, così come alla sostenibilità degli insediamenti e, più in generale, alle emissioni clima-alteranti ed inquinanti, che possono impattare sulla salute delle persone.

5. VALUTAZIONE DI COERENZA INTERNA

Verticale: tra linee di indirizzo, scenari, obiettivi generali e obiettivi specifici.

Per il tema trattato, l'ampiezza e la complessità della materia, non è perseguibile l'esame di possibili alternative rappresentando la proposta inviata, lo svolgimento coerente delle scelte di politica sanitaria compiute ed approvate dal Consiglio Regionale nell'esame della proposta iniziale. L'individuazione degli obiettivi specifici è stata effettuata con riferimento ai paragrafi del Piano, da considerarsi quale livello di dettaglio sufficiente ai fini del presente rapporto, in considerazione della vastità del campo di intervento del documento di programmazione, nonché adeguato al fine di garantire il rispetto dell'autonomia riservata dalla legge alle aziende sanitarie nell'applicazione degli indirizzi del Piano.

Per i vari obiettivi generali sono stati indicati soltanto gli obiettivi specifici in cui essi si concretizzano ed è stata, pertanto, effettuata unicamente l'analisi della coerenza di questi ultimi rispetto ai primi. Gli obiettivi specifici coerenti con i relativi obiettivi generali sono contrassegnati dal valore "1".

Orizzontale: tra obiettivi specifici, azioni e risultati attesi.

Nell'ambito dei singoli obiettivi generali, gli obiettivi specifici, come sopra individuati, sono stati declinati in azioni, avendo anche in questo caso riguardo ad ampi campi di attività, più che ad interventi specifici, la cui definizione puntuale è per lo più demandata all'autonomia delle aziende sanitarie.

<p>Livello nazionale</p> <p>il PSN 2005 – 2008, sulla base della valutazione ed analisi degli scenari demografici, epidemiologici, ecc., individua le seguenti priorità: organizzare e potenziare la promozione della salute e la prevenzione; rimodellare le cure primarie; favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel SSN; potenziare i sistemi integrati di reti, sia a livello nazionale o sovrapregionale (malattie rare, trapianti), sia a livello interistituzionale (integrazione socio-sanitaria), sia tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie); promuovere l'innovazione e la ricerca; favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del SSN; attuare una politica per la qualificazione delle risorse umane.</p> <p>Il livello Regionale</p> <p>LR 40/2005 "La programmazione sanitaria della Regione assicura, in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale, lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali di zona distretto e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale"</p>		<p>Ridefinire l'assetto organizzativo dell'ospedale superando la mera articolazione disciplinare.</p> <p>LE AZIONI PROGRAMMATE (5.6.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il contributo del Governo Clinico Regionale, • La Cooperazione Internazionale, • Le Medicine Complementari e Non Convenzionali, • Il controllo del dolore come diritto del cittadino • I Percorsi Assistenziali attraverso i livelli della Prevenzione, Diagnosi e Cura, Riabilitazione <p>IL GOVERNO CLINICO: QUALITÀ E APPROPRIATEZZA CLINICA ORGANIZZATIVA (7.4 e 7.5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linee guida e percorsi assistenziali • Valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA) • Il sistema di incident reporting • L'accreditamento <p>LA VALUTAZIONE (4.6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una metodologia per il miglioramento dell'organizzazione e dei programmi sanitari attraverso la verifica dei risultati <p>LA POLITICA DEL FARMACO E PER L'USO APPROPRIATO DEI DISPOSITIVI MEDICI (7.7)</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
	<p>4. Favorire la partecipazione dei cittadini ed il coinvolgimento dei professionisti, con un PSR rivolto a loro</p>	<p>L'INTERFACCIA TRASPARENTE CON IL CITTADINO : IL CUP D'AREA VASTA E LA CARTA SANITARIA (4.1)</p> <p>LA COMUNICAZIONE PER LA SALUTE – RETI E MARKETING SOCIO SANITARIO (8.1.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riformulazione di modalità e strumenti della comunicazione per favorire la circolarità e la trasparenza <p>LA PARTECIPAZIONE – IL SISTEMA CARTA DEI SERIZI E GLI STRUMENTI DI TUTELA (8.1.2)</p> <p>UMANIZZAZIONE, ETICA NELLE CURE E DI FINE VITA (7.6)</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>

		LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE (8.4)	1
5. Ricepire il contributo del volontariato e del terzo settore per la promozione di politiche di salute sempre più efficaci e diffuse nella comunità		IL CONTRIBUTO DEL VOLONTARIATO E DEL TERZO SETTORE (8.5.6)	1
6. Integrarsi con il contributo e l'esperienza del mondo scientifico: si colloca in questo contesto l'apporto, assai rilevante, del sapere espresso globalmente dal nostro sistema, dal mondo Universitario, dagli Istituti Scientifici e gli Enti di ricerca.		LA FORMAZIONE DEL PERSONALE, PER STIMOLARE L'INNOVAZIONE E L'IMPLEMENTAZIONE DI BUONE PRATICHE (7.1)	1
		PROMUOVERE IL RACCORDO E L'INTEGRAZIONE TRA RICERCA DI BASE, RICERCA APPLICATA, SPERIMENTAZIONE ED INNOVAZIONE NELLE TECNOLOGIE E NELL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI (7.2)	1
7. Rinnovare e qualificare le strutture e le tecnologie per la salute: cogliere, pur in un contesto economico di stazionarietà delle risorse correnti, il bisogno di qualificazione che è presente sia in ambito territoriale che ospedaliero		IL SISTEMA INFORMATIVO PER LA SALUTE , UNITARIO E INTEGRATO (7.3)	1
		LA VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE (<i>Health Technology Assessment</i>) (7.4.3)	1
		GLI INVESTIMENTI IN SANITA' (9.2)	1

Valutazione di coerenza interna ORIZZONTALE

Con riferimento alle attività del servizio sanitario, la Regione ha scelto – come evidenziato nello stesso PSR al paragrafo 4.6 – di dotarsi di un sistema multidimensionale per la valutazione dei risultati in sanità. Gli indicatori previsti da tale sistema sono elaborati sulla base del patrimonio informativo costituito dai flussi regionali D.O.C., il quale rappresenta inoltre il basamento per la costruzione degli ulteriori indicatori previsti e utilizzati a livello nazionale e, a livello regionale, per l'elaborazione del Profilo di salute e della Relazione sanitaria.

Dal momento che i suddetti strumenti di valutazione risultano sufficientemente idonei a garantire il monitoraggio dei risultati del sistema sanitario regionale, ai vari livelli di attività, e tenuto altresì conto del fatto che essi sono solo costantemente aggiornati dai soggetti che li gestiscono (Laboratorio MeS, Agenzia Regionale di Sanità, DG Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà), ma anche pubblicati con modalità che ne garantiscono la trasparenza e l'accessibilità, si è ritenuto di non individuare ulteriori indicatori per la valutazione delle azioni di piano, rimandandone il monitoraggio ai suddetti strumenti, come delineati nell'ultima parte del presente Rapporto.

Obiettivo generale: 1. Superare le visioni settoriali, sia in campo sociale sia in campo sanitario, con un insieme di sistemi condivisi e sostenibili nell'organizzazione pubblica della sanità, in grado di dare risposte ai bisogni complessi, con azioni "sincrone".

Obiettivo Specifico	Azioni	Livello attuale/Risultati attesi
LO SVILUPPO DEI SERVIZI TERRITORIALI PER LE COMUNITA' LOCALI (cap. 5.3)	Dare forza al Coordinamento dei Servizi territoriali con un quadro definito di ruoli e funzioni (5.3.1)	Miglioramento dell'efficienza gestionale delle zone-distretto/SDS
	Sviluppare le cure primarie nell'organizzazione dell'assistenza territoriale (Unità di Medicina Generale) (5.3.1)	Costituzione secondo parametri di riferimento
	Organizzare un percorso di accesso unitario ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari: i Punti Unici di Accesso (5.3.2)	Attivazione PUA secondo linee guida regionali
	Affinare le funzioni di valutazione dei bisogni complessi: le Unità di Valutazione Multidisciplinare (5.3.2)	Aumento appropriatezza della risposta a bisogni complessi
	Individuare i criteri per articolare l'offerta di cure intermedie come risposta coerente alla diversa intensità del bisogno e come garanzia di continuità assistenziale ospedale – territorio (5.3.3)	Fruibilità ed appropriata priorità
	Promozione corretti stili di vita: Attività Motoria (AM) e Attività Fisica Adattata (AFA) (5.3.4)	Incrementare la capacità del sistema di farsi carico della promozione della salute e validazione AFA

<p>I PROGETTI OBIETTIVO: RISPOSTA COMPLETA ED UNITARIA AI BISOGNI COMPLESSI (cap. 5.6.2)</p>	<p>SALUTE MENTALE (5.6.2.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Servizi per le persone "non collaboranti" <input type="checkbox"/> Analisi e studio del fenomeno dei suicidi <input type="checkbox"/> Iniziative di formazione (MMG) e linee di indirizzo per uso appropriato dei farmaci <input type="checkbox"/> Prevenzione diagnosi precoci e accoglienza (infanzia – adolescenza) <input type="checkbox"/> Valutazione e continuità della presa in carico nelle UU.FF DSM <input type="checkbox"/> Monitoraggio continuo sugli esiti dei percorsi avviati e dei progetti di trattamento integrato <p>DIPENDENZE (5.6.2.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gli interventi di "bassa soglia" <input type="checkbox"/> Adozione protocolli integrati per doppia diagnosi <input type="checkbox"/> Aggiornare la raccolta informatizzata per le patologie da alcool/tabagismo/dipendenze senza sostanze <input type="checkbox"/> Potenziamiento della rete locale e regionale per la prevenzione, diagnosi e cura dei soggetti con patologie alcool - correlate <input type="checkbox"/> Valorizzazione dell'integrazione tra servizi pubblici e del privato sociale, in una dimensione aziendale e di area vasta 	<p>Miglioramento dell'assistenza nel settore della salute mentale, adulti e infanzia</p>
<p>'DISABILITA' (5.6.2.3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adozione di iniziative per favorire la massima autonomia ed integrazione della persona disabile nel contesto familiare e nella vita sociale <input type="checkbox"/> Garantire la presa in carico della persona disabile 	<p>ANZIANI (5.6.2.4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fragilità: sviluppo di strumenti per la prevenzione della non autosufficienza e l'individuazione precoce della fragilità <input type="checkbox"/> Stili di vita: realizzazione di campagne di informazione/ educazione <input type="checkbox"/> Non autosufficienza: sviluppo del sistema di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) 	<p>Miglioramento dell'assistenza nel settore delle dipendenze da sostanze e non</p>
<p>MATERNITÀ INFANTILE (5.6.2.5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Facilitare l'accesso ai servizi di assistenza materno -infantile alle categorie svantaggiate per ragioni economiche, sociali, culturali ed etniche <input type="checkbox"/> Offrire servizi e percorsi integrati (socio – sanitari, territorio - ospedale) e personalizzati a sostegno della maternità e paternità consapevole <input type="checkbox"/> Attuare la promozione dell' "ospedale amico dei bambini" (BFH) ed incentivare lo sviluppo di una rete regionale BFH <input type="checkbox"/> Attivare la presa in carico del bambino da parte del PLS prima delle dimissioni dal punto nascita <input type="checkbox"/> Promozione del benessere negli adolescente e giovani (Consultorio adolescenti) <input type="checkbox"/> Attuazione progetto formativo sul dolore in pediatria 	<p>Sviluppo dei servizi rivolti agli anziani, anche alla luce degli indirizzi dell'OMS sui determinanti della salute.</p>	<p>Miglioramento dei servizi connessi alla maternità – paternità, all'infanzia e all'adolescenza e riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi stessi</p>

	<p>SALUTE IMMIGRATI (5.6.2.6)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Facilitazione dell'accesso dei cittadini extracomunitari a servizi e prestazioni <input type="checkbox"/> Realizzazione di iniziative d'informazione e di educazione alla salute nei luoghi di lavoro e sui temi relativi alla prevenzione <input type="checkbox"/> Utilizzo dei mediatori culturali <input type="checkbox"/> Formazione all'inter-cultura per il personale socio-sanitario 	Rafforzare l'integrazione degli immigrati e garantire loro l'accesso ai livelli essenziali di assistenza
	<p>SALUTE IN CARCERE (5.6.2.7)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Definizione di un modello organizzativo regionale per la tutela della salute dei detenuti (compreso OPG) <input type="checkbox"/> Presa in carico dei detenuti da parte delle aziende sanitarie, sulla base delle disposizioni nazionali <input type="checkbox"/> Consolidare i risultati raggiunti in termini di miglioramento della salute in Toscana, con azioni di coordinamento per l'integrazione delle politiche e degli interventi in materia di determinanti di salute (5.1) <input type="checkbox"/> Sviluppare l'integrazione fra le diverse strutture settoriali del Dipartimento di Prevenzione e rafforzare il coordinamento con gli altri servizi aziendali (5.2) 	Garantire i livelli essenziali di assistenza ai detenuti ed agli internati, quale competenza del SSR
<p>LE ALLEANZE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE (5.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consolidare i risultati raggiunti in termini di miglioramento della salute in Toscana, con azioni di coordinamento per l'integrazione delle politiche e degli interventi in materia di determinanti di salute (5.1) 	Potenziamento delle alleanze e coordinamento
<p>LA RETE DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA (5.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sviluppare l'integrazione fra le diverse strutture settoriali del Dipartimento di Prevenzione e rafforzare il coordinamento con gli altri servizi aziendali (5.2) 	Potenziamento delle azioni preventive
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Realizzazione di interventi settoriali per la promozione della salute e sicurezza (da 5.2.1 a 5.2.10) <ul style="list-style-type: none"> - Igiene e sanità pubblica - Lavoro e salute - Igiene degli alimenti e nutrizione - Alimentazione e salute - Sicurezza alimentare - Sanità pubblica veterinaria - Sport e salute - Medicina legale - Prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita - Incidenti stradali 	Sviluppo dei livelli di salute e sicurezza nei diversi settori di intervento
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sviluppare il raccordo operativo tra i diversi Dipartimenti della Prevenzione della Regione (5.2) 	Miglioramento del funzionamento della rete della prevenzione
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Raccordare le attività dei Dipartimenti di prevenzione con quelle degli Enti che hanno competenze sulla tutela della salute collettiva (Laboratori Sanità Pubblica, ARPAT, ARS, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, ARSIA, ecc...) (5.2.11) 	Miglioramento del funzionamento della rete della prevenzione
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accrescere la collaborazione con i soggetti a vario titolo deputati ad operare all'interno del sistema di protezione civile (5.2.11) 	Potenziamento delle azioni di protezione civile

Obiettivo generale: **2. Rispondere alle nuove sfide mediante azioni tese a ridurre i rischi nell'ambiente di vita e di lavoro e le malattie connesse al clima e all'inquinamento ambientale**

Obiettivo Specifico	Azioni	Livello attuale/Risultati attesi
AMBIENTE E SALUTE (5.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="667 775 730 1637">☐ Migliorare l'integrazione tra le politiche sanitarie e ambientali (alleanze internazionali – nazionali – regionali – locali) (5.1) <li data-bbox="738 775 802 1637">☐ Affinare la capacità di analisi e valutazione dei rischi sanitari per realizzare azioni di prevenzione e contrasto (5.1) <li data-bbox="810 775 900 1637">☐ Sviluppare la collaborazione con il Centro Interdipartimentale di Bioclimatologia – Università di Firenze per azioni di ricerca e intervento (5.1) 	Incrementare la capacità di analisi rispetto a scenari futuri al fine di prevedere i rischi che possono derivare dalle scelte economiche e di governo del territorio e di realizzare gli opportuni interventi.

Obiettivo generale: 3. Migliorare la sostenibilità e la qualità del sistema sanitario ... Promozione continua di interventi tesi alla prevenzione delle malattie croniche anche attraverso il miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali e assetto organizzativo che favorisca l'uso integrato ed appropriato dei servizi ospedalieri e territoriali nonché la sicurezza delle cure		Livello attuale/Risultati attesi
Obiettivo Specifico	Azioni	
DALLA MEDICINA D'ATTESA ALLA SANITÀ D'INIZIATIVA (4.3) <i>LA SANITÀ D'INIZIATIVA IN AMBITO TERRITORIALE – IL CHRONIC CARE MODEL (4.3.1)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Affidare alle cure primarie il compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici con la costituzione di team multiprofessionali <input type="checkbox"/> Realizzare la sperimentazione del <i>Chronic Care Model</i> secondo step definiti, con l'individuazione di percorsi prioritari <input type="checkbox"/> Implementare un sistema di valutazione per supportare il processo di riorganizzazione dei servizi territoriali 	Realizzare una modalità assistenziale innovativa che consenta la presa in carico del paziente cronico o a rischio di cronicità, mediante interventi coordinati in grado di guidare l'individuo lungo il percorso assistenziale
LA SANITÀ D'INIZIATIVA NELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA (4.3.2)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adottare nell'assistenza ospedaliera condizioni organizzative e modelli operativi idonei a prevenire il riacutizzarsi di patologie croniche evitando il ricovero e garantendo la continuità ospedale-territorio 	Riduzione del riacutizzarsi di patologie croniche e abbattimento del numero di eventi di riospedalizzazione
LA SANITÀ D'INIZIATIVA NELL'AMBITO MATERNO INFANTILE (4.3.3)	<p>Attivare interventi per migliorare l'equità di accesso alle prestazioni in ambito materno infantile per le linee assistenziali evidenziate come critiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obesità infantile e stili di vita in età pediatrica <input type="checkbox"/> Consulitori per le immigrate <input type="checkbox"/> Sordità infantile: diagnosi precoce e trattamento del deficit neonatale <input type="checkbox"/> Prevenzione dentale in età evolutiva 	Miglioramento dell'assistenza alle donne straniere e della salute in età infantile
IL PRONTO SOCCORSO: LA PORTA DELL'OSPEDALE (4.2)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adeguare il Pronto Soccorso rispetto alle funzioni di accoglienza e presa in carico del bisogno <input type="checkbox"/> Sviluppare il raccordo funzionale interno all'ospedale e con il territorio 	Miglioramento della capacità di risposta dei PS al bisogno soggettivo urgente con percorsi organizzati
IL SISTEMA DELL'EMERGENZA TRA OSPEDALE E TERRITORIO (5.5)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adeguare il sistema dell'emergenza - urgenza territoriale alla nuova <i>mission</i> derivante dal riassetto organizzativo delle cure primarie 	Riorganizzazione della rete di emergenza-urgenza

	<input type="checkbox"/> Elaborazione di una progetto per la gestione unificata a livello Regionale del Sistema di Elisoccorso <input type="checkbox"/> Attuare una gestione "a sistema" degli eventi traumatici	
QUALITÀ E PICCOLI OSPEDALI (4.4.1 e 5.4.2)	<input type="checkbox"/> Riorganizzare la rete ospedaliera qualificando il ruolo degli ospedali periferici <input type="checkbox"/> Condividere ed attuare l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale centrato sul malato costruendo un processo di cambiamento dell'assetto organizzativo	Realizzazione di un modello organizzativo a rete per i gravi traumatismi Specificazione e qualificazione del ruolo dei piccoli ospedali Riorganizzazione funzionale delle attività ospedaliere secondo il criterio dell'intensità di cura, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina
GRADUARE L'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURE (4.4.2 e 5.4.1)		
LE AZIONI PROGRAMMATE (5.6.1) <i>IL CONTRIBUTO DEL GOVERNO CLINICO</i>	<input type="checkbox"/> RETE ONCOLOGICA (5.6.1.1) <input type="checkbox"/> Valorizzazione e integrazione di tutti i settori di prevenzione, cura, alta specializzazione e ricerca in campo oncologico <input type="checkbox"/> L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA TRAPIANTI (5.6.1.3) <input type="checkbox"/> Governo clinico, qualità, accreditamento e risk management <input type="checkbox"/> PIANO SANGUE (5.6.1.4) <input type="checkbox"/> La riorganizzazione del Sistema Trasfusionale Toscano <input type="checkbox"/> MALATTIE RARE (5.6.1.10) <input type="checkbox"/> Strutturare un modello organizzativo che privilegi i sistemi di comunicazione, di collaborazione e di coordinamento	Incremento dell'efficacia, efficienza e qualità nei settori di intervento
<i>LA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE</i> (5.6.1.5) <i>MEDICINE COMPLEMENTARI (MC) E NON CONVENZIONALI (MNC)</i> (5.6.1.6)	<input type="checkbox"/> Intensificare la collaborazione e le sinergie con gli attori del sistema Toscano della cooperazione internazionale. <input type="checkbox"/> Potenziare il modello organizzativo a rete delle attività pubbliche di medicine complementari e non convenzionali	Realizzazione di progettualità integrate per lo sviluppo della dimensione internazionale della cooperazione anche in campo sanitario Sviluppo a rete delle attività, ampliamento del confronto e visibilità, attivazione iniziative

<p><i>IL CONTROLLO DEL DOLORE COME DIRITTO DEL CITTADINO (6.3)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sviluppare in ogni reparto protocolli specifici di intervento superando i pregiudizi sull'uso della morfina. <input type="checkbox"/> Diffondere la cultura del controllo del dolore nell'assistenza sul territorio 	<p>Umanizzazione dell'assistenza e rispetto del diritto del paziente</p>
<p><i>PRECORSI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA, RIABILITAZIONE</i></p>	<p>ICTUS (5.6.1.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prevenzione diagnosi e cura per tutte le fasi della malattia <p>RIABILITAZIONE (5.6.1.7)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Introdurre e diffondere percorsi riabilitativi integrati, rispondenti a criteri definiti in base al bisogno <input type="checkbox"/> Diffusione dell'assistenza a domicilio <input type="checkbox"/> Redistribuzione dei posti letto secondo i parametri e programmazione di Area vasta <input type="checkbox"/> Sviluppare gli interventi per le gravi cerebrolesioni acquisite <p>PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE E DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE (5.6.1.8)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Realizzare un programma di prevenzione che favorisca l'inversione del trend delle nuove infezioni <p>IL PERCORSO DI DIAGNOSI E CURA DELLE MACULOPATIE DEGENERATIVE (5.6.1.9)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ridurre la disabilità con la diagnosi precoce ed utilizzando le nuove terapie disponibili <p>DIAGNOSTICA PREDITTIVA E MEDICINA PERSONALIZZATA (5.6.1.11)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Valorizzare l'ambito della medicina personalizzata fornendo "linee guida di principi" <input type="checkbox"/> Programmare opportunamente la distribuzione e l'offerta dei servizi sul territorio regionale 	<p>Miglioramento dei percorsi assistenziali, attraverso lo sviluppo di interventi specifici nei settori indicati</p>

<p>IL GOVERNO CLINICO: QUALITÀ E APPROPRIATEZZA CLINICA ORGANIZZATIVA (7.4 e 7.5)</p>	<p>LINEE GUIDA E Percorsi Assistenziali (7.4.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mettere a regime il Progetto Linee Guida Interattive, per migliorare la fruibilità delle raccomandazioni e la formazione a distanza (F@D) <input type="checkbox"/> Definire e progettare (da parte del CSR) percorsi assistenziali o <i>clinical - care pathways</i> per le tematiche e problemi di salute prioritari <input type="checkbox"/> Adattare (da parte delle Aziende Sanitarie) i percorsi assistenziali alle realtà territoriali locali <input type="checkbox"/> Definire un sistema di monitoraggio ed un processo di valutazione dei percorsi 	<p>Allargare il valore operativo della cultura <i>del/evidence based medicine</i>, dall'atto clinico all'organizzazione dei servizi, quali strumento per l'erogazione di risposte giuste, tempestive e sincrone all'evolvere delle esigenze e della tecnologia</p>
<p>LA VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE (7.4.3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sviluppare le attività di valutazione delle tecnologie e programmi sanitari e diffonderne la cultura nel SSR e nell'AV 	
	<p>LA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NELL'ASSISTENZA E NELLE CURE (7.5.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estendere il sistema di <i>incident reporting</i> a tutto il SSR <input type="checkbox"/> Consolidare il sistema organizzativo del rischio clinico nelle Aziende e valutarne l'efficienza sulla base dei dati di rischiosità <input type="checkbox"/> Implementare le buone pratiche ed il sistema di attestazione volontaria <input type="checkbox"/> Dare un ruolo attivo al cittadino mediante un suo maggiore coinvolgimento ed informarlo sull'applicazione delle buone pratiche adottate <input type="checkbox"/> Implementare la valutazione delle performance aziendali in tema di gestione del rischio clinico 	<p>Il Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente ha svolto l'analisi degli eventi avversi più gravi avvenuti in questi ultimi anni fornendo indicazioni e soluzioni di tipo preventivo.</p> <p>Con l'affinamento degli interventi di prevenzione e con la gestione dei sinistri e l'incident reporting, il sistema tende ad ottenere la maggiore garanzia di sicurezza per il paziente e per gli operatori</p>
	<p>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE (7.5.1 e 7.5.3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Valorizzare e consolidare il sistema esistente dei requisiti strutturali, tecnologici e impiantistici <input type="checkbox"/> Rendere più penetrante la valutazione del processo e di esito dei percorsi di cura ridefinendo i requisiti e gli strumentini verifica <input type="checkbox"/> Supportare il processo di cambiamento con un'azione formativa <input type="checkbox"/> Definire con legge regionale un apposito sistema di accreditamento per le strutture e i servizi sociali e socio – sanitari 	<p>Valorizzazione del sistema di screditamento e sviluppo di un sistema allineato per le strutture ed i servizi sociali e socio-sanitari</p>
<p>LA VALUTAZIONE COME METODO DI LAVORO (4.6)</p>	<p>Utilizzare la valutazione dei risultati ottenuti per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> supportare la funzione di governo locale e regionale <input type="checkbox"/> valutare le performance secondo una visione sistemica <input type="checkbox"/> definire/affinare le procedure di monitoraggio e il miglioramento dei percorsi assistenziali <input type="checkbox"/> impostare un processo di comunicazione trasparente con i cittadini 	<p>Migliorare la conoscenza ed il governo dei servizi attraverso la definizione e l'utilizzo di strumenti informativi trasparenti per la valutazione dei risultati</p>

<p>LA POLITICA DEL FARMACO E PER L'USO APPROPRIATO DEI DISPOSITIVI MEDICI (7.7)</p>	<p>Ampliare e implementare la valutazione verso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le attività e i servizi erogati a livello territoriale, incluse le Società della salute; <input type="checkbox"/> il sistema di supporto e servizio alle Aziende (ESTAV); <input type="checkbox"/> il sistema di integrazione e cooperazione fra le Aziende sanitarie (Area Vasta) <p>Attuare interventi finalizzati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> promuovere il consumo di farmaci non coperti da brevetto, incentivando la gestione di prontuari terapeutici di area vasta e coinvolgendo MMG e ospedalieri <input type="checkbox"/> contrastare l'abbandono delle terapie farmacologiche e ridurre l'impiego improprio di risorse <input type="checkbox"/> potenziare il monitoraggio dell'impiego dei farmaci oncologici <input type="checkbox"/> definire una codifica omogenea dei dispositivi medici 		<p>Garantire l'appropriatezza nella prescrizione e nel consumo di farmaci, assicurando la sostenibilità della spesa farmaceutica, oltre che la sicurezza e l'efficacia della terapia</p>
--	--	--	--

Obiettivo generale: 4. Favorire la partecipazione dei cittadini e il coinvolgimento dei professionisti con un piano rivolto a loro

Obiettivo Specifico	Azioni	Livello attuale/ Risultati attesi
L'INTERFACCIA TRASPARENTE CON IL CITTADINO: <i>IL CUP DI AREA VASTA (4.1.1)</i> <i>LA CARTA SANITARIA (4.1.2)</i>	<input type="checkbox"/> Implementare un sistema CUP seconda generazione: <ul style="list-style-type: none"> - ampliare la disponibilità dell'offerta in rete - monitorare l'andamento delle liste d'attesa - snellire le strutture di <i>call center</i> aziendale <input type="checkbox"/> Definire il programma attuativo e procedere alla sperimentazione di una cartella personale informatizzata	Facilitare l'accesso ai servizi razionalizzando il sistema.
LA COMUNICAZIONE PER LA SALUTE: RETI E MARKETING SOCIO-SANITARIO (8.1.1)	<input type="checkbox"/> Sviluppare attività di marketing socio-sanitario per costruire "l'empowerment" della persona rispetto alla salute e prevenzione e nell'approccio ai servizi <input type="checkbox"/> Attuare e pianificare interventi di comunicazione sui temi, contenuti e valore sociale " del cambiamento" <input type="checkbox"/> Migliorare le relazioni organizzative fra aziende sanitarie, SdS, Enti Locali, Università, terzo settore, per favorire i processi di comunicazione e Governance locale.	Alleggerire l'onere documentale garantendo la completezza dell'informazione sanitaria e la sua accessibilità ad uso del cittadino e per la sua sicurezza. Veicolare i valori e gli obiettivi nel processo di costruzione sociale della salute e rendere uniformi gli strumenti utilizzati.
LA PARTECIPAZIONE: IL SISTEMA CARTA DEI SERVIZI E GLI STRUMENTI DI TUTELA (8.1.2)	<input type="checkbox"/> capillare diffusione della Carta dei Servizi <input type="checkbox"/> Consolidare il confronto e il coordinamento delle esperienze in atto sui temi e sugli strumenti della tutela e partecipazione <input type="checkbox"/> Diffondere e consolidare gli strumenti di valutazione, di partecipazione civica e di confronto diretto con i cittadini sulla funzionalità dei servizi e sui programmi di intervento	Rafforzare la partecipazione dei cittadini sia nella fase di programmazione dei servizi sia in quella di valutazione della qualità delle prestazioni.

<p>UMANIZZAZIONE, ETICA NELLE CURE E DI FINE VITA (7.6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consolidare il sistema regionale per la bioetica <input type="checkbox"/> Garantire a livello regionale una uniformità di comportamento nei confronti della presa in carico dei bisogni dei pazienti giunti alla fine della vita 	<p>Crescita della sensibilità, del confronto e del dialogo sulle problematiche etiche. Garanzia della presa in carico dei bisogni dei pazienti giunti alla fine della vita. Umanizzazione delle pratiche mediche di fine vita.</p>
<p>VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE (8.4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sviluppare una cultura dell'organizzazione capace di farsi interprete dei bisogni espressi dagli operatori e porre al centro dello sviluppo del SSR la valorizzazione delle persone come agenti del cambiamento <input type="checkbox"/> Utilizzare lo studio del clima organizzativo come elemento di valutazione costante e continua <input type="checkbox"/> Condivisione ed attuazione delle migliori pratiche atte a contenere il tasso di assenza dal lavoro 	<p>Crescita di una cultura capace di interpretare i bisogni degli operatori.</p>

Obiettivo Generale: 5. Ricepire il contributo del volontariato e del terzo settore per la promozione di politiche di salute sempre più efficaci e diffuse nella comunità		
Obiettivo Specifico	Azioni	Livello attuale/Risultati attesi
IL CONTRIBUTO DEL VOLONTARIATO E DEL TERZO SETTORE (8.5.6)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Valorizzare le capacità progettuali e relazionali del volontariato e dell'associazionismo <input type="checkbox"/> Garantire che le energie del mondo del volontariato e del terzo settore diventino parte integrante del processo di governo e coprogettazione dei servizi 	Sviluppo di adeguati sistemi di sussidiarietà e rapporti di collaborazione e partnership.

Obiettivo Generale: 6. Integrarsi con il contributo e l'esperienza del mondo scientifico.		
Obiettivo Specifico	Azioni	Livello attuale/Risultati attesi
<p>LA FORMAZIONE DEL PERSONALE, PER STIMOLARE L'INNOVAZIONE E L'IMPLEMENTAZIONE DI BUONE PRATICHE (7.1)</p>	<p>Formazione continua</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Riorganizzare la rete della formazione continua <input type="checkbox"/> Avviare i progetti di formazione sugli obiettivi regionali individuati come prioritari <input type="checkbox"/> Monitorare e valutare la qualità dell'offerta formativa <p>Formazione di base :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Definire protocolli con le Università per sviluppare attività e percorsi formative orientati allo sviluppo professionale e tecnico scientifico del Sistema Sanitario Regionale. <p>Formazione Management</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proseguire il rapporto di collaborazione con la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa (laboratorio MeS) per arricchire l'approccio formativo con iniziative integrate tra ricerca e formazione e tra le diverse discipline che si occupano di sanità. 	<p>Sviluppo di un sistema della formazione che sempre di più garantisca l'aumento della capacità di ognuno di lavorare all'interno della propria organizzazione e rapportarsi all'utenza.</p>
<p>PROMUOVERE IL RACCORDO E L'INTEGRAZIONE TRA RICERCA DI BASE, RICERCA APPLICATA, SPERIMENTAZIONE ED INNOVAZIONE NELLE TECNOLOGIE E NELL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI (7.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sviluppare la capacità di indirizzo strategico e la valutazione indipendente <input type="checkbox"/> Investire su brevettazione e trasferimento tecnologico <input type="checkbox"/> Sviluppare e supportare la ricerca clinica e promozione delle attività dei Comitati etici <input type="checkbox"/> Sostenere le aree "orfane" della ricerca e la ricerca di genere <input type="checkbox"/> Sviluppare alleanze stabili con le industrie sinergiche al SST, stimolando e cofinanziando processi di sviluppo e di integrazione – "Distretto regionale di scienze della vita e della salute" <input type="checkbox"/> Investire sulla capacità di ricerca diffusa in tutte le aziende del SSR <input type="checkbox"/> Competere nello spazio europeo della ricerca e innovazione (7°PQ) 	<p>Sviluppare la sinergia tra sistema sanitario e della ricerca, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema e la sua efficacia in termini di guadagno di salute della popolazione.</p>

Obiettivo Generale: 7. Rinnovare e qualificare le strutture e le tecnologie per la salute: cogliere, pur in un contesto economico di stazionarietà delle risorse correnti, il bisogno di qualificazione che è presente sia in ambito territoriale che ospedaliero		
obiettivo Specifico	Azioni	Livello attuale/Risultati attesi
IL SISTEMA INFORMATIVO PER LA SALUTE , UNITARIO E INTEGRATO (7.3)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Qualificazione dei flussi regionali, informazione, reporting di sistema <input type="checkbox"/> Carta Sanitaria <input type="checkbox"/> Strumenti elettronici per l'identificazione, l'accesso e la refertazione <input type="checkbox"/> Razionalizzazione del sistema tecnologico <input type="checkbox"/> Implementazione delle disposizioni tecnico-organizzative per la convergenza tecnologica a standard definiti <input type="checkbox"/> Attuazione degli interventi speciali e telemedicina 	<p>Razionalizzazione del sistema tecnologico. Qualificazione dell'informazione. Sviluppo degli strumenti informatici al servizio del cittadino.</p>
LA VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE (<i>Health Technology Assessment</i>) (7.4.3)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Costituzione di una struttura di coordinamento regionale che si interfaccia con gli organismi nazionali ed internazionali, con quelli del governo clinico regionale, con il sistema delle Aree vaste, per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle implicazioni assistenziali, economiche, sociali ed etiche prodotte dalla introduzione/mantenimento delle tecnologie sanitarie e loro alternative 	<p>Supporto ai processi decisionali. Fornire ai decisori delle politiche sanitarie un sistema di scelta basato sulle "migliori" evidenze. Trasparenza dell'azione.</p>
GLI INVESTIMENTI IN SANITA'	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Piano di rinnovo delle tecnologie <input type="checkbox"/> Piano di miglioramento del Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Riqualificazione dei presidi ospedalieri <input type="checkbox"/> Proseguimento degli interventi di riqualificazione e completamento dei presidi territoriali 	<p>Sviluppo e riqualificazione della rete delle strutture sanitarie. Messa a norma e riorganizzazione.</p>

6. LA VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI ATTESI DI PIANI E PROGRAMMI SUGLI OBIETTIVI DELLE POLITICHE REGIONALI

In collaborazione con IRPET

Indice

Premessa

1. GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE AMBIENTALE
2. GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE ECONOMICA
3. GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE TERRITORIALE
4. e 5. GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE DI SALUTE E SULLA DIMENSIONE SOCIALE

QUADRO DI SINTESI

Allegato 1

SCHEDE DEGLI EFFETTI DEL PIANO

Allegato 2

MATRICE DI SINTESI DEGLI EFFETTI ATTESI

PREMESSA

Con riferimento alle indicazioni per la valutazione degli effetti attesi di Piani e Programmi sugli obiettivi delle politiche regionali di cui alla Decisione della Giunta Regionale del 6 novembre 2006, n. 2, il presente documento affronta una valutazione complessiva di impatto dell'Aggiornamento del PSR, tenendo presente la natura integrata socio sanitaria con cui esso è costruito.

In particolare per quanto riguarda la dimensione sociale, alcuni effetti sono stati considerati nella parte economica (impatto sulla formazione e la qualità del lavoro e sul possibile disagio economico prodotto dalle spese sanitarie).

Nell'analisi di impatto si tende ad individuare i vari ambiti per i quali possono essere messe a fuoco relazioni di tipo causa-effetto in relazione ai contenuti del PSR.

Si è fatto inoltre principale riferimento agli argomenti contenuti nella parte del PSR che tratta dei "Grandi progetti" ed alle più generali strategie e valori leggibili all'interno dei principi posti alla sua base (Appropriatezza, Qualità, Produttività, Iniziativa).

1. GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE AMBIENTALE

Parte descrittiva

L'effetto dell'ambiente sulla salute è una preoccupazione notevole del pubblico europeo: in una recente indagine, l'89% della popolazione è preoccupata per l'impatto potenziale dell'ambiente sulla propria salute. Inoltre, le nuove tecnologie, il cambiare degli stili di vita e di lavoro determinano nuovi e qualche volta inaspettati effetti sull'ambiente che di conseguenza possono avere una influenza sulla salute.

Come evidenziato anche nella Comunicazione UE n. 338 del 2003 - Strategia europea per l'ambiente e la salute -, la definizione di "ambiente e salute" dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) comprende "sia effetti patogeni diretti delle sostanze chimiche, delle radiazioni e di alcuni agenti biologici sia gli effetti (spesso indiretti) sulla salute e sul benessere dell'ambiente fisico, psicologico, sociale ed estetico in generale, compresi l'alloggio, lo sviluppo urbano, l'utilizzo del territorio e i trasporti"³.

Si comprende, dunque, come la politica ambientale dell'UE sia fortemente correlata anche con aspetti riguardanti la salute. In particolare, la "Strategia europea per l'ambiente e la salute" dell'UE è stata definita allo scopo di ridurre le malattie causate da fattori ambientali.

La Strategia europea per l'ambiente e la salute, in linea con il Sesto programma quadro di ricerca e sviluppo tecnologico dell'Unione Europea, propone lo sviluppo di un sistema comunitario che integri le informazioni sullo stato dell'ambiente, sull'ecosistema e sulla salute umana tale da poter valutare con maggiore efficacia l'impatto complessivo dell'ambiente sulla salute umana. Questo superando l'idea della valutazione degli impatti per singoli comparti ambientali ma tenendo conto dei vari effetti, quali l'effetto "cocktail" degli inquinanti, l'esposizione combinata, gli effetti cumulativi e sposando quindi l'idea che gli inquinanti possano passare da un comparto all'altro e che le persone siano esposte ad una combinazione di inquinanti che interagiscono nell'ambiente e nel corpo umano.

L'obiettivo ultimo della strategia è quello di definire un "quadro di cause ed effetti" per l'ambiente e la salute, in grado di fornire le informazioni necessarie per elaborare una politica comunitaria sulle fonti e sulle vie di impatto dei fattori di stress per la salute.

Come seguito alla Strategia europea per l'ambiente e la salute, la Commissione europea ha lanciato lo "European Environment and Health Action Plan 2004-2010" progettato per dare all'EU le informazioni scientificamente utili a per ridurre gli impatti avversi sulla salute di alcuni fattori ambientali e orientato verso una maggiore cooperazione fra aree di intervento nella protezione ambientale, nella sanità e nella ricerca.

Il Piano d'Azione propone, tra l'altro, un "Sistema di informazioni integrato ambiente e salute", così come un approccio coordinato sul "Biomonitoraggio umano"; tali finalità vanno nella direzione di rendere più efficaci le strategie di riduzione degli impatti ambientali sulla salute umana.

A partire da questi elementi strategici generali di livello europeo, il nuovo Piano Regionale di Sanità si inserisce in un contesto regionale in cui appare chiara la volontà di integrazione tra le politiche sanitarie e le politiche ambientali.

Nel Piano Sanitario regionale 2008-2010 viene più volte fatto riferimento, tra gli obiettivi generali, all'importanza di mettere in atto azioni tese a ridurre i rischi nell'ambiente di vita e di lavoro e le malattie connesse al clima e all'inquinamento ambientale. L'obiettivo è quindi quello di migliorare la salute attraverso la promozione di un ambiente di qualità, da conseguire appunto attraverso l'integrazione funzionale delle competenze tra strutture di tutela dell'ambiente e di salvaguardia della salute. La tutela dell'ambiente rappresenta una pre-condizione per contrastare lo sviluppo di patologie connesse alla presenza di inquinanti negli ambienti di vita e di lavoro e al peggioramento dei fattori micro e macro climatici. Si sottende a obiettivi specifici di miglioramento rispetto alla qualità dell'aria,

³ *Environment and Health. The European Charter and commentary.* Copenaghen, Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, 1990, WHO Regional Publications, European Series, n. 35.

dell'acqua, del suolo, degli alimenti, alla riduzione del rumore, dei rischi di esposizione ai campi elettromagnetici e a radiazioni ionizzanti.

Da qui si evince che gli effetti attesi di natura ambientale del Piano Sanitario regionale 2008-2010, con ripercussioni positive, intercettano in modo diffuso e trasversale tutti i macro obiettivi del modello di valutazione anche se principalmente si fa riferimento al macro obiettivo "Tutela dell'ambiente e della salute".

In particolare, a tal proposito il sistema sanitario regionale, in collaborazione con l'ARPAT e l'ARS, si dispone a definire azioni conoscitive, formative (anche in relazione alla necessità di meglio integrarsi con altri strumenti e professionalità per la valutazione dell'impatto ambientale) e di supporto informativo, finalizzate ad individuare assetti ed idonee pratiche operative. Le azioni da attuare, da parte degli operatori sanitari, possono consistere principalmente in:

- individuazione delle fonti o dei punti di emissione a maggior rischio;
- sorveglianza delle condizioni di salute attraverso i dati correnti e la Valutazione di Impatto Sanitario rispetto alle diverse cause;
- elaborazione di Piani Integrati di Salute che tengano conto delle azioni legate agli stili di vita e alla qualità dell'ambiente in senso esteso;
- concertazione di piani di salute locali insieme ad altri attori coinvolti, a partire da una forte integrazione strategica con i piani d'azione delle Società della Salute.

In linea con il processo di "de-ospedalizzazione" che ha caratterizzato il sistema sanitario nell'ultimo decennio, il nuovo PSR 2008-2010 si pone l'obiettivo generale "rinnovare e qualificare le strutture per la salute". L'orientamento del Piano è quello di promuovere un uso appropriato degli ospedali, ricorrendo alla riorganizzazione e ristrutturazione della rete dei presidi sanitari e considerando sufficiente la dotazione di infrastrutture ospedaliere esistenti. In concreto il Piano fissa criteri per la riqualificazione dei piccoli ospedali che possono così tornare a svolgere un ruolo rilevante nella rete assistenziale.

Da qui il conseguente probabile contenimento del consumo di suolo che viene ancor più rafforzato dalle indicazioni del Piano in merito alla completezza della dotazione infrastrutturale esistente per raggiungere professionisti ed altri istituti (MMG e PLS, farmacie, cliniche private, ecc).

Sempre in riferimento all'idea di rinnovare e riqualificare le strutture esistenti appare opportuno che all'interno dei criteri dettati dal Piano Sanitario per la riqualificazione sia contenuto il riferimento all'utilizzo della bioedilizia. Utilizzando tecniche di eco-architettura e architettura bio-climatica (quali pannelli solari fotovoltaici e termici, climatizzazione/raffrescamento naturale, ombreggiamento, ecc...), si possono raggiungere elevati livelli di abbattimento dell'inquinamento da gas serra prodotto dal riscaldamento, l'illuminazione e la climatizzazione.

Tali tecniche potrebbero essere favorite principalmente nei casi di riqualificazione dei piccoli ospedali, ma anche nella creazione di strutture ospedaliere quali ad esempio le aree dedicate per l'attesa della dimissione (discharge room), o nella implementazione di strutture per erogare servizi territoriali di qualità, quali ad esempio consultori per le immigrate.

Interessante in tale contesto può risultare l'informazione derivante dall'indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero" contenuta nello studio "Sistema di valutazione della performance della sanità Toscana", 2006 realizzato da Laboratorio Management e Sanità Regione Toscana e Scuola Superiore Sant'Anna. Dal report si evince che per quel che concerne il confort delle camere delle strutture ospedaliere (inteso tra gli altri come temperatura presente) i giudizi dei pazienti risultano in generale positivi: i pazienti toscani rispondono alla domanda del questionario sul comfort della camera di essere totalmente soddisfatti nel 34,75% dei casi e molto soddisfatti nel 50,21% contro il 2,92% e l'1,34 poco o per nulla soddisfatto. In realtà lo stesso report mette in evidenza che esistono differenze tra le diverse Aziende, pertanto per quelle in cui la percentuale di insoddisfatti

risulta più alta potrebbero essere ipotizzati i più rapidi interventi riqualificativi per il miglioramento del microclima interno alle stanze utilizzando strumenti propri della bioedilizia.

Tra le principali linee di intervento proposte dal Piano Sanitario regionale 2008-2010, vi è l'idea di introdurre una "carta sanitaria" personalizzata, una sorta di unione tra tessera sanitaria e cartella clinica computerizzata, accessibile da parte di ciascun utente del sistema sanitario regionale, attraverso un codice identificativo standard (MPI – Master Patient Index). Questa iniziativa vuole da un alto codificare in modo univoco le informazioni di ciascun paziente e dall'altro renderle fruibili da parte di ogni soggetto autorizzato in ogni momento del suo percorso socio-sanitario, indipendentemente dal luogo o dal servizio in cui vengano prodotto o richieste.

Il sistema dell'introduzione di cartelle sanitarie elettroniche, dunque, considerando la potenziale mobilità evitata, potranno avere un effetto significativo positivo su specifici obiettivi ambientali quali la riduzione di CO2 e dei consumi energetici così come la riduzione della popolazione esposta ad inquinamento atmosferico ed acustico.

Se leggiamo, infatti, lo sviluppo dei servizi di telecomunicazione come uno strumento funzionale anche a ridurre la mobilità su gomma, promuovendo l'accesso via internet a tutti i livelli, si può prevedere un contributo positivo nei confronti degli obiettivi ambientali suddetti.

Malgrado l'evidenza delle relazioni qui riportate, si ritiene che gli effetti descritti nella dimensione ambientale non raggiungano un'intensità significativa.

2. GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE ECONOMICA

Parte descrittiva

Il rapporto tra salute ed economia risulta molto stretto ed è caratterizzato dalla reciproca influenza dei due ambiti. La letteratura scientifica evidenzia, da una parte, il ruolo dei fattori socio economici come determinanti di salute, sottolineando come il livello di reddito, la condizione occupazionale e professionale siano variabili, che incidono sulle differenze dei tassi di mortalità e morbosità della popolazione⁴. Dall'altra, altri filoni di ricerca⁵ affermano l'esistenza anche della relazione inversa, mostrando come le condizioni psico fisiche dei cittadini siano in grado di influire sull'entità della loro ricchezza: in sostanza, lo stato di salute si ripercuote sulla produttività individuale e conseguentemente sulla capacità di reddito personale e collettivo. Tale relazione è più evidente dove le tutele del *welfare* sono minori e dove la protezione dei lavoratori è più fragile, ma anche in contesti economici più avanzati è ritenuta capace di dispiegare i suoi effetti.

Per l'OMS la salute, oltre che diritto fondamentale del cittadino, può essere considerata, una risorsa per lo sviluppo, sul quale è possibile intervenire investendo direttamente nel settore sanitario stesso, in quanto possibile volano per la crescita generale. La promozione della salute, in questo senso, diventa anche un fattore di crescita del sistema economico, favorendo al tempo stesso equità e sostenibilità sociale.

Tutto questo senza dimenticare l'aspetto economico più "visibile", ovvero che la spesa sanitaria è una delle componenti preponderanti della spesa pubblica e la sua variazione incide in modo rilevante sulle variabili economiche del sistema, influenzando i valori della produzione e dell'occupazione regionale. Il Piano sanitario, inoltre, prevede progetti di stimolo alla ricerca che

⁴ Cfr. Per esempio gli Studi Longitudinali della Regione Toscana (CSPO, Regione Toscana), in merito alla mortalità e alle condizioni socio economiche. Questa parte della relazione non interessa questa valutazione, quanto gli effetti che interventi di politica economica e sociale (per esempio, azioni del PRSE, PIGI ecc) determinano sulla dimensione di salute.

⁵ Cfr. Per esempio Smith J.P. 1999 "Health bodies and thick wallets: the dual relation between health and economics status", Journal o Economics Perspectives, vol 13.

possono attivare processi di innovazione applicati in campo sanitario con successive ripercussioni in altri ambiti settoriali.

Rispetto alla spesa sanitaria, invece, esula da questo contesto la valutazione relativa alla sua entità e al suo grado di efficienza, che rimangono invece di competenza interna del Piano stesso⁶. Gli aspetti relativi al perseguimento di una maggiore razionalizzazione dei costi e delle politiche di maggiore produttività del SSR, in questo caso sono richiamati per la loro capacità di liberare risorse, che producono effetti nel sistema economico.

Sarebbe utile, semmai, esaminare la spesa e la sua evoluzione, non tanto in un'ottica di breve periodo, quanto in una prospettiva di medio lungo, in relazione ai cambiamenti previsti nell'ambito della società toscana (in particolare inerenti ai cambiamenti demografici attesi), cercando di cogliere la coerenza delle attuali linee di politica sanitaria alla luce dei fabbisogni futuri.

La spesa sanitaria coinvolge aspetti redistributivi. Il finanziamento pubblico della sanità, salvaguardando i cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia, indipendentemente dalla loro capacità di reddito, costituisce senza dubbio un fattore di ripartizione delle risorse complessive, favorendo maggiori livelli di equità tra la popolazione. La copertura assicurativa non risulta in realtà totale e l'eccedenza della spesa sanitaria, che rimane a carico delle famiglie, può in certi casi diventare un elemento di criticità e acuire situazioni di difficoltà economica, riflettendosi nei livelli di povertà o rivelandosi una tipologia di "spesa catastrofica"⁷ per i bilanci familiari.

In sintesi, le variabili del modello economico di valutazione degli effetti attesi considerate sono quelle relative a:

- Solidità della crescita, in termini di
 - *PIL, consumi*
 - *Innovazione*⁸

- Equilibrio del mercato del lavoro, in termini di:
 - *Livello di occupazione*
 - *Condizione/Qualità professionale*

- Coesione sociale in termini di
 - *Equità (incidenza sul fenomeno di povertà)*

Effetti rilevanti

Macro obiettivi: Solidità della crescita ed equilibrio del mercato del lavoro, in termini di

Effetti attesi su: PIL, altre variabili macroeconomiche, livello occupazionale⁹ e qualità professionale.

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) costituisce uno strumento di programmazione di particolare rilievo nell'ambito del sistema regionale, in quanto rappresenta il documento che contiene le

⁶ In questa sede, eventualmente, dovrebbero essere presi in considerazione obiettivi e azioni di Piano che possono produrre indirettamente effetti sul bilancio pubblico, coinvolgendo ambiti diversi da quello sanitario, o che comunque non sono obiettivi diretti di piano.

⁷ Si ha una spesa catastrofica quando il suo livello incide per oltre una percentuale rilevante (30, 40, 50% secondo la soglia scelta) sulla capacità di spesa.

⁸ L'effetto sull'innovazione non è presente nella parte descrittiva. Viene direttamente evidenziato nelle tabelle di sintesi l'effetto positivo legato all'obiettivo di integrazione e raccordo tra ricerca sperimentazione e innovazione nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi.

⁹ Tra questi effetti rilevanti sono stati descritti anche quelli relativi all'equilibrio del mercato del lavoro considerabili di intensità significativa (appunto il livello occupazionale).

risorse destinate alla spesa pubblica sanitaria regionale, secondo il fabbisogno espresso dal territorio.

In sede di valutazione degli effetti attesi sulla solidità della crescita, si descrivono le ricadute che la spesa sanitaria pubblica genera nel sistema e si svolgono alcune considerazioni in merito a obiettivi o linee di azione del PSR, che possono eventualmente influire sulle variabili macroeconomiche regionali, complessive o di settore, nell'ambito dell'impatto prodotto dalla spesa sanitaria.

• **Gli effetti di attivazione intersettoriale della spesa**

Il primo aspetto da considerare è quello relativo al fatto che la spesa sanitaria, di cui la componente pubblica costituisce la parte preponderante, produce un impatto rilevante sul sistema economico regionale, dimostrandosi in grado di attivare un elevato livello di PIL, innescando un'altrettanto elevata distribuzione di reddito e spesa per consumi indotti¹⁰. In sostanza, essa oltre a rappresentare una voce passiva dei conti pubblici da tener sotto controllo, costituisce anche un fattore propulsivo dello sviluppo.

All'interno del sistema economico, così come rappresentato dagli aggregati del conto economico delle risorse e degli impieghi, la spesa sanitaria complessiva è individuabile tra le componenti della domanda (gli impieghi del sistema), all'interno dei consumi per la salute delle famiglie e di quelli della Pubblica Amministrazione, oltre che nella parte degli investimenti realizzati dal settore sanità. Nell'analisi svolta da Irpet, utilizzando il modello Input Output, l'entità complessiva della spesa sanitaria nel 2006 equivale a circa 8,2 miliardi di euro di cui il 75% è relativa alla componente pubblica, definita dalla spesa sanitaria della PA, alla quale si può aggiungere un ulteriore 3% relativo agli investimenti del settore sanitario¹¹, la cui matrice è prevalentemente di natura pubblica.

Il PIL attivato dalla spesa sanitaria pubblica¹² equivale a quasi 6,4 miliardi di euro, per un rapporto pari al 103,2%¹³. Questo valore rappresenta il moltiplicatore di spesa rispetto al PIL, ovvero indica quanto prodotto viene generato ogni 100 euro di domanda finale relativa alla spesa sanitaria di competenza della PA.

Ciò è determinato dal fatto che la spesa pubblica è indirizzata soprattutto all'acquisto di servizi non importabili, prodotti all'interno della regione (una buona parte prodotti a livello locale), che quindi producono a loro volta reddito nel sistema.

¹⁰ Cfr Irpet (a cura di) "Il sistema sanitario regionale: un attore importante del sistema economico toscano", in Relazione Sanitaria Regionale, o Rosignoli S., "Effetti della spesa sanitaria regionale sull'economia toscana", Paper per Convegno AIES 2007, Firenze.

¹¹ Il valore della spesa sanitaria è stimato da Irpet su dati della contabilità regionale. La spesa della PA in sanità nel 2006 equivale a 6,176 miliardi di euro e contiene la spesa per servizi ospedalieri e assimilabili (68%), per farmaci (14%), medici di base (8%), servizi specialistici (4%). Gli investimenti equivalgono a 288 milioni di euro e rappresentano la spesa per la realizzazione e manutenzione delle strutture (21%), per l'acquisto di macchinari e attrezzature (63%), mezzi di trasporto (10%), altri beni e servizi (6%). Da tener presente che la loro entità è di anno in anno soggetta a una variabilità piuttosto elevata. Cfr. Rosignoli S. 2007.

Il valore della spesa sanitaria complessiva (e di quella pubblica) è tendenzialmente crescente nel tempo, ma varia a un tasso contenuto, per cui per i tre anni di valenza del PSR il valore del 2006 può essere considerato un valido riferimento.

¹² In questo contesto, con spesa sanitaria pubblica si fa riferimento alla spesa sanitaria della Pubblica Amministrazione, così come definita dalle voci definite nella nota precedente.

¹³ Più limitato invece il livello di attivazione del PIL da parte della spesa sanitaria privata (80%), la cui domanda viene soddisfatta in misura maggiore tramite importazioni extra regionali (probabilmente in seguito alla maggiore incidenza della spesa chimico farmaceutica sul totale). L'attivazione del PIL dell'intera spesa sanitaria (consumi sanitari della PA, consumi sanitari delle famiglie e investimenti del settore sanitario) nel sistema equivale a 96,5% (100 euro spesi o investiti in sanità generano 96,5 euro di PIL nel sistema economico regionale).

	Impatto spesa pubblica sanitaria su economia toscana	Rapporti di attivazione della spesa sanitaria pubblica*
	Milioni di euro	Valori x 100 euro
Pil	6377	103,3
Import Rdi	1316	21,3
Import Estero	953	15,4
Unità Lavoro	115434(ULA)	18,7**

Fonte: Irpet (sono indicati i settori principali)

* Indica gli euro di produzione attivati nel sistema o fuori regione tramite le importazioni.

**Indica le Unità di Lavoro Annuali a tempo pieno attivate ogni milione di euro di spesa

Tale attivazione, come prevedibile, è rivolta in modo prevalente (per il 62,2%¹⁴) allo stesso settore sanitario¹⁵. I settori dell'informatica, del commercio, degli altri servizi (a cui la sanità si rivolge per servizi intermedi), dei servizi immobiliari e di noleggio sono gli altri ambiti, dove si verifica l'attivazione della domanda sanitaria della P.A., anche se in termini molto più ridotti rispetto a quelli visti precedentemente¹⁶. Anche l'occupazione necessaria a produrre i beni e servizi di questi settori è rilevante e, anche in questo caso, si concentra nel settore relativo alla sanità e agli altri servizi sociali, dove il fabbisogno del fattore lavoro è soddisfatto da oltre 75.000 unità di lavoro annue¹⁷ a cui vanno aggiunte quelle attivate negli altri settori, principali destinatari degli effetti indiretti (informatico, commercio, altri servizi), per un totale di 108.000 unità.

Moltiplicatori relativi alla produzione settoriale della spesa sanitaria della PA

(Euro di produzione attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Produzione	di cui aggiunto	Valore di cui Costi intermedi
Sanità	122	62	60
Informatica	13	8	5
Commercio	12	7	5
Altri servizi	7	4	3
Servizi imm/noleggio	6	5	1

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

Moltiplicatori su import settoriale della spesa sanitaria della PA

(Euro di importazioni attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Import
Chimica	13
Alimentare	4
Trasporti	3
Elettronica	2
Informatica	2

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

¹⁴ Più precisamente il 62,2% rappresenta il valore aggiunto attivato nel settore sanitario ogni 100 euro di spesa pubblica. Si ricorda che il PIL attivato a livello di sistema economico (103, 2% in questo caso) è pari alla somma dei VA attivati nei vari settori.

La somma del VA e dei Costi Intermedi attivati nel settore, invece, fornisce il rapporto Produzione/domanda-consumi, ovvero il valore della produzione attivata nel settore sanitario ogni 100 euro di spesa, che equivale in questo caso al 122% (il 62,2% di valore aggiunto, il 59,6% di costi intermedi).

¹⁵ Con settore sanitario si fa riferimento a "Sanità e altri servizi sociali".

¹⁶ Informatica: 7,6% VA (e 5,2% costi intermedi), Commercio: 6,8% VA (e 4,7 costi intermedi), Altri servizi, 4,3% VA (e 2,8% costi intermedi), Immobiliari e noleggio 5,4% VA (e 1,3 costi intermedi).

¹⁷ L'unità di lavoro annua corrisponde a un occupato a tempo pieno per un anno.

La domanda di consumi sanitari viene inoltre soddisfatta attraverso importazioni extra regionali, soddisfatte principalmente dal settore chimico, da quello alimentare, dai trasporti, dal settore elettronico e dall'informatico. Il livello di attivazione è maggiore nel primo caso (13% nella chimica e farmaceutica), più limitato negli altri (4% per l'alimentare, 2,5 per i trasporti, 1,8% l'elettronica, 1,5 l'informatica).

Meno impattante per l'economia regionale è l'effetto degli investimenti sanitari. L'attivazione del PIL in ambito regionale è pari al 49% e i suoi effetti sono rivolti soprattutto ai settori costruzioni, commercio, informatica, trasporti, altre attività manifatturiere, dove si genera una domanda di lavoro complessiva di circa 2500 unità di lavoro (la maggior parte delle quali assorbite dall'edilizia). Il minor impatto è da ricollegarsi al fatto che è rilevante la parte di domanda per investimenti soddisfatta tramite importazioni, soprattutto per quanto riguarda i macchinari e le attrezzature di elettronica (30% il moltiplicatore della produzione settoriale fuori regione¹⁸), i mezzi di trasporto, i prodotti delle altre manifatture (individuato soprattutto in mobili e arredi). A questi si aggiunge la significativa attivazione di altri settori (metallurgia e meccanica, 5%) destinati a produrre beni intermedi diretti alla produzione dei beni domandati, in ultima istanza, dal settore sanitario.

Moltiplicatori su produzione settoriale degli investimenti in sanità.

(Euro di produzione attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Produzione	di cui aggiunto	Valore di cui Costi intermedi
Costruzioni	25	11	14
Commercio	15	9	6
Informatica	9	5	4
Altre manifatture	7	2	5
Trasporti	6	3	3

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

Moltiplicatori su import settoriale degli investimenti in sanità.

(Euro di importazioni attivati ogni 100 euro di spesa sanitaria).

	Import
Elettronica	30
Mezzi di trasporto	7
Altre manifatture	6
Metallurgia	5
Meccanica	5

Fonte Irpet (sono indicati i settori principali)

In generale, dunque, la spesa sanitaria corrente e quella per investimenti tende a rivolgersi all'interno della regione per beni, servizi e attività la cui erogazione è più vincolata al territorio (beni e servizi sanitari, del commercio, informatici, delle costruzioni), innescando alti livelli di attivazione settoriale. La domanda di farmaci e prodotti chimici, quella di attrezzature e macchinari dell'elettronica o dei mezzi di trasporto (beni in generale a elevato contenuto tecnologico) tende, invece, a rivolgersi fuori regione (in Italia o all'estero), non trovando, evidentemente, ancora un'adeguata offerta sul territorio.

I risultati di questa analisi, dunque, evidenziano che, non solo l'entità, ma anche la composizione della spesa assume rilievo rispetto all'impatto sulle grandezze relative alla solidità della crescita e del mercato del lavoro. La spesa pubblica e gli investimenti in sanità, infatti, hanno una buona capacità di attivazione in termini di produzione e occupazione rispetto ai settori prima indicati.

¹⁸ Si fa riferimento al rapporto percentuale Produzione /domanda attivata fuori regione (100 euro di investimenti in sanità attivano cioè 30 euro di produzione nel settore elettronico fuori Toscana).

L'eventuale sostituzione di alcuni beni e servizi importati con quelli offerti sul territorio, può dare un ulteriore impulso all'economia regionale, così come l'incremento di domanda di servizi attualmente forniti da soggetti locale. Naturalmente esula dalle specifiche prerogative del Piano Sanitario orientare la spesa secondo logiche di tipo territoriale, che non necessariamente sono in linea con gli obiettivi di efficienza e appropriatezza, ma si ribadisce l'importanza della presenza di una domanda di beni e servizi consolidata nel tempo, che può rappresentare un fattore propulsivo per attività produttive qualificate.

• **Gli effetti dell'efficienza della spesa sanitaria sulle variabili economiche**

In un contesto economico generale che pone tra le priorità il risanamento dei conti pubblici a tutti i livelli, nei prossimi anni, in realtà, il fabbisogno sanitario è destinato ad aumentare per motivi di carattere strutturale, legati, in primo luogo, alle caratteristiche demografiche della popolazione toscana, oltre che alla necessità di ampliare ulteriormente l'accesso dei cittadini all'assistenza socio sanitaria. Questo determina che, da una parte, la spesa continuerà a produrre i propri effetti sulle variabili macroeconomiche, anzi saranno probabilmente incrementati, ma, allo stesso tempo, il sistema sanitario dovrà risultare più efficiente, cercando di razionalizzare i costi e migliorare ulteriormente il rapporto tra bisogni sanitari soddisfatti e fattori impiegati¹⁹, liberando risorse da destinare al potenziamento e al miglioramento dei propri servizi.

L'ottimizzazione del funzionamento dell'offerta può riflettersi in diversi modi sulla dimensione economica. Se il miglioramento del bilancio pubblico per il contenimento dell'incremento di spesa²⁰ è quello più evidente, le linee di intervento che si prefiggono il suo raggiungimento, comportano una serie di effetti indiretti, che si ripercuotono anche su altre variabili.

Il perseguimento di una crescita della produttività, per esempio, porta a individuare potenziali ripercussioni sulla variabile relativa al mercato del lavoro, sia da un punto di vista qualitativo ma anche quantitativo.

I processi di miglioramento delle funzioni del Servizio Sanitario, infatti, implicano in molti casi una valorizzazione delle capacità e dell'efficienza del personale già operante, attraverso il ricorso a interventi di formazione specifici, all'introduzione di un sistema di valutazione delle prestazioni e all'ottimizzazione degli incentivi (anche in virtù dello sviluppo di un sistema premiante), che si possono tradurre nel contenimento del fabbisogno di risorse umane per determinate attività. Allo stesso tempo la ricerca del miglioramento della funzionalità delle strutture, in alcuni casi, passa attraverso il potenziamento degli organici, con l'inserimento di nuove figure professionali in servizi, che vanno a soddisfare importanti segmenti di domanda sanitaria.

In questo caso, dunque, il fabbisogno necessario per l'impiego delle nuove figure può essere messo in relazione al risparmio di risorse derivante da obiettivi di crescita di efficienza e razionalizzazione dei costi²¹.

Gli interventi di questi anni diretti a realizzare il rimodellamento organizzativo dell'offerta territoriale orientato verso soluzioni che, insieme agli obiettivi di tutela, migliorino l'efficienza economico-finanziaria del sistema, possono contenere anche questo tipo di lettura. In particolare, **l'applicazione del principio di appropriatezza**, che prevede l'erogazione dell'assistenza necessaria, ottimizzando l'impiego delle risorse finanziarie, tecnologiche e umane²², si è già tradotta in diverse iniziative organizzative (Area Vasta, l'ESTAV, l'integrazione tra il Sistema

¹⁹ L'opera di razionalizzazione dei costi e l'aumento della produttività del sistema sanitario, per quanto misure indispensabili a migliorare l'uso delle risorse finanziarie, non basteranno a compensare l'aumento del fabbisogno derivante dai fattori sopra indicati, per i quali saranno necessarie misure diverse, in parte riconducibili a livello di governo nazionale (in particolare con la previsione del nuovo fabbisogno complessivo).

²⁰ Che in questa sede non viene preso in considerazione, in quanto ritenuto di diretta pertinenza valutativa del Piano stesso.

²¹ Questo può essere inteso sia come diretta redistribuzione di risorse umane tra funzioni, sia come impiego di risorse finanziarie liberate in seguito alla crescita di produttività ed efficienza di alcuni servizi.

²² "...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 e organizzativo, e attuando il principio della rete e della specializzazione basata sulla casistica e sui differenti gradi di complessità."

Sanitario e l'Università e la Ricerca, la riorganizzazione degli ospedali per la intensità di cura, dei punti nascita, dei laboratori, della continuità assistenziale e del sistema dell'emergenza), confermate e ulteriormente implementate con la nuova programmazione²³.

Di seguito si riportano due casi, uno relativo alla sanità di iniziativa, l'altro agli ESTAV, quali esempi di come il perseguimento di una maggiore efficienza del sistema passi attraverso la creazione, comunque, di figure qualificate con competenze specifiche, determinando nella prima situazione la riduzione del fabbisogno di personale nella prima situazione, un aumento nella seconda²⁴.

Tra le sfide proposte dal nuovo PSR, assume considerevole rilievo quella legata alla "**sanità di iniziativa**", che al suo interno prevede la definizione di alcune nuove figure professionali, per "garantire pro-attivamente la presa in carico e la continuità assistenziale" dei pazienti, in modo da limitare i fenomeni -e i relativi costi- della riacutizzazione di patologie croniche²⁵. Il progetto potrebbe inserire in modo non occasionale un elevato numero di nuovi operatori, tra figure infermieristiche e operatori sanitari²⁶.

Il sistema degli ESTAV (Enti di Supporto Tecnico amministrativo di Area Vasta) che ha portato, in seguito alla centralizzazione degli acquisti, condizioni contrattuali più vantaggiose, è stato possibile anche "grazie alla riorganizzazione del personale della funzione acquisti, avvenuta attraverso lo snellimento della struttura e la specializzazione degli addetti, i quali hanno acquisito così competenze specifiche e una maggiore produttività"²⁷. Ciò ha dimezzato in tre anni il fabbisogno del personale della funzione acquisti, recuperato e impiegato in attività diverse²⁸. (*redistribuzione del personale in altre funzioni- in ottica di miglioramento dell'appropriatezza e della produttività*²⁹) Risultano difficilmente interpretabili, invece, i potenziali effetti di attivazione intersettoriale in relazione al miglioramento dell'efficienza della spesa. La ricerca di soluzioni orientate alla razionalizzazione dei costi, ma al contempo alla qualità, per esempio, può orientare la domanda verso produttori più competitivi, ampliando il campo della ricerca in altri mercati, intensificando il ricorso alle importazioni extraregionali. Viceversa la necessità di migliorare l'accessibilità ai beni e servizi domandati, può incoraggiare la ricerca di fornitori più vicini aumentando il ricorso all'offerta regionale, qualora questa si dimostri concorrenziale in termini di qualità e prezzo³⁰.

Nel nuovo documento di Piano, rispetto a questo effetto, acquistano in particolare rilevanza gli obiettivi specifici 1.1 Lo sviluppo dei servizi territoriali per le comunità locali (in particolare azione Dare forza al coordinamento dei Servizi territoriali con un quadro definito di ruoli e funzioni) 1.4 La rete della prevenzione collettiva, 3.1 dalla medicina d'attesa alla sanità di iniziativa, 3.2 Il Pronto Soccorso: la porta dell'ospedale, 3.3 Il sistema dell'emergenza tra ospedale e territorio, 3.4 Qualità e piccoli ospedali, 3.5 Graduare l'ospedale per intensità di cura, 3.8 La valutazione come metodo di lavoro, 4.5 La valorizzazione delle risorse umane, 5.1 Il contributo del volontariato e del terzo settore, 6.1 La formazione del personale per stimolare l'innovazione e l'implementazione di buone pratiche.

²³ Tra i risultati più rilevanti emerge l'uso più appropriato delle strutture ospedaliere, che hanno già prodotto un riequilibrio del numero di posti letto per abitante e puntano, attraverso il nuovo PSR, a migliorare ancora tale rapporto, ma soprattutto a ridurre i tempi di degenza medi²³, per i quali invece si sono ottenuti finora risultati più contenuti. Oltre agli interventi citati, vanno segnalati anche tutti quelli relativi al sistema di valutazione, all'introduzione di innovazioni tecniche e organizzative per facilitare gli accessi ai servizi riducendo i costi.

²⁴ Il saldo si stima possa essere sostanzialmente in equilibrio da un punto di vista quantitativo

²⁵ Nelle Linee di Indirizzo del Piano si individuano tre tipologie di *tutor*: clinico, assistenziale, farmaceutico.

²⁶ Un'ipotesi potrebbe essere quella che individua un possibile fabbisogno di 800-1000 operatori per queste funzioni.

²⁷ Dominijanni M., Nante N.; Estav: un modello di efficienza in sanità, Università di Siena, Dip. Sanità Pubblica.

²⁸ Il personale della funzione centralizzata Acquisti presso i tre ESTAV toscani era pari alla fine del 2005 a 148 unità, con una riduzione del 50% rispetto agli originari 301 addetti della funzione Acquisti nelle AUSL e Aziende Ospedaliere regionali (gli addetti sono stati reimpiegati in attività diverse).

²⁹ Gli effetti sul livello occupazionale sono considerabili di intensità significativa, per il fatto che il fabbisogno è soddisfatto attraverso la redistribuzione del personale interno e la sua qualificazione.

³⁰ Inoltre, l'alta specializzazione di alcuni servizi ospedalieri può, da una parte, diminuire il costo unitario per paziente (per economie di scala e di conoscenza) e, dall'altra, creare una maggiore attrazione di domanda da fuori regione, aumentando complessivamente il fabbisogno economico, diventando un "fattore virtuoso" di attrazione di spesa pubblica.

• **Gli effetti della salute sulla capacità di reddito dei soggetti**

Il rapporto con le variabili economiche si esplica anche rispetto all'influenza che lo stock di salute di una persona può avere rispetto alla sua capacità di produrre reddito. Se è facile intuire che cattive condizioni di salute aumentano le spese sanitarie e diminuiscono la possibilità di lavorare e percepire reddito, dalla letteratura scientifica emerge che eventi negativi di salute influenzano non solo i costi sanitari, ma ancor di più il reddito da lavoro. Nello studio di Smith³¹, in media, si evidenzia una riduzione di 4 ore settimanali e il 15% in meno di probabilità di mantenere il proprio lavoro da parte di coloro che hanno avuto considerevoli shock di salute. Al di là della puntuale applicabilità dei risultati specifici alla realtà toscana, l'indagine conferma come l'associazione tra salute e variabili economiche non sia trascurabile e, a partire dalla mezza età, cominci a essere rilevante sulla capacità di produrre reddito e accumulare ricchezza futura³².

Questo si riflette sulle potenzialità di produzione del sistema economico (quindi in termini di PIL regionale), ma è senza dubbio un aspetto che determina importanti ricadute anche in termini di coesione sociale, per le potenziali situazioni di marginalità, che possono determinarsi o essere evitate. Si ritiene che l'intero corpus di obiettivi e azioni del Piano, in quanto rispondenti all'obiettivo di fondo di perseguire il miglioramento dello stato di salute della popolazione toscana, concorrano a influenzare la sua capacità di generare reddito e ricchezza. Le tipologie di intervento, dirette a potenziare l'accessibilità ai servizi, a intercettare i bisogni non espressi dei cittadini e a limitare i rischi sanitari possono provocare ricadute più immediate in questo ambito³³.

- *Coesione sociale*
- *Equità redistributiva e incidenza dei fenomeni di povertà*

In questo ambito si prende in considerazione la situazione relativa ai rischi economici gravanti sulle famiglie legati alla cura per la salute, che il Servizio Sanitario (SS) non riesce a coprire³⁴.

³¹ Si fa riferimento a Smith J.P. 1999 (in nota all'Introduzione del presente capitolo), come spiegato da Brenna E. in "Variabili socioeconomiche e salute: interpretazioni alternative e misure di politica sanitaria", *Economia Pubblica* vol. 6/2004, pagg. 29-48. "Citando il modello di Grossman (1972), che vede lo stato di salute in ogni unità di tempo in funzione di diverse variabili (lo stock di salute del periodo precedente, l'accesso alle cure sanitarie, l'adozione di atteggiamenti salutari e l'abbandono di atteggiamenti "a rischio", l'esposizione a determinati fattori ambientali), Smith insiste sull'importanza di considerare lo stock di salute come un patrimonio che, data la dotazione genetica di base ed un tasso di ammortamento naturale dovuto all'invecchiamento, può essere migliorato o peggiorato a seconda dell'importanza attribuita durante il corso degli anni ai fattori appena citati. Tale stock rappresenta capitale umano, in grado di generare flussi benefici finali (assimilabili alle *pleasures* derivanti dai beni di consumo), ma anche flussi di benefici intermedi, che sono costituiti dalla produttività del soggetto nel mercato formale del lavoro a fronte di un reddito. Migliore è lo stato di salute, più elevata è la produttività e dunque il reddito realizzabile. Secondo questa prospettiva, lo stock di salute al tempo t , che influisce sul reddito Y_t , dipende dallo stock al tempo $t-1$, da comportamenti passati e presenti, dal reddito generato in passato, a sua volta condizionato dallo stock iniziale di salute. La relazione intertemporale ha effetto per distanze di tempo anche rilevanti: esiste ad esempio una correlazione fra la pensione ricevuta da un individuo ed eventi che hanno influito sulla propria salute in età lavorativa. Partendo da questo approccio, l'autore costruisce un modello, basato su regressioni semplici, attraverso il quale studia l'impatto che variazioni nello stock di salute (classificate per livello di gravità) possono esercitare sulla ricchezza delle famiglie. (..) Utilizzando dati di più fonti (..) in un primo momento vengono riportate le variazioni negative di ricchezza provocate da un peggioramento nello stato di salute, le spese mediche a carico del malato, nonché il totale delle spese mediche, per la maggior parte a carico dello Stato. In un secondo passaggio, il modello è reso più articolato e studia l'impatto che shock sulla salute possono provocare su una serie di variabili quali la speranza di vita, le ore lavorate settimanalmente, la probabilità di conservare il posto di lavoro".

³² Il livello di reddito familiare sembra invece influire sul grado di salute nell'infanzia e durante l'adolescenza.

³³ Nello specifico le azioni relative agli Obiettivi Specifici 1.1 Lo sviluppo dei servizi territoriali per le comunità locali; 1.2 I progetti obiettivo: risposta completa e unitaria ai bisogni complessi, 1.3 Le alleanze per la promozione della salute. 1.4 la rete della prevenzione collettiva, 2.1 Ambiente e salute, 3.1 Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa, 3.2 Il pronto soccorso: la porta dell'ospedale, 3.3 Il sistema dell'emergenza tra ospedale e territorio, 3.4 Qualità e piccoli ospedali, 3.5 Graduare l'ospedale per intensità di cure, 3.6 Le azioni programmate, 3.7 Il governo clinico: qualità e appropriatezza clinica organizzativa, 4.1 L'interfaccia trasparente col cittadino, 4.2 La comunicazione per la salute: reti e marketing socio sanitario.

³⁴ Il Sistema Sanitario è un'assicurazione di stampo universalistico

Una parte della spesa infatti è sostenuta dalle famiglie, come compartecipazione alle prestazioni erogate dal SS, o come spesa totalmente private per consumi sanitari³⁵. Questa parte di spesa può diventare rilevante quando supera determinati livelli rispetto al reddito familiare, determinando situazioni di difficoltà economica.

Secondo il Rapporto Ceis³⁶, anche in Toscana è presente una base di iniquità sociale, legata alle spese di cura, che si manifesta nel numero di famiglie che sostengono spese "catastrofiche" (oltre il 40% della propria capacità di spesa) per cure sanitarie, o che, a causa di queste, si impoveriscono (scendono cioè sotto la soglia di povertà relativa).

In regione, in realtà, la situazione è migliore rispetto alla media nazionale, ma anche qui il problema non è trascurabile. In un contesto dove la quota di famiglie sotto la soglia di povertà (relativa) è pari al 5,4% del totale, si deve considerare un altro 1,2% che si impoverisce a causa degli oneri dovuti alla salute³⁷, mostrando dunque una significativa incidenza sul fenomeno. Il 2,4% delle famiglie toscane, inoltre, sostiene spese relative al reddito per un livello superiore al 40% della loro capacità di spesa³⁸.

Come prevedibile, la bassa capacità di reddito, (approssimata in questo caso dalla bassa capacità di consumo) incide molto sulla probabilità di impoverirsi, tanto che i nuclei colpiti sono solo quelli appartenenti ai quintili di consumo più basso³⁹.

I risultati, emersi a livello nazionale, indicano che il fenomeno dell'impoverimento a causa di spese sanitarie che gravano sui bilanci familiari, si concentra soprattutto nei nuclei dove sono presenti persone anziane⁴⁰. L'analisi della probabilità conferma il ruolo dell'età sul problema, indicando che la presenza di una persona anziana in famiglia, a parità di altre condizioni, aumenta sensibilmente (di oltre il 40%) la probabilità di impoverimento, che aumenta ulteriormente con la presenza di due o più over 65⁴¹.

Simile la situazione relativa alle spese catastrofiche, soprattutto se non si considerano le famiglie sotto la soglia di povertà relativa⁴². In questo caso il livello di consumo familiare sembra incidere meno sul fenomeno e il verificarsi di oneri sanitari oltre il 40% della capacità di spesa si distribuisce su tutte le fasce di popolazione⁴³.

³⁵ O anche come sostenimento delle forme miste di pagamento delle prestazioni intra moenia

³⁶ Rapporto Ceis Sanità 2006. Il governo del sistema sanitario. Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali. a cura di A. Donia Sofio, M. Meneguzzo, F.S. Pennini, F. Spandonaro. CEIS - Sanità, Facoltà di Economia Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

³⁷ L'analisi dell'impoverimento a causa delle spese sanitarie prende ovviamente in considerazione solo le famiglie non povere.

³⁸ Questi dati fanno riferimento all'analisi condotta da Doglia M., Spandonaro F. per il Rapporto CEIS, che si basa sull'indagine sui consumi dell'ISTAT, da cui sono state desunte le informazioni relative alle caratteristiche strutturali dei nuclei e quelle relative alle varie tipologie di spesa: totali, alimentari, sanitarie. In quest'ultimo caso si tratta delle cosiddette spese "out of pocket", spese private non coperte dal SS, la cui entità deriva dalla somma delle spese per ricoveri in ospedali, cliniche o case di cura, spese per pronto soccorso, cure dentistiche, visite mediche specialistiche, spese per protesi e cure termali, farmaceutica e attrezzature sanitarie. Oltre a queste sono state considerate le spese per l'assistenza alla non autosufficienza sebbene una parte sia riconducibile a costi non strettamente sanitari, ma di assistenza sociale. Il livello di reddito è stato stimato attraverso la *proxi*, indicata dall'WHO, del consumo familiare standardizzato secondo la dimensione familiare equivalente. I risultati riportano la situazione riscontrata a livello italiano, con alcune elaborazioni scomposte a livello regionale.

³⁹ A livello nazionale, i nuclei familiari soggetti a impoverimento sono individuati nel primo quintile di consumo (il 5,4% dei nuclei presenti) e nel secondo (1% del totale dei nuclei).

⁴⁰ Si intende dove la Persona di Riferimento ha più di 65 anni. Quasi la metà delle famiglie impoverite è composta da anziani soli (25,1%) o coppie di anziani senza figli (24,5%).

Anche le coppie con due figli mostrano una significativa incidenza sul totale.

⁴¹ Cfr. Rapporto Ceis Sanità 2006 e Doglia M., Spandonaro F.; Il peso della spesa sanitaria privata sui bilanci delle famiglie italiane. In *Economia e Management* 2006 pag. 34-44

⁴² Altrimenti il numero dei casi più che raddoppia.

⁴³ A livello italiano si riscontra una distribuzione in tutte le famiglie appartenenti a tutti i quintili di consumo. Naturalmente la concentrazione è maggiore anche in questo caso nei quintili più bassi.

Distribuzione % degli impoveriti e dei soggetti a spese catastrofiche secondo la tipologia familiare in Italia. 2004

	Impoverimento	Catastrofiche
Persona sola < 35	0,0	0,3
Persona sola con 35-64	1,9	2,4
Persona sola > 65	25,1	31,2
Coppia senza figli con persona di riferimento < 35	0,0	0,2
Coppia senza figli con persona di riferimento con 35-64	3,8	3,2
Coppia senza figli con persona di riferimento > 65	24,5	20,1
Coppia con 1 figlio	8,8	8,3
Coppia con 2 figli	15,6	12,2
Coppia con 3 figli e +	3,8	6,0
Monogenitori	7,4	7,3
Altre tipologie	9,3	8,8
Totale	100,0	100,0

Rapporto Ceis 2006.

Esaminando le tipologie specifiche di consumo, i costi relativi ai consumi di farmaci si rivelano la spesa che incide di più sul cosiddetto consumo *out of pocket* (sostenuto privatamente dalle famiglie). Questo è vero per tutte le fasce di popolazione, ma l'incidenza aumenta in modo inverso alla capacità di spesa delle famiglie, rappresentando circa il 70% delle spese sanitarie non coperte dal SS per i nuclei meno abbienti⁴⁴. Anche le spese per la specialistica mostrano un peso piuttosto rilevante, senza particolari differenze tra le diverse capacità di spesa delle famiglie⁴⁵, diversamente dalla farmaceutica.

I consumi sanitari relativi alle cure odontoiatriche e le spese per il sostegno alla disabilità mostrano un comportamento diverso: la loro incidenza assume un'importanza maggiore al crescere della capacità di consumo. Sono spese, cioè, a cui si rinuncia o che vengono sostenute privatamente "non appena la famiglia può permetterselo".

Composizione del consumo sanitario non coperto dal SS per quintile di consumo. Italia 2004

	Quintile di consumo standardizzato				
	I	II	III	IV	V
Ospedale	0,2	0,6	0,8	0,8	2,6
Specialistica	12,2	14,3	14,6	12,5	11,8
Dentista	5,1	9,5	11,8	18,7	28,9
Analisi	6,9	7,2	8,6	6,9	6,3
Apparecchi	3,6	5,8	5,8	6,6	8,6
Termali	0,0	0,3	0,2	0,2	0,7
Farmacia	68,7	57,3	52,8	47,3	33,7
Disab/non autosuff	3,4	5,0	5,4	7,0	7,4
	100	100	100	100	100

Rapporto Ceis 2006.

La composizione delle spese catastrofiche non differisce molto dal quadro appena delineato: le famiglie che impiegano una parte rilevante delle proprie risorse per spese sanitarie⁴⁶, acquistano

⁴⁴ La farmaceutica incide per il 68% sulle spese out of pocket nei nuclei appartenenti al primo quintile di consumo, e per il 70,5% sui nuclei sotto la soglia di povertà relativa.

⁴⁵ Incidono tra il 12 e il 15% sulla spesa out of pocket delle famiglie.

⁴⁶ Nell'analisi menzionata si fa riferimento a una soglia del 40%.

prevalentemente farmaci se hanno possibilità economiche limitate (62% per i nuclei del primo quintile di consumo), cure dentistiche se sono più ricche. Per la fascia media, le spese per farmaci, per le cure odontoiatriche e il sostegno alla non autosufficienza tendono a incidere in modo simile (incidono ognuna tra il 24 e il 29%).

Composizione del consumo sanitario non coperto dal SS per quintili di consumo. Famiglie soggette a spese catastrofiche. Italia 2004

	Quintile di consumo standardizzato				
	I	II	III	IV	V
Ospedale	0,3	0,9	0,7	4,9	9,4
Specialistica	12,8	16,8	6,7	3,7	2,2
Dentista	7,2	16,8	28,9	43,4	57,9
Analisi	6,3	6,7	5,0	3,9	0,5
Apparecchi	5,3	9,1	8,3	4,0	7,4
Termali	0,0	0,1	0,0	0,7	2,2
Farmacia	61,9	32,5	23,6	8,3	4,3
Disab/non autosuff	6,1	17,0	26,7	31,0	16,0
	100	100	100	100	100

Rapporto Ceis 2006.

Pur non avendo una specifica scomposizione territoriale, i risultati dell'analisi, oltre a indicarci che le scelte di politica sanitaria non sono neutrali rispetto all'equità socio economica della popolazione, possono essere utilizzate per alcune considerazioni valide anche in chiave regionale.

L'esame dei principi alla base del nuovo PSR, ma anche i risultati della programmazione precedente, indicano una linea di azione coerente con la riduzione delle differenze tra i cittadini. Questo accade tra l'altro all'interno di un SSR attento a sviluppare buoni standard qualitativi del servizio, che dovrebbero limitare il ricorso a prestazioni non offerte dal sistema pubblico⁴⁷, la cui validità del resto è confermata da vari indicatori⁴⁸.

In Toscana, inoltre, non sono stati applicati ulteriori oneri fissi di contribuzione alle prestazioni (ticket), oltre a quelli previsti a livello nazionale, né si intende applicarli in questo periodo di programmazione, evitando aggravii di costi per le famiglie, soprattutto per quelle a minor reddito. E' vero, del resto, che, eventuali forme di compartecipazione alla prestazione (e di contestuale esenzione per le categorie svantaggiate), potrebbero rivelarsi utili strumenti per limitare fenomeni sperequativi, sempre che siano in grado di rispettare attentamente le diverse capacità di spesa.

Inoltre, nel PSR si individuano interventi che interessano aspetti specifici, che incidono sui fenomeni di iniquità. Gli sforzi rivolti **all'appropriatezza** e al miglior uso delle risorse, per esempio, coinvolgono **la qualità nella spesa farmaceutica ed il suo controllo** per evitare abusi o, peggio, penurie, secondo il principio *non un farmaco di più non un farmaco di meno*⁴⁹. Data l'incidenza della farmaceutica sulle classi con minori capacità di spesa, questo obiettivo risulta fondamentale per assicurare una maggiore equità tra le fasce di popolazione, limitando i fenomeni di impoverimento tra i nuclei familiari più fragili⁴⁹.

Allo stesso tempo, come emerge anche dal sistema di valutazione delle performance aziendali, il sistema toscano ha ancora ampi margini di miglioramento in termini di equità nell'accesso ai servizi

⁴⁷ Anche in virtù del fatto che l'incidenza della spesa sanitaria privata sul totale è minore della media nazionale (21% rispetto al 25%).

⁴⁸ Tra cui per esempio la capacità di attrazione di domanda di cure da fuori regione: il saldo tra entrate e uscite per servizi offerti a cittadini non toscani e per prestazioni effettuate a cittadini toscani in altre regioni è ampiamente positivo. Più in generale, il SSR toscano viene indicato tra i migliori dalla valutazione che mette a confronto i sistemi sanitari regionali, risultando primo nella graduatoria nazionale del super indice di performance composto dai risultati di gestione (economicità ed efficienza), di processo (qualità e appropriatezza, responsività) e finali (equità e salute), seguita da Friuli V.G. ed Emilia Romagna (Cfr. Mapelli V., I sistemi di *governance* dei Servizi sanitari regionali).

⁴⁹ Il SSR toscano inoltre è quello che eroga il maggior numero di prestazioni diagnostiche, collocandosi sotto la media nazionale per percentuale di visite a pagamento, evidenziando la buona equità di accesso a questo tipo di servizi PSR, Linee di Indirizzo, pag. 6

offerti e l'attivazione di interventi mirati sostenuti da un adeguato livello informativo, permetterebbe agli utenti più svantaggiati per reddito (e livello di istruzione) di usufruire meglio delle prestazioni pubbliche⁵⁰. In risposta a questa esigenza, tra i principi del Piano si legge la volontà di "realizzare modelli di intervento e obiettivi di iniziativa che favoriscano le categorie più deboli", affinché il diritto alla cura si estenda completamente tra le fasce di popolazione che, pur esprimendo un bisogno sanitario, hanno minor consapevolezza dell'offerta disponibile. La necessità di intercettare la domanda potenziale inespressa, evidenziata anche dalla difformità del ricorso ad alcuni servizi di prevenzione o di cura, trova soluzione in una rimodulazione dei servizi territoriali e ospedalieri, di cui alcune proposte contenute nella **sanità di iniziativa** rappresentano in prospettiva le risposte più rappresentative (vedi per esempio l'organizzazione del sistema della prevenzione delle acuzie con la costituzione delle figure dei *tutor* clinici e assistenziali **nell'assistenza ospedaliera** e più in generale **in ambito territoriale**, o la sanità di iniziativa **nell'ambito materno infantile**)⁵¹.

L'analisi sull'incidenza delle spese sanitarie mette però in evidenza alcuni aspetti su cui porre attenzione. Sebbene il SSN sia attento agli aspetti equitativi e si inserisca in un tessuto socio economico coeso e con un buon livello di reddito⁵², così come confermato anche dalla percentuale di popolazione sotto la soglia di povertà relativa⁵³, si evidenzia una percentuale di casi di impoverimento per spese sanitarie non coperte dal SS non così dissimile della media nazionale (1,2 rispetto all'1,3%). Le spese sanitarie *out of pocket*, in sostanza, aumenterebbero del 20% il rischio delle famiglie toscane di impoverirsi.

Se il miglioramento dell'accesso alle prestazioni del servizio pubblico, da parte dei nuclei familiari più svantaggiati, può limitare i fenomeni di disuguaglianza⁵⁴, è anche vero che, evidentemente, la relazione tra impoverimento e struttura demografica porta alla luce una rilevante criticità per il SS regionale, che deve confrontarsi con un'età media della popolazione tra le più alte d'Italia (e del mondo). Ciò, del resto, viene confermato anche dalla situazione di altre regioni: se la Liguria, a fronte di buoni livelli di reddito pro-capite, presenta una percentuale di impoverimento per spese sanitarie addirittura superiore alla media nazionale (1,5% rispetto all'1,3%), in Campania la quota di nuclei impoveriti risulta "solo" l'1,4% in concomitanza di un'alta diffusione di famiglie sotto il livello di povertà relativa (24,7%)⁵⁵. E' vero che l'erogazione del finanziamento del bisogno sanitario espresso dalle varie regioni segue criteri di solidarietà, che tengono conto dell'età, ma il meccanismo evidentemente non è in grado di venire incontro totalmente alle esigenze espresse della popolazione toscana, rischiando di mettere in difficoltà le sue fasce più fragili⁵⁶.

Stante la situazione a livello nazionale, a livello regionale (e in Toscana in particolare, così come nelle regioni caratterizzate da strutture demografiche più mature), si rafforza l'esigenza di

⁵⁰ Nuti S., Barsanti S., Equità ed accesso nella valutazione della performance delle Aziende Sanitarie Toscane a cura del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna Pisa.

⁵¹ Tra le sfide previste, quella relativa alla sanità di iniziativa (nell'assistenza ospedaliera, nell'ambito materno infantile, sembra poter incidere maggiormente sulla prevenzione (quindi ridurre la domanda sanitaria acuta), sulla capacità di segmentazione dell'offerta in base ai bisogni espressi, limitando la necessità di ricorrere a spese sanitarie private e riducendo fenomeni di iniquità.

⁵² Un livello di reddito mediamente più basso può infatti aumentare il rapporto tra spese sanitarie private (out of pocket) e capacità di spesa.

⁵³ Solo in Emilia, Lombardia, Veneto e Friuli la situazione risulta migliore

⁵⁴ Come detto maggiori possibilità di fruizione di servizi di qualità possono limitare la necessità di ricorrere a prestazioni private.

⁵⁵ Liguria e Campania sono due regioni con struttura demografica molto diversa. Quella toscana è molto simile alla prima. E' da tener presente che gli indici di valutazione del SSR liguri sono peggiori di quelli toscani. Sebbene l'analisi non riesca a considerare l'influenza dei modelli di gestione sul fenomeno, si può però ritenere che le caratteristiche del sistema sanitario toscano limitino gli effetti di iniquità collegati alla struttura demografica della regione.

⁵⁶ Dal Rapporto OsMed 2006 (L'uso dei farmaci. Rapporto nazionale anno 2006) risulta che "la spesa e il consumo aumentano con l'età: un assistibile con oltre 75 anni ha un consumo di 17 volte superiore a quello di una persona età compresa tra i 24 e i 34 anni. La popolazione con più di 65 anni (in Italia) assorbe il 56% della spesa e il 61% delle dosi".

intensificare l'azione per ampliare l'accesso a servizi pubblici qualificati, segmentandone il più possibile l'offerta in base ai diversi bisogni espressi dai cittadini.

Rispetto alla struttura del Piano, gli interventi che possono produrre le maggiori ricadute sono quelli relativi all'obiettivo specifico 1.1 Lo sviluppo dei servizi territoriali per le comunità locali, l'obiettivo specifico 1.2 I progetti obiettivo: risposta completa e unitaria ai bisogni complessi, gli obiettivi specifici relativi all'obiettivo generale 3 3.1 Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa, 3.2 Il Pronto Soccorso la porta dell'ospedale, 3.3 Il sistema dell'emergenza tra ospedale e territorio, 3.4 Qualità e piccoli ospedali, 3.5 Graduare l'ospedale per intensità di cure, 3.6 le azioni programmate, 3.7 Il governo clinico: qualità e appropriatezza clinica organizzativa; l'obiettivo specifico 4.1 l'interfaccia trasparente con il cittadino (CUP e Carta sanitaria), 4.2 La comunicazione per la salute: reti e marketing socio sanitario.

Diffusione di povertà, impoverimento e spese catastrofiche. Distribuzione percentuale delle famiglie per regione. Anno 2004.

	% famiglie povere	% famiglie impoverite	% famiglie con spese catastrof.
Emilia	3,4	1,0	2,7
Lombardia	3,6	1,0	2,2
Veneto	4,2	0,7	2,7
Friuli	5,1	0,3	1,9
Toscana	5,4	1,2	2,4
Liguria	5,6	1,5	2,8
Piemonte	6,2	0,9	3,4
Trentino	7,0	0,8	3,7
Marche	7,4	0,5	3,9
Lazio	7,9	0,9	2,5
Umbria	8,8	1,4	4,0
Italia	11,5	1,3	4,2
Sardegna	15,1	1,9	5,6
Abruzzo	16,1	1,5	4,4
Molise	21,4	2,3	8,0
Calabria	24,3	2,6	10,2
Campania	24,7	1,4	6,2
Puglia	25,1	2,3	7,3
Basilicata	27,6	1,8	9,7
Sicilia	29,6	2,4	9,2

Fonte: Rapporto Ceis 2006.

Stime realizzate secondo metodologia WHO su soglie ISTAT.

3. GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE TERRITORIALE

Parte descrittiva

Premessa

L'impatto producibile dal Piano Sanitario Regionale (PSR) sulla dimensione territoriale è di entità significativa, gli interventi e gli strumenti previsti per migliorare l'offerta territoriale sanitaria regionale sono principalmente di riorganizzazione dei servizi, in termini di reti territoriali più efficienti ed efficaci, capaci di rispondere in modo sempre più adeguato alle esigenze del cittadino-utente.

Il modello di salute che si è andato affermando in Toscana negli ultimi anni è basato sulla responsabilizzazione dell'intera comunità, sulla partecipazione diffusa dei soggetti pubblici e privati, sul coinvolgimento di istituzioni e cittadini nelle decisioni, sostenendo azioni sociali ed educative i cui effetti mettano insieme cittadini e istituzioni attorno agli obiettivi comuni della salute. All'interno di questo quadro il sistema sanitario svolge azioni di promozione della salute e di orientamento della domanda ed azioni di sviluppo e razionalizzazione della offerta dei servizi. Queste ultime, grazie anche all'evoluzione delle tecnologie e delle pratiche assistenziali, portano alla trasformazione dei servizi presenti sul territorio toscano, si pensi soltanto alla trasformazione della rete ospedaliera che nell'ultimo decennio ha portato alla chiusura di 15 stabilimenti ed alla diminuzione di 5.000 posti letto. Nello stesso tempo si è assistito alla crescita di varie tipologie di strutture territoriali, anche a carattere residenziale e semiresidenziale, che comunque impattano sul territorio con modalità assai diverse dal passato, creando così non più e non solo un centro di salute unico ed attrattore di istanze anche di tipo sociale, bensì una rete di piccole e medie strutture funzionali alle esigenze di una popolazione che ha bisogno tra le tante cose di una collocazione abitativa più compatibile anche alle diverse necessità sanitarie.

Analizzando il corpus di obiettivi generali, obiettivi specifici, interventi e strumenti previsti dal PSR, sono state indicate le variabili della valutazione integrata intercettate dal piano in termini di possibili effetti rilevanti e/o significativi. Si riporta, quindi, il quadro riepilogativo degli effetti per la dimensione territoriale, mentre successivamente verranno descritti con maggior dettaglio i principali elementi di interesse relativi a tali effetti.

Il PSR determina possibili effetti di entità rilevante e significativa (e di segno atteso positivo) su alcune variabili del modello di valutazione, in termini di possibili effetti significativi, sui seguenti due macro obiettivi:

- B) Qualità e competitività dei sistemi urbani e degli insediamenti;
- C) Efficienza delle reti infrastrutturali e tecnologiche.

In dettaglio le azioni previste dal Piano agiscono sui seguenti effetti attesi:

- B.4) efficienza del sistema insediativo;
- C.8) efficienza delle reti tecnologiche.

Effetti rilevanti

- *Macro obiettivo modello di valutazione: Efficienza delle reti infrastrutturali e tecnologiche*

Effetto atteso: Efficienza delle reti tecnologiche.

Un'importante scelta della Regione Toscana degli ultimi anni è stata quella di creare le opportune condizioni strutturali finalizzate a favorire le "sinergie di rete", la cooperazione piuttosto che la competizione fra produttori interni, così come accade in altri sistemi sanitari. In tale contesto, è stata cercata e promossa l'integrazione nel momento del passaggio fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale (e viceversa), così come particolare impegno è stato profuso per la realizzazione e per il continuo miglioramento della rete dell'emergenza. La nascita e il progressivo consolidamento del network assistenziale nell'ambito delle tre Aree Vaste ha prodotto rilevanti processi di cooperazione fra i diversi livelli specialistici ed ha reso possibile la definizione e l'avvio di percorsi di cura integrati e multi-professionali. Sono stati, inoltre, costituiti vari Organismi di Governo Clinico cui si deve la nascita e la progressiva messa a punto di una rete regionale per il governo dell'assistenza e della ricerca nel campo oncologico, dei trapianti, nonché per l'uso sicuro e appropriato del sangue e dei suoi derivati.

In Regione Toscana la struttura del servizio sanitario è quindi costituito da un complesso sistema a rete, con una pluralità di nodi interconnessi tra loro, composto da: 12 Aziende Unità Sanitarie Locali (una per ogni Provincia più una per le zone di Empoli e Viareggio) e da 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie (in corrispondenza dei poli universitari di Pisa, Siena e Firenze, dove sono presenti l'AO di Careggi e l'AO Meyer con l'ospedale pediatrico che ha funzioni di riferimento per tutta la regione).

Le 12 Aziende USL sono a loro volta raggruppate in 3 Aree Vaste, ognuna dotata di una Azienda ospedaliera di riferimento (Art. 9 LR 40/2005), la pregnanza dell'ambito di area vasta è dimostrata dal fatto che all'interno di questo ambito territoriale trova soddisfazione oltre il 90% della domanda sanitaria, anche di ricovero ospedaliero, dei cittadini residenti. Per supportare le aziende sanitarie nell'esercizio delle funzioni tecniche e amministrative sono costituiti gli Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV) (*Ob. Gen. 3, Ob. Specifico 3.8 "La valutazione come metodo di lavoro"*), anche al fine della gestione delle reti informative sulla base delle specificità organizzative aziendali assicurando la funzione informativa di Area Vasta.

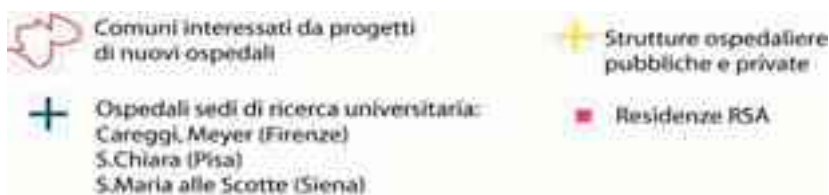
Il territorio delle aziende unità sanitarie locali è a sua volta suddiviso nelle zone-distretto. Al fine di promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto e l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, gli enti locali e le aziende unità sanitarie locali, hanno costituito appositi organismi consortili, denominati Società della Salute (*Ob. Gen. 1, Ob. Specifico 1.1 "Lo sviluppo dei servizi territoriali per le comunità locali"*). A livello territoriale le strutture che sono all'interno delle cosiddette Società della Salute rappresentano l'intero contenitore delle politiche sulla salute. Esse sono forme innovative di gestione unitaria dei servizi sociali e sanitari, governano tutte le attività socio-assistenziali, sanitarie, territoriali e specialistiche di base. Le Società della salute sono basate su modalità organizzative e di governo integrate tra Comuni e Aziende Unità Sanitarie Locali, promuovono la partecipazione attiva dei comuni e delle aziende unità sanitarie locali. Sostengono in questo contesto la conoscenza dei bisogni, la messa a disposizione delle risorse e l'assolvimento degli impegni e valutano, insieme ai Comuni, i risultati conseguiti.

Le Aziende USL garantiscono la omogeneità dell'assistenza nelle diverse aree della regione. Le Ausl, articolate in zone-distretto, provvedono alla gestione e programmazione delle attività definite nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, comprese le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le attività di assistenza sociale delegate agli enti locali. Le Aziende ospedaliere-universitarie sono finalizzate a garantire

l'integrazione delle attività assistenziali, formative e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dalle Università. Il percorso istituzionale effettuato ha portato l'Università a partecipare a pieno titolo al Sistema sanitario regionale, non più attraverso l'istituto della convenzione, ma tramite la trasformazione delle Aziende Ospedaliere in Aziende ospedaliere - universitarie.

Le strutture residenziali per anziani sono 214 con 8.500 posti letto (134 private, 80 pubbliche), 119 sono le strutture per problemi di salute mentale. 21 le strutture residenziali di riabilitazione per disabili fisici, psichici e sensoriali, con 1.034 posto letto, metà dei quali concentrati in sole 5 strutture. Le strutture territoriali, ambulatori e poliambulatori, laboratori di analisi, strutture diagnostiche e di riabilitazione, di natura pubblica e privata, punteggiano il territorio. Gli accessi annui alle strutture territoriali per le sole attività di specialistica e diagnostica sono nell'ordine dei 50 milioni.

QUADRO CONOSCITIVO DELLE FUNZIONI DEL SISTEMA DELLA SALUTE



Dal punto di vista dell'efficienza e della distribuzione territoriale, in Toscana nel 2006 ci sono 80 strutture di ricovero ospedaliero (Ospedali pubblici, Case di Cura, IRCCS, Enti di ricerca) per un totale di circa 15.000 posti letto con un tasso di 4,2 posti letto per 1.000 abitanti, valore che si

avvicina (è ancora lievemente superiore) al parametro previsto dal Piano Sanitario Regionale. La dimensione delle strutture di ricovero varia moltissimo, passando da un minimo di 32 posti letto di qualche Casa di Cura, a valori che superano i 1.500 posti letto per le AO di Pisa e di Careggi.

Secondo il Piano occorre un ripensamento organizzativo delle "funzioni di soccorso" dei piccoli ospedali (*Ob. Gen. 3, Ob. Specifico 3.4 "Qualità e piccoli ospedali"*) che, per poter migliorare la capacità di risposta, saranno dotati di adeguata strumentazione diagnostica (24 h), anche utilizzando a pieno le potenzialità che la tele Diagnostica offre, integrando, ove possibile, le risorse interne dedicate, con quelle delle postazioni di emergenza territoriale. La ridefinizione delle funzioni dei piccoli ospedali renderà possibile un loro sviluppo nella rete specialistica di Area Vasta e, contemporaneamente, un loro migliore raccordo in continuità con l'assistenza territoriale e con i Medici di Medicina Generale prevedendo, in tale contesto, lo svolgimento di percorsi didattici per i medici in formazione, realizzati in collaborazione con le tre Università. Al riguardo, la rete formativa (*Ob. Gen. 6, Ob. Specifico 6.1 "La formazione del personale, per stimolare l'innovazione e l'implementazione di buone pratiche"*) nel prossimo triennio dovrà raccordarsi con i bisogni di formazione connessi alla pianificazione strategica che il sistema sanitario regionale si è dato, nell'ottica di offrire al cittadino servizi sempre migliori ed efficienti.

Per quanto riguarda la distribuzione per Area Vasta, nell'anno 2005 l'offerta ospedaliera pubblica e privata convenzionata per l'area vasta Nord Ovest (AUSL n° 1 Massa Carrara, n°2 Lucca, n° 5 Pisa, n° 6 Livorno, n°12 Viareggio e copre una popolazione di 1.250.000 unità) è di 4,4 posti letto per 1.000 abitanti, per l'area vasta Sud Est (AUSL n° 7 Siena, n°8 Arezzo, n°9 Grosseto, e 813.000 abitanti) risulta di 3,9 posti letto e per l'area vasta Centro (AUSL n° 3 Pistoia n°4 Prato n°10 Firenze n°11 Empoli con una popolazione di 1.550.000 unità) ammonta a 4,1 posti letto per abitante. Per facilitare l'accesso ai servizi, razionalizzando il sistema, il Piano promuove l'iniziativa "CUP di Area Vasta" (*Ob. Gen. 4, Ob. Specifico 4.1 "L'interfaccia trasparente con il cittadino"*), prevedendo 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.

La struttura del servizio sanitario relativamente alla parte sociale si costituisce attraverso la partecipazione con gli altri soggetti istituzionali che sono titolari delle funzioni amministrative concernenti la realizzazione della rete locale degli interventi e servizi sociali, nonché della gestione e dell'erogazione dei medesimi. In particolare vengono sviluppate la coesione e l'integrazione socio sanitaria evidenziando il carattere universalistico della assistenza per i soggetti non autosufficienti e disabili, l'inclusione delle persone immigrate e i diritti di cittadinanza in una società multiculturale.

Diviene fondamentale non tanto e non solo attivare azioni a favore di comuni in maggior situazione di disagio, ma riuscire a territorializzare i livelli essenziali delle prestazioni sociali, la dimensione degli interventi e dei servizi in atto, nelle diverse situazioni demografiche e territoriali della Toscana.

Per le situazioni di emergenze-urgenza il Piano propone di riorganizzare la rete esistente adeguando il sistema dell'Emergenza Urgenza territoriale (*Ob. Gen. 3, Ob. Specifico 3.3 "Il sistema dell'emergenza tra ospedale e territorio"*) alla nuova mission derivante dal riassetto organizzativo della Medicina Territoriale proponendo l'Area Vasta quale bacino di riferimento per la nuova organizzazione. Realizzando anche un sistema a rete per i gravi traumatismi. Per incrementare l'efficienza dei vari settori di intervento si propone di valorizzare ed integrare i settori di prevenzione, cura ed alta specializzazione e ricerca in campo oncologico (*Ob. Gen. 3, Ob. Specifico 3.6 "Le azioni programmate: la rete oncologica"*).

Relativamente al Sistema Informativo sanitario, oggi è operante in Toscana un sistema di rilevazione delle attività delle Aziende Sanitarie in grado sia di acquisire le informazioni per il governo regionale, sia di permettere alle Aziende di assolvere il necessario monitoraggio dei processi assistenziali e dei risvolti amministrativi ed economico-finanziari ad essi connessi. Tra gli

obiettivi principali del Piano c'è il rinnovo e l'implementazione della dotazione tecnologica sanitaria (*Ob. Gen. 7, Ob. Specifico 7.3 "Gli investimenti in sanità"*) con particolare riguardo alle grandi tecnologie, già nel corso del 2007 era stato messo a punto un consistente piano di acquisti teso a rinnovare e ad introdurre in tutte le aziende sanitarie apparecchiature tecnologicamente avanzate, sistemi diagnostici evoluti, oltre a sistemi informatici per la gestione e scambio di informazioni (RIS-PACS) adeguati alle sempre crescenti necessità, il programma verrà realizzato in modo progressivo nel corso del 2008 per completarsi nel 2009.

Andando a vedere la "Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale"⁵⁷, tramite l'indice di latenza annuale⁵⁸ aziendale (il cui obiettivo regionale è fissato al 40%), si può notare dalla seguente tabella che per l'anno 2006 il valore medio regionale di tempestività dei dati è stato di circa il 34,36%. Tutte le aziende hanno raggiunto l'obiettivo prefissato, esclusa l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, che ha un indice pari al 52,1%. Rispetto ai dati del 2005, tutte le aziende sanitarie mostrano un netto miglioramento, infatti la media regionale passa dal 62,12% nell'anno 2005 al 34,36% del 2006.

Azienda di erogazione	Indice di latenza annuale aziendale 2005	Indice di latenza annuale aziendale 2006
AUSL 1 MC	69,80%	37,15%
AUSL 2 LU	48,45%	29,45%
AUSL 3 PT	54,84%	31,42%
AUSL 4 PO	56,60%	40,85%
AUSL 5 PI	69,01%	36,01%
AUSL 6 LI	67,73%	33,42%
AUSL 7 SI	63,09%	22,50%
AUSL 8 AR	66,36%	27,65%
AUSL 9 GR	69,13%	44,99%
AUSL 10 FI	67,49%	37,49%
AUSL 11 EM	62,70%	36,73%
AUSL 12 VI	59,76%	21,73%
AOU PISANA	71,79%	32,43%
AOU SENESE	45,86%	35,99%
AOU CAREGGI	81,31%	52,09%
AOU MEYER	39,94%	29,86%
MEDIA INTRAREGIONALE	62,12%	34,36%

Fonte: Regione Toscana

⁵⁷ Indicatore sviluppato all'interno del sistema di valutazione dal Settore Sistema Informativo Socio-Sanitario del Dipartimento del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

⁵⁸ Tempo di latenza: tempo che intercorre tra la data di erogazione di una prestazione e la data di invio del relativo record al SIR; l'indice di latenza mensile di ogni flusso è costruito come rapporto tra il numero medio di giorni di latenza e il numero massimo di giorni di latenza; l'indice di latenza annuale è la media aritmetica dei 12 indici di latenza mensili.

La sfida dei prossimi anni è, quindi, la progettazione di un Sistema Informativo (*Ob. Gen. 7, Ob. Specifico 7.1 "Il sistema informativo per la salute, unitario ed integrato"*) unico ed integrato, aperto a tutte le informazioni socio-sanitarie generate nel territorio regionale, in cui le diverse sorgenti possano scambiare i dati in tempo reale. Tale sistema deve assicurare il collegamento e sviluppare l'integrazione anche con gli altri basamenti informativi regionali, tra cui quello ambientale. La nuova struttura del sistema è pensata come una piattaforma tecnologicamente avanzata a supporto dell'intero sistema regionale, che garantisca la interoperabilità degli applicativi relativi ai dati gestionali e clinici, la messa a comune delle informazioni, nonché la accessibilità "protetta" a tutto il sistema, in primis il cittadino e il medico di MG. Altro sviluppo importante che migliorerà l'efficienza tecnologica è il potenziamento della telemedicina.

Per questi motivi il PSR propone tra i suoi quattro grandi progetti l'introduzione di una "**carta sanitaria**" (*Ob. Gen. 4, Ob. Specifico 4.1 "L'interfaccia trasparente con il cittadino"*), principalmente attraverso l'unificazione del linguaggio, la formazione degli operatori sanitari e la convergenza tra la tessera sanitaria e la cartella clinica computerizzata mediante l'integrazione delle reti in uso. L'infrastruttura regionale disponibile per raggiungere professionisti ed altri istituti appare sufficiente. Si propone quindi un salto di qualità nell'accessibilità ai dati disponibili e nella loro integrazione. L'idea di fondo è quella di una "carta sanitaria" che permetta al cittadino di accedere, attraverso un efficace rete distributiva sul territorio, in modo diretto e semplice (web, TV, altro) alla propria storia sanitaria, potendo delegare su propria iniziativa l'accesso ad altri soggetti per incrementare il numero di informazioni contenute nella Carta.

Il Piano nella realizzazione dei suoi obiettivi produce, quindi, un effetto rilevante e positivo sull'efficienza delle reti immateriali e tecnologiche del territorio toscano, ed oltre agli elementi sopra descritti "*Promuove il raccordo e l'integrazione tra ricerca di base, ricerca applicata, sperimentazione ed innovazione nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi*" (*Ob. Gen. 6, Ob. Specifico 6.2*), con investimenti in brevettazione e trasferimento tecnologico.

Infine, con il nuovo Piano straordinario degli investimenti è previsto nel prossimo triennio il rinnovo tecnologico e strutturale dei presidi sanitari ospedalieri e territoriali della *Toscana* (*Ob. Gen. 7, Ob. Specifico 7.3 "Gli investimenti in sanità"*). L'attenzione è stata posta soprattutto al rinnovo e implementazione del parco tecnologico delle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere e alla riqualificazione e miglioramento delle principali strutture di Pronto Soccorso. Sono previsti significativi interventi di totale rinnovo o ampliamento dei presidi ospedalieri, con particolare riguardo a quelli che sono stati interessati in minor misura dalla programmazione degli anni precedenti. Saranno previsti anche interventi di riqualificazione e manutenzione di quasi tutti i presidi ospedalieri esistenti sia in termini strutturali che in termini di miglioramento tecnologico. Una significativa quota di investimenti verrà inoltre dedicata al completamento della rete territoriale attraverso la ristrutturazione o la nuova realizzazione di strutture per le attività distrettuali, l'adeguamento e riqualificazione delle RR.SS.AA., il completamento della rete per l'elisoccorso, il completamento della rete delle strutture residenziali per le cure palliative e la riorganizzazione di alcuni immobili per attività amministrative.

Effetti significativi

- *Macro obiettivo modello di valutazione: Qualità e competitività dei sistemi urbani e degli insediamenti*

Efficienza sistema insediativo

L'offerta delle aziende sanitarie deve in primo luogo rispondere al principio secondo cui il nostro sistema sanitario è un sistema universale, garantito ad ogni cittadino, senza distinzioni "di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio" (dlgs. 23 dicembre 1978, n. 833). La Regione Toscana a tal proposito propone tra gli obiettivi di salute del Piano Sanitario Regionale la riduzione delle disuguaglianze nella fruizione e qualità dei servizi, oltre che dal punto di vista socio-economico, dal punto di vista territoriale, migliorando in modo indiretto anche l'efficienza dei sistemi insediativi complessivamente considerati.

La scelta di spostare in regime ambulatoriale una consistente quota di attività prima erogata in forma di ricovero a permesso di raggiungere 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.

Parallelamente al processo di "de-ospedalizzazione", è stato avviato un importante processo di rimodellamento organizzativo dell'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 della 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.

Con il Piano, si dà forza al Coordinamento dei Servizi territoriali, mediante la costituzione di una "cabina di regia" territoriale (*Ob. Gen. 1, Ob. Specifico 1.1 "Lo sviluppo dei servizi territoriali per le comunità locali"*), come quello strumento a disposizione del Direttore della Società della salute/Zona Distretto attraverso il quale vengono condivisi la programmazione, gli indirizzi, l'organizzazione e la valutazione delle attività socio sanitarie del territorio di riferimento.

L'offerta integrata dei servizi sul territorio, superando visioni parziali, rappresenta un obiettivo non banale del Piano che completa un complesso normativo toscano che, già in passato, ha dedicato un'attenzione particolare al tema della intersectorialità degli interventi.

Così come per l'assistenza ospedaliera, è necessario che anche sul territorio venga meglio programmata e rimodellata l'offerta assistenziale per intensità di cure, e ciò in base ai livelli di complessità e dipendenza rilevati nell'analisi dei bisogni o alle diverse fasi del percorso assistenziale. Occorre che, partendo dai dati che la epidemiologia e le competenze ormai consolidate in questo campo ci forniscono, per ogni zona/distretto si valuti "il fabbisogno prevedibile" di assistenza, garantendo standard assistenziali in relazione agli effettivi bisogni dei pazienti ed attrezzando il territorio conseguentemente per livelli di intensità assistenziale: dall'assistenza integrativa, alla assistenza domiciliare programmata, dai Centri diurni alle Cure intermedie, che per intensità di cura sono pari ad una efficace assistenza domiciliare integrata (ADI), alla residenzialità.

Affinché l'assistenza territoriale superi, pur con la necessaria gradualità, le sue criticità, occorre che al più presto vengano adottati alcuni strumenti, peraltro in parte già validati dalle ASL:

1. Il **punto unico per l'accesso** (*Ob. Gen. 1, Ob. Specifico 1.1 "Lo sviluppo dei servizi territoriali per le comunità locali"*) degli utenti ai servizi sanitari e socio – sanitari come mezzo per assicurare una risposta sicura e ampia e per raccordare fra loro i professionisti dell'ospedale con quelli del territorio.
2. La **cabina unica di regia** pensata per assicurare il governo della continuità assistenziale, dei servizi e delle risorse, in funzione dei bisogni integrati fra ospedale e territorio e fra assetti assistenziali del sociale e quelli sanitari.
3. **L'accreditamento delle sedi di erogazione delle prestazioni**, basato sulla sussistenza dei requisiti organizzativi e strutturali, nonché sul rispetto dei doverosi parametri costi-efficacia.
4. L'adozione di **flussi informativi e di un set minimo di indicatori** che permettano, sia a livello locale che regionale, di rilevare gli attesi miglioramenti della salute e il corretto uso delle risorse.
5. La realizzazione di **Percorsi Integrati Ospedale Territorio (PIOT)** da prevedere per la casistica più complessa ove rimangono, dopo la dimissione, bisogni assistenziali da assolvere in ambito territoriale.
6. Definitiva strutturazione delle **Unità di Cure Primarie (UCP)**. Strutture organizzative di base, integrate all'interno del sistema delle cure primarie, cui afferiscono i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici della continuità assistenziale.
7. **MPI (Master Patient Index)**: è un codice standard identificativo di ciascun utente del sistema sanitario regionale. Questo codice verrà utilizzato uniformemente, nel corso del PSR 2008 – 2010, da tutti i sistemi informativi ed informatici che sono già in funzione all'interno del sistema sanitario regionale e che costituiscono ormai un patrimonio di dati ineliminabile e di grande valore. L'adozione di questo codice unifica e rende fruibile da parte di tutti i soggetti autorizzati l'insieme delle informazioni sanitarie di ciascun cittadino, indipendentemente dal luogo e dal servizio ove queste vengano prodotte o richieste. Il progetto regionale RIS-PACS, al di là delle sue specifiche tecniche, si basa sull'adozione di un unico MPI che consentirà di creare la cartella radiologica individuale regionale. A questo progetto si affianca quello sui Laboratori di analisi, che seppure con ovvie differenti specificità, si avvarrà degli stessi standard identificativi. L'MPI costituisce la spina dorsale della cartella sanitaria informatica del cittadino che coinvolge nel suo sviluppo progettuale la Medicina Generale, i servizi distrettuali e la rete ospedaliera.
8. **CUP (Centro Unico di Prenotazione di Area Vasta – è uno dei quattro grandi progetti su cui punta il nuovo PSR)** (*Ob. Gen. 4, Ob. Specifico 4.1 "L'interfaccia trasparente con il cittadino"*): strumento tecnico principale dell'accesso ai servizi ambulatoriali, patrimonio storico del sistema sanitario toscano, dovrà crescere ancora nel presente PSR verso due obiettivi di pari importanza:

- passare dalla gestione dell'offerta della singola prestazione, o di insiemi di prestazioni, alla più complessa gestione dei percorsi assistenziali, offrendo al cittadino un utile supporto, adeguato ad una risposta sanitaria sempre più articolata;
- sviluppare un'ulteriore integrazione tra il territorio e le dimensioni di Area Vasta e regionale, in modo da garantire contemporaneamente l'accesso ai servizi forniti localmente e la risposta al bisogno, in particolare quello urgente non differibile, nell'ambito di tutti i servizi di Area vasta e regionali.

Lo sviluppo su più fronti dei servizi di telecomunicazione, delle reti dei servizi offerti anche via internet, dei sistemi informativi socio-sanitari, potrebbe rappresentare anche un importante strumento per ridurre la mobilità nei centri urbani maggiormente congestionati, prevedendo quindi un generico e positivo effetto sull'efficienza dei sistemi insediativi. Anche a causa del continuo aumento della mobilità, il PSR propone l'incremento della capacità di analisi rispetto agli scenari futuri, al fine di prevedere i rischi sulla salute che possono derivare dalle scelte economiche e di governo del territorio e di realizzare gli opportuni interventi, cercando così di migliorare l'integrazione tra le politiche sanitarie e ambientali (*Ob. Gen. 2, Ob. Specifico 2.1 "Ambiente e salute"*).

Per le situazioni di emergenza urgenza sono 132 **punti di emergenza territoriale** fissi (103 con ambulanza medicalizzata, 12 con ambulanza infermierizzata, 17 con automedica), 13 punti di emergenza stagionali (8 con ambulanza medicalizzata, 4 con ambulanza infermierizzata, 1 con automedica), 585 medici (incaricati a tempo indeterminato e determinato) e 379.634 mezzi inviati. L'attuale normativa di riferimento regionale è contenuta nel P.S.R. 2005-2007, nel progetto speciale di interesse regionale "Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza urgenza intra ed extra ospedaliero". L'obiettivo primario è l'ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso, con particolare riferimento alla rete di supporto con l'individuazione delle priorità di intervento. Il sistema di emergenza sanitaria territoriale nella regione Toscana si basa su 12 Centrali Operative, presenti in ciascuna AUSL. Ogni Centrale Operativa viene attivata tramite la composizione del numero telefonico 118. La responsabilità delle Centrali Operative è affidata a personale dipendente del S.S.N., così come previsto dal D.P.R. 27.3.1992. In sette Centrali il medico responsabile dirige una struttura complessa. Il medico addetto alla Centrale Operativa è presente in 8 Centrali. Nelle Centrali nelle quali non è presente le funzioni di supervisione sono garantite dal medico di guardia dell'U.O. di Pronto Soccorso del DEA di riferimento. Il sistema di soccorso territoriale si articola su 4 livelli di risposta, diversificati ed integrabili:

- Elisoccorso;
- Mezzi medicalizzati: ambulanze o automediche;
- Ambulanze infermieristiche;
- Ambulanze di primo soccorso con soccorritori volontari appositamente addestrati.

In Toscana sono presenti:

- 86 punti di emergenza sanitaria territoriale fissi, con medico 24h/24h;
- 27 punti di emergenza sanitaria territoriale fissi, con medico 12h/24h;
- 8 punti di emergenza sanitaria territoriale stagionali, con medico;
- 4 punti di emergenza sanitaria territoriale fissi, con ambulanza infermieristica 24h/24h;
- 8 punti di emergenza sanitaria territoriale fissi, con ambulanza infermieristica 12h/24h;
- 4 punti di emergenza sanitaria territoriale stagionali, con ambulanza infermieristica;
- 16 punti di emergenza sanitaria territoriale fissi con automedica, con medico ed infermiere 24h/24h;

- 1 punto di emergenza sanitaria territoriale fisso con automedica, con medico ed infermiere 12h/24h;
- 1 punto di emergenza sanitaria territoriale stagionale con automedica.

Escludendo la stagionalità si opera pertanto con un punto di emergenza sanitaria territoriale medicalizzato ogni 30.000 abitanti. Il personale medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale consta in nr. 585 medici, incaricati a tempo indeterminato e determinato, a rapporto convenzionale con l'AUSL in applicazione dell'A.C.N. per la medicina generale reso esecutivo in data 23 marzo 2005. Nell'anno 2003 sono pervenute nr. 381.036 richieste di emergenza-urgenza a cui è seguito l'invio di un mezzo di soccorso, nell'anno 2004 nr. 367.539, nell'anno 2005 nr. 379.634.

Con questo Piano si propone di adeguare il sistema dell'Emergenza Urgenza territoriale (*Ob. Gen. 3, Ob. Specifico 3.3 "Il sistema dell'emergenza tra ospedale e territorio"*) alla nuova mission derivante dal riassetto organizzativo della Medicina Territoriale proponendo l'Area Vasta quale bacino di riferimento per la nuova organizzazione, attraverso l'elaborazione: - di un progetto di gestione unificata del servizio 118 e la sua sperimentazione in almeno un'Area Vasta prevedendo l'omogeneizzazione dei sistemi informatici, telefonici e radio; - di una progettualità per la gestione unificata a livello regionale del sistema di elisoccorso che aumenti l'attuale efficienza.

Il servizio regionale di elisoccorso, attivo dal 29 luglio 1999, è parte integrante del sistema di emergenza-urgenza. Le basi operative sono:

- Firenze (AUSL 10), elicottero Pegaso 1 presso l'Ospedale di Santa Maria Annunziata e con competenza operativa per la Toscana Centro;
- Grosseto (AUSL 9), elicottero Pegaso 2 presso l'Ospedale Misericordia e con competenza operativa per la Toscana Sud e le Isole dell'Arcipelago Toscano;
- Massa e Carrara (AUSL 1), elicottero Pegaso 3 presso l'Aeroporto del Cinquale e con competenza operativa per la Toscana Nord.

Il PSR si propone, quindi, di intervenire al fine di realizzare una diversa organizzazione ospedaliera e territoriale che permetta al Pronto Soccorso di svolgere al meglio la sua principale funzione (*Ob. Gen. 3, Ob. Specifico 3.2 "Il pronto soccorso la porta dell'ospedale"*): il pronto e adeguato intervento diagnostico-terapeutico su tutte quelle situazioni che mettono in pericolo la vita o fanno rischiare una compromissione permanente di qualche funzione dell'organismo.

Infine, obiettivo prioritario del Piano degli investimenti del prossimo triennio riguarda, oltre al proseguimento nella realizzazione dei 4 nuovi ospedali delle Apuane, di Lucca, di Prato e di Pistoia, il sostegno nel processo di completamento dei tre presidi ospedalieri delle Aziende Ospedaliere Universitarie di Careggi, Pisana e Senese. Per la riqualificazione dei presidi ospedalieri e del pronto soccorso (*Ob. Gen. 7, Ob. Specifico 7.3 "Gli investimenti in sanità"*) verranno effettuati interventi puntuali di miglioramento ed anche consistenti interventi di totale rinnovo ed ampliamento, al fine di migliorare l'efficienza delle strutture e servizi sanitari presenti sul territorio regionale.

4. e 5. GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONI DI SALUTE E SULLA DIMENSIONE SOCIALE***Parte descrittiva***

Gli effetti attesi della dimensione non vengono considerati in questa parte di valutazione in quanto rientrano nel campo di azione diretta del Piano, che persegue i propri obiettivi in un'ottica strettamente integrata di tipo socio sanitaria.

Gli effetti che possono incidere sul disagio socio economico in relazione all'incidenza delle spese sanitarie sul rischio impoverimento sono stati affrontati nella dimensione economica, dove rientrano anche gli effetti relativi allo sviluppo dell'offerta formativa e il sostegno alla qualità del lavoro.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI ATTESI DELL' Aggiornamento Piano Sanitario Regionale 2008-2010

QUADRO DI SINTESI
Punti di forza e punti di debolezza tra gli effetti significativi e rilevanti

<p>Punti di debolezza Fattori di Criticità (Tra gli effetti rilevanti)</p> <p>Ambiente Effetti e azioni</p> <p>Economia Effetti e azioni</p> <p>Territorio Effetti e azioni</p> <p>Salute Effetti e azioni</p> <p>Sociale Effetti e azioni</p>	<p>Punti di forza Potenzialità sinergiche (Tra gli effetti rilevanti)</p> <p>Ambiente Effetti e azioni</p> <p>Economia Effetti e azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effetti dell'efficienza della spesa sulle variabili macroeconomiche. - Effetti del miglior stato di salute della popolazione sulla capacità produttiva del sistema. - Effetti della sanità di iniziativa e degli interventi sulla qualità e l'appropriatezza del SSR sulla minore necessità di ricorrere a spese sanitarie private, contenendo fenomeni di iniquità. <p>Territorio Effetti e azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aver individuato come livello di programmazione territoriale quello di Area Vasta, che integra e rafforza quello regionale; - Lo sviluppo reticolare dell'assistenza e dei percorsi sanitari e sociosanitari, che sono sempre più relazionati con il territorio; - Gli effetti della politica sociale della salute sulla intera organizzazione territoriale; dai consultori che si occupano della tutela della salute della donna, alle strutture che si occupano delle dipendenze da sostanze stupefacenti, dalla salute mentale, ai servizi per gli anziani, dalla assistenza termale, ai servizi ospedalieri, alle prestazioni specialistiche e ambulatoriali; - Sviluppo dei sistemi informativi e delle tecnologie sanitarie. <p>Salute Effetti e azioni</p> <p>Sociale Effetti e azioni</p>
<p>Punti di debolezza Minori (Tra gli effetti significativi)</p> <p>Ambiente Effetti e azioni</p>	<p>Punti di forza Minori (Tra gli effetti significativi)</p> <p>Ambiente Effetti e azioni</p> <p>Economia</p>

<p>Economia</p> <p>Effetti e azioni</p> <p>.....</p>	<p>Effetti e azioni</p> <p>Effetti occupazionali per sviluppo di nuove figure all'interno del sistema sanitario (oltre agli effetti occupazionali prodotti dalla spesa sanitaria)</p>
<p>Territorio</p> <p>Effetti e azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il rischio di una proliferazione di strutture socio-assistenziali senza una corretta programmazione che tenga presente i bisogni della popolazione anche in riferimento alla distribuzione territoriale. - Distribuzione territoriale del servizio socio-sanitario non sempre omogenea. 	<p>Effetti di stimolo all'innovazione in virtù degli obiettivi di integrazione e raccordo tra ricerca (di base e applicata), sperimentazione ed innovazione nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi</p>
<p>Salute</p> <p>Effetti e azioni</p> <p>.....</p>	<p>Territorio</p> <p>Effetti e azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - La possibilità di potenziare l'integrazione delle politiche della salute alle politiche dell'ambiente, della programmazione e pianificazione territoriale, della economia sociale e produttiva della regione;
<p>Sociale</p> <p>Effetti e azioni</p> <p>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Di potenziare l'attività di sperimentazione e ricerca nell'ambito dell'attività del servizio sanitario e le Università Ospedaliere attraverso le Aziende Ospedaliere Universitarie; - La riqualificazione di strutture sociali (strutture residenziali, strutture di accoglienza diurna o notturna, ecc.) considerando la necessità della struttura e la coerenza rispetto all'ambito territoriale coinvolto; - Integrazione del piano a livello di zona/distretto con le scelte strategiche relative allo sviluppo del territorio.
<p>.....</p>	<p>Salute</p> <p>Effetti e azioni</p> <p>.....</p>
<p>.....</p>	<p>Sociale</p> <p>Effetti e azioni</p> <p>.....</p>

Allegato 1

SCHEDE DEGLI EFFETTI DEL PIANO

GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE AMBIENTALE

Scheda

LEGENDA					
Effetti di direzione incerta		Nessun impatto			
Effetti rilevanti negativi		Effetti rilevanti positivi			
Effetti significativi negativi		Effetti significativi positivi			
		Indicatore di impatto	Modello e variabili di input del modello	Obiettivi operativi e linee di intervento del PSR 2008-10	
OBIETTIVI ED EFFETTI ATTESI					
AMBIENTE	Lotta ai processi di cambiamento climatico	Riduzione Emissioni di CO ₂			
		Incremento di energia prodotta da fonti rinnovabili			
	Tutela dell'ambiente e della salute	Riduzione emissioni atmosferiche per tipologia di inquinante			
		Riduzione dell'inquinamento acustico			
	Uso sostenibile delle risorse naturali e gestione dei rifiuti	Consumo di suolo. Contenimento superfici edificate su suoli vergini, su superfici abbandonate o contaminate			
		Ottimizzazione gestione dei rifiuti			
		Diminuzione del carico organico			
		Riduzione del consumo idrico			
	Salvaguardia della natura e della biodiversità	Salvaguardia delle specie in via di estinzione o minacciate			
		Salvaguardia dal rischio idrogeologico			
		Salvaguardia delle coste			

GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE ECONOMICA**Scheda**

LEGENDA

Impatto di direzione incerta/non misurabile		Nessun impatto			
Impatti rilevanti negativi		Impatti rilevanti positivi			
Impatti significativi negativi		Impatti significativi positivi			
		Indicatore di impatto	Modello e var. di input del modello	Obiettivi operativi e linee di intervento del PSR 2008-10	
IMPATTI (Effetti attesi)					
ECONOMIA	Solidità della crescita economica	Incremento PIL e altre variabili			- Effetti dell'efficienza della spesa sulle variabili macroeconomiche. (interventi che attuano il principio di appropriatezza, produttività) - Effetti del miglior stato di salute della popolazione sulla capacità produttiva del sistema. (Obiettivo di fondo del PSR, tutti gli interventi)
		Innovazione			- Effetti di stimolo all'innovazione in virtù degli obiettivi di integrazione e raccordo tra ricerca (di base e applicata), sperimentazione e innovazione nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi
		Saldo commerciale			
	Coesione sociale	Equa distribuzione del reddito			-Effetti degli interventi che attuano i principi della qualità, appropriatezza e iniziativa. Tra le sfide, gli interventi relativi alla sanità di iniziativa sembrano poter incidere maggiormente.
	Equilibrio finanza pubblica	Sostenibilità finanziaria			
		Miglioramento conti pubblici			
	Equilibrio mercato lavoro	Incremento tasso di occupazione			In particolare la sanità d'iniziativa.
		Innalzamento profilo qualitativo occupazione			La sanità d'iniziativa, per es. - La sanità d'iniziativa nell'assistenza ospedaliera- formazione di <i>tutor</i> per la presa in carica pro attiva - Consultori per le immigrate –formazione dei mediatori e formazione del personale alle tematiche dell'integrazione- Perseguimento principio produttività (sviluppo professionalità e ottimizzazione incentivi al personale)

GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE TERRITORIALE**Scheda**

LEGENDA

Impatto di direzione incerta/non misurabile		Nessun impatto			
Impatti rilevanti negativi		Impatti rilevanti positivi			
Impatti significativi negativi		Impatti significativi positivi			
OBIETTIVI ED EFFETTI ATTESI		Indicatori impatto	Modello e variabili di input del modello	Obiettivi operativi e linee di intervento del PSR 2008-10	
TERRITORIO	A. Salvaguardia delle risorse naturali del territorio	- Minimizzazione del consumo di suolo A.2 - Tutela della risorsa idrica			
	B. Qualità e competitività dei sistemi urbani e degli insediamenti	B.3 - Protezione dei sistemi urbani e degli insediamenti			
		B.4 - Efficienza del sistema insediativo			<ul style="list-style-type: none"> - Lo sviluppo dei servizi territoriali per le comunità locali, migliorando il coordinamento dei servizi territoriali, il sistema delle cure primarie ed intermedie; - Miglioramento dell'integrazione tra le politiche sanitarie e ambientali, affinando anche la capacità di analisi e valutazione dei rischi per la salute che possono derivare dalle scelte economiche e di governo del territorio; - Migliorare il sistema dell'emergenza tra ospedale e territorio; - Migliorare l'interfaccia con il cittadino facilitando l'accesso ai servizi e razionalizzando il sistema; - Riorganizzazione territoriale dei servizi socio-sanitari, proseguendo gli interventi di riqualificazione e completamento dei presidi territoriali, ospedalieri e del Pronto Soccorso.
		B.5 - Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio			
		- Valorizzazione delle risorse culturali e paesaggistiche			
	C. Efficienza delle reti infrastrutturali e tecnologiche	C.7 - Efficienza delle reti infrastrutturali			
		C.8 - Efficienza delle reti tecnologiche			<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo dei servizi territoriali per le comunità locali, puntando ad integrare le attività socio-assistenziali, sanitarie, territoriali e specialistiche di base; - Miglioramento della capacità di risposta del Pronto Soccorso alle funzioni di accoglienza e presa in carico del bisogno, sviluppando il raccordo tra ospedale e territorio; - Adeguare il sistema dell'emergenza-urgenza territoriale, e realizzare un modello organizzativo a rete per i gravi traumatismi; - Riorganizzare la rete ospedaliera qualificando il ruolo degli ospedali periferici; - Valorizzazione ed integrazione di tutti i settori di prevenzione, cura, alta specializzazione e ricerca, sviluppando la rete oncologica; - Miglioramento delle funzioni degli Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV) anche al fine della gestione delle reti informative; - collegamento a rete dei sistemi CUP attivi presso le diverse Aziende Sanitarie, e sperimentazione della Carta Sanitaria informatizzata; - Riorganizzare la rete del sistema formativo sanitario; - Sviluppare la sinergia tra sistema sanitario e ricerca, con sperimentazione ed innovazione nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi; - Sviluppo degli strumenti informatici al servizio del cittadino quali la telemedicina; - Rinnovare le tecnologie e sviluppare e riqualificare la rete delle strutture sanitarie.
	D. Tutela e valorizzazione del territorio rurale	D.9 - Tutela e valorizzazione del territorio agricolo			
		D.10 - Mantenimento della popolazione residente e delle attività con funzione di presidio attivo del territorio			

GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE SALUTE**Scheda**

LEGENDA

Impatto di direzione incerta/non misurabile		Nessun impatto		
Impatti rilevanti negativi		Impatti rilevanti positivi		
Impatti significativi negativi		Impatti significativi positivi		
		Indicatore di impatto	Modello e variabili di input del modello	Obiettivi operativi e linee di intervento del Aggiornamento PSR 2008-10
OBIETTIVI ED EFFETTI ATTESI				
SALUTE	Livello e equità salute	Equità della salute		
		Coesione sociale		
	Accessibilità ai servizi sanitari	Accessibilità ai servizi di cura		
		Accessibilità ai servizi di diagnosi ed assistenza preventiva		
	Prevenzione	Sicurezza		
		Stili di vita		
		Qualità ambientale		

NB. Gli effetti di questa dimensione sono considerati di competenza diretta del PSR.

GLI EFFETTI SULLA DIMENSIONE SOCIALE

Scheda

LEGENDA

Impatto di direzione incerta/non misurabile		Nessun impatto		Obiettivi operativi e linee di intervento dell' Aggiornamento PSR 2008-10
Impatti rilevanti negativi		Impatti rilevanti positivi		
Impatti significativi negativi		Impatti significativi positivi		
		Indicatore di impatto	Modello e variabili di input del modello	
OBIETTIVI ED EFFETTI ATTESI				
SOCIALE - ISTRUZIONE	Qualità della vita delle fasce deboli* (intesa in questo caso come popolazione delle aree marginali)	Fruibilità degli spazi urbani e dei trasporti		
		Fruibilità dei propri spazi di vita		
		Autonomia personale dei soggetti non autosufficienti		
	Aumento tutela, autonomia qualità vita familiare (e dei minori)	(Miglioramento degli) indicatori demografici e var. composizione nuclei familiari		
		Qualità della vita familiare		
		Condizione giovanile e disagio dei minori		
	Contrasto all'esclusione sociale e alla povertà	Fruibilità degli spazi urbani e verdi nonché di attività sociali da parte di minori e famiglie		
		Disagio socio economico		
		Disagio abitativo		
		Integrazione della popolazione immigrata		
	Partecipaz. al sistema	Condizione socio economica dei soggetti del disagio sociale		
		Partecipazione e sviluppo della rete di offerta		
	Accessibilità ad elevati livelli di educazione, istruzione e formazione e sostegno alla qualità del lavoro	Sviluppo dell'offerta educativa e formativa lungo l'arco della vita e Sostegno alla qualità del lavoro		
		Domanda culturale e sportiva per tutte le fasce di utenza		
	Fruizione di attività culturali e sportive	Promozione attività culturali e sportive rivolte a diffondere le espressioni della cultura e arte correlate con il patrimonio culturale dei territori		
		Organizzazione tempi e distribuzione dei carichi familiari		
Sostegno alle pari opportunità di genere	Differenze di genere nei livelli di istruzione e negli indirizzi di studio			
	Disparità nel mercato del lavoro e segregazione occupazionale			

NB. Gli effetti di questa dimensione sono in parte considerati di competenza diretta del PSR.

Gli effetti che possono incidere sul disagio socio economico in relazione all'incidenza delle spese sanitarie sul rischio impoverimento sono stati affrontati nella dimensione economica, dove sono stati considerati anche gli effetti relativi allo sviluppo dell'offerta formativa e il sostegno alla qualità del lavoro.

Allegato 2**MATRICE DI VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DEL PSR 2008-2010 DELLA REGIONE TOSCANA**

Si riporta la matrice di sintesi dei potenziali effetti (indiretti) di Piano rispetto alle sole dimensioni coinvolte (economia e territorio). Si ricorda, infatti, che gli effetti, che incidono sulle dimensioni di salute e (in parte) su quella sociale⁵⁹, sono considerati di competenza diretta del PSR. Per quanto riguarda la dimensione ambientale, invece, gli effetti individuati nella parte descrittiva del testo, non raggiungono un'intensità significativa.

Gli effetti sono posti in relazione agli obiettivi generali e specifici contenuti nel PSR, così come sintetizzati nello schema presente nel paragrafo relativo alla Valutazione di coerenza interna orizzontale di questo Rapporto di valutazione di cui di seguito si esplicita l'elenco.

Obiettivi generali e specifici del PSR**1. Superare le visioni settoriali, sia in campo sanitario che sociale**

- 1.1 Lo sviluppo dei servizi territoriali per le comunità locali
- 1.2 I progetti obiettivo: risposta completa ed unitaria ai bisogni complessi
- 1.3 Le alleanze per la promozione della salute
- 1.4 La rete della prevenzione collettiva

2. Rispondere alle nuove sfide mediante azioni tese a ridurre i rischi dell'ambiente di vita e di lavoro e le malattie connesse al clima e all'inquinamento ambientale

- 2.1 Ambiente e salute

3. Migliorare la sostenibilità del sistema sanitario pubblico con politiche che rispondano più da vicino ai bisogni di salute (promozione degli stili di vita, prevenzione della disabilità e della non autosufficienza, con particolare attenzione alle fasce svantaggiate di popolazione)

- 3.1 Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa
- 3.2 Il pronto soccorso: la porta dell'ospedale
- 3.3 Il sistema dell'emergenza tra ospedale e territorio
- 3.4 Qualità e piccoli ospedali
- 3.5 Graduare l'ospedale per intensità di cure
- 3.6 Le azioni programmate
- 3.7 Il governo clinico: qualità e appropriatezza clinica organizzativa
- 3.8 La valutazione come metodo di lavoro
- 3.9 La politica del farmaco e per l'uso appropriato dei dispositivi medici

4. Favorire la partecipazione dei cittadini e dei professionisti

- 4.1 L'interfaccia trasparente con il cittadino
- 4.2 La comunicazione per la salute: reti e marketing socio-sanitario
- 4.3 La partecipazione: il sistema carta dei servizi e gli strumenti di tutela
- 4.4 Umanizzazione, etica nelle cure e di fine vita
- 4.5 Valorizzazione delle risorse umane

5. Recepire il contributo del volontariato e del terzo settore per la promozione di politiche di salute sempre più efficaci e diffuse nella società

- 5.1 Il contributo del volontariato e del terzo settore

⁵⁹ Alcuni effetti, che possono influenzare la dimensione sociale e che non risultano di competenza diretta del PSR (all'incidenza delle spese sanitarie sul rischio impoverimento e sviluppo dell'offerta formativa), sono stati considerati all'interno della dimensione economica.

6. Integrarsi con il contributo e l'esperienza del mondo scientifico

6.1 La formazione del personale, per stimolare l'innovazione e l'implementazione di buone pratiche

6.2 Promuovere il raccordo e l'integrazione tra ricerca di base, ricerca applicata, sperimentazione ed innovazione nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi

7. Rinnovare e qualificare le strutture e le tecnologie per la salute

7.1 Il sistema informativo per la salute , unitario e integrato

7.2 La valutazione delle tecnologie sanitarie

7.3 Gli investimenti in sanità

7. VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA

Come riportato nel paragrafo Risorse di questo stesso Rapporto di Valutazione, le risorse finanziarie per l'attuazione della programmazione sanitaria e del presente Aggiornamento del Piano Sanitario 2008 - 2010, corrispondono alla quota del Fondo Sanitario Nazionale derivante dal riparto approvato dalla Conferenza Stato Regioni e deliberato dal CIPE, cui si devono aggiungere le risorse per gli obiettivi di carattere prioritario di rilievo nazionale, per l'esclusività del personale dirigente del ruolo sanitario e per l'assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale.

A queste si aggiungono le risorse necessarie all'effettuazione del piano degli investimenti e, in generale, destinate al rinnovo tecnologico e strutturale delle Aziende Sanitarie, da attribuire nel periodo 2008 - 2010.

Per l'utilizzo delle risorse, la loro attribuzione alle Aziende sanitarie, i criteri di riparto, e la individuazione di fondi finalizzati, ai sensi della L.R. 40/2005, si rinvia al documento di Piano ed allo specifico capitolo "Risorse" che tratta in paragrafi separati il governo delle risorse e la parte investimenti.

Le tabelle seguenti, distinte per parte corrente e parte di investimento, costituiscono il quadro di riferimento finanziario pluriennale.

Tali risorse fanno riferimento agli stanziamenti iniziali del Bilancio di Previsione 2008 - 2010 e sono pertanto comprensive degli importi già prenotati/impegnati sulla base della proroga del PSR 2005 - 2007 operata dalla LR 40/2005 e dalla LR 67/2007.

Bilancio di previsione 2008 e pluriennale 2008-2010 - Fondo sanitario*				
UPB	2008	2009	2010	Totale
235	184.330.000,00	234.330.000,00	284.330.000,00	702.990.235
241	2.893.503,56	3.915.050,05	3.893.351,04	10.702.145,65
242	815.000,00	815.000,00	815.000,00	2.445.242
243	171.303.727,80	172.285.727,80	172.480.727,80	516.070.426,4
244	10.290.000,00	10.290.000,00	10.290.000,00	30.870.244
246	2.130.000,00	2.130.000,00	2.130.000,00	6.390.246
251	280.828.346,27	289.786.031,07	299.033.380,52	869.648.008,86
252	2.740.614.801,20	2.783.774.723,12	2.829.947.157,40	8.354.336.933,72
253	2.415.123.777,91	2.492.159.867,19	2.571.687.072,46	7.478.970.970,56
261	4.844.114,90	4.444.114,90	4.444.114,90	13.732.605,7
262	14.258.281,00	14.258.281,00	14.258.281,00	42.775.105
263	1.875.500,00	1.875.500,00	1.875.500,00	5.626.763
264	48.588.885,00	49.339.314,00	50.102.500,00	148.030.963
265	36.854.515,92	36.854.515,92	36.854.515,92	110.563.812,76
266	247.241.050,00	248.604.925,00	250.009.750,00	745.855.991
267	0,00	0,00	0,00	0,00
514	2.106.496,44	1.084.949,95	1.106.648,96	4.298.609,35
711	42.000,00	42.000,00	42.000,00	126.711
Totale	6.164.140.000,00	6.345.990.000,00	6.533.300.000,00	19.043.435.013

* Il fondo sanitario 2008 dovrà essere rideterminato in 6.226.032.517 come da proposta di deliberazione CIPE attualmente all'esame della Conferenza Stato Regioni.

Fabbisogno sanitario riconosciuto (da DPEF Regione Toscana 2008)		
	2009	2010
Fondo sanitario	6.345.990.000,00	6.533.300.000,00
Altre partite finanziarie riconosciute (*)	88.000.000,00	88.000.000,00
Totale	6.433.990.000,00	6.621.300.000,00

* Si tratta delle risorse per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, per l'esclusività del personale dirigente del ruolo sanitario e per l'assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale. I relativi stanziamenti saranno iscritti in bilancio alla UPB 254.

Bilancio di previsione 2008 e pluriennale 2008-2010 - Investimenti			
UPB	2008	2009	2010
245	100.000.000,00	100.000.000,00	100.000.000,00

Prosecuzione del Programma straordinario investimenti art. 20 della L. 67/1988*		
2008	2009	2010
169.570.000,00	0,00	0,00

*Risorse non ancora in bilancio, per le quali vi è già l'intesa in Conferenza Stato Regioni

8. IDENTIFICAZIONE MONITORAGGIO E RELATIVI INDICATORI

Come richiamato all'inizio del paragrafo sulla coerenza interna orizzontale, la Regione dispone già da tempo di un sistema articolato di rilevazione dati, di strumenti e indicatori per il monitoraggio delle attività sanitarie.





Si illustreranno di seguito i criteri guida dello strumento più strutturato, ed attualmente utilizzato dalla DG Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, per la valutazione dei risultati in sanità.

Tali criteri si rifanno, prima che agli "obiettivi generali" elencati in precedenza nel documento di Piano e nel presente rapporto, a valori e principi che stanno ancora a monte di questi e che il documento di Piano illustra e approfondisce nel capitolo 3, prima di giungere a delineare i suddetti "obiettivi generali".

Se questi ultimi sono stati individuati nel:

1. Superare le visioni settoriali, sia in campo sociale sia in campo sanitario, con un insieme di sistemi condivisi e sostenibili nell'organizzazione pubblica della sanità, in grado di dare risposte ai bisogni complessi, con azioni "sincrone".
2. Rispondere alle nuove sfide mediante azioni tese a ridurre i rischi nell'ambiente di vita e di lavoro e le malattie connesse al clima e all'inquinamento ambientale
3. Migliorare la sostenibilità e la qualità del sistema sanitario ... Promozione continua di interventi tesi alla prevenzione delle malattie croniche anche attraverso il miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali e assetto organizzativo che favorisca l'uso integrato ed appropriato dei servizi ospedalieri e territoriali nonché la sicurezza delle cure
4. Favorire la partecipazione dei cittadini ed il coinvolgimento dei professionisti, con un PSR rivolto a loro
5. Recepire il contributo del volontariato e del terzo settore per la promozione di politiche di salute sempre più efficaci e diffuse nella comunità
6. Integrarsi con il contributo e l'esperienza del mondo scientifico: si colloca in questo contesto l'apporto, assai rilevante, del sapere espresso globalmente dal nostro sistema, dal mondo Universitario, dagli Istituti Scientifici e gli Enti di ricerca.
7. Rinnovare e qualificare le strutture e le tecnologie per la salute: cogliere, pur in un contesto economico di stazionarietà delle risorse correnti, il bisogno di qualificazione che è presente sia in ambito territoriale che ospedaliero,

i **valori** cui si fa riferimento riguardano:

-  l'uguaglianza,
-  l'umanizzazione,
-  la salute come diritto del cittadino,
-  la continuità dell'assistenza;

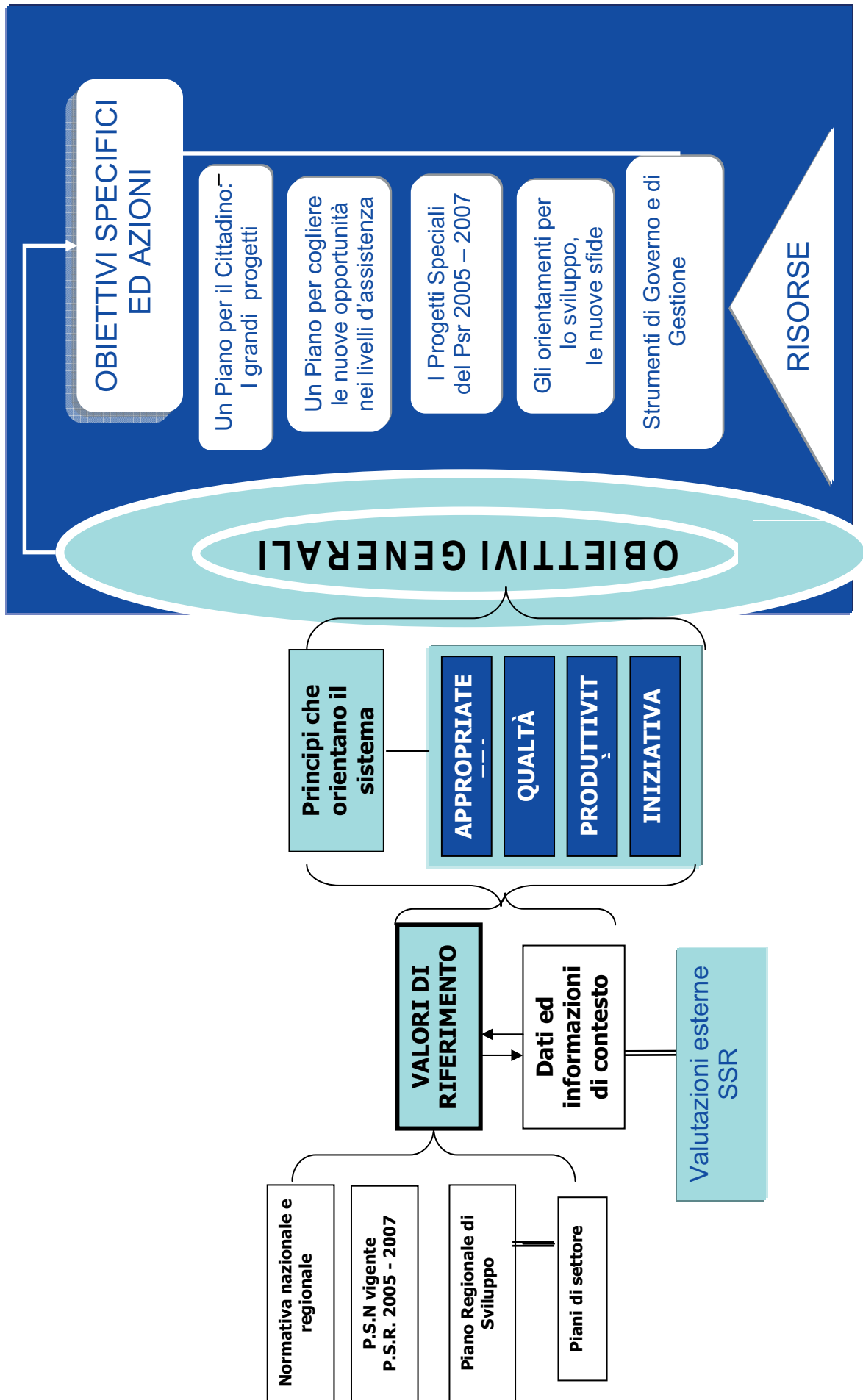
ed in coerenza a questi, il Piano si fonda sui seguenti **principi ispiratori**:

- ❖ Appropriatelyzza
- ❖ Qualità
- ❖ Produttività
- ❖ Iniziativa.

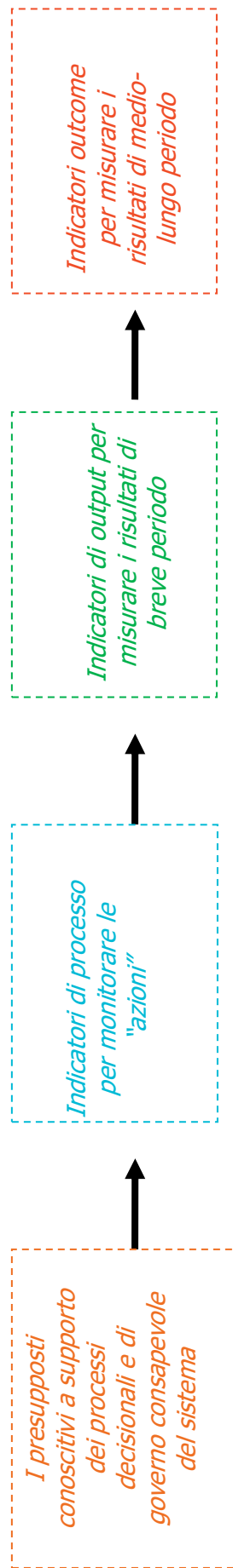
Lo sviluppo logico seguito nella costruzione degli indicatori, fa riferimento a questi valori e principi, e nella schematizzazione che segue sarà proprio a partire dagli indicatori esistenti che si proverà a risalire agli obiettivi specifici/azioni e da questi agli obiettivi generali.

Per quanto riguarda la completezza del monitoraggio, in riferimento ai nuovi obiettivi proposti, si rimanda allo sviluppo, peraltro previsto dal documento di Piano, di ulteriori strumenti e indicatori che sarà effettuato nel triennio.

PIANO SANITARIO REGIONALE 2008 - 2010



Per poter monitorare la capacità del sistema sanitario toscano di perseguire gli obiettivi del PSR e di realizzare le azioni previste al fine di migliorare lo stato di salute dei cittadini garantendo la sostenibilità stessa del sistema, è stato individuato un set di indicatori di sintesi classificati in quattro macro tipologie:



Con questa classificazione di riferimento è stata elaborata la successiva mappa strategica che permette di evidenziare e sintetizzare in termini quantitativi i risultati attesi.

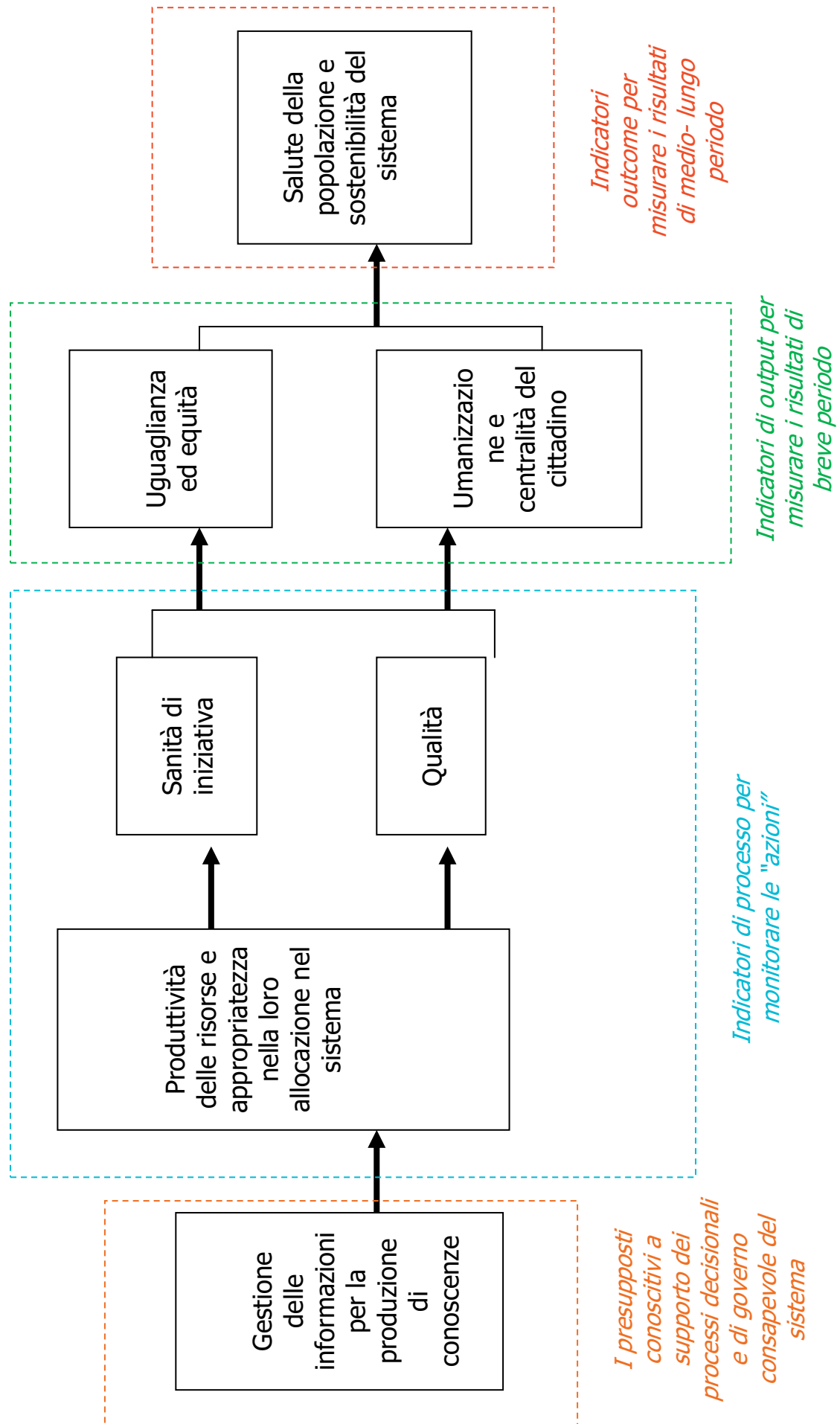
Leggendo la mappa da sinistra verso destra sono rappresentati:

- *I presupposti conoscitivi a supporto dei processi decisionali e di governo consapevole, ossia le informazioni di cui il sistema deve dotarsi nel triennio per orientare efficacemente le azioni che intraprende;*
- *gli Indicatori di processo per monitorare le "azioni", ossia le misure in grado di monitorare sia gli interventi di razionalizzazione sia le strategie di riorientamento e riqualificazione dei servizi erogati*
- *Indicatori di output per misurare i risultati di breve periodo, ossia i risultati attesi capaci di rappresentare l'efficacia delle strategie intraprese mediante il psr*
- *Indicatori outcome per misurare i risultati di medio- lungo periodo, ossia il consolidamento del risultato in termini di miglioramento dello stato di salute della popolazione*

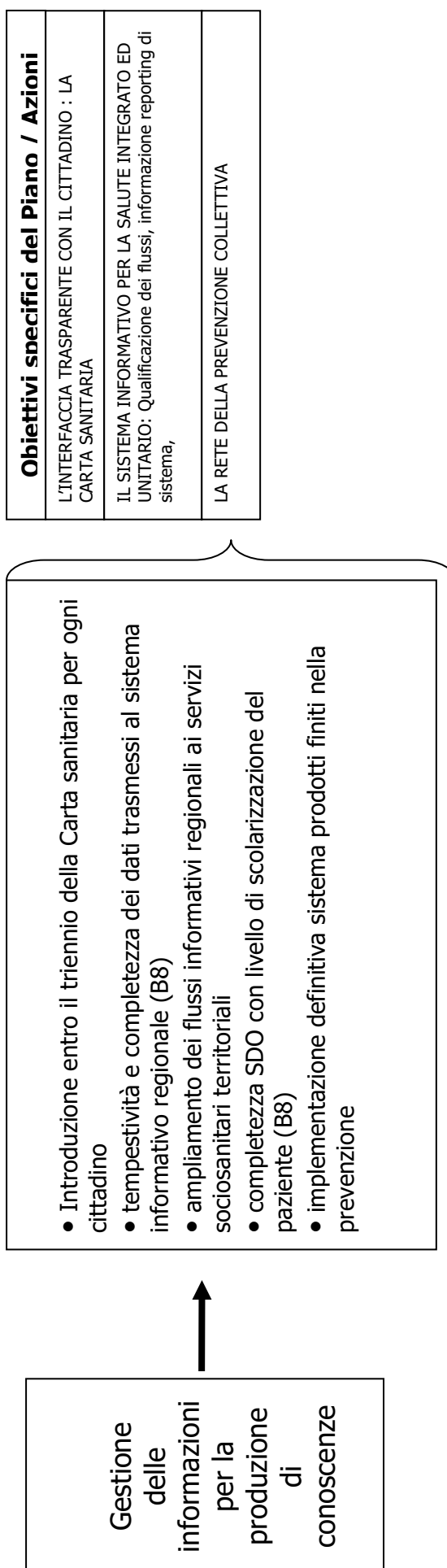
Nelle pagine seguenti vengono riportati gli indicatori e le rispettive codifiche, con riferimento al "Sistema di valutazione della performance della sanità Toscana" pubblicato dal MeS e allegato alla proposta iniziale del Piano.

Tale sistema di reporting, disponibile sul sito regionale direttamente dalla pagina <http://www.salute.toscana.it/>, evidenzia anche i valori osservati e i relativi standard attesi.

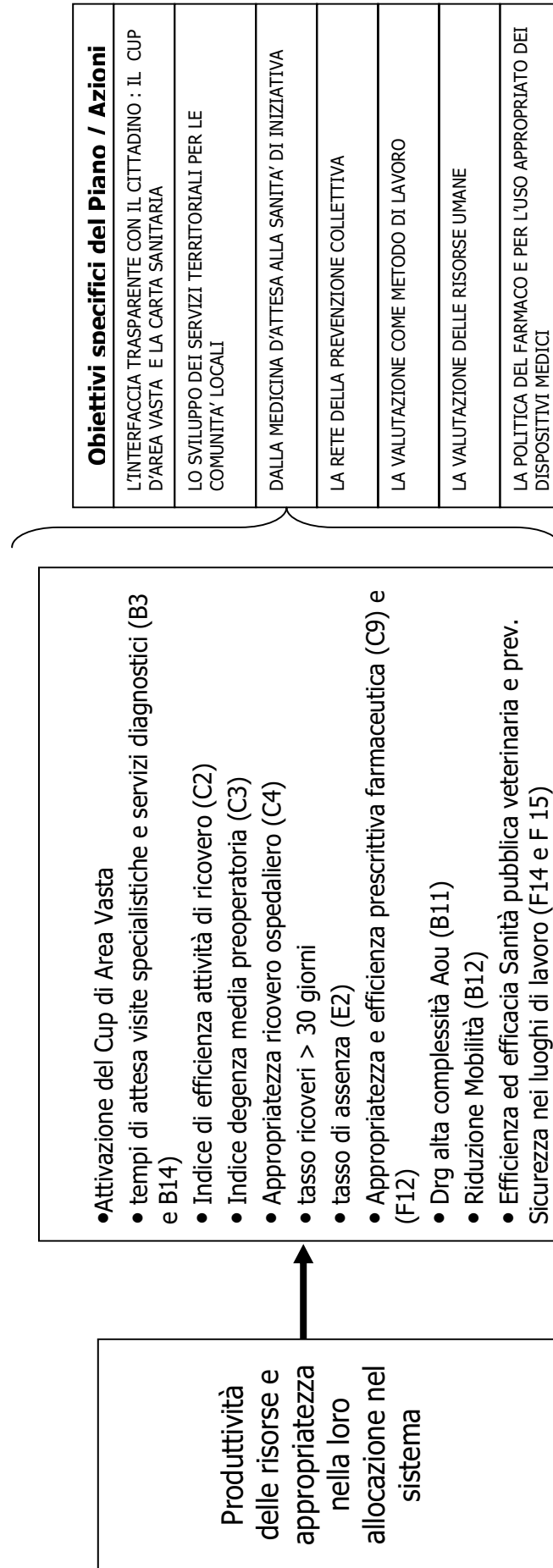
La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi



La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi



La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi



La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi
La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi

Sanità di
iniziativa



Patologie croniche:

- tasso di ospedalizzazione per scompenso, BPCO, diabete e polmonite (C8.1, C8.3, C8.8)
- indicatori di esito

Percorso assistenziale materno infantile

- riduzione % obesi su minori
- riduzione IVG (soprattutto su straniere)
- riduzione tasso concepimenti su minorenni (C8.4)
- equità accesso servizi (B9.1)

Percorso assistenziale oncologico:

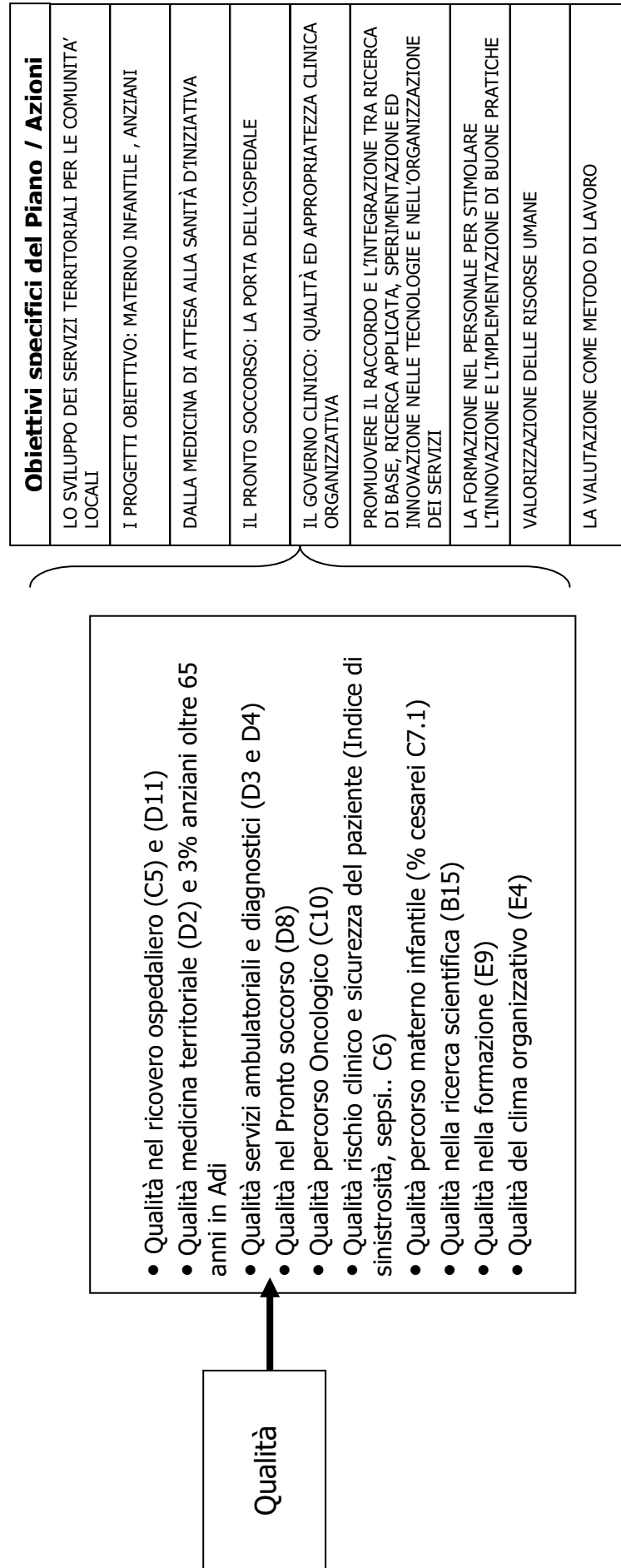
- Estensione e adesione allo screening (B5)

Prevenzione collettiva

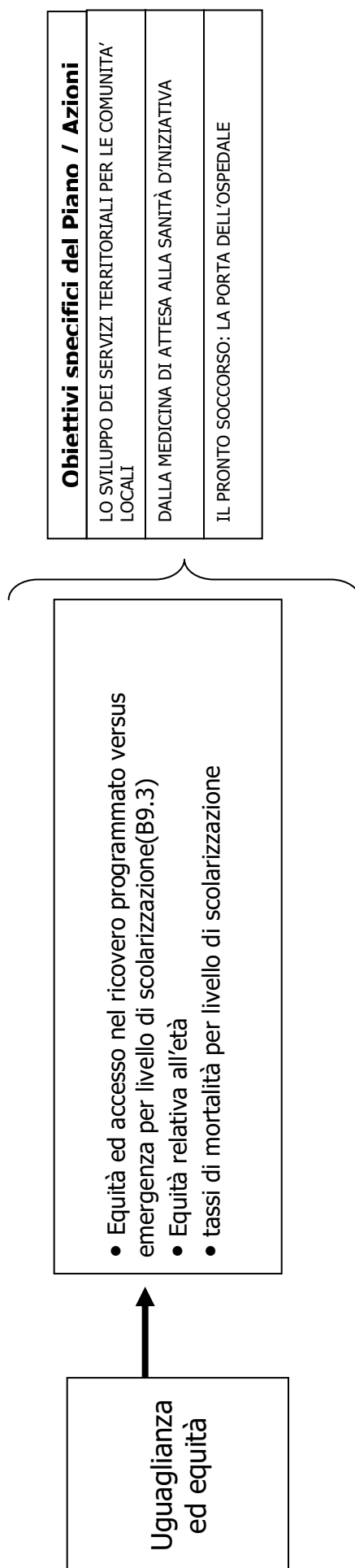
- Grado di copertura vaccinale (B7)

Obiettivi specifici del Piano / Azioni
LO SVILUPPO DEI SERVIZI TERRITORIALI PER LE COMUNITA' LOCALI
I PROGETTI OBIETTIVO: MATERNO INFANTILE
DALLA MEDICINA DI ATTESA ALLA SANITÀ D'INIZIATIVA
LA RETE DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA
LE AZIONI PROGRAMMATE: RETE ONCOLOGICA

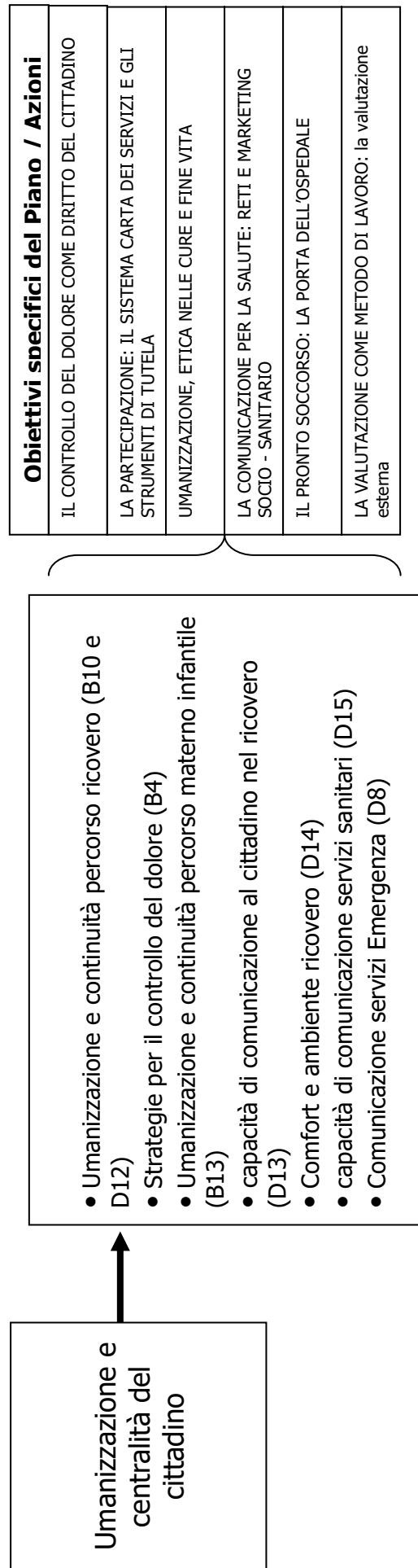
La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi



La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi



La mappa strategica del PSR Toscano e i suoi indicatori di sintesi



Obiettivi specifici del Piano / Azioni
LE ALLEANZE PER LA SALUTE
AMBIENTE E SALUTE
LA RETE DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA
DALLA MEDICINA DI ATTESA ALLA SANITÀ D'INIZIATIVA LA SANITÀ D'INIZIATIVA
I PROGETTI OBIETTIVO
LE AZIONI PROGRAMMATE

Tassi di mortalità e di morbilità
Speranza di vita
Speranza di vita in condizioni di buona salute
Anni di vita potenzialmente persi

Trend di crescita risorse per abitante senza
ulteriori imposizioni fiscali regionali e recupero
evasione fiscale

Salute della
popolazione e
sostenibilità del
sistema

