

# *Consiglio Regionale della Toscana*

**ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 9 APRILE 2002.**

Presidenza del Presidente del Consiglio regionale Riccardo Nencini.

Deliberazione n. 60 concernente:

Piano sanitario regionale 2002-2004 - Linee guida per la formazione del Piano integrato sociale 2002-2004- Modifica dell'Allegato 1 della deliberazione del Consiglio regionale 1 febbraio 2000, n.31 (Istituzione delle Commissioni regionali per l'accreditamento ai sensi della legge regionale 23 febbraio 1999, n.8 e successive modificazioni).

omissis

Il Presidente mette in approvazione la seguente proposta di deliberazione:

IL CONSIGLIO REGIONALE

O M I S S I S

IL CONSIGLIO APPROVA

Con la maggioranza prevista dall'art. 15 dello Statuto.

IL PRESIDENTE

Riccardo Nencini

IL SEGRETARIO

Mario Ricci

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) come modificato da ultimo dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 (Conversione in legge, con modifiche, del D.L. 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria);

Visti il 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) e il successivo Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, del 24 maggio 2001 (Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa, ai sensi dell'art. 8 della L. 15 marzo 1997, n. 59);

Richiamato il decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998 (Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998/2000);

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

Vista la legge 23 dicembre 2000 n.388 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato);

Richiamato l'accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sottoscritto l'8 agosto 2001, con il quale si apportano modifiche al precedente accordo del 3 agosto 2000 in materia sanitaria;

Vista la legge regionale. 11 agosto 1999, n. 49 (Norme in materia di programmazione regionale);

Richiamata la legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale), in particolare:

- 1) l'articolo 21, che individua nel piano sanitario regionale lo strumento di programmazione complessiva di settore con il quale la Regione, in conformità al piano sanitario nazionale e nell'ambito del programma regionale di sviluppo e delle relative politiche generali di bilancio, definisce gli obiettivi e le linee di governo del servizio sanitario regionale;
- 2) l'articolo 22, che individua quali contenuti obbligatori del piano sanitario regionale:
  - a) i livelli essenziali di assistenza da assicurare in condizioni uniformi sul territorio regionale;
  - b) la previsione delle risorse finanziarie disponibili per ciascun anno del triennio;
  - c) i criteri di quantificazione e impiego delle risorse di cui all'articolo 7, comma 1, lettere b), c), d), e), f) e g) legge regionale n. 22 del 2000;
  - d) i criteri di riparto delle risorse finanziarie di cui all'articolo 7, comma 1, lettera a) della legge regionale n. 22 del 2000, alle aziende unità sanitarie locali;
  - e) i programmi regionali finalizzati alla valorizzazione e alla qualificazione dell'assistenza sanitaria nelle zone insulari e montane;
  - f) le quote di anticipazione di cassa alle aziende ospedaliere;
  - g) gli eventuali vincoli di utilizzo delle risorse da parte delle aziende sanitarie;
  - h) i progetti obiettivo da realizzare tramite l'integrazione e operativa dei servizi sanitari e di quelli di assistenza sociale di competenza degli Enti locali;
  - i) le azioni programmate di rilievo regionale;
  - j) i criteri per la definizione degli atti della concertazione e per la disciplina della contrattazione con i soggetti privati accreditati;

- k) il repertorio delle funzioni operative e le soglie di costituzione delle corrispondenti strutture organizzative, nonché i margini di flessibilità nel loro utilizzo;
  - l) gli strumenti finalizzati allo sviluppo delle aziende a sistema e della rete dei servizi;
  - m) i criteri e le modalità di determinazione delle tariffe anche in relazione alle diverse tipologie dei soggetti erogatori;
  - n) i criteri per l'erogazione di prestazioni alla popolazione delle zone di confine attraverso la previsione di appositi accordi interaziendali con le aziende sanitarie extraregionali interessate;
  - o) le modalità di raccordo funzionale tra i dipartimenti di prevenzione e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana;
  - p) i criteri e le modalità di controllo dell'attuazione del piano medesimo;
  - q) gli strumenti per l'integrazione delle medicine non convenzionali negli interventi per la salute.
- 3) gli articoli 24 e 25, con i quali si disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale definendo, in particolare, le procedure per la predisposizione, da parte delle aziende sanitarie, dei piani attuativi del piano sanitario regionale, denominati piano attuativo locale e piano attuativo dell'azienda ospedaliera;

Richiamata la propria risoluzione n. 5 del 18 ottobre 2000, con la quale è stato approvato il Programma regionale di sviluppo 2001-2005;

Richiamato il Piano sanitario regionale 1999-2001, approvato con propria deliberazione del 17 febbraio 1999, n. 41;

Considerato che il presente Piano sanitario regionale 2002-2004 aggiorna e attualizza i contenuti del precedente Piano sanitario regionale 1999-2001;

Preso atto del parere del Consiglio sanitario regionale espresso nella seduta del 20 dicembre 2001 della IV<sup>^</sup> Commissione consiliare;

Acquisito il principio della necessaria integrazione delle politiche socio assistenziali con quelle sanitarie e ritenuto indispensabile giungere quanto prima ad un allineamento degli atti di programmazione in ambito sanitario e sociale, provvedendo, per il momento, contestualmente al Piano sanitario regionale 2002-2004, ad individuare le Linee guida per la formazione del Piano integrato sociale regionale 2002-2004;

Considerato che quanto espresso al paragrafo 3.2.2.2 dell'Allegato A al presente provvedimento costituisce modifica del punto 4 dell'Allegato 1 della propria precedente deliberazione 1 febbraio 2000, n.31 (Istituzione delle Commissioni regionali per l'accreditamento ai sensi della legge regionale 23 febbraio 1999, n.8 e successive modificazioni).

#### DELIBERA

1) di approvare il Piano sanitario regionale 2002-2004 nel testo che si allega (Allegato A) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2) di approvare le Linee guida per la formazione del Piano integrato sociale 2002-2004 afferenti alla predisposizione del Piano integrato sociale regionale 2002-2004, ai sensi della legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72, nel testo che si allega (Allegato B) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3) di modificare il punto 4 dell'Allegato 1 della propria precedente deliberazione 1 febbraio 2000, n. 31 secondo quanto disposto al paragrafo 3.2.2.2 dell'Allegato A al presente provvedimento;

4) di disporre che all'attuazione del presente Piano sanitario regionale, compresi il riparto e l'assegnazione delle risorse alle aziende sanitarie in relazione alla determinazione del loro fabbisogno ai sensi degli articoli 29, 30 e 31 della legge regionale 8 marzo 2000, n. 22, provveda la Giunta regionale secondo i criteri e le percentuali indicate nel presente atto;

5) di pubblicare il presente provvedimento e gli allegati A e B integralmente sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi dell'art. 3, comma 1, della legge regionale 15 marzo 1996, n.18 (Ordinamento del Bollettino Ufficiale della Regione Toscana e norme per la pubblicazione degli atti) modificata dalla legge regionale 3 agosto 2000, n. 63.

## PIANO SANITARIO REGIONALE 2002-2004

Allegato A deliberazione Consiglio regionale n. 60 del 9 aprile 2002.

### INDICE

<b>1. INTRODUZIONE: GLI OBIETTIVI E LE SCELTE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE .....</b>	<b>1</b>
1.1. UN PIANO PER LA SALUTE, UN PIANO SOSTENIBILE .....	1
1.2. UN PIANO PER IL CITTADINO E PER LA COMUNITÀ .....	2
1.3. UN PIANO PER UN SISTEMA EFFICIENTE .....	3
1.4. I VALORI DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO .....	4
1.5. GLI ELEMENTI PORTANTI DELL'ORGANIZZAZIONE .....	5
1.6. LE SCELTE STRATEGICHE .....	6
1.6.1. <i>Gli obiettivi di salute</i> .....	6
1.6.2. <i>La partecipazione: servizi territoriali per le comunità locali</i> .....	7
1.6.3. <i>L'appropriatezza: i livelli ed i tempi appropriati di erogazione dell'assistenza</i> .....	7
1.6.4. <i>La programmazione</i> .....	8
1.6.5. <i>L'efficienza: l'evoluzione del sistema delle aziende</i> .....	8
<b>2. LE SCELTE STRATEGICHE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE .....</b>	<b>9</b>
2.1. GLI OBIETTIVI DI SALUTE .....	9
2.1.1. <i>Diritti uguali per tutti</i> .....	9
2.1.2. <i>Che ne pensano i cittadini?</i> .....	11
2.1.3. <i>Per un'etica del servizio socio sanitario integrato</i> .....	12
2.1.4. <i>Miglioriamo la salute con un ambiente di qualità'</i> .....	13
2.1.5. <i>Allunghiamo la vita aumentando la sicurezza</i> .....	15
2.1.6. <i>Per una maggiore competenza delle persone a mantenersi in buona salute</i> .....	15
2.1.7. <i>Aiutiamo i bambini a nascere e a crescere bene</i> .....	16
2.1.8. <i>I tumori: primo, non ammalarsi; secondo, guarire</i> .....	18
2.1.9. <i>Vivere più a lungo in salute: le malattie del sistema cardiovascolare</i> .....	19
2.1.10. <i>I servizi per le persone anziane</i> .....	20
2.2. LA PARTECIPAZIONE: SERVIZI TERRITORIALI PER LE COMUNITÀ LOCALI .....	21
2.2.1. <i>Il nuovo assetto delle Zone: l'unificazione funzionale tra Zona e Distretto</i> .....	21
2.2.2. <i>L'orientamento della domanda</i> .....	23
2.2.3. <i>La gestione dell'offerta</i> .....	23
2.2.4. <i>La definizione e la valorizzazione delle attività socio sanitarie territoriali</i> .....	24
2.2.5. <i>Il ruolo dei medici convenzionati e degli altri operatori sanitari a livello territoriale</i> ....	24
2.2.6. <i>Erogazione di livelli assistenziali integrativi</i> .....	25
2.2.7. <i>Le Società della Salute</i> .....	25
2.2.7.1. <i>Perché sperimentare le Società della Salute</i> .....	26
2.2.7.2. <i>Le soluzioni istituzionali ed organizzative</i> .....	26
2.2.7.3. <i>Il ruolo delle Società della Salute</i> .....	27
2.2.7.4. <i>Le modalità di funzionamento</i> .....	27
2.2.7.5. <i>Modalità di avvio della sperimentazione</i> .....	28
2.3. I LIVELLI ED I TEMPI APPROPRIATI DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA .....	29
2.3.1. <i>Definizioni</i> .....	29
2.3.2. <i>I livelli di assistenza e la tipologia delle prestazioni</i> .....	29
2.3.3. <i>L'appropriatezza nella Prevenzione Collettiva</i> .....	29
2.3.4. <i>L'appropriatezza nei servizi territoriali</i> .....	30
2.3.5. <i>L'appropriatezza nella specialistica ambulatoriale</i> .....	30
2.3.6. <i>L'appropriatezza nelle cure</i> .....	32
2.3.7. <i>L'appropriatezza e le liste di attesa</i> .....	34
2.3.8. <i>Le attività del "governo clinico": linee guida e percorsi assistenziali</i> .....	35

2.3.9. <i>La registrazione dei dati clinici</i> .....	37
2.4. LA PROGRAMMAZIONE .....	37
2.4.1. <i>Il livello Regionale</i> .....	38
2.4.2. <i>Il livello Aziendale e di Area vasta</i> .....	39
2.5. L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DELLE AZIENDE.....	42
2.5.1. <i>Il controllo della gestione e la produttività del sistema</i> .....	42
2.5.2. <i>La seconda fase dell'aziendalizzazione</i> .....	43
2.5.2.1. <i>La funzione acquisti</i> .....	43
2.5.2.2. <i>La gestione logistica dei materiali</i> .....	44
<b>3. GLI STRUMENTI DI SISTEMA</b> .....	<b>47</b>
3.1. ANALISI E ORIENTAMENTO DELLA DOMANDA.....	47
3.1.1. <i>Analisi ed orientamento della domanda nel Piano sanitario regionale</i> .....	47
3.1.2. <i>I Piani integrati di salute</i> .....	47
3.1.3. <i>I rapporti con il cittadino/a: comunicazioni e partecipazione</i> .....	48
3.1.3.1. <i>La comunicazione</i> .....	49
3.1.3.2. <i>La partecipazione</i> .....	50
3.1.3.3. <i>Lo sviluppo della Carta dei servizi</i> .....	50
3.2. ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA .....	51
3.2.1. <i>L'organizzazione dell'offerta nel Piano sanitario regionale</i> .....	51
3.2.2. <i>Il programma regionale per l'accreditamento</i> .....	51
3.2.2.1. <i>Il modello di accreditamento</i> .....	52
3.2.2.2. <i>Il sistema di verifica</i> .....	52
3.2.2.3. <i>Le procedure di accreditamento</i> .....	53
3.2.3. <i>Funzioni operative e criteri di organizzazione</i> .....	53
3.2.3.1. <i>I criteri per il riconoscimento delle funzioni regionali di riferimento</i> .....	54
3.2.4. <i>L'integrazione socio sanitaria</i> .....	54
3.2.4.1. <i>L'integrazione a livello normativo</i> .....	55
3.2.4.2. <i>La concertazione tra i soggetti istituzionali a livello regionale</i> .....	55
3.2.4.3. <i>L'individuazione delle aree di integrazione socio sanitaria e i livelli di assistenza socio - sanitaria</i> .....	56
3.2.4.4. <i>Gli strumenti della programmazione regionale e locale</i> .....	57
3.2.4.5. <i>L'organizzazione gestionale e operativa</i> .....	58
3.2.4.6. <i>Le strutture dell'integrazione socio-sanitaria</i> .....	58
3.2.4.7. <i>Le azioni regionali</i> .....	58
3.2.5. <i>L'integrazione fra strutture per la tutela dell'ambiente e la salvaguardia della salute</i> .....	59
3.2.6. <i>Le specificità geografiche</i> .....	59
3.2.6.1. <i>L'area metropolitana fiorentina ed i problemi di integrazione dei servizi</i> .....	59
3.2.6.2. <i>L'assistenza sanitaria negli ambienti montani ed insulari</i> .....	61
3.3. IL GOVERNO DELLE RISORSE FINANZIARIE .....	62
3.3.1. <i>La disponibilità di risorse</i> .....	62
3.3.2. <i>Il Fondo Sanitario Regionale</i> .....	62
3.3.2.1. <i>Il fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali</i> .....	63
3.3.2.2. <i>Il finanziamento delle aziende ospedaliere</i> .....	65
3.3.2.3. <i>Fondi speciali finalizzati</i> .....	65
3.3.3. <i>Il sistema tariffario</i> .....	67
3.3.4. <i>Gli investimenti</i> .....	68
3.4. LA FORMAZIONE DELLE COMPETENZE PER LO SVILUPPO DI OBIETTIVI DI SALUTE .....	70
3.4.1. <i>La formazione per l'accesso al servizio sanitario</i> .....	70
3.4.1.1. <i>Le implicazioni per la formazione a livello universitario</i> .....	71
3.4.1.2. <i>La formazione del personale non laureato</i> .....	71
3.4.2. <i>La formazione continua</i> .....	72
3.5. IL SISTEMA INFORMATIVO E LE TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE (ICT).....	74
3.5.1. <i>Gli obiettivi del sistema informativo regionale toscano</i> .....	74
3.5.2. <i>Le linee di sviluppo del sistema informativo</i> .....	75

3.5.3. <i>Le indicazioni operative per il sistema informativo e le Information Communication Technology</i> .....	76
3.5.3.1. I flussi informativi regionali.....	76
3.5.3.2. I sistemi di comunicazione e informazione.....	78
3.5.3.3. L'organizzazione del sistema.....	79
3.5.4. <i>La telemedicina</i> .....	79
3.5.5. <i>Le attività di formazione</i> .....	80
3.5.6. <i>Il fabbisogno finanziario</i> .....	80
3.6. LA RICERCA E LA SPERIMENTAZIONE PER L'INNOVAZIONE.....	80
3.6.1. <i>La promozione della attività di ricerca</i> .....	81
3.6.1.1. La ricerca ad orientamento preclinico e clinico.....	81
3.6.1.2. La ricerca epidemiologica e sui servizi sanitari.....	82
3.6.1.3. Le risorse finanziarie e le modalità operative.....	82
3.6.2. <i>L'innovazione e la sperimentazione gestionale</i> .....	82
3.6.2.1. La costituzione di un centro regionale per la terapia genica e cellulare.....	83
3.7. LE RELAZIONI DI SISTEMA.....	84
3.7.1. <i>L'Università</i> .....	84
3.7.1.1. Il quadro di riferimento.....	84
3.7.1.2. Gli adempimenti preliminari.....	85
3.7.1.3. Le attività formative.....	85
3.7.1.4. I rapporti con le altre università toscane ( <i>Scuola di Studi Superiori Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna di Pisa - Scuola Normale Superiore di Pisa e Università per stranieri di Siena</i> ) ...	86
3.7.2. <i>Gli Istituti scientifici e gli Enti di ricerca</i> .....	86
3.7.2.1. Il procedimento di perfezionamento dei rapporti.....	86
3.7.2.2. I soggetti interessati.....	86
3.7.3. <i>I produttori privati</i> .....	90
3.7.3.1. La contrattazione.....	91
3.7.4. <i>Le convenzioni mediche</i> .....	93
3.7.5. <i>La farmaceutica convenzionata</i> .....	94
3.7.6. <i>Il terzo settore</i> .....	94
3.7.6.1. Gli ambiti di collaborazione fra politiche pubbliche e terzo settore.....	95
<b>4. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE</b> .....	<b>97</b>
4.1. INDICATORI GENERALI DI EFFETTO.....	97
4.2. INDICATORI DI EFFETTO DELLE SCELTE STRATEGICHE E DEGLI STRUMENTI.....	98
4.3. GLI INDICATORI DELLE AZIONI DI PIANO: MODALITÀ DI INDIVIDUAZIONE.....	99
4.4. IL PROCEDIMENTO DELLA VALUTAZIONE.....	99
<b>5. LE AZIONI DI PIANO</b> .....	<b>101</b>
5.1. IL PROCEDIMENTO DI PROGRAMMAZIONE E I SUOI ATTORI.....	101
5.1.1. <i>La Regione</i> .....	102
5.1.2. <i>Il Servizio sanitario regionale e gli operatori della sanità</i> .....	103
5.1.3. <i>La concertazione nel procedimento di programmazione</i> .....	104
5.1.3.1. Gli Enti locali.....	104
5.1.3.2. Le organizzazioni sindacali.....	105
5.1.3.3. Le Università toscane.....	105
5.1.3.4. Gli imprenditori nei servizi socio - sanitari.....	105
5.1.3.5. Il volontariato e la tutela dei cittadini.....	106
5.2. AZIONI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E ORIENTAMENTO DELLA DOMANDA.....	106
5.2.1. <i>Educazione e promozione della salute</i> .....	106
5.2.2. <i>La prevenzione per la salute</i> .....	107
5.2.2.1. Le strategie della prevenzione collettiva.....	108
5.2.2.2. Gli ambiti operativi.....	110
5.2.2.3. Azione programmata lavoro e salute.....	117

5.2.2.4. Azione programmata sicurezza alimentare e igiene della nutrizione .....	123
5.3. AZIONI DI SVILUPPO E RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA .....	126
5.3.1. <i>I progetti obiettivo di alta integrazione: le strategie socio sanitarie</i> .....	126
5.3.1.1. La salute degli anziani.....	127
5.3.1.2. La salute mentale.....	130
5.3.1.3. La disabilità.....	132
5.3.1.4. La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze .....	134
5.3.1.5. L'assistenza materno infantile.....	136
5.3.1.6. La salute degli immigrati .....	140
5.3.1.7. La salute in carcere.....	142
5.3.1.8. La salute dei giovani in servizio civile .....	144
5.3.2. <i>Le azioni programmate</i> .....	144
5.3.2.1. Oncologia .....	144
5.3.2.2. Patologie neurologiche.....	145
5.3.2.3. L'assistenza ai medullosesi.....	150
5.3.2.4. Patologie cardiovascolari .....	151
5.3.2.5. Alcune patologie del metabolismo .....	153
5.3.2.6. Nefropatie croniche .....	155
5.3.2.7. I trapianti .....	156
5.3.2.8. La riabilitazione .....	157
5.3.2.9. L'assistenza termale .....	162
5.3.2.10. L'emergenza - urgenza .....	163
5.3.2.11. Il Piano Sangue.....	164
5.3.2.12. Le cure palliative .....	165
5.3.2.13. L'assistenza all'insufficienza respiratoria cronica.....	167
5.3.2.14. Le malattie reumatiche.....	168
5.3.2.15. Le medicine non convenzionali .....	170
5.3.2.16. Gli interventi di cooperazione internazionale .....	172
5.3.2.17. Conservazione e valorizzazione del patrimonio scientifico, documentario ed artistico delle aziende sanitarie .....	173
5.3.2.18. Le malattie rare .....	174
5.3.2.19. L'assistenza religiosa .....	174
ALLEGATO 1 - I LIVELLI DI ASSISTENZA .....	177
ALLEGATO 2 - ORIENTAMENTI GENERALI PER LA COSTITUZIONE DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI AZIENDALI.....	189
ALLEGATO 3 – I LIVELLI DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA .....	201
ALLEGATO 4 – PESI ATTRIBUITI ALLE CLASSI DI ETÀ PER LIVELLO E SOTTOLIVELLO DI ASSISTENZA .....	207
ALLEGATO 5 – STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA REGIONALE DI INVESTIMENTI .....	209
ALLEGATO 6 – PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONE TOSCANA E LE UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE, PISA, SIENA <i>in attuazione dell'articolo 1, comma 1, del 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)</i> .....	223
ALLEGATO 7 – PROTOCOLLO D'INTESA IN TEMA DI SALUTE TRA LA REGIONE TOSCANA E LA SCUOLA SUPERIORE SANT'ANNA .....	237
ALLEGATO 8 – PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONE TOSCANA E L'ISTITUTO DON GNOCCHI .....	241

# PIANO SANITARIO REGIONALE

***Toscana 2002-2004: Un sistema sanitario sostenibile, un sistema sanitario per la salute, un sistema sanitario di comunità***

## **1. INTRODUZIONE: GLI OBIETTIVI E LE SCELTE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE**

### **1.1. UN PIANO PER LA SALUTE, UN PIANO SOSTENIBILE**

Il Piano sanitario regionale 2002-2004 si trova ad avere la grande opportunità, ma anche la difficoltà, di disegnare le linee di sviluppo del sistema sanitario toscano in un contesto di maggiore autonomia regionale, ma anche di incertezza del quadro di riferimento nazionale. Con questo Piano sanitario regionale s'intende perseguire un obiettivo ambizioso, ma possibile: quello di orientare il sistema e l'organizzazione del servizio sanitario verso una più completa assicurazione del diritto alla salute e costruire una strategia che, radicandosi fortemente nella particolare ricchezza dell'iniziativa istituzionale e sociale locale presente in Toscana, riesca a dare una risposta unitaria e coerente ai tre grandi obiettivi che la sanità si trova oggi dinanzi:

- *il miglioramento della salute e del benessere della popolazione,*
- *la soddisfazione e la partecipazione del cittadino/a,*
- *l'efficienza e la sostenibilità del sistema.*

Ci troviamo infatti al termine di un periodo in cui è aumentata considerevolmente la domanda e l'erogazione di prestazioni sanitarie sia in termini di quantità che, soprattutto, di complessità, con ripercussioni sulla sostenibilità economica dei sistemi sanitari.

Conseguentemente, nelle diverse realtà nazionali ed internazionali si è operato soprattutto per migliorare l'efficienza e per controllare la domanda di prestazioni dal punto di vista quantitativo; solo in pochi casi si sono intrapresi interventi sistematici dedicati a migliorare, in termini di *utilità* per la salute, l'organizzazione del sistema sanitario e del sistema sociale ed ambientale complessivo.

L'impostazione finora prevalente in politica sanitaria presenta forti limiti, e può risultare fuorviante rispetto alle stesse ragioni portanti del sistema: oggi si torna a riconoscere sempre più nella *promozione della salute* il prodotto principale, che deve orientare i servizi sanitari e si riconosce che *il binomio efficacia - efficienza, che è stato vissuto in modo decisamente antinomico, rappresenta, in effetti, la scomposizione operativa dell'obiettivo globale, la salute.*

Le cause dell'aumento della spesa sanitaria globale sono complesse e generalizzate. Una di queste è rappresentata dall'invecchiamento della popolazione, in quanto le persone anziane tendono ad essere "grandi consumatori" di prestazioni sanitarie. Secondo alcuni l'invecchiamento comporterebbe di per sé l'insostenibilità, da parte della frazione di popolazione produttiva, dei costi relativi ai bisogni dei "troppi" anziani, e quindi l'ineluttabilità della crisi dei sistemi sanitari universalistici. E' da notare, tuttavia, che all'allungamento della vita corrispondono oggi, sempre di più, anche guadagni di anni di vita liberi da malattia ed invalidità, e quindi vi sono margini di intervento per fare sì che l'impatto dell'aumento degli anziani non sia necessariamente insostenibile in futuro.

Inoltre è da considerare che un'ulteriore, sostanziale ragione della crisi di spesa è rappresentata dalla sempre maggiore *medicalizzazione* dei problemi di salute, accompagnata dalla crescente *tecnologizzazione* della medicina. La multifattorialità dei determinanti della salute è stata ampiamente dimostrata, è noto che le cure sanitarie rappresentano solo uno tra i vari fattori che intervengono sullo stato di salute. Tuttavia, si continua a cercare la risposta ai problemi di salute unicamente negli investimenti per la crescita dei servizi sanitari, anche quando il bisogno di intervento è prevalentemente legato allo stato dell'ambiente, alle condizioni sociali ed economiche, agli stili di vita.

La politica per la salute è organica alle strategie sociali, economiche ed ambientali della Regione e quindi si sviluppa nelle politiche economiche, occupazionali, di uso del territorio, dell'istruzione, della formazione professionale e dell'agricoltura. Il raggiungimento completo degli

obiettivi del Piano sanitario regionale sarà possibile se si svilupperanno efficaci politiche integrate sia a livello regionale che a livello locale.

Il Piano sanitario regionale 2002 – 2004 propone un modello di salute basato sulla responsabilizzazione dell'intera comunità, sulla partecipazione diffusa dei soggetti pubblici e privati, sul coinvolgimento dei cittadini/e e delle istituzioni nelle decisioni. Questa impostazione è coerente con le recenti scelte nazionali in tema di sicurezza sul lavoro, con i progetti "Città Sane" ed "Agenda 21", con le iniziative dell'Organizzazione Mondiale della Sanità relative alla rete di "Ospedali che promuovono Salute".

La Regione nel suo insieme, e l'intero sistema sanitario regionale si pongono come soggetti interni di indirizzo e coordinamento e come interlocutori tecnici qualificati di tutti gli altri soggetti coinvolti nel "sistema salute".

Si conferma così una impostazione di programmazione, che intende sottolineare il ruolo complessivo di governo nello sviluppo di una politica per la salute non affidata esclusivamente al sistema sanitario. Appare questa la sfida posta al livello regionale dai processi di decentramento istituzionale in atto; il federalismo regionale rischia infatti di essere del tutto inefficace se si limita a trasferire le competenze di governo della sanità, mantenendone, al tempo stesso, il carattere di "separazione" dalle complessive scelte di sviluppo regionali.

L'integrazione del sistema sanitario con gli altri settori del governo del territorio è affermata, con chiarezza, nell'ambito del Piano regionale di sviluppo 2001-2005; con questo Piano sanitario regionale si attivano concrete modalità operative per dare attuazione al modello definito. Questo processo comporta un rafforzamento delle relazioni esistenti tra i diversi settori organizzativi della Regione e una nuova centralità del sistema delle Autonomie locali.

In questo ambito assume rilievo il Piano integrato sociale regionale, date le strette connessioni e reciproche dipendenze tra i servizi sanitari e i servizi sociali e socio - assistenziali.

In questo senso il Piano integrato sociale regionale, per assicurare compatibilità ed integrazione con le disposizioni contenute nel Piano sanitario regionale, fa riferimento ai seguenti obiettivi fondamentali:

- la centralità degli Enti locali;
- la sorveglianza sul sistema di offerta complessiva, le garanzie di imparzialità e la completezza della rete degli interventi e dei servizi presenti nel territorio;
- la concertazione a tutti i livelli istituzionali con i soggetti del Terzo settore;
- la diffusione territoriale dei servizi alle persone anziane sia domiciliari che residenziali.

## **1.2. UN PIANO PER IL CITTADINO/A E PER LA COMUNITÀ**

Una visione esclusivamente efficientista e fortemente ideologica della sanità si basa su meccanismi di funzionamento tipici del mercato, le cui caratteristiche più apprezzate sarebbero sia lo sviluppo della dinamicità del sistema, che l'aumento della sua capacità ad indirizzare il cambiamento secondo le esigenze del consumatore. Un sistema di mercato assicura efficienza solo se vale l'assunto che il consumatore ha la capacità di preferire il produttore in grado di assicurargli il migliore servizio, scegliendolo in una platea non limitata: libertà di scelta e libertà di impresa.

In sanità, più che in altri settori, questa caratteristica tende a trasformarsi nella imposizione di modelli di consumo governati e filtrati dalle agenzie, che producono merci e servizi oggetto dei consumi stessi, mentre gli obiettivi di salute impallidiscono sullo sfondo. La natura stessa della domanda, sotto la spinta agguerrita dell'industria del settore, si modifica in modo non necessariamente appropriato verso soluzioni più complesse ed a più alto costo, ma non necessariamente più efficaci; l'esito, già sperimentato, è quello di innescare una spirale inappropriata ed economicamente non sostenibile, ed, in ultima istanza, una crisi "fiscale" del sistema, che peraltro tende a "mancare" l'obiettivo di salute.

Solo apparentemente un sistema impostato sul mercato pone al centro l'interesse del cittadino/a, che è relegato al ruolo di consumatore; collocare il cittadino/a al centro dell'azione, potenziarne i diritti, la consapevolezza e la partecipazione, è, in realtà, una caratteristica che il mercato trascura.

In alternativa 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 economicità, all'interno di ben identificati livelli essenziali di assistenza.*

La limitazione progressiva delle attività sanitarie di chiara e comprovata inefficacia ed inutilità permette di liberare risorse da reinvestire in attività di provata utilità e nella riduzione delle liste d'attesa. Un atteggiamento *parsimonioso* verso i consumi sanitari è un valore, prima che economico, etico, in quanto portatore di più salute per tutti.

La ricerca di maggior appropriatezza non può essere un fatto solamente tecnico: deve diventare consapevolezza politica e collettiva, così può essere solo se il sistema sanitario si radica maggiormente nella società, valorizzando gli elementi qualificanti delle comunità locali ed i soggetti, che producono servizi senza fini di lucro, che devono essere integrati nel sistema sanitario pubblico, rispettando la finalità dell'universalismo e dell'equità di accesso alle prestazioni.

Tutti gli analisti mettono in risalto il ruolo, che nei prossimi anni assumerà il cittadino/a sempre più informato, capace di giudizio, consapevole dei propri diritti ed anche dei vincoli imposti dall'ambiente nel quale vive. Il sistema toscano storicamente si fonda su valori che nascono nelle comunità locali, dove i cittadini/e - utenti possono assumere un ruolo attivo nei confronti dei produttori, migliorando le proprie competenze e capacità. S'intende accelerare e promuovere questo processo attraverso lo sviluppo dell'informazione e della comunicazione e la promozione della rappresentanza. L'educazione sanitaria deve diventare parte integrante dell'educazione civica, della formazione del cittadino conscio dei propri diritti e degli strumenti adeguati per il loro raggiungimento. L'informazione e la comunicazione indipendente richiedono investimenti di risorse economiche ed umane e costituiscono uno strumento di sviluppo della cittadinanza. La possibilità di affidare direttamente all'Ente locale, valorizzando le imprese sociali, alcune tipologie di servizi, permetterà di allargare il ventaglio delle opzioni, garantendo i nuovi bisogni dell'utenza ed ottenendo un controllo, più efficiente perché più condiviso, dell'appropriatezza.

Il cambiamento ed il miglioramento continuo, che nei sistemi di mercato è frutto delle politiche tariffarie e competitive, diventa così un prodotto del controllo delle comunità locali e si fonda sulla programmazione strategica, sulla valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse professionali, su strumenti appropriati di management.

Occorre soddisfare gli interessi ed i diritti individuali, ma attraverso l'organizzazione e la forza degli obiettivi della comunità nella quale gli individui agiscono, poiché la collaborazione attiva della popolazione è d'importanza vitale per il miglioramento della salute della comunità.

Il diritto del cittadino/a alla libera scelta è promosso e valorizzato entro le diverse opportunità dell'offerta programmata e appropriata, nell'ambito territoriale di riferimento, ivi compresa l'offerta rappresentata dalla libera professione intra moenia. Anche a questo principio si ispira l'intera organizzazione del sistema sanitario toscano, attivando a questo fine quote del fondo per l'incentivazione di cui al paragrafo 3.3.2.3..

Tutto questo è per certi versi una sfida. Una sfida alla innegabile forza del mercato, una sfida alla capacità di partecipazione e responsabilità del mondo delle professioni; ma anche e soprattutto una sfida alle comunità locali. Assumere un ruolo di rappresentanza del bisogno della cittadinanza significa anche farsi carico dei livelli di domanda inappropriata, che, a volte, il bisogno può esprimere, della sostenibilità di sistema della domanda stessa, dei vincoli esistenti; significa assumere il ruolo di soggetto attivo dei cambiamenti del sistema e non di semplice osservatore delle azioni di mantenimento e di potenziamento dell'esistente.

### **1.3. UN PIANO PER UN SISTEMA EFFICIENTE**

L'obiettivo di creare un sistema efficiente deve tenere conto del processo di federalismo sanitario in atto e dei conseguenti provvedimenti di attribuzione di responsabilità e di spesa alle regioni. Tali elementi rischiano di indurre aumenti della spesa sanitaria e, comunque, rendere più difficile il controllo della medesima, se non accompagnati da processi di miglioramento dell'efficienza a parità di livelli assistenziali erogati. La razionalizzazione della spesa potrà inoltre liberare risorse utili ad aumentare i servizi, in particolare quelli rivolti ai soggetti più deboli della società.

Rifiutare un sistema basato sul mercato non vuol dire rifiutare l'aziendalizzazione e gli strumenti offerti dalle più avanzate tecniche di management.

Il sistema toscano ha dato prova di una capacità di autovalutazione ed efficienza di alto livello rispetto al quadro nazionale. A livello regionale si sono sviluppati sistemi di controllo direzionale di tipo economico; a livello locale le aziende sanitarie hanno generalizzato l'uso di procedure interne di controllo di gestione.

Occorre adesso che il sistema faccia propria, a tutti i livelli, la necessità di fare un ulteriore, sostanziale, salto in avanti attraverso la duttilità al cambiamento.

E' necessario sviluppare ulteriormente il processo di decentramento e di responsabilizzazione della produzione di servizi, rendendo possibile la flessibilità nei livelli di responsabilità, attivando nuovi strumenti di verifica, promuovendo il coinvolgimento complessivo della struttura produttiva rispetto ai risultati. E' infatti il risultato collettivo a governare i meccanismi di incentivo e disincentivo dei singoli.

E' necessario individuare, con maggiore precisione, le funzioni di produzione dei servizi, utilizzare, in forma generalizzata, gli strumenti contabili e procedurali, affidare la responsabilità dei risultati, disporre di flessibilità organizzativa nei livelli di responsabilità per favorire il cambiamento, collegare i sistemi premianti prima di tutto alle *performance* complessive delle strutture, disporre di sistemi informativi adeguati.

E' altresì necessario concentrare l'attenzione sugli obiettivi di produzione, separando e specializzando quelle strutture di supporto tecnico e amministrativo, che non siano strettamente collegate alle funzioni di programmazione strategica.

Si prefigura, in forme da sperimentare nel triennio, una vera e propria *seconda fase dell'aziendalizzazione*.

Su questi obiettivi si liberano le risorse creative e manageriali delle aziende sanitarie, alle quali viene richiesto di definire i percorsi operativi per conseguire i risultati indicati. E' quindi un approccio basato sul decentramento delle responsabilità e sulla valorizzazione delle risorse, che prevede una relazione per obiettivi e processi piuttosto che per adempimenti formali. Un metodo di questo tipo non può fondarsi esclusivamente su risultati di tipo economico, ma deve misurarsi con più dimensioni ritenute utili per il successo, investendo i risultati economici e qualitativi, i processi organizzativi attivati, il grado di crescita del sistema, lo stato delle relazioni interaziendali, la capacità di rispondere alla missione assegnata.

#### **1.4. I VALORI DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO**

La salute è un diritto dei cittadini e la tutela della salute è il fine del servizio sanitario regionale.

Quello di seguito riportato è il sistema di valori costitutivi del modello di sanità scelto dalla Regione Toscana:

- *Responsabilità collettiva*. La titolarità della tutela della salute è dell'intera comunità, che se ne assume l'onere ed il compito. E' affermato il ruolo determinante della programmazione pubblica, pur nella valorizzazione del mercato, laddove i suoi meccanismi contribuiscono ad elevare l'efficienza e migliorare la qualità.
- *Libertà*. La persona e i bisogni dei singoli e delle famiglie sono difesi e valorizzati; le libertà di scelta sono promosse, valorizzate e pienamente tutelate. La programmazione delle attività si basa sull'analisi dei bisogni.
- *Universalità*. Il sistema sanitario toscano s'impegna a perseguire la parità di accesso ai servizi sanitari per tutti i cittadini/e. proporzionalmente ai loro bisogni ed indipendentemente da luogo, età, genere, etnia, religione e classe sociale di appartenenza. L'universalità è condizione necessaria d'equità e di tutela delle fasce deboli della popolazione.
- *Sussidiarietà solidale*. Il servizio sanitario sarà caratterizzato dalla coniugazione dei principi di sussidiarietà e di solidarietà, valorizzando le esperienze storicamente consolidate con il non-profit toscano.
- *Accoglienza*. Il servizio sanitario s'impegna per il miglioramento della qualità dell'accoglienza del cittadino/a per tutte le prestazioni.

- *Attenzione ai più deboli.* Il servizio sanitario presta particolare attenzione ai bisogni dei soggetti più deboli (bambini, anziani, disabili fisici e psichici, malati cronici, persone in difficoltà economica). Rappresentano altresì priorità di tutela i bisogni di salute della donna e quelli inerenti il lavoro.
- *Unicità.* Il sistema sanitario regionale è unico, il finanziamento è pubblico, su base fiscale progressiva e quindi proporzionale alle capacità contributive dei singoli cittadini/e. Per gli interventi e le prestazioni socio sanitarie integrate gli oneri di spesa sono sostenuti anche con risorse del fondo sociale – nazionale e regionale, con quelle dei comuni, con la partecipazione degli utenti, secondo le previsioni dei regolamenti zonali.
- *Centralità del territorio.* Il territorio nelle sue comunità politiche, organizzative e gestionali, costituisce il centro del sistema anche nell'ottica della molteplicità dei soggetti "produttori di salute".
- *Approccio integrato.* Gli obiettivi di salute si perseguono con un efficace ed efficiente servizio pubblico e con l'apporto integrato di tutti i soggetti pubblici e privati, con particolare attenzione all'impresa non-profit; la sanità si integra con gli altri livelli istituzionali sulla base di obiettivi di salute.
- *Sostenibilità.* Le scelte sono improntate alla sostenibilità economica e sociale, nell'ottica del massimo impatto in termini di salute. Il controllo della spesa è attuato attraverso la valorizzazione dell'appropriatezza e degli interventi più efficaci per tutti. La difesa dell'universalità e della qualità comporta un approccio basato sulle priorità nell'ambito della definizione dei livelli di assistenza; *risparmiare sul superfluo è il modo per garantire in tempo a tutti ciò che è effettivamente utile.*
- *Partecipazione.* I cittadini/e non sono *oggetti*, ma *soggetti* delle decisioni in tema di salute. Perché la loro partecipazione sia sostanziale, è necessario promuovere lo sviluppo della loro competenza per una scelta libera e consapevole dei comportamenti, dei servizi e delle cure.

## 1.5. GLI ELEMENTI PORTANTI DELL'ORGANIZZAZIONE

I valori etici e culturali si realizzano dinamicamente mediante le seguenti scelte organizzative:

- *Un sistema in Rete.* Strutturazione in un unico *sistema* delle diverse articolazioni e livelli funzionali della sanità.
- *Aziendalizzazione.* L'Autonomia gestionale - organizzativa delle aziende sanitarie consiste in livelli di responsabilità proporzionali alle effettive libertà gestionali. Le aziende sanitarie rendono conto al governo, regionale e locale, in termini di risultato.
- *Programmazione e valutazione.* Le decisioni si basano, in un quadro chiaro di responsabilità, su dati e indicatori oggettivi e controllabili in materia di bisogni, attività, risorse, risultati e processi attivati. Il sistema informativo si adegua alle esigenze della valutazione e della programmazione.
- *Integrazione tra produzione e tutela.* Nell'ambito delle aziende sanitarie si svolgono le due funzioni di produzione e di prescrizione di prestazioni (tutela del cittadino/a). L'unità tra produzione e tutela è valorizzata sia sul piano clinico, che su quello economico. La produzione privata è anch'essa integrata nel sistema, soprattutto laddove la produzione pubblica risulti carente o più costosa. I soggetti del sistema adottano il metodo della concertazione per definire le reciproche relazioni. L'ambito della concertazione interaziendale è principalmente l'area vasta.
- *Ruolo del settore non-profit.* Questo settore è una delle realtà più antiche della nostra società; esso si collega storicamente alla grande tradizione solidaristica della nostra regione, ed al tempo stesso è una struttura in piena evoluzione da valorizzare quale soggetto con il quale concertare le scelte per l'inserimento nella rete integrata dei servizi. Al settore non-profit si chiede, mentre conquista professionalità e qualità di prestazioni, di preservare ed estendere i principi di solidarietà sociale posti alla base del sistema socio sanitario toscano.

- *I percorsi assistenziali.* I percorsi assistenziali rappresentano le modalità organizzative che assicurano al cittadino/a, in forme appropriate, tempestive coordinate e programmate, l'accesso informato, la scelta del singolo operatore ove possibile, entro l'offerta programmata, e la fruizione dei servizi. Alla definizione del percorso assistenziale per gli interventi socio - sanitari integrati concorrono apporti professionali sanitari e sociali. La presa in carico del cittadino/a è svolta dal sistema nell'ambito del percorso assistenziale e dal singolo/singoli operatori ove possibile, anche scelti dal cittadino/a sulla base delle diverse opportunità. Il sistema, nell'ambito della propria strutturazione in rete, assicura al cittadino/a la continuità assistenziale, la conoscenza e l'informazione sull'intera possibilità di scelta in ambito territoriale di riferimento, nonché una specifica rete di assistenza all'accesso e alla scelta, anche mediante la cooperazione e l'intesa con i diversi soggetti integrati nel sistema (volontariato, medici di medicina generale, associazioni di utenti). La Giunta regionale predispone, entro sei mesi dalla vigenza del Piano sanitario regionale, le linee guida di attuazione di tale indirizzo da parte delle aziende sanitarie.
- *Comunicazione.* La comunicazione, sia interna che esterna, è definita come strategia per favorire sia uno sviluppo condiviso della "rete" dei servizi, sia il senso di appartenenza e condivisione del cittadino/a con il sistema sanitario, e la sua autonomia decisionale.
- *Valorizzazione e sviluppo delle professionalità.* Il processo di rinnovamento del sistema sanitario regionale, che mette al centro la sua qualità, non può avvenire senza un progetto strategico, per favorire la partecipazione e condivisione di tutti gli operatori, e per valorizzarne le competenze ed il senso di appartenenza. Ciò si realizza attraverso la definizione di una politica organica di gestione, formazione, e sviluppo della autonomia e delle competenze professionali degli operatori, concertata e condivisa con le loro rappresentanze, che veda la partecipazione di tutti gli attori principali del sistema.
- *Ricerca e sviluppo.* La ricerca, in particolare quella sui servizi sanitari, è incentivata anche con l'assegnazione di fondi a questa destinati. Le sperimentazioni gestionali sono un importante strumento per lo sviluppo e le innovazioni del sistema sanitario. All'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) è demandato, in particolare, il compito di analizzare la realtà dello stato di salute dei toscani e della qualità dei servizi sanitari loro prestati. Gli studi prodotti servono da fondamento alla programmazione regionale.

## **1.6. LE SCELTE STRATEGICHE**

Il Piano sanitario regionale della Toscana 2002-2004, nella continuità del patrimonio di valori e ribadendone gli elementi organizzativi portanti, avvia una vera e propria riforma del sistema sanitario, a carattere culturale, strutturale ed organizzativo, al centro della quale si delineano cinque scelte strategiche sul versante della salute, della partecipazione, dell'appropriatezza, della programmazione e dell'efficienza:

1. gli obiettivi di salute;
2. la partecipazione: servizi territoriali per le comunità locali;
3. l'appropriatezza: i livelli ed i tempi appropriati di erogazione dell'assistenza;
4. la programmazione;
5. l'efficienza: l'evoluzione del sistema delle aziende sanitarie.

I principi generali ispiratori di tali scelte sono esposti di seguito, mentre la trattazione esaustiva e le conseguenze operative sono contenute nel capitolo 2.

### **1.6.1. Gli obiettivi di salute**

In termini di indicatori di salute, la Toscana si pone in ottima posizione rispetto all'Italia e a livello internazionale. Tuttavia, una più attenta analisi dimostra che vi sono ancora ampi spazi di miglioramento; anche il mantenimento di alcuni parametri di alta qualità comporta scelte di attenta sorveglianza.

L'intero Piano sanitario regionale si propone l'aumento dell'equità, l'ulteriore miglioramento degli indicatori di salute ed un approccio etico nell'erogazione dei servizi sanitari. L'individuazione di specifici obiettivi di salute, a ciascuno dei quali sono dedicate scelte strategiche ed azioni,

permette il riconoscimento, attraverso le diverse parti del Piano sanitario regionale, del filo conduttore centrale che motiva le scelte.

La finalizzazione di tutto il Piano sanitario regionale ad obiettivi di salute è resa possibile da un concorso di intenti e di responsabilità che vede la sanità come uno, ma non certo unico attore. Poiché le malattie ed il loro esito sono determinate solo in parte dal funzionamento dei servizi sanitari, anche la assunzione di responsabilità deve essere condivisa fra il sistema sanitario, gli Enti locali, le componenti della società civile, sia produttive che associative, e gli stessi cittadini/e attraverso i loro comportamenti e scelte.

### **1.6.2. La partecipazione: servizi territoriali per le comunità locali**

La riorganizzazione e la valorizzazione dei servizi sanitari a livello del territorio costituisce una scelta strategica del prossimo triennio, per realizzare compiutamente un servizio di assistenza primaria efficace, economicamente sostenibile e gradito alla popolazione.

Una maggiore appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate comporta un contenimento ed un riorientamento dei consumi sanitari, che è possibile solo se la popolazione vive il sistema, e chi lo dirige, come espressione propria. Occorre che le comunità locali “si riappropriano” dei loro servizi sociali e sanitari, riducendo così le componenti burocratiche, sviluppando invece quelle partecipative, sia dirette sia mediate dalle istituzioni comunali. I comuni confermano le loro funzioni di programmazione, di controllo e assumono un ruolo di corresponsabilità nel governo della sanità; responsabilità in senso economico e politico e non solo in qualità di garanti dei bisogni della popolazione.

I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, quando possibile in forma associata, divengono attori della gestione dei servizi di base, provvedendo ad un reale governo della domanda in favore dell'appropriatezza.

Il disegno organizzativo, del precedente Piano sanitario regionale, peraltro non ancora compiutamente realizzato, costituisce un'importante base su cui costruire l'innovazione, resa sempre più necessaria dal nuovo scenario culturale, sociale, economico ed istituzionale.

In questa realtà in continua evoluzione, le forme del cambiamento non possono essere esclusivamente “pensate per legge”, ma devono essere sperimentate e validate sul campo. Durante la vigenza del Piano sanitario regionale sarà promossa la sperimentazione di nuove forme di gestione dei servizi sociali e sanitari territoriali, che dovranno coinvolgere sia le aziende unità sanitarie locali che i comuni ed allargarsi, nelle forme appropriate, al volontariato ed al contributo degli operatori sociali e sanitari (le Società della Salute).

Le sperimentazioni di nuove forme gestionali riguarderanno aree individuate, scelte sulla base della disponibilità, delle significatività e di precise caratteristiche. La sperimentazione seguirà obiettivi determinati e sarà sottoposta a rigorosi controlli, sulla base di linee guida, con il coinvolgimento del Consiglio regionale. La sperimentazione gestionale non dovrà andare a discapito dell'organizzazione preesistente e comunque dovrà garantire i livelli assistenziali, le prestazioni e la funzione pubblica del servizio sanitario.

La Giunta regionale, anche sulla base delle indicazioni scaturite dalle sperimentazioni, propone al Consiglio regionale, entro due anni dalla approvazione del presente Piano sanitario regionale, modifiche normative per un nuovo assetto organizzativo ed istituzionale del servizio sanitario regionale. Opportuni processi di formazione e di comunicazione, finalizzati ad orientare il cambiamento, accompagneranno questo percorso di riforma.

### **1.6.3. L'appropriatezza: i livelli ed i tempi appropriati di erogazione dell'assistenza**

Il Piano sanitario regionale conferma pienamente l'universalità del servizio sanitario toscano, ed offre a tutti i cittadini/e l'intera gamma dei percorsi assistenziali e delle prestazioni. Intende, nel contempo, promuovere nella popolazione e negli operatori sanitari la cultura dell'appropriatezza e dell'adeguatezza di quanto erogato, al fine di dare accesso, tempestivamente, a prestazioni di buona qualità a chi ne ha bisogno, di evitare i danni per la salute, legati ad un consumismo sanitario incontrollato, e di conseguire la sostenibilità economica

del sistema sanitario. Il perseguimento dell'appropriatezza in tutti i livelli di assistenza rappresenta una scelta strategica del Piano sanitario regionale e si realizza concordando le scelte con gli operatori, migliorando la competenza della popolazione a porre domande appropriate ed adeguando il sistema informativo alle nuove esigenze di valutazione.

#### **1.6.4. La programmazione**

Il servizio sanitario toscano, assicuratore unico per tutti i cittadini/e, fonda la propria organizzazione e sostenibilità su una programmazione basata sui dati e sulle conoscenze. Tra i livelli di programmazione previsti dalla normativa vigente si accentua il ruolo della programmazione d'area vasta, come strumento di garanzia della crescita equilibrata "in rete" del sistema. A livello d'area vasta si valorizza l'apporto dei professionisti, al fine di ricevere *input* essenziali per una programmazione corretta dei servizi, e per il governo unitario dei percorsi assistenziali. Il livello di programmazione d'area vasta prevede altresì modalità di coordinamento da parte delle Conferenze dei sindaci.

L'importanza che assume il ruolo delle aree vaste per quanto attiene alla programmazione esige il coinvolgimento del Consiglio regionale sulle modalità e sui risultati che produrrà per il sistema sanitario regionale.

#### **1.6.5. L'efficienza: l'evoluzione del sistema delle Aziende**

E' obiettivo della Regione, nel triennio, portare a compimento nelle aziende sanitarie le procedure gestionali tipiche delle realtà produttive (contabilità analitica, controllo di gestione, *budgeting*) già ampiamente diffuse, ma non omogeneamente sviluppate, così come di introdurre sistematicamente nei programmi di sviluppo aziendali la valutazione economica dei risultati e della produttività. La valorizzazione dei livelli sovra aziendali, d'area vasta e regionale, è finalizzata a rendere confrontabili le condizioni delle singole aziende sanitarie, per evitare l'autoreferenzialità e per determinare *standard* uniformi di funzionamento e produttività.

Perseguire l'obiettivo della massima efficienza del servizio sanitario regionale significa anche operare una radicale ottimizzazione delle attività gestionali, attraverso l'accentramento finalizzato alla economia di scala ed alla semplificazione delle procedure. Questo percorso configura una vera e propria seconda fase dell'aziendalizzazione, che attribuisce alle aziende sanitarie competenze piene nella gestione dei servizi alla persona, riducendone l'impegno nelle funzioni tecnico - amministrative di gestione.

In questa nuova fase del processo aziendale sarà data più enfasi agli interventi che contribuiranno a migliorare lo stato di salute della popolazione, attraverso una più efficace azione programmatica da parte delle aziende sanitarie, un'adeguata collaborazione fra le medesime ed un ruolo di maggiore coinvolgimento delle Istituzioni locali.

## **2. LE SCELTE STRATEGICHE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE**

### **2.1. GLI OBIETTIVI DI SALUTE**

Un'analisi esaustiva dello stato di salute della popolazione toscana è stata fornita nella Relazione sanitaria regionale sull'attività 1999, che costituisce la base conoscitiva per la definizione degli obiettivi di salute, affrontati nel presente Piano sanitario regionale. I primi tre obiettivi di salute ("Diritti uguali per tutti", "Che ne pensano i cittadini/e?", e "Per un approccio etico del servizio sanitario") rappresentano tematiche trasversali rispetto all'intero impianto della programmazione. I successivi sette obiettivi rappresentano alcune delle questioni, con forte impatto sulla salute, che sono trattate nel Piano sanitario regionale.

Gli obiettivi di salute si realizzano primariamente a livello delle comunità locali, dove la popolazione esprime i suoi bisogni e la sua domanda di intervento. I soggetti, che, prioritariamente, se ne fanno carico, sono le autorità locali insieme con le articolazioni zonali delle aziende sanitarie e con le componenti della società civile, che intervengono e partecipano, in modo integrato, alle scelte ed ai processi d'erogazione di servizi, anche attraverso la sperimentazione di nuovi modelli gestionali, di cui al paragrafo 2.2. Lo strumento essenziale di intervento è il Piano integrato di salute, di cui al paragrafo 3.1.2.

#### **2.1.1. Diritti uguali per tutti**

La popolazione toscana, mediamente, presenta una situazione di salute migliore di quella nazionale per molti dei parametri considerati. Per altri, la situazione è simile a quella nazionale e solo per pochi è peggiore. Tuttavia, gli indicatori risultano da una media di situazioni abbastanza differenziate fra le diverse aziende unità sanitarie locali. La Regione Toscana si pone l'obiettivo di ridurre queste disuguaglianze, portando tutte le situazioni al livello di quelle migliori. Questa finalità si persegue, nell'ambito della programmazione dei servizi sanitari, rendendo omogenea la qualità, assicurando a tutti l'accessibilità alle prestazioni appropriate e garantendo a tutti la tutela del diritto alla salute in ambito interdisciplinare. L'obiettivo dell'uguaglianza si persegue, individuando le priorità di intervento a livello di comunità locale e concertando obiettivi di salute con le diverse componenti istituzionali e tecniche delle comunità. L'intero sistema sanitario deve essere orientato ad una 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. Per la realizzazione di questi obiettivi, occorre attivare procedure e predisporre strumentazioni idonee a coinvolgere pienamente l'utente nella personalizzazione dei programmi di assistenza e di gestione dei ricoveri ospedalieri, definire precise garanzie per l'espressione in ogni situazione del consenso informato alle cure; d'altro canto, è necessaria la formazione specifica degli operatori, unitamente alla riqualificazione di tutto il personale sanitario, per riuscire a soddisfare adeguatamente le domande di benessere insorgenti da condizioni personali, conformando l'intero sistema alla comprensione e all'accoglienza professionale delle persone, potenzialmente discriminate dall'attuale contesto sociale. Sul piano operativo la Giunta regionale e le aziende sanitarie, secondo le rispettive competenze, intraprendono azioni per:

1. garantire a ciascun utente di essere assistito con flessibilità di tempi e modi da una persona di fiducia, assicurando altresì adeguata considerazione alla volontà espressa dal malato stesso in ogni caso in cui il tramite di tale fiduciario si palesi necessario;
2. promuovere campagne di prevenzione specificamente orientate alle fasce di utenza sovraesposte alle patologie che comportino significative riduzioni dell'autosufficienza e necessità continuativa di prestazioni ospedaliere;
3. realizzare un sistema di servizio di assistenza domiciliare integrata che consenta la permanenza nel proprio contesto affettivo e sociale di coloro che siano stati colpiti da patologie invalidanti, valorizzando la partecipazione di tali utenti alla scelte del programma personale di assistenza, anche con l'inserimento di interventi da parte di persone affettivamente legate al malato;

4. aggiornare e qualificare il personale sanitario in funzione dell'adozione di modalità linguistiche e comportamentali ispirate alla considerazione e al rispetto per ogni orientamento sessuale ed identità di genere e per tutti gli stili di vita tipicamente assunti da minoranze etniche e religiose, al fine di evitare la *ghettizzazione* di chi è diverso in reparti determinati degli ospedali, e di conformare maggiormente le modalità di erogazione delle prestazioni alla dimensione psico – fisica di ogni singolo;
5. attuare nuovi servizi di informazione, consulenza e sostegno agli adolescenti per garantirne il diritto all'autodeterminazione responsabile del proprio orientamento sessuale ed identità di genere; più in generale per supportarli in presenza di qualsiasi situazione di emarginazione scolastica o lavorativa causata dalla diversità.

L'effettiva riduzione delle disuguaglianze di accesso ai servizi e di alcuni parametri di salute sarà oggetto di valutazione nel corso del triennio, anche attraverso la presentazione al Consiglio regionale, da parte della Giunta regionale, di report annuali di verifica dei risultati conseguiti rispetto agli indicatori di programma e controllo della gestione economico-finanziaria delle risorse stanziare e impegnate nel Bilancio di previsione della Regione.

**Obiettivo:****ridurre le disuguaglianze**

- **Nella prevenzione**

Valorizzazione delle attività di prevenzione efficaci; individuazione, a livello locale, delle priorità d'intervento e di azioni intersettoriali specifiche.

- **Nella diagnosi**

Riduzione delle liste di attesa; perseguimento della qualità, anche attraverso il processo di accreditamento.

- **Nelle cure**

Valorizzazione delle cure di provata efficacia; accreditamento delle strutture sulla base di criteri di qualità; produzione ed implementazione di linee guida; interventi specifici per gruppi con particolari bisogni.

- **Nelle fasi terminali della vita**

Valorizzazione ed estensione dell'assistenza e delle cure domiciliari; accessibilità e qualità della terapia del dolore e delle cure palliative.

**Parti del Piano sanitario regionale attinenti all'obiettivo:**

- I Piani integrati di salute
- I livelli ed i tempi appropriati di assistenza
- Il processo di accreditamento
- Linee guida e percorsi assistenziali
- L'integrazione socio sanitaria
- Le Azioni per patologie rilevanti
- La programmazione
- La comunicazione
- La Carta dei Servizi
- La revisione dei percorsi di tutela

### 2.1.2. Che ne pensano i cittadini?

In Toscana una parte dei cittadini segnala disfunzioni, limiti alla piena accessibilità alle prestazioni e problemi di qualità del Servizio sanitario. Esistono differenze nel grado di soddisfazione: i più critici sono i cittadini con grado di istruzione più basso e condizione economica peggiore, forse a causa di una imperfetta accessibilità ai servizi, che penalizza i più deboli. Il Piano sanitario regionale intende migliorare la soddisfazione dei cittadini rispetto al sistema sanitario regionale, sia intervenendo sulle disuguaglianze, sia migliorando la qualità generale dei servizi offerti ed i tempi di attesa.

Un ulteriore, sostanziale aspetto del rapporto fra cittadini e servizi è rappresentato dal senso di appartenenza e di fiducia, che si può consolidare soltanto chiamando le persone e le comunità a partecipare alle scelte, e migliorando la capacità dei singoli e dei gruppi a salvaguardare la propria salute.

Il Piano sanitario regionale si fa promotore dell'obiettivo di migliorare la percezione della qualità del servizio sanitario regionale da parte dell'utenza; l'impatto del Piano sanitario regionale sulla soddisfazione e sulla percezione dell'utenza verrà valutato nel corso del triennio, anche attraverso la presentazione al Consiglio regionale da parte della Giunta regionale di report annuali di verifica dei risultati conseguiti in ordine al grado di soddisfazione ed apprezzamento dei cittadini, desunto dal Sistema Informativo Socio Sanitario previsto dalla normativa vigente.

## Obiettivi

- **Migliorare la competenza**

Supportare la capacità dei cittadini a scegliere stili di vita per la salute e ad orientarsi correttamente nei consumi di servizi e prestazioni.

- **Migliorare la qualità e personalizzare gli interventi**

Fornire a tutti prestazioni di buona qualità adeguate ai bisogni.

- **Migliorare l'accessibilità**

Valorizzare i livelli appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa; promuovere la possibilità di scelta nell'ambito dell'offerta programmata, organizzare la rete di assistenza all'accesso.

- **Migliorare l'accoglienza**

Migliorare la competenza dei Servizi ad accogliere i cittadini sulla base delle loro esigenze.

- **Migliorare il consenso**

Attivare azioni per la salute a livello di comunità locali, da perseguire con interventi integrati.

### Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

- I Piani integrati di salute
- Lo sviluppo della Carta dei Servizi
- La comunicazione
- La valorizzazione delle risorse umane
- Educazione e promozione della salute
- Il processo di accreditamento
- I livelli ed i tempi appropriati di assistenza

### 2.1.3. Per un'etica del servizio socio sanitario integrato

Nel ribadire che il fine ultimo del Servizio sanitario è la salute, si afferma la necessità per l'intero sistema di interrogarsi sui fini degli atti assistenziali, ponendo al centro un obiettivo a carattere etico.

Sul fronte degli attori del sistema, si richiede a tutti i soggetti ai diversi livelli operativi un'adesione profonda e consapevole di ciascuno alla propria responsabilità di buona pratica professionale e alle finalità collettive di salvaguardia della salute.

Sul versante dell'utenza, si promuove l'adesione ad un uso etico delle risorse in sanità attraverso il senso di appartenenza alla collettività con tutte le sue esigenze, comprese quelle dei più deboli, di cui ci si fa carico; si facilita inoltre l'acquisizione degli strumenti culturali e razionali necessari per comprendere e trattare con competenza i determinanti della propria salute, senza per questo limitare lo stesso diritto negli altri cittadini. In termini di rapporto fra operatori ed utenza, si favorisce la comunicazione, intesa come processo bidirezionale di *parola* ed *ascolto*, e viene assicurata la dignità ed il rispetto dell'individuo e delle sue scelte consapevoli.

Nel rapporto fra operatori e cittadini viene valorizzata una matura e trasparente consapevolezza del *limite*, sia in termini di incertezza scientifica che di confini della efficacia terapeutica, particolarmente importante nel caso di malati al termine della vita.

Si tratta di valori di fondo verso i quali tendere, consapevoli della difficoltà dell'impresa e del fatto che esistono pressioni consumistiche e di mercato contrastanti sia con l'interesse collettivo che, in alcuni casi, con il diritto alla salute dei singoli cittadini. Il processo di progressiva valorizzazione dei principi e dei valori del Servizio sanitario toscano è attivato nel presente Piano sanitario regionale, in continuità con il precedente Piano sanitario regionale, in particolare con una forte spinta alla condivisione delle scelte di appropriatezza da parte degli operatori, con un impegno ad attivare processi informativi e comunicativi nei confronti dei cittadini tesi ad aumentarne il livello di consapevolezza, con l'inserimento a pieno titolo di criteri etici nella scelta delle prestazioni erogabili e nelle attività di valutazione dell'intero sistema.

## Obiettivi

- Introdurre criteri etici nella scelta dei livelli appropriati di assistenza e delle prestazioni assistenziali.
- Migliorare la condivisione degli operatori sulle scelte del Servizio Sanitario.
- Aumentare la competenza della popolazione nelle proprie scelte di consumo sanitario.
- Promuovere la partecipazione delle comunità di cittadini alle scelte per la salute.
- Garantire gli utenti rispetto ai possibili effetti dannosi delle attività diagnostiche e delle cure.
- Perseguire nel modo più efficace la assenza di dolore.
- Garantire i cittadini rispetto alla riservatezza dei dati personali e rispetto al diritto del singolo di scegliere la propria adesione alle attività assistenziali.
- Introdurre criteri etici nella valutazione delle attività.

### **Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:**

- **I Piani integrati di salute**
- **Conferma del precedente Piano sanitario regionale per quanto riguarda le funzioni della Commissione regionale di Bioetica e dei Comitati etici locali; valutazione delle attività in termini di efficienza e di risultati**
- **I livelli ed i tempi appropriati di erogazione dell'assistenza**
- **I rapporti con i cittadini**
- **Il processo di valutazione del Piano sanitario regionale**
- **Cure palliative e terapia del dolore**
- **Valorizzazione delle risorse umane**

### **2.1.4. Miglioriamo la salute con un ambiente di qualità**

Nelle città italiane, per ogni incremento di 10mg/m<sup>3</sup> dei diversi componenti dell'inquinamento atmosferico, i rischi di mortalità aumentano mediamente tra l'1 ed il 5%, come anche il rischio di ospedalizzazione per malattie cardiache e respiratorie. Fra le città toscane, Firenze presenta livelli di inquinamento dell'aria, che necessitano di particolare attenzione. Qualità dell'aria, dell'acqua, del suolo e degli alimenti sono fra loro interconnessi e dipendenti: difendere efficacemente la qualità dell'ambiente di vita nel suo complesso può avere effetti positivi anche immediati sulle condizioni di salute. Nel lungo periodo, vivere in un ambiente con bassi livelli di inquinamento permette di ridurre il rischio di alcune malattie cronico - degenerative fra cui i tumori e migliora la qualità della vita.

La Regione Toscana, in continuità con la propria attività legislativa in campo ambientale, all'avanguardia a livello nazionale, persegue l'obiettivo di un ambiente di qualità con azioni a tutto campo, che coinvolgono competenze diverse con carattere multidisciplinare.

Si persegue, a tal fine, un ulteriore sviluppo dell'integrazione con le politiche ambientali anche attraverso il richiamo, negli strumenti di programmazione specifici, di obiettivi ed azioni comuni. Inoltre, si promuove l'attivazione di un percorso comune con il settore dello sviluppo agricolo, finalizzato a sostenere le iniziative che, attraverso la salvaguardia di qualità dei prodotti agricoli toscani, permettano di sviluppare obiettivi di salute, sia in termini di qualità dei cibi, sia in termini di difesa dell'ambiente. A livello tecnico, le finalità comuni si perseguono sviluppando l'integrazione fra strutture, competenze ed operatori della sanità e dell'ambiente, incrementando la collaborazione tra i dipartimenti regionali competenti, l'Agenzia Regionale per la Protezione ambientale della Toscana (ARPAT), l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS), il Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO), l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS), i Dipartimenti di Prevenzione delle aziende unità sanitarie locali, l'Agenzia Regionale per lo Sviluppo e l'Innovazione nel settore Agroforestale (ARSIA), gli Enti locali. Gli interventi sui determinanti ambientali della salute si sviluppano con lo strumento dei Piani integrati di salute.

## Obiettivi

- **Migliorare la qualità dell'aria.**

Individuazione dei centri urbani a maggior rischio, sorveglianza delle condizioni di salute attraverso i dati correnti, produzione di Piani di Salute concertati a livello locale per contenere i parametri di inquinamento.

- **Migliorare la qualità dell'acqua**

Intensificazione della sorveglianza degli inquinanti chimici nell'acqua per uso umano; valutazione dell'impatto sulla salute dei sistemi di potabilizzazione.

- **Migliorare la qualità del suolo**

Valutazione di impatto sulla salute dei Piani di smaltimento dei rifiuti, concertazione a livello locale per individuare le zone a maggior rischio e per attivare interventi di controllo del territorio.

- **Assicurare la qualità degli alimenti.**

Controllo degli alimenti e delle bevande dalla produzione alla trasformazione e somministrazione, con particolare riguardo ai prodotti destinati all'infanzia, alla protezione dalla contaminazione ambientale e alla costruzione di iniziative promozionali per la valorizzazione della agricoltura biologica e della produzione agricola di qualità, anche a fini di miglioramento della salute.

- **Riduzione delle emissioni rumorose**

Valutazione di impatto sulla salute delle emissioni rumorose, concertazione locale per individuare le zone a maggior rischio e per attivare interventi di mitigazione.

- **Riduzione dei rischi di esposizione a campi elettromagnetici**

Valutazione di impatto sulla salute dell'esposizione a campi elettromagnetici, concertazione locale per individuare le zone a maggior rischio, attivazione di interventi di sorveglianza delle condizioni di salute e individuazione di azioni di mitigazione dei fattori di rischio.

- **Assicurare la protezione da radiazioni ionizzanti**

Individuazione delle zone a maggior rischio di esposizione da radiazioni ionizzanti in ambienti di vita e lavoro, nonché in ambienti naturali, attivazione di interventi di sorveglianza delle condizioni di salute e individuazione di azioni di mitigazione dei fattori di rischio.

## Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

- I Piani integrati di salute
- Lavoro e salute
- Sicurezza alimentare
- Strumenti per l'integrazione Ambiente-Salute
- Educazione e promozione della salute, soprattutto in campo alimentare, promozione dell'uso dei mezzi di trasporto pubblico e della raccolta differenziata dei rifiuti

### 2.1.5. Allunghiamo la vita aumentando la sicurezza

Gli infortuni stradali e sul lavoro rappresentano la causa di morte più importante nei giovani di età 15-24 anni; quelli domestici interessano bambini, donne ed anziani provocando morti ed invalidità. E' importante ricordare che si tratta di eventi che sono spesso evitabili con accorgimenti e misure semplici e fattibili. In Toscana, gli infortuni sul lavoro, per quanto decrescenti, sono ancora più alti rispetto alla media nazionale, con più di 100 decessi l'anno. Gli infortuni stradali sono causa di più di 400 decessi l'anno. Circa il 50% dei traumatismi cranio - encefalici invalidanti è dovuto ad infortuni da traffico, con circa 25 casi ogni 100.000 abitanti di conseguenze gravi ogni anno. Un numero di poco minore di decessi è legato agli infortuni domestici. Arezzo e Grosseto rappresentano aree particolarmente a rischio per incidenti stradali.

La Regione Toscana intende operare per aumentare la sicurezza dei cittadini nelle case, sulla strada, sul lavoro e nelle attività del tempo libero, anche attraverso lo sviluppo di comportamenti adeguati a difendere la vita propria ed altrui. Obiettivo del sistema sanitario è quindi aumentare la *competenza* delle persone a salvaguardare la propria vita e salute e quella dei loro cari. Interventi efficaci sono legati ad azioni di prevenzione concertate a livello locale fra i diversi soggetti responsabili della gestione e governo del territorio, con la società civile ed i privati.

L'impatto del Piano sanitario regionale nel ridurre gli infortuni sarà oggetto di valutazione nel triennio, anche attraverso la presentazione al Consiglio regionale, da parte della Giunta regionale, di report annuali di verifica dei risultati conseguiti secondo specifici indicatori orientati alla rilevazione della riduzione dei tassi di mortalità, morbilità e prevenzione del rischio.

#### Obiettivi

- **La sicurezza sulla strada**

Individuazione dei "punti neri" del traffico a livello locale e concertazione di interventi preventivi anche al fine di ridurre l'emissione e l'uso di materiali inquinanti; educazione nelle scuole e nelle comunità locali; analisi degli aspetti critici del trasporto e dell'emergenza per il trattamento degli infortunati.

- **La sicurezza nelle case**

Educazione nelle scuole e nelle comunità locali, rivolta soprattutto alle donne, ai bambini ed agli anziani, finalizzata a migliorare la competenza dei cittadini sulla sicurezza in ambiente domestico.

- **La sicurezza sul lavoro**

Attivazione di interventi di prevenzione e controllo di provata efficacia a livello locale e valutazione di impatto. Riduzione del 20% degli infortuni sul lavoro nel triennio.

- **La sicurezza nel tempo libero**

Educazione a comportamenti prudenti, controllo delle strutture.

#### Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

- **I Piani integrati di salute**
- **Lavoro e salute**
- **Strumenti per l'integrazione Ambiente-Salute**
- **Educazione e promozione della salute per comportamenti sicuri in campo anti-infortunistico**
- **Livelli appropriati di intervento in prevenzione**

### 2.1.6. Per una maggiore competenza delle persone a mantenersi in buona salute

Circa il 12% di tutti i decessi, che ogni anno avvengono in Toscana, è dovuto al fumo di sigaretta, mentre circa il 3-5% è legato ad un eccessivo consumo di bevande alcoliche. I fumatori sono almeno 450.000 uomini e 350.000 donne, mentre coloro che utilizzano bevande alcoliche in quantità "eccessiva" sono circa 200.000. La maggiore frequenza di fumatori si riscontra nelle aziende unità sanitarie locali di Viareggio, Pistoia e Massa Carrara. Aumenta il numero di persone

affette da disturbi del comportamento alimentare con forte incremento del numero di giovani donne sofferenti per anoressia e bulimia.

Le persone sopra peso od obese in Toscana sono circa 250.000; queste ultime sono ad alto rischio per diabete, ipertensione, ricovero e decesso per malattie cardiovascolari e anche per tumori. Lo sport e l'esercizio fisico sono diffusi ma non abbastanza, soprattutto nella età adulta ed anziana. Stili di vita sani nella età giovane ed adulta preparano, oltre che ad una vita di lunga durata, anche ad un invecchiamento in buona salute. La Regione Toscana promuove la competenza dei cittadini a conservare e migliorare la propria salute, producendo informazione e formazione a tutti i livelli, intervenendo anche per garantire il diritto di ciascuno a non essere inquinato dalle abitudini degli altri e promovendo strutture ed occasioni di consiglio ed appoggio per una vita sana. La Sanità collabora con le altre istituzioni del territorio e con le associazioni dei cittadini e dei consumatori, soprattutto a livello di comunità locale.

Il progresso verso stili di vita in favore della salute sarà oggetto di valutazione nel triennio di Piano sanitario regionale. Annualmente la Giunta regionale relaziona al Consiglio regionale riguardo alle azioni intraprese e ai risultati in termini di modifica degli stili di vita della popolazione.

### **Obiettivi**

- **Bere troppo è un comportamento a rischio**

Riduzione dell'uso di alcol per evitare i rischi connessi con gli eccessi di consumo di sostanze alcoliche. Sviluppo della rete dei servizi per la diagnosi precoce e il trattamento per la riduzione dell'alcolismo e per il sostegno alle famiglie.

- **Diminuire i fumatori, salvaguardare i non fumatori**

Lotta al tabagismo ed aiuto a chi vuole smettere di fumare, per ridurre il numero di fumatori attivi e passivi; promozione di un maggior controllo per luoghi pubblici senza fumo. Verifica dell'attuazione delle norme nazionali e regionali contro il fumo.

- **Controllare il peso e mantenersi attivi**

Promozione di comportamenti alimentari favorevoli per la salute anche attraverso azioni educative volte a sviluppare la capacità dei cittadini di operare scelte autonome e consapevoli.

- **Sport ed esercizio fisico**

Concertazione a livello locale di iniziative per lo sport ed esercizio fisico a tutte le età.

### **Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:**

- **Educazione e promozione della salute: fumo, alcol, alimentazione ed esercizio fisico.**
- **I Piani integrati di salute**
- **Sicurezza alimentare**
- **I progetti obiettivo ad alta integrazione socio-sanitaria**
- **La comunicazione**

### **2.1.7. Aiutiamo i bambini a nascere e a crescere bene**

Una bassa mortalità infantile rappresenta un indicatore non solo di salute, ma anche di civiltà. In Toscana, a fronte di una bassa natalità, è anche molto bassa la mortalità infantile (4.6 decessi ogni 1000 nati vivi). Tuttavia vi sono ancora margini di prevenzione; inoltre, esistono delle diversità territoriali con alcune aree della Regione in cui la situazione è meno buona. Per ridurre la mortalità infantile è necessario intervenire per rendere ancora più accessibili ed uniformi i servizi di diagnosi prenatale, per la gravidanza, il parto ed i neonati a rischio, accentuando e valorizzando l'accesso appropriato degli utenti ai diversi livelli assistenziali sulla base del loro bisogno, e sorvegliando gli standard di qualità dei servizi materno - infantili ed i percorsi diagnostici e

terapeutici. Occorre inoltre migliorare la sicurezza per i bambini, soprattutto attraverso la riduzione della infortunistica domestica e stradale, salvaguardare il loro diritto a non vivere in un ambiente inquinato, e promuovere azioni per la valorizzazione dei programmi di prevenzione delle morti in culla. Obiettivo generale a livello regionale è la riduzione di un ulteriore mezzo punto del tasso di mortalità infantile nel triennio.

## Obiettivi

- **Servizi di qualità per le donne e per i bambini**

Sorveglianza degli standard di qualità dell'assistenza alla gravidanza e al parto anche nell'ambito dell'accreditamento; migliore strutturazione della rete di diagnosi prenatale e di assistenza per le gravidanze a rischio, e per i bambini pretermine, nuovi programmi regionali di screening neonatale per malattie metaboliche ereditarie; programmi speciali per gruppi di popolazione socialmente disagiati, come gli immigrati.

- **Il parto naturale è meglio**

Promozione del parto e dell'allattamento naturale nei punti nascita della regione.

- **Prevenire è meglio che curare**

Aumento della copertura vaccinale per le vaccinazioni consigliate.

- **I bambini e la sicurezza**

Attivazione di programmi speciali per gli standard di sicurezza dei bambini sia sulla strada che nelle abitazioni. Valorizzazione dei programmi per la prevenzione della violenza sui bambini. Valorizzazione dei programmi di prevenzione della morte in culla.

- **Il diritto dei bambini a non vivere in ambienti inquinati**

Difesa dei bambini dal fumo passivo; uso di standard di qualità ambientale "a misura di bambino".

- **Il diritto degli adolescenti ad uno sviluppo armonico.**

### Parti del Piano sanitari regionale attinenti agli obiettivi:

- **Lo sviluppo della Carta dei Servizi**
- **Educazione e promozione della salute: gli stili di vita in gravidanza e durante l'allattamento; la sicurezza domestica**
- **I Piani integrati di salute**
- **Progetti obiettivo ad alta integrazione socio-sanitaria: il settore materno - infantile**
- **Linee guida e Percorsi assistenziali**
- **La programmazione a livello di area vasta**
- **Il processo di accreditamento**
- **I livelli appropriati di assistenza**
- **L'applicazione della Carta dei diritti dei bambini in ospedale**
- **Lo sviluppo dell'Ospedale pediatrico regionale**

### 2.1.8. I tumori. Primo non ammalarsi, secondo guarire

In Toscana la mortalità è decrescente per la maggior parte dei tipi di neoplasia, per alcuni a causa di una diminuzione del rischio di ammalarsi (prevenzione primaria nel settore dei tumori del polmone), per altri grazie alla tempestività della diagnosi ed alla qualità delle cure (tumori della mammella), anche la sopravvivenza risulta elevata rispetto alla media nazionale.

Tuttavia ci sono ancora ampi margini d'intervento sia nel campo della prevenzione primaria, che in quello della organizzazione dei servizi diagnostici e terapeutici.

Nel campo della prevenzione primaria la singola esposizione, che, se ridotta, darebbe il maggiore guadagno in termini di vite salvate, è senza dubbio il fumo di sigaretta.

La riduzione dei fumatori ridurrebbe la mortalità per tumori del polmone, della laringe, dell'oro - faringe, della vescica. Importanti margini di prevenzione si hanno anche controllando l'inquinamento, soprattutto atmosferico, e l'esposizione a cancerogeni nei luoghi di lavoro.

Nel campo della diagnosi precoce, si intende proseguire l'azione di diffusione degli screening (mammella, collo dell'utero e colon – retto), che già vede impegnate le aziende unità sanitarie locali, e verificare la possibilità di migliorare la precocità della diagnosi per queste forme tumorali e per altre, anche attraverso i medici di medicina generale.

L'azione di prevenzione sarà rivolta anche alle donne in età post fertile fino a 65 anni.

In ambito diagnostico è obiettivo della Regione ridurre il più possibile le liste d'attesa per i cittadini con un sospetto di neoplasia.

Per quanto riguarda le cure, il follow-up e la riabilitazione, s'intende potenziare la rete dei servizi, migliorarne gli standard di qualità e di accessibilità, rinforzare il supporto al paziente per orientarlo fra i diversi livelli di cura.

Infine la Regione intende impegnarsi per la diffusione, sulla base di programmi terapeutici individuali, della terapia del dolore, delle cure palliative e della assistenza nelle fasi terminali della vita.

#### Obiettivi

- **La prevenzione primaria**

Lotta al tabagismo ed aiuto a chi vuole smettere di fumare, per ridurre il numero di fumatori attivi e passivi; interventi sull'ambiente di vita e di lavoro per ridurre l'esposizione a cancerogeni ambientali, interventi di educazione sanitaria per promuovere abitudini alimentari e stili di vita che possano diminuire il rischio di ammalarsi.

- **Gli screening e la diagnostica**

Estensione della copertura degli screening per mammella, collo dell'utero e colon retto; fattibilità della diagnosi precoce per il melanoma; riduzione delle liste d'attesa diagnostiche e specialistiche per i pazienti oncologici.

- **La rete delle cure**

Migliore definizione della rete dei servizi e dei livelli di assistenza ed identificazione di Centri di riferimento, anche in relazione con il processo di accreditamento; valorizzazione dell'assistenza domiciliare e delle strutture sanitarie residenziali.

#### Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

- **Educazione e promozione della salute: fumo e sana alimentazione**
- **I Piani integrati di salute**
- **Lavoro e salute**
- **Azione programmata oncologia**
- **L'appropriatezza e le liste di attesa**
- **Linee guida e percorsi assistenziali**
- **La programmazione a livello di area vasta**
- **Il processo di accreditamento**
- **Cure palliative e terapia del dolore**

### 2.1.9. Vivere più a lungo in salute: le malattie del sistema cardiovascolare

La prevenzione e la terapia delle malattie cardiovascolari rappresentano strumenti fondamentali per assicurare alla popolazione una vita più lunga ed un invecchiamento in buona salute. Sovrappeso, fumo di sigaretta, sedentarietà, ipertensione e diabete rappresentano infatti le principali cause di angina di cuore, infarto, ictus e scompenso di cuore; queste a loro volta sono causa di ospedalizzazione, disabilità e anche decesso. Pur essendo la Toscana un'area a rischio medio - basso per queste patologie, esse rappresentano una parte imponente delle malattie dell'età adulta ed anziana: le malattie del sistema circolatorio causano da sole il 30% dei decessi; circa il 30% della popolazione adulta è ipertesa e il 10% degli ultrasessantacinquenni è affetto da scompenso cardiaco, mentre circa il 12% è affetto da diabete. La cessazione del fumo, una dieta appropriata ed un adeguato trattamento di ipertensione e diabete rappresentano gli strumenti più efficaci per ridurre malattie e morti per queste cause.

Obiettivo del Piano sanitario regionale è di promuovere la prevenzione delle malattie cardiovascolari con le loro conseguenze e di fornire a tutti coloro che si ammalano cure appropriate, tempestive e di buona qualità. Protagonisti della prevenzione sono i medici di medicina generale insieme con le comunità locali, le associazioni dei cittadini, gli specialisti. Gli strumenti sono gli interventi di comunità e le linee guida di diagnosi, trattamento e follow-up. Per il soggetto ammalato, s'intende assicurare, su tutto il territorio regionale, l'arrivo tempestivo in ospedale e l'accessibilità a cure appropriate. Strumenti sono la accresciuta consapevolezza dei cittadini, la rete dei 118, la programmazione della rete dei servizi e dei percorsi terapeutici, l'appropriatezza dei trattamenti.

#### Obiettivi

- **La prevenzione primaria**  
Lotta al tabagismo ed aiuto a chi vuole smettere di fumare, per ridurre il numero di fumatori attivi e passivi; concertazione, applicazione e valutazione di linee guida per il trattamento appropriato del sovrappeso, del diabete e dell'ipertensione.
- **La cura delle malattie di cuore**  
Migliore e più uniforme organizzazione del 118, identificazione ed applicazione di standard di qualità, appropriatezza ed accessibilità delle cure in particolare per angina, infarto e scompenso cardiaco.
- **La riabilitazione**  
Identificazione ed applicazione di standard di qualità, appropriatezza ed accessibilità degli interventi riabilitativi in ambito cardiologico e dell'ictus.

#### Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

- **Educazione e promozione della salute: lotta al tabagismo, orientamenti per una alimentazione sana**
- **Azione programmata emergenza - urgenza**
- **Linee guida e percorsi assistenziali**
- **L'appropriatezza e le liste d'attesa**
- **Azione programmata patologie cardiovascolari**
- **La programmazione a livello di area vasta**

## 2.1.10. I servizi per le persone anziane

Si prevede che saranno più di 800.000 i cittadini toscani con 65 anni o più nel 2005, e di questi quasi 250.000 avranno 75 anni o più. La maggioranza di questi anziani (circa l'80%) sarà autonoma ed in salute, purché supportata da un ambiente sociale, abitativo e di sicurezza economica adeguato. Il grado di autosufficienza socio-sanitaria dovrà essere commisurato ai parametri definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Circa 86.000 persone si troveranno nella necessità di ricevere un aiuto saltuario per svolgere azioni relativamente complesse, circa 61.000 dovranno essere aiutate ogni giorno anche se non in modo costante, mentre da 22.000 a 28.000 persone avranno la necessità di una assistenza costante, essendo impediti nelle funzioni essenziali per la vita quotidiana. Questo scenario può essere migliorato ritardando l'insorgenza della disabilità con azioni di prevenzione, soprattutto rivolte a quella fascia di anziani che rischia di perdere la propria autonomia per l'insorgere di una patologia acuta o per progressiva perdita di funzioni (anziani "fragili"). La prevenzione della disabilità è quindi una sfida che la Toscana intende affrontare soprattutto a livello del territorio, ma anche ponendosi il problema dell'appropriatezza e dell'accessibilità delle cure per gli anziani con patologia acuta.

Qualunque condizione di disabilità è compatibile con la permanenza al proprio domicilio, purché vi sia una rete familiare, amicale e sociale disponibile e soprattutto adeguatamente appoggiata con programmi assistenziali personalizzati ed appropriati. La Regione Toscana intende valorizzare ed incentivare la permanenza al domicilio degli anziani disabili, purché ve ne siano le condizioni, appoggiando in questo le famiglie e la rete sociale. Intende inoltre impegnarsi ulteriormente per offrire una assistenza adeguata e dignitosa a coloro che non possono rimanere al proprio domicilio. A tal fine, si impegna ad ampliare la rete territoriale di supporto agli anziani e alle famiglie, e nel contempo a personalizzare e qualificare l'offerta istituzionale per gli anziani disabili. Il presente Piano sanitario regionale si pone l'obiettivo primario di promuovere una stretta collaborazione fra Enti locali, Sanità e terzo settore non profit per adeguare e gestire i servizi di assistenza agli anziani.

L'adeguatezza rispetto al bisogno dei servizi agli anziani, soprattutto di quelli domiciliari, sarà oggetto di valutazione nel triennio, anche mediante la presentazione al Consiglio regionale da parte della Giunta regionale di report annuali di verifica dei risultati conseguiti in ordine alla realizzazione di progetti socio – sanitari integrati da parte delle zone-distretto, tesi a dimostrare altresì il grado di apprezzamento e di soddisfazione delle comunità locali.

### Obiettivi

- **Prevenire la disabilità**

Interventi di prevenzione primaria finalizzati a mantenere la mobilità fisica e psicologica degli anziani; appropriatezza delle cure negli ospedali per acuti e di riabilitazione.

- **Allargare e qualificare l'offerta di assistenza domiciliare**

Migliore integrazione sanitaria e sociale. Inserimento nelle attività di assistenza domiciliare del "terzo settore" e del privato. Ampliamento dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza domiciliare integrata.

- **Adeguare e qualificare l'offerta residenziale**

Personalizzazione del programma assistenziale, adeguamento e qualificazione dell'attività residenziale, revisione dei criteri di accreditamento.

### Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

- **Le Zone le Società della Salute**
- **I Piani integrati di salute**
- **Educazione e promozione della salute**
- **Azione ad alta integrazione socio-sanitaria "Anziani"**
- **Linee guida e percorsi assistenziali**
- **L'appropriatezza nelle cure**
- **Il processo di accreditamento**
- **Lo sviluppo della Carta dei Servizi**

## 2.2. LA PARTECIPAZIONE: SERVIZI TERRITORIALI PER LE COMUNITÀ LOCALI

Oggi, anche sulla base del mutato scenario politico ed istituzionale, la conferma del ruolo strategico dell'assistenza territoriale implica una sua vera e propria riforma. In Toscana è possibile avviare tale riforma, perché essa si basa sui solidi risultati di un impegno ormai storico rispetto alla assistenza territoriale. Peraltro, è da notare che l'assetto organizzativo dei servizi territoriali, così come delineato dal precedente Piano sanitario e dalla normativa regionale, ha presentato alcuni elementi di criticità, soprattutto in termini di rapporti tra zone e distretti, e tra zone ed aziende unità sanitarie locali.

L'avvio della riforma dell'assistenza territoriale comporta:

- la *semplificazione* dei livelli istituzionali e la migliore definizione dei rispettivi ruoli;
- l'effettiva *integrazione* fra soggetti responsabili del governo territoriale e della erogazione di servizi, finalizzata ad obiettivi di salute per la comunità locale;
- l'*ampliamento* delle potenzialità di soddisfazione dei bisogni attraverso il coinvolgimento di nuovi soggetti;
- il maggiore *radicamento* e consenso degli interventi nelle comunità locali;
- un *governo della domanda* efficace e condiviso.

La riforma della organizzazione sanitaria territoriale riguarda tutto il territorio regionale e promuove il passaggio culturale ed operativo da *erogazione di assistenza territoriale a realizzazione di Piani integrati di salute*.

Al fine di valorizzare appieno i suddetti principi ed individuare forme organizzative ed istituzionali più idonee per la loro attuazione, è prevista, in alcuni territori, la *sperimentazione* di nuovi assetti organizzativi, denominati di seguito "*Società della salute*", di cui al paragrafo 2.2.7., con finalità di gestione integrata dei servizi territoriali, di governo della domanda e di coinvolgimento di nuovi soggetti. S'intende realizzare la sperimentazione in alcune aree, sulla base della disponibilità dei soggetti coinvolti a livello locale, comuni ed azienda unità sanitaria locale, e sulla base di protocolli concertati tra la Giunta regionale, le Conferenze dei sindaci e le aziende unità sanitarie locali interessate.

### 2.2.1. Il nuovo assetto delle zone: l'unificazione funzionale tra zona e distretto

Si procede a configurare un solo livello locale di governo, coincidente con l'attuale assetto delle zone, comprendente sia le funzioni attuali della zona che quelle del distretto. Sulla base dell'esperienza si nota che la distinzione tra i due livelli può determinare sovrapposizioni di funzione e confusione di ruoli.

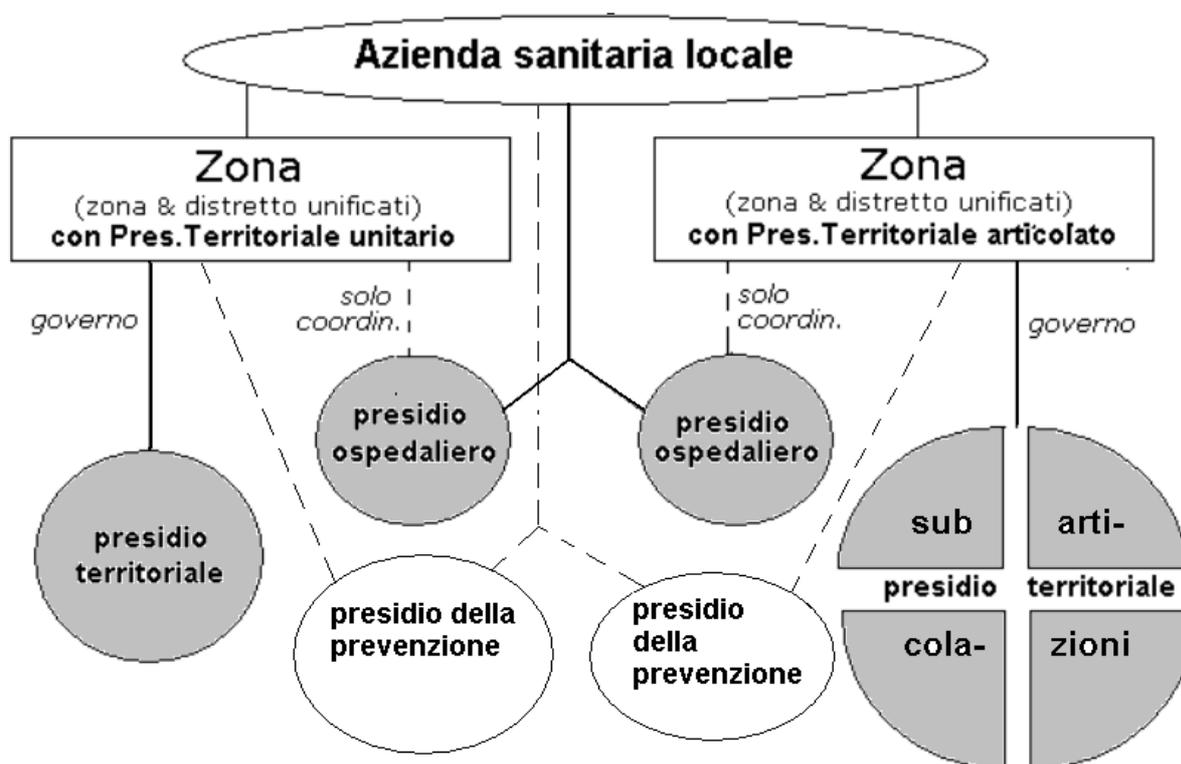
Per il profilo istituzionale, nel Piano sanitario regionale si intende la dizione "distretto" presente nella legislazione nazionale come equivalente alla unificazione funzionale fra zona e distretto, indicata di seguito col termine di "zona - distretto", che viene utilizzato per coerenza con la terminologia vigente nell'attuale normativa regionale. Le aziende unità sanitarie locali sono impegnate ad avviare, entro tre mesi dalla approvazione del Piano sanitario regionale, le procedure di unificazione degli ambiti territoriali dei distretti con quelli delle zone, attenendosi agli indirizzi organizzativi di seguito definiti. La Giunta regionale promuove forme di consultazione e confronto, in sede regionale, con i responsabili di zona-distretto al fine di valutare l'avanzamento dei processi di riorganizzazione delle funzioni distrettuali e le ricadute operative degli atti regionali di programmazione e indirizzo.

La zona-distretto rappresenta la struttura di base del sistema sanitario regionale e dell'organizzazione aziendale. In essa deve ritrovarsi l'unità e la globalità delle prestazioni, è in essa che si può realizzare la protezione efficace della salute a misura d'uomo, attraverso un'adeguata azione preventiva, che valorizzi il ruolo del medico di famiglia, le attività consultoriali, quelle sociali e domiciliari. E' soprattutto in tale ambito che va realizzata la partecipazione e la responsabilizzazione della comunità alla protezione della salute.

Sul territorio della zona - distretto operano un "Presidio Ospedaliero", che raggruppa stabilimenti e reparti ospedalieri, ed un "Presidio Territoriale", che rappresenta l'insieme dei presidi di erogazione delle attività assistenziali territoriali e specialistiche di primo livello, sociali e sanitarie, oggi prevalentemente compresi negli attuali distretti. Le funzioni della zona - distretto comprendono sia il governo della domanda che la gestione ed il coordinamento dell'offerta sul

territorio di competenza. Nella gestione del Presidio Ospedaliero rimane forte la presenza diretta del centro direzionale, mentre in quella del Presidio Territoriale è presente un esercizio locale tramite la zona - distretto, che assicura anche il coordinamento con le attività ospedaliere. Nelle zone - distretto, in cui attualmente sono previsti più distretti, questi ultimi costituiscono articolazioni decentrate del Presidio Territoriale. Nella zona - distretto viene identificata una figura unica di responsabile con funzioni dirigenziali.

Lo schema seguente rappresenta quanto sopra enunciato.



La Conferenza dei Sindaci continua a svolgere il proprio ruolo di programmazione delle attività ospedaliere e territoriali, concertando con l'azienda unità sanitaria locale modalità e caratteristiche di sviluppo dei servizi territoriali sociali e sanitari integrati; promuove inoltre e partecipa con le proprie risorse ad azioni di governo integrato del territorio secondo obiettivi di salute, utilizzando lo strumento dei Piani integrati di salute di cui al paragrafo 3.1.2.

L'azienda unità sanitaria locale assicura alla Conferenza dei Sindaci un sistema informativo integrato, necessario all'esercizio della funzione di vigilanza, di quella di controllo di risultati e di riprogrammazione del Piano socio-sanitario.

A livello di zona - distretto quindi sono presenti le seguenti funzioni:

- la programmazione dell'offerta sociale e sanitaria integrata ed il controllo dell'uso delle risorse sul proprio territorio, assicurata dall'articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci, di concerto con l'azienda unità sanitaria locale;
- il governo dei Presidi Territoriali;
- il coordinamento tra le attività ospedaliere, le attività territoriali e quelle di prevenzione;
- la rilevazione, l'orientamento e la valutazione della domanda sociale e sanitaria e la verifica del grado di soddisfacimento.

La funzione dei Presidi Territoriali, con le loro eventuali articolazioni, consiste nella gestione ed erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, attuata dagli operatori sanitari e sociali, attraverso forme il più possibile coordinate ed integrate. Le direzioni di zona - distretto sono coinvolte in forme di consultazione e confronto in sede regionale, al fine di valutare l'avanzamento dei processi di riorganizzazione delle funzioni distrettuali e le ricadute operative degli atti regionali di programmazione e indirizzo

I risultati ottenuti, in termini di orientamento della domanda e di adeguamento dell'offerta, sono resi disponibili nell'ambito della Relazione sanitaria annuale di zona - distretto, che costituisce parte integrante della Relazione Sanitaria Aziendale. Essa conterrà, fra l'altro, i risultati della azione di integrazione ospedale - territorio. La programmazione di zona - distretto è parte integrante del Piano Attuativo Locale (PAL), tiene conto dei contenuti del Piano Sociale di Zona di iniziativa dei comuni, nonché delle necessità di integrazione fra servizi ospedalieri e territoriali.

In ogni zona – distretto saranno presenti capacità gestionali ed assicurate funzioni di supporto epidemiologiche, economico sanitarie e manageriali, anche utilizzando le strutture aziendali e regionali competenti in materia

### **2.2.2. L'orientamento della domanda**

La domanda di servizi é rilevata unitariamente a livello di zona - distretto, il governo della domanda si realizza con la gestione e il controllo delle prescrizioni e mediante la valutazione complessiva dei consumi. La prima attività è affidata principalmente ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, agli specialisti ambulatoriali ed agli operatori sanitari territoriali. Per gli interventi e le prestazioni socio - sanitarie integrate la gestione e il controllo delle prestazioni sono affidate ai nuclei di valutazione e ai gruppi operativi multidisciplinari; per le prestazioni sociali e socio assistenziali agli operatori del servizio sociale professionale. E' compito di tutti questi operatori perseguire l'appropriatezza delle prescrizioni, anche mediante l'applicazione di linee guida e percorsi assistenziali. La valutazione dei consumi è affidata alla zona - distretto mediante strumenti di controllo budgetario.

Il *budget virtuale di zona - distretto* consiste nell'analisi dei bisogni e dei consumi degli utenti, sia nel loro insieme che nelle loro categorie economiche ed epidemiologiche, valutati sulla base del livello programmato e compatibile di spesa, calcolato in funzione dei parametri di bisogno dei cittadini/e. La metodologia di calcolo deve essere omogenea per tutte le zone - distretto, e prevedere per i consumi di soggetti con patologia grave e complessa, la cui gestione è prevalentemente a livello di alta specialità ospedaliera, la possibile esclusione dal budget. La Giunta regionale è impegnata a produrre, entro sei mesi dall'approvazione del Piano sanitario regionale, linee di indirizzo per il calcolo della spesa attesa a livello di zona - distretto. I costi rilevati a fine esercizio devono evidenziare se la spesa della zona - distretto abbia mantenuto o meno i livelli previsti. La valutazione positiva o negativa del budget dovrà essere integrata per quanto possibile sulla base di indicatori di risultato. Risultati positivi comportano incentivi positivi per gli operatori ed il reinvestimento di una quota dell'eventuale risparmio in strumenti per il miglioramento dei contenuti e delle modalità di erogazione delle prestazioni. Il sistema informativo sostiene adeguatamente le esigenze di valutazione dei consumi e della qualità delle prestazioni a livello di zona - distretto, fornendo tempestivamente le informazioni individuali inerenti i principali consumi sanitari e sociali.

La Conferenza dei Sindaci, tramite le proprie articolazioni zonali, svolge un ruolo centrale nell'orientamento della domanda, sia individuando i settori carenti in termini quantitativi o qualitativi, sia intervenendo sull'utenza con azioni di informazione e di consenso quando vi sia indicazione di consumi eccessivi o inappropriati.

La Conferenza dei Sindaci esprime parere sul budget virtuale di zona - distretto, e a tal fine usufruisce a pieno del supporto tecnico dell'azienda unità sanitaria locale, che si dota di adeguate competenze.

### **2.2.3. La gestione dell'offerta**

I servizi territoriali sono erogati dai Presidi Territoriali nell'ambito delle zone - distretto. L'azienda unità sanitaria locale assicura la unitarietà del sistema assistenziale territoriale attraverso l'indirizzo e il coordinamento delle diverse zone - distretto, con particolare attenzione alle modalità operative dei servizi ad alta integrazione. Per i servizi della salute mentale, dipendenze, maternità – infanzia e per i servizi sociali è previsto un livello aziendale di coordinamento tecnico. Si conferma il carattere dipartimentale a livello aziendale della Prevenzione collettiva; per tale Dipartimento è prevista l'articolazione in Aree funzionali di zona -

distretto, al fine di consentire l'adeguata integrazione delle attività di prevenzione con i servizi territoriali.

E' compito della zona - distretto il coordinamento dei servizi gestiti dai Presidi Territoriali con quelli erogati dal Presidio Ospedaliero di riferimento e con le articolazioni zonali dei servizi di Prevenzione. In particolare, la zona - distretto concerta obbligatoriamente con il Presidio Ospedaliero di riferimento il dimensionamento e le modalità di erogazione delle prestazioni diagnostiche e specialistiche ambulatoriali erogate in sede ospedaliera, sulla base dei bisogni attesi nella propria comunità locale e dell'integrazione con le attività svolte nei presidi extraospedalieri. L'azienda unità sanitaria locale assicura la piena collaborazione ed integrazione dei diversi servizi, garantendo così la unitarietà dei percorsi assistenziali.

La popolazione fa riferimento ad una zona - distretto in funzione della propria presenza sul territorio. Gli assistiti di uno stesso medico di medicina generale o pediatra di libera scelta sono attribuiti allo stesso Presidio Territoriale. La zona - distretto promuove la costituzione di équipe socio sanitarie integrate territoriali, costituite da operatori medici, altri operatori sanitari ed operatori sociali, che prestano la loro attività in favore della medesima popolazione.

La popolazione deve potersi avvalere di un sistema integrato di prenotazione delle prestazioni, il Centro Unico Prenotazione (CUP), al quale afferiscono sia i servizi sanitari, compresi quelli ospedalieri, che quelli sociali.

Per quanto riguarda l'attività ospedaliera, le aziende unità sanitarie locali garantiscano, nella propria programmazione, volumi di prestazioni adeguati al bisogno espresso dalle zone - distretto, fermo restando il rispetto degli obiettivi regionali di deospedalizzazione e di compatibilità con le risorse allo scopo attribuite.

#### **2.2.4. La definizione e la valorizzazione delle attività socio sanitarie territoriali**

Entro il triennio di vigenza del Piano sanitario regionale, la Giunta regionale provvede ad una completa definizione e progressiva valorizzazione, anche ai fini dell'individuazione della spesa, delle attività socio sanitarie erogate dai Presidi Territoriali. Ciò è necessario sia per la razionalizzazione ed il controllo della qualità delle prestazioni e della spesa, che per la realizzazione del budget di zona - distretto.

Nel settore dell'assistenza territoriale sono aperti problemi più complessi di classificazione delle attività rispetto ai ricoveri ed alle prestazioni specialistiche. Per tali motivi saranno messi a punto sistemi di valorizzazione innovativi, indirizzati, ove possibile, a classificare unitariamente l'intero programma assistenziale individuale, soprattutto laddove la personalizzazione del programma e la sua complessità rendono artificiosa ed inefficace la valorizzazione per singole prestazioni.

Vengono inoltre definite modalità organizzative per garantire che all'unicità della valorizzazione corrisponda l'identificazione del soggetto responsabile del programma assistenziale, anche prevedendo, quando necessario, la figura dell'operatore di riferimento, che prende in carico l'intero episodio di cura.

#### **2.2.5. Il ruolo dei medici convenzionati e degli altri operatori sanitari a livello territoriale**

L'attribuzione ai Presidi Territoriali dell'insieme degli utenti, che hanno scelto i medici afferenti al presidio stesso, intende incentivare i medici a trovare forme di lavoro comune ed integrato con gli altri operatori territoriali. A livello di Presidi Territoriali devono essere previste forme di maggior responsabilizzazione e coinvolgimento dei medici convenzionati, anche in termini di responsabilità gestionale. L'obiettivo è che gli operatori territoriali sentano l'azienda sanitaria come la "loro" azienda, ed il suo futuro organizzativo ed economico come molto vicino al loro personale futuro professionale.

All'individuazione delle forme di partecipazione provvede la Giunta regionale sulla base degli esiti dei lavori delle Commissioni Tecniche previste negli accordi integrativi regionali per i medici convenzionati.

All'interno dei Presidi è prevista l'incentivazione di forme di collaborazione e associazione professionale tra medici e con gli altri operatori, e l'attivazione di servizi ed attività, che riportino al territorio forme di assistenza inappropriatamente oggi erogate a livello ospedaliero. Medici ed

operatori territoriali associati possono proporre sperimentazioni locali di alternative organizzative quali, ad esempio, la realizzazione di “Servizi di reperibilità”, attività di Pronto Soccorso minore, “Guardia Sociale”, partecipazione a Ospedali di Comunità.

La valutazione del budget di zona - distretto, e quindi anche di Presidio Territoriale, vedrà coinvolti attivamente i medici, tanto nella sua esecuzione che nelle sue conseguenze, in termini di provvedimenti incentivanti e disincentivanti.

Nell’ambito dello sviluppo delle funzioni dell’articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci in termini di indirizzo e programmazione dell’attività dei servizi socio – sanitari di zona – distretto e di valutazione e controllo dei risultati di salute conseguiti, è valorizzato l’apporto dei medici convenzionati alle funzioni tecniche delle segreterie di supporto, attraverso una partecipazione all’attività di idonea rappresentanza.

### **2.2.6. Erogazione di livelli assistenziali integrativi**

L’azienda unità sanitaria locale, a livello dei propri servizi territoriali, può prevedere l’erogazione di livelli assistenziali integrativi rispetto a quelli assicurati dal servizio sanitario regionale, oppure il loro ampliamento quantitativo. Tali iniziative sono intraprese, secondo le vigenti disposizioni di cui all’articolo 30 della legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 (Riordino delle norme per l’organizzazione del servizio sanitario regionale), nel caso in cui siano assicurate adeguate risorse aggiuntive, anche con il contributo dei comuni, per la copertura finanziaria diretta, parziale o totale, configurando così un livello di assistenza integrativa a carattere territoriale e universalistico.

Allo scopo di attivare forme di mutualità sanitaria integrativa, ai sensi dell’articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale), la Giunta regionale costituisce apposito gruppo di studio, con la partecipazione di esperti delle parti sociali, con il compito di verificare le esperienze esistenti e di predisporre, entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, un modello toscano che coinvolga soggetti presenti sul territorio. Gli esiti dello studio saranno oggetto di concertazione a livello regionale, fermo restando che il modello si rivolge a prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza, deve considerarsi di supporto ed integrazione del servizio pubblico ed inserito nella programmazione.

Resta ferma la copertura universalistica del sistema sanitario regionale in ordine al livello di garanzia da assicurare ai cittadini toscani. La Regione Toscana stabilisce regole con le quali definire il campo, i requisiti, e anche le condizioni di accesso ai livelli essenziali di assistenza. Questa funzione si esplicita attraverso la regolamentazione, il sostegno, l’incentivo e quindi anche il controllo sotto il profilo della qualità e della universalità.

### **2.2.7. Le Società della Salute**

Il concetto di distretto, inteso come livello a cui collocare l’organizzazione di base del sistema sanitario integrato con quello socio assistenziale, è sempre stato presente nella normativa sanitaria, ma scarsamente realizzato seppur molto discusso ed ampiamente regolamentato.

La Toscana ha scelto di diventare oggi il luogo di rilancio di questa cultura, a partire dai comuni, dalla società civile, dalle associazioni, dall’esperienza dei suoi servizi territoriali, e a questo fine in alcune realtà le funzioni della zona - distretto vengono affidate in forma di sperimentazione gestionale ed organismi denominati Società della Salute (SdS).

Le Società della Salute rappresentano una nuova soluzione organizzativa dell’assistenza territoriale, che sarà oggetto di sperimentazione nel corso del presente Piano sanitario regionale, tale soluzione è caratterizzata da cinque aspetti qualificanti:

- coinvolgimento delle comunità locali,
- garanzia di qualità e di appropriatezza,
- controllo e certezza dei costi,
- universalismo ed equità,
- Imprenditorialità *non profit*.

### **2.2.7.1. Perché sperimentare le Società della Salute**

La Società della Salute si basa sulla garanzia dell'universalismo e dell'equità, senza alcuna selezione per livelli di rischio, per caratteristiche socio - economiche o demografiche, per capacità contributiva o per appartenenza etnica o ideologica e deve avere comunque carattere non lucrativo.

La comunità locale, rappresentata dal comune e articolata in tutte le componenti della società civile, diventa protagonista della tutela della salute e del benessere sociale.

Rispetto all'assetto istituzionale delineato nei precedenti paragrafi, nell'ambito della sperimentazione, il comune non assume solo funzioni di programmazione e controllo, ma "compartecipa" ad un governo comune del territorio finalizzato ad obiettivi di salute e diviene a tutti gli effetti "cogestore" dei servizi socio - sanitari territoriali. Si intende così realizzare appieno l'integrazione sociale e sanitaria, e promuovere l'integrazione fra tutela dell'ambiente e tutela della salute.

Le Società della Salute rappresentano uno strumento per garantire maggiore appropriatezza delle prestazioni, maggior controllo della spesa, effettivo coinvolgimento e maggior soddisfazione degli operatori, maggior consenso della popolazione. Le energie positive presenti nella società civile, ed in particolare del volontariato e del terzo settore, essendo ricomprese nel processo gestionale pubblico, arricchiscono il sistema locale della salute in un quadro di qualità e permettono l'ampliamento delle potenzialità di offerta per settori assistenziali attualmente carenti o non previsti.

L'unitarietà del sistema è garantita dalla unicità del soggetto erogatore.

### **2.2.7.2. Le soluzioni istituzionali ed organizzative**

Al governo della Società della Salute partecipano i diversi attori del sistema territoriale, in primo luogo ed i comuni e l'azienda unità sanitaria locale: la rappresentanza comunale è composta da Sindaci o loro delegati, quella aziendale dal direttore generale e da altri dirigenti delle funzioni aziendali interessati. L'azienda unità sanitaria locale può inserire nella propria rappresentanza medici convenzionati. Possono essere chiamati a partecipare alle Società della Salute, con modalità da definire nell'ambito delle linee di indirizzo della sperimentazione, altri attori del sistema socio - sanitario territoriale, ed in particolare il volontariato, il terzo settore e le IPAB. Possono essere chiamati a collaborare, tramite rapporti convenzionali, produttori privati presenti nell'ambito di competenza.

L'organo di governo della Società della Salute nomina, con modalità da definire nell'ambito delle linee di indirizzo, di cui al paragrafo 2.2.7.5, un direttore tecnico che, nell'arco del mandato, assuma il ruolo di *manager* della Società della Salute e di responsabile di zona - distretto, con autonomia e responsabilità gestionale, che si può avvalere di un organismo di direzione. L'accesso al ruolo di direttore avviene sulla base di caratteristiche professionali e di esperienza, che verranno stabilite nell'ambito delle suddette linee di indirizzo della sperimentazione, e comunque non inferiori a quelle previste per i responsabili di zona - distretto.

Le Società della Salute sono società miste, senza scopo di lucro, in cui la presenza delle aziende sanitarie garantisce l'unitarietà del sistema sanitario, e la presenza dei comuni assicura la rappresentanza delle comunità locali, l'integrazione tra il settore sociale e sanitario e la condivisione di obiettivi di salute da perseguire con interventi integrati. La Società della Salute ha come fine istituzionale la salute ed il benessere sociale e non solo l'offerta di prestazioni, e ha come presupposto quello di favorire la partecipazione alle scelte in merito ai servizi socio - sanitari dei cittadini/e che attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative ne fanno parte.

L'attività delle Società della Salute è impostata utilizzando lo strumento dei Piani integrati di salute di cui al paragrafo 3.1.2..

Per quanto riguarda la remunerazione degli organi societari, fatta salva la direzione tecnica, si applicano le disposizioni dell'articolo 19 *quater* del d.lgs. 502/1992. I finanziamenti dedicati, contenuti nel fondo speciale di cui al paragrafo 3.3.2.3., sono finalizzati allo sviluppo innovativo delle esperienze, con particolare riferimento alle funzioni di conoscenza e di valutazione.

### **2.2.7.3. Il ruolo delle Società della Salute**

Le aziende unità sanitarie locali e i comuni garantiscono ai cittadini/e di poter usufruire dei servizi territoriali nell'ambito dei livelli di assistenza e degli standard regionali attraverso la Società della Salute.

Le Società della Salute svolgono il ruolo di gestore ed erogatore delle cure primarie, delle attività socio-sanitarie e di quelle specialistiche di base che vengono prodotte direttamente o acquistate da produttori esterni. Le Società della Salute definiscono i propri ruoli, compiti, finanziamenti tramite accordi fra le aziende unità sanitarie locali ed i comuni a livello di zona - distretto, con il coordinamento e il controllo direzionale della Regione; gli accordi sono bilaterali, pur rispettando regole comuni sulla base di quanto stabilito dalla Regione. Poiché nel corso del presente Piano sanitario regionale le Società della Salute sono attivate in fase sperimentale, non devono necessariamente coprire gli stessi settori assistenziali o fare riferimento ad una intera zona - distretto. In quest'ultimo caso la zona - distretto assicura la gestione dei settori assistenziali o degli ambiti territoriali non coperti dalla Società della salute di quel territorio.

Per quanto riguarda le prestazioni specialistiche erogate in ambito ospedaliero, la loro quantità e modalità di erogazione è obbligatoriamente concertata dalla Società della Salute con i soggetti erogatori, sulla base dei bisogni e dei volumi attesi. La Società della Salute attiva a tal fine accordi bilaterali con i principali ospedali erogatori, in primo luogo con l'ospedale di riferimento della zona - distretto. Per quanto riguarda le prestazioni ospedaliere, le Società della Salute garantiscono il rispetto dei volumi di prestazioni definiti dalla programmazione regionale e locale, nell'ambito delle proprie funzioni di controllo della domanda. L'azienda unità sanitaria locale assicura la coerenza della programmazione e la continuità assistenziale, nell'ambito dei percorsi assistenziali, fra ospedale e territorio. L'eventuale superamento dei tassi di ospedalizzazione programmati comporta la analisi e la valutazione delle sue cause. Nell'ambito delle linee di indirizzo della sperimentazione saranno definite le modalità delle eventuali conseguenze economiche del superamento dei volumi attesi, definiti ai sensi della programmazione regionale e locale, sia per la Società della salute che per i principali soggetti erogatori del ricovero.

Gli atti obbligatori di governo che devono essere prodotti dalla Società della Salute sono:

- Atto di concertazione con i Presidi Ospedalieri per definire le modalità della integrazione ospedale - territorio per quanto attiene la specialistica ambulatoriale e le liste d'attesa, la continuità dei percorsi assistenziali in caso di ricovero anche nell'ambito di linee guida, il fabbisogno e l'accesso al ricovero;
- Piano integrato di salute, sostitutivo del Piano di zona - distretto e del Piano sociale di zona; tale Piano, in termini di contenuti sanitari, costituisce attuazione del Piano attuativo locale;
- Progetti integrati per obiettivi di salute su tematiche prioritarie e rilevanti;
- Relazione socio - sanitaria annuale sulle condizioni di realizzazione della sperimentazione, sulla base delle linee di indirizzo regionali; tale relazione fa parte integrante della Relazione sanitaria di azienda unità sanitaria locale;
- Adozione del budget virtuale di zona - distretto e valutazione della sua attuazione anche in termini di definizione degli strumenti incentivanti connessi;
- Atto di definizione preventiva dei costi e dei ricavi relativi alle risorse e alle attività direttamente gestite, nonché controllo trimestrale e consuntivo dell'equilibrio economico di gestione.

Tutti gli atti di governo di cui sopra sono trasmessi al Gruppo di valutazione regionale ed alla Consulta regionale, di cui al paragrafo 2.2.7.5, che ne tiene conto nella propria valutazione sulla base delle linee di indirizzo della sperimentazione. Gli atti sopraindicati e quelli ulteriori eventualmente previsti dalle linee di indirizzo della sperimentazione sono oggetto di concertazione con le Organizzazioni Sindacali di livello locale.

### **2.2.7.4. Le modalità di funzionamento**

La sperimentazione delle Società della Salute è limitata alle realtà in cui i soggetti interessati, comuni ed azienda unità sanitaria locale, concordano ed esprimono la loro disponibilità. La sperimentazione si sviluppa nell'arco del triennio. La Giunta regionale riferisce periodicamente

al Consiglio regionale sugli esiti della sperimentazione. I progetti di sperimentazione devono prevedere le modalità di eventuale reversibilità delle Società della Salute alla condizione organizzativa precedente.

Le Società della Salute sono finanziate dalle aziende unità sanitarie locali con la parte della quota capitaria, corrispondente ai servizi definiti nel loro contratto di erogazione, e dai comuni con i fondi corrispondenti ai servizi sociali, che si impegnano ad erogare.

Finanziamenti da eventuali *sponsor* privati possono essere acquisiti purché non si producano conflitti di interesse.

Le Società della Salute sono tenute ad applicare le linee guida e gli indirizzi emanati dalla Regione in merito all'appropriatezza delle prestazioni e alle modalità di accesso alle stesse. Nell'ambito delle Società della Salute possono essere sperimentati, previo accordo con le organizzazioni sindacali e nell'ambito degli indirizzi contenuti nell'atto di cui al paragrafo 2.2.7.5, adattamenti organizzativi e funzionali, qualora autorizzati dalla Regione, rispetto alle indicazioni del Piano sanitario regionale, finalizzati soprattutto all'utilizzo funzionalmente integrato del personale per le attività che comportano integrazione, in particolare quella socio - sanitaria. Le proposte di deroga conseguenti devono essere esplicitate nel progetto di sperimentazione e suffragate da criteri giustificati della deroga stessa e comunque devono essere riaffidate alla competenza del Consiglio regionale, quando modificative del Piano sanitario regionale e delle linee di indirizzo sulla sperimentazione.

Le Società della Salute sono tenute a garantire l'equilibrio economico tra costi e ricavi.

Eventuali squilibri finanziari non possono essere posti automaticamente a carico del fondo sanitario regionale e determinano lo scioglimento della Società della Salute. La separazione finanziaria tra aziende unità sanitarie locali e Società della salute è essenziale per garantire la certezza economica del bilancio regionale relativo alla sanità. In caso di scioglimento, si ripristina la condizione precedente di responsabilità gestionale da parte dei soggetti coinvolti. Le modalità di attribuzione e gestione delle risorse finanziarie, la modalità di scioglimento dovuta a inadeguatezza finanziaria, gestionale o di risultato, le modalità di assunzione degli oneri di copertura di eventuali debiti, vengono previsti nell'ambito degli indirizzi della sperimentazione.

#### **2.2.7.5. Modalità di avvio della sperimentazione.**

Per la realizzazione delle Società della salute la Giunta regionale, entro tre mesi dall'approvazione del Piano sanitario regionale, propone all'approvazione del Consiglio regionale un atto di indirizzo, contenente le modalità per attivare, realizzare e valutare la sperimentazione; sarà altresì definito un adeguato finanziamento, finalizzato a supportare i costi iniziali della costituzione delle Società della Salute, a valere sull'apposito fondo speciale previsto al paragrafo 3.3.2.3.

Le modalità di presentazione dell'atto di indirizzo sono quelle previste per il procedimento di concertazione di cui al paragrafo 5.1.3 e dal protocollo d'intesa con le organizzazioni sindacali per l'attuazione del Piano sanitario regionale, sottoscritto in data 19 novembre 2001.

La partecipazione a livello di zona - distretto è condizionata alla presentazione all'approvazione della Giunta regionale di un progetto coerente con le linee di indirizzo regionali per la sperimentazione.

La Giunta regionale istituisce un apposito gruppo tecnico di valutazione, finalizzato a valutare la congruenza dei progetti sulla base degli indirizzi regionali, ed a seguire tutto il processo della sperimentazione. Istituisce inoltre una Consulta regionale per seguire il processo di sperimentazione, della quale fanno parte una rappresentanza dei direttori generali delle aziende sanitarie, delle Conferenze dei sindaci, delle organizzazioni sindacali confederali, delle imprese sociali e dei medici convenzionati; la Consulta è presieduta dall'Assessore per il Diritto alla Salute o da suo delegato. La Consulta si avvale del gruppo tecnico di valutazione e, per l'acquisizione del materiale tecnico - informativo, delle competenze del Dipartimento del diritto alla salute e dell'ARS.

La formazione degli operatori e la comunicazione delle innovazioni agli utenti sono due condizioni essenziali per la riuscita della sperimentazione. I programmi formativi e comunicativi devono essere adeguatamente previsti e sostenuti nell'ambito dei singoli progetti ed a livello regionale. Le realtà locali sperimentali devono diventare laboratori di formazione per gli operatori

della propria e di tutte le altre realtà e modelli di buon funzionamento, da comunicare adeguatamente alla popolazione.

### **2.3. I LIVELLI ED I TEMPI APPROPRIATI DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA**

#### **2.3.1. Definizioni**

Si intende per *appropriatezza* in ambito socio - sanitario la capacità di erogare attività e prestazioni efficaci ed adeguate rispetto ai bisogni dell'utenza, e di non erogare attività e prestazioni inefficaci o dannose.

Per *efficacia* s'intende la capacità, erogando un'attività o prestazione, di modificare positivamente la storia naturale della malattia e lo stato di salute obiettivo e soggettivo dell'utente che si rivolge al servizio.

Per *adeguatezza* si intende la capacità del servizio di fornire attività e prestazioni efficaci in maniera tempestiva e con un buon livello di qualità.

La Regione Toscana intende perseguire l'obiettivo di aumentare il livello di appropriatezza del servizio sanitario regionale, riconvertendo risorse umane ed economiche in altri settori di provata efficacia o nei quali emergano ragioni di urgenza e di indifferibilità del bisogno. Occorre a tal fine individuare misure atte a raggiungere l'obiettivo stesso ed attivare un sistema di verifica.

La massima appropriatezza deve esser perseguita trasversalmente in tutti i livelli di assistenza.

#### **2.3.2. I livelli di assistenza e la tipologia delle prestazioni.**

Si confermano i tre livelli regionali di assistenza previsti nel precedente Piano sanitario regionale:

- Prevenzione collettiva;
- Assistenza territoriale;
- Assistenza ospedaliera;

Tali livelli sono assicurati a tutti i cittadini/e presenti sul territorio regionale, compresi i cittadini/e extracomunitari, secondo le modalità specificate nella azione di cui al paragrafo 5.3.1.6. "La salute degli immigrati", e sono articolati in tipologie di prestazioni e di attività assistenziali e di supporto come specificato nell'allegato 1, che conferma, con modifiche, quanto assunto nel precedente Piano sanitario regionale.

Per quanto riguarda le prestazioni o classi di prestazioni, queste sono obbligatoriamente erogate dalle aziende unità sanitarie locali ai cittadini/e, in presenza di accertato bisogno, senza oneri a carico dei cittadini/e stessi, salvo eventuali compartecipazioni alla spesa previste da atti nazionali o regionali.

Gli stranieri con permesso di soggiorno per asilo politico ed asilo umanitario, o che hanno presentato richiesta di asilo, sono iscritti al servizio sanitario, ai sensi dell'articolo 34 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero), ed esentati dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, qualora non esercitino attività lavorativa.

#### **2.3.3. L'appropriatezza nella Prevenzione Collettiva**

Obiettivo del Piano sanitario regionale è di individuare nell'ambito delle attività preventive una lista di quelle prestazioni svolte dai Dipartimenti di Prevenzione, per le quali è documentata, secondo le modalità di seguito indicate, la scarsa utilità, ed anche una lista delle prestazioni svolte o programmabili per le quali è invece documentata l'efficacia. Sulla base di tali liste si intende incentivare, a livello di ciascuna aziende unità sanitarie locali, l'abbandono graduale delle attività definite poco utili, trasferendo risorse umane e materiali per l'implementazione delle attività riconosciute efficaci.

Entro novanta giorni dall'approvazione del Piano sanitario regionale, nell'ambito del Comitato Tecnico dei responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione, di cui all'articolo 58 delle l.r.

22/2000, è istituito un gruppo di lavoro comprendente una rappresentanza dei responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione e delle direzioni aziendali che, avvalendosi del supporto tecnico dell'ARS, dell'ARPAT, del CSPO, dell'IZS, dell'Università ed eventualmente di esperti esterni, ha il compito di stilare le liste delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione, secondo gli obiettivi di salute e di benessere socio-sanitario integrato, individuati dal presente Piano sanitario regionale.

Il gruppo di lavoro predispose le liste entro i successivi nove mesi sulla base dell'analisi delle attività di prevenzione attualmente operative, della revisione della letteratura internazionale e della propria competenza tecnica, documentando adeguatamente le proprie scelte.

La Giunta regionale conseguentemente, sentito il Consiglio Sanitario Regionale, propone al Consiglio regionale un atto di integrazione del presente Piano sanitario regionale, che ridefinisce, nell'ambito del Livello di Assistenza della Prevenzione collettiva, le tipologie di prestazioni obbligatorie, quelle innovative da attivare nell'ambito di specifici progetti, e quelle non obbligatorie, da sostituire gradualmente.

Al fine di incentivare il processo di riconversione, nelle azioni di Piano di settore sono definite modalità di accesso delle aziende unità sanitarie locali al finanziamento dei progetti regionali, finalizzandone una parte alla riconversione delle attività nell'ambito degli specifici progetti.

L'ARS in collaborazione con il Dipartimento del diritto alla salute, individua un sistema di indicatori finalizzati a valutare lo spostamento delle attività di prevenzione collettiva dei Dipartimenti di Prevenzione verso la tipologia di attività di provata efficacia.

#### **2.3.4. L'appropriatezza nei servizi territoriali**

Il perseguimento dell'appropriatezza delle attività dei servizi territoriali comporta la considerazione di alcune specificità e la realizzazione di alcuni passaggi:

- si procede alla costruzione di un nomenclatore delle attività territoriali, distinto per settori di attività;
- sulla base del nomenclatore, si procede alla valorizzazione delle attività assistenziali territoriali. Tale valorizzazione deve tenere conto della peculiarità del settore, e fare riferimento ai programmi assistenziali piuttosto che alle singole prestazioni;
- tali interventi preliminari permettono la individuazione di standard di appropriatezza per le singole tipologie di prestazioni;
- i responsabili di zona – distretto con le opportune rappresentanze professionali, devono applicare gli standard di appropriatezza delle prestazioni territoriali e produrre gli indicatori opportuni per la valutazione;
- al fine di produrre e sorvegliare l'andamento degli indicatori, e di procedere all'effettivo controllo della valorizzazione, è necessario completare ed adeguare il sistema informativo delle attività territoriali, fino alla realizzazione di un flusso aziendale e regionale completo, unitario ed informatizzato, a partire dal territorio di erogazione.

Il Dipartimento del diritto alla salute, avvalendosi della collaborazione dell'ARS, di operatori esperti presenti nelle aziende sanitarie, sentito il Consiglio Sanitario Regionale, predispose una proposta alla Giunta regionale di nomenclatore delle attività assistenziali territoriali ed, entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, uno specifico nomenclatore relativo alle attività di assistenza agli anziani.

La Giunta regionale procede, entro l'arco di vigenza del Piano sanitario regionale, alla valutazione, aggiornamento e sperimentazione sul territorio regionale del nomenclatore; a tal fine si avvale di una apposita commissione composta dai responsabili di zona-distretto, dai direttori sanitari, in collaborazione con l'ARS e con il coinvolgimento dei soggetti privati operanti nel settore. L'attivazione del nomenclatore richiede lo sviluppo, sperimentazione ed implementazione di un adeguato sistema informativo territoriale. Il completamento e la implementazione a livello territoriale dell'intero processo rappresenta un obiettivo del triennio.

#### **2.3.5. L'appropriatezza nella specialistica ambulatoriale**

Obiettivo del presente Piano sanitario regionale è la erogazione tempestiva e di buona qualità delle prestazioni diagnostiche e specialistiche in relazione all'effettivo bisogno di salute,

classificando la domanda secondo criteri di priorità e urgenza, e gestendo le liste di attesa sulla base del criterio di appropriatezza.

- *Linee di indirizzo*

La Regione Toscana intende procedere secondo i seguenti indirizzi:

- indicazione di livelli di "priorità" per specifiche prestazioni o gruppi di prestazioni;
- utilizzo del sistema delle "velocità differenziate" di erogazione delle prestazioni, a seconda della priorità e della indicazione clinica;
- individuazione, per alcuni settori cruciali della domanda, di linee guida e percorsi diagnostici e specialistici condivisi, e loro disseminazione con particolare riferimento alle radiazioni ionizzanti;
- spostamento di risorse e tempi/operatore in favore delle prestazioni appropriate o prioritarie per bisogni definiti;
- responsabilizzazione del soggetto prescrittore delle prestazioni diagnostiche e specialistiche (MMG, pediatra di libera scelta ed altro specialista);
- introduzione della possibilità di assistenza indiretta con rimborso parziale o totale per prestazioni a bassa priorità.

- *Ambiti di intervento in favore dell'appropriatezza*

S'intendono affrontare prioritariamente le tematiche dell'appropriatezza nei seguenti ambiti:

- diagnostica per immagini;
- medicina fisica e riabilitazione;
- odontoiatria;
- nuovi test diagnostici;
- chirurgia ambulatoriale;
- prestazioni di diagnostica strumentale non per immagini;
- prestazioni obsolete.

- *Modalità operative*

La Giunta regionale si impegna a produrre una proposta operativa per ciascuna delle tematiche sopra elencate avvalendosi delle competenze tecniche del Dipartimento diritto alla salute, dell'ARS, dell'apporto di professionisti delle aziende sanitarie e del settore privato, in collaborazione con il Consiglio Sanitario Regionale.

La proposta relativa a ciascuna tematica deve:

- individuare, all'interno del nomenclatore tariffario, eventuali prestazioni di bassa priorità sulla base della letteratura internazionale e della consolidata esperienza clinica;
- individuare per le principali prestazioni le indicazioni cliniche appropriate;
- classificare le indicazioni cliniche che comportano carattere di urgenza, prioritario, di attenzione, di routine, dilazionabili, non prioritarie;
- produrre, per ciascuna categoria di prestazione affrontata, un documento conclusivo contenente le specifiche indicazioni cliniche per prestazioni o gruppi di prestazioni, nonché proposte per la individuazione di priorità delle prestazioni sulla base delle indicazioni cliniche.

Il grado di priorità delle prestazioni o dei gruppi di prestazioni definisce i tempi di attesa massimi accettabili ed eventualmente, per alcune di queste ed in via sperimentale, l'introduzione della assistenza indiretta, ai sensi della normativa vigente.

Per quanto riguarda i criteri per l'introduzione di nuovi test diagnostici (fra i quali, in particolare, i test genetici), questi si basano sui seguenti fattori:

- benefici del test anche tenendo conto della potenziale pericolosità,
- disponibilità di strategie di trattamento in caso di test positivo,
- rapporto costi/benefici.

La Giunta regionale adotta i provvedimenti di competenza per quanto riguarda la priorità e l'urgenza delle prestazioni, nonché per l'esclusione dai livelli di assistenza, in base alla evoluzione delle procedure cliniche e diagnostiche, di prestazioni obsolete ovvero di quelle prestazioni già ricomprese in altre.

La Giunta regionale, avvalendosi della collaborazione dell'ARS, verifica l'attuazione dei provvedimenti mediante il flusso informativo della specialistica ambulatoriale.

### 2.3.6. L'appropriatezza nelle cure

- Farmaceutica

Il Piano sanitario regionale intende promuovere l'uso appropriato dei farmaci sia a livello territoriale che ospedaliero, ponendosi obiettivi di salvaguardia della salute del cittadino/a e di rigore nel contenimento della spesa.

- *Salvaguardare la salute*

L'uso dei farmaci deve essere improntato alla massima prudenza; i medici prescrittori devono essere messi in grado, anche attraverso specifiche iniziative di informazione e formazione, di seguire la letteratura internazionale indipendente anche per quanto riguarda gli effetti avversi, e comunque eventuali effetti avversi sconosciuti o non adeguatamente segnalati devono essere registrati, anche quando la relazione causa - effetto è solo sospettata. La Regione Toscana, pur cosciente di non poter risolvere localmente tutti i problemi, intende impegnarsi per quanto riguarda il Sistema sanitario regionale, attivando una più attenta ed efficace rete di farmaco – vigilanza.

Gli strumenti che vengono attivati per migliorare la sicurezza sono:

- trasmissione informatizzata delle conoscenze sulle incompatibilità nell'uso dei farmaci e sulle controindicazioni;
- promozione di un sistema attivo di rilevazione, segnalazione ed analisi delle reazioni avverse da farmaci;
- raccolta, elaborazione e diffusione periodica a tutti gli operatori delle informazioni, anche avvalendosi della collaborazione delle società scientifiche.

La Giunta regionale attiva, nel primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, sulla base di un documento tecnico da realizzare in collaborazione con l'ARS, le aziende sanitarie, il Consiglio Sanitario Regionale, sentita la Commissione regionale di bioetica per gli aspetti di competenza, ed avvalendosi anche della collaborazione delle società scientifiche, una rete di osservazione sugli effetti avversi dei farmaci basata sui seguenti elementi:

- coinvolgimento degli operatori delle aziende sanitarie,
- rilevazione sistematica degli eventi avversi,
- utilizzo dei dati correnti sull'attività farmaceutica anche al fine del monitoraggio clinico,
- implementazione di un sistema informativo per la rilevazione e trasmissione delle segnalazione di effetti avversi,
- analisi dei dati pervenuti e loro diffusione e condivisione all'intero mondo dei prescrittori, anche attraverso la commissione speciale del Consiglio Sanitario Regionale sulle problematiche del farmaco.

- *Contenere la spesa.*

S'intende contenere la spesa *farmaceutica convenzionata*, per il triennio 2002-2004 entro il limite del 13% della spesa sanitaria regionale, come previsto dall'accordo Stato-Regioni dell' 8 agosto 2001, attraverso i seguenti strumenti:

- 1) regolamentazione dell'informazione scientifica privata nei presidi e servizi delle aziende sanitarie toscane e contemporaneo sviluppo di una campagna di comunicazione pubblica rivolta ai medici e ai cittadini/e;
- 2) erogazione diretta di farmaci agli assistiti in dimissione dai presidi e servizi delle aziende sanitarie a completamento del ciclo terapeutico avviato;
- 3) monitoraggio della spesa farmaceutica attraverso il flusso informativo della farmaceutica;
- 4) interventi sull'uso dei generici, anche attraverso direttive agli specialisti dipendenti e accordi con i medici convenzionati.

Per quanto riguarda la *farmaceutica ospedaliera*, si intende perseguire l'obiettivo di contenimento della spesa con i seguenti strumenti:

- 1) predisposizione di procedure centralizzate di acquisto;

- 2) razionalizzazione dei punti di distribuzione dei farmaci e degli ausili medici;
- 3) standardizzazione dei farmaci e degli ausili medici nei servizi delle aziende sanitarie.

La Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, predisporre gli atti necessari all'attivazione degli strumenti di controllo dell'assistenza farmaceutica; provvede altresì, in collaborazione con l'ARS e il Consiglio Sanitario Regionale, a valutare l'impatto degli interventi, utilizzando il flusso informativo della farmaceutica territoriale ed i dati di spesa.

- Assistenza in regime di ricovero ospedaliero.

Un'importante opera di miglioramento dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero è stata compiuta nel corso del precedente Piano sanitario regionale, anche se non è stato ancora pienamente raggiunto l'obiettivo di 160 ricoveri/1000 abitanti (nel 1999-2000 sono stati riscontrati 175 ricoveri/1000), mentre il numero dei posti letto è inferiore all'obiettivo complessivo di 5 posti letto ogni 1.000 abitanti (18.000 p.l.), ai quali sono da aggiungere quelli relativi al saldo positivo di mobilità ospedaliera interregionale (circa 30.000 ricoveri con un fabbisogno aggiuntivo di 1.000 p.l.). A fronte di tale obiettivo, i posti letto della rete ospedaliera sono risultati nel 1999 17.100, compresi quelli privati accreditati, pari a circa 4,5 posti letto ogni 1.000 abitanti. Il sottodimensionamento rispetto agli standard di dotazione è in parte dovuto al minore fabbisogno per la riabilitazione in regime di ricovero ospedaliero (0,5 p.l. per 1.000 abitanti rispetto a 1 per 1.000 definito come standard).

Partendo da questi buoni risultati, si intende procedere alla seconda fase di revisione dell'appropriatezza del ricovero attraverso:

*a) individuazione del corretto rapporto fra i tre livelli di erogazione delle prestazioni:*

- ricovero in regime ordinario,
- ricovero in day-hospital e day-surgery,
- prestazione ambulatoriale.

L'appropriata attribuzione dell'utenza ai tre livelli, permette di consolidare e migliorare la riduzione della ospedalizzazione, e nel contempo di offrire un miglior servizio. Vengono presi in considerazione prioritariamente i seguenti ambiti:

- chirurgia di base,
- chirurgia oculistica,
- procedure dermatologiche invasive,
- chirurgia otorino-laringoiatrica,
- ostetricia e ginecologia,
- terapie mediche di lunga durata e a cicli,
- traumatologia,
- riabilitazione.

La Giunta regionale, sentito il Consiglio Sanitario Regionale, provvede, entro il primo anno di attuazione del Piano sanitario regionale, a produrre, per le patologie e problematiche prese in esame all'interno dei diversi ambiti, gli standard di distribuzione fra ricovero ordinario, day hospital e day surgery e attività ambulatoriale, con la finalità di favorire il processo di deospedalizzazione. Per quanto riguarda il ricovero in riabilitazione, si prevede invece un possibile ampliamento dei posti letto sulla base di una analisi dei bisogni emergenti e della appropriatezza del ricovero in questo settore, pur mantenendo l'obiettivo generale di 5 posti letto per 1000.

La Giunta regionale, avvalendosi della collaborazione ARS, verifica l'attuazione dei provvedimenti mediante i flussi informativi.

*b) valorizzazione di strutture territoriali alternative all'ospedalizzazione*

Le zone come definite al paragrafo 2.2, e ancora più specificamente le Società della Salute, sono incoraggiate ad ampliare ed implementare esperienze di alternativa alla ospedalizzazione basate sul coinvolgimento dei medici convenzionati, sperimentate nel corso del precedente triennio, secondo le tipologie della deliberazione del Consiglio regionale 25 novembre 1997, n.384 (Sperimentazione nuovi modelli organizzativi. Linee di indirizzo alle aziende sanitarie), nonché quelle relative ai centri residenziali di cure palliative. Tali tipologie di strutture costituiscono una valida alternativa al ricovero per una vasta tipologia di bisogni:

- fase post acuta soprattutto negli anziani,

- fase terminale della vita,
- dare pause di sollievo a coloro che si fanno carico dell'assistenza di malati in condizioni gravose - *care givers*.

In particolare l'Ospedale di Comunità provvede all'assistenza infermieristica e sociale ed assicura l'assistenza medica attraverso i medici di medicina generale dei cittadini/e ricoverati. La durata del ricovero in Ospedale di Comunità a gestione pubblica o privata é comunque regolamentata sulla base degli standard regionali, e non configura in nessun caso la lungodegenza.

I presidi alternativi all'ospedalizzazione delle aziende sanitarie e quelli privati, attivati in base ad accordi con le aziende sanitarie, operano in regime di sperimentazione. Nell'ambito delle sperimentazioni deve essere garantito il possesso dei requisiti e degli standard organizzativi e strutturali, già individuati da specifiche disposizioni per i predetti presidi.

Sulla base della sperimentazione e comunque non oltre il termine di vigenza del Piano sanitario regionale, la Giunta regionale propone al Consiglio regionale gli specifici requisiti e i manuali per accreditamento.

### *c) definizione ed applicazione di standard quantitativi e qualitativi per le principali funzioni operative e tipologie di prestazioni*

Gli standard devono essere individuati sulla base della quantificazione della domanda, dell'organizzazione ottimale dell'offerta e dei parametri internazionali basati su valutazioni di appropriatezza e qualità. Gli standard sono definiti a livello regionale avvalendosi delle competenze presenti nelle aziende sanitarie a livello di area vasta.

Le funzioni operative da considerare prioritariamente sono:

- funzioni chirurgiche di livello regionale,
- cardiologia invasiva,
- funzioni relative a discipline specialistiche di base quali oculistica, ostetricia, pediatria, radioterapia, nefrologia.

L'applicazione ed il controllo degli standard sono oggetto di concertazione a livello di area vasta, secondo le modalità specificate al paragrafo 2.4. L'Osservatorio di economia sanitaria dell'ARS, nell'ambito dei propri compiti, provvede a specifici studi e valutazioni sull'introduzione nelle strutture ospedaliere di tecnologie informatiche e della comunicazione, applicabili ai processi clinici di comunicazione e gestionali.

### **2.3.7. L'appropriatezza e le liste di attesa**

Nonostante le iniziative intraprese dalla Giunta regionale in merito ai tempi di attesa ed al loro monitoraggio (deliberazioni della Giunta regionale 1° marzo 2000, n. 245 e 23 aprile 2001, n. 418), permangono situazioni variegata e non sempre soddisfacenti, in particolare per le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali. Tempi di attesa, spesso troppo lunghi, coesistono con un consumo di prestazioni per abitante mediamente alto, anche se con una discreta variabilità territoriale. La riduzione delle liste di attesa può essere affrontata con tre ordini d'intervento:

- trattamento differenziato dei tempi di attesa in relazione alla natura del bisogno assistenziale;
- miglioramento dell'efficienza;
- realizzazione dei CUP e delle agende uniche.

Per quanto riguarda il trattamento differenziato dei tempi d'attesa, la Giunta regionale, sulla base della definizione del livello di priorità delle prestazioni e del loro inserimento nelle sei categorie di indicazione clinica (a carattere di urgenza, di priorità, di attenzione, di routine, dilazionabili, non prioritarie) adotta un provvedimento che opera in riferimento ai seguenti tempi massimi di attesa:

- urgenza: 12 ore,
- priorità: 72 ore,
- attenzione: 7 giorni,
- routine: 30 giorni,
- dilazionabili: 4 mesi.

Per le prestazioni non prioritarie i tempi massimi di attesa sono stabiliti dal sistema sanitario regionale, sulla base dell'andamento della domanda.

La Giunta regionale definisce, altresì, previa concertazione con il tavolo sindacale medico, le modalità del coinvolgimento dei prescrittori nella definizione del grado di priorità e delle modalità di controllo delle prescrizioni, e meccanismi di incentivazione / disincentivazione legati alla osservanza delle regole concordate. A tal fine occorre inserire fra le variabili rilevate nel flusso informativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali la categoria di indicazione clinica e valutare l'appropriatezza della distribuzione delle prestazioni nelle categorie di priorità su base statistica, aziendale e di zona, da confrontare con il valore migliore e con il valore medio regionale.

La Giunta regionale definisce inoltre le modalità, i tempi e le forme di rimborso con i quali si assicura comunque il diritto del cittadino all'adeguatezza dei tempi massimi di attesa, così come definiti, in caso di inosservanza degli stessi da parte del servizio sanitario regionale, avendo a riferimento, prioritariamente:

- l'ambito territoriale di riferimento;
- l'offerta programmata nell'ambito territoriale di competenza;
- le modalità di attivazione della procedura integrata di prenotazione.

### **2.3.8. Le attività del “governo clinico”: linee guida e percorsi assistenziali**

Le linee guida ed i corrispondenti percorsi assistenziali costituiscono uno strumento fondamentale per orientare l'appropriatezza della domanda ed il suo corretto orientamento.

Le *linee guida* sono raccomandazioni di comportamento clinico rivolte ai singoli operatori ed ai servizi sanitari, condivise e finalizzate a indirizzare le decisioni verso scelte appropriate in specifiche circostanze cliniche e/o assistenziali. Le linee guida sono elaborate sulla base di prove scientifiche sulla efficacia degli interventi, o comunque utilizzando esperienze professionali validate ed ampiamente condivise. Esse rappresentano in primo luogo uno strumento di formazione metodologica e clinica, nonché un punto di riferimento essenziale per la pratica quotidiana, che permette al professionista di orientarsi rispetto ad una informazione tecnico – scientifica spesso ridondante e contraddittoria. Le linee guida non hanno un valore impositivo in quanto, rispetto al singolo paziente, il giudizio e la responsabilità clinico - professionale permangono con tutta la loro validità. Tuttavia, esse hanno una funzione di *orientamento forte e motivato* in quanto, salvo eccezioni, indicano il comportamento più adeguato nella maggioranza dei casi.

Il *percorso assistenziale* rappresenta il percorso guidato del cittadino/a attraverso l'organizzazione sanitaria; ha lo scopo di mettere nella corretta relazione tutti i componenti di un *team* multidisciplinare che, per quel determinato problema di salute, seguono specifiche linee guida condivise. Per ciascuna linea guida deve essere specificato il percorso corrispondente che, nella realtà assistenziale concreta, assicura l'effettiva applicazione della linea guida stessa.

La responsabilità dell'attuazione spetta alle aziende sanitarie, che pertanto determinano in modo autonomo propri protocolli locali. Le singole aziende sanitarie possono assumere l'iniziativa d'elaborare proprie linee guida nel caso non siano ancora disponibili quelle regionali, trasmettendo il testo alla competente Commissione regionale per le linee guida, che lo valuta e lo registra.

Al fine di assicurare la massima trasparenza delle scelte, la Regione si impegna, nell'individuazione dei soggetti che concorrono alla stesura di linee guida e percorsi assistenziali, ad evitare per quanto possibile e comunque ad esplicitare eventuali conflitti di interesse. La Regione s'impegna inoltre a coinvolgere le sezioni toscane delle società scientifiche nazionali.

Le linee guida sono emanate dal Consiglio Sanitario Regionale, che ne promuove anche la diffusione e contestualizzazione.

L'impatto delle linee guida nella realtà assistenziale locale é valutato con specifici indicatori al fine di misurarne il livello di applicazione.

- *La Commissione regionale per le linee guida*

Presso il Consiglio Sanitario Regionale è istituita la Commissione regionale per le linee guida, che svolge le sue funzioni nel periodo di vigenza del Piano sanitario regionale, anche attraverso il confronto con la Commissione regionale di bioetica, con i seguenti compiti:

- concorda con le componenti professionali interessate le priorità per la individuazione di linee guida;
- promuove la stesura e la revisione periodica delle linee guida, attraverso il coinvolgimento delle società scientifiche, delle direzioni delle aziende sanitarie e delle professionalità interessate;
- offre consulenza, supporto metodologico e bibliografico, e documentazione a tutti i soggetti in ambito regionale; costituisce la banca dati delle linee guida, che raccoglie la documentazione relativa a linee guida e percorsi assistenziali proposti o implementati nell'ambito della Regione Toscana;
- valuta le linee guida implementate o proposte a livello locale, e promuove l'integrazione di esperienze fra loro simili, attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro tematici costituiti da esperti delle diverse discipline;
- promuove la condivisione e la diffusione di un manuale metodologico sulle modalità di estensione ed implementazione delle linee guida;
- promuove la formazione degli operatori impegnati nell'implementazione ed applicazione delle linee guida.

La Regione è impegnata a rendere operativa la suddetta Commissione, nonché a sostenere iniziative di promozione del consenso e della partecipazione degli operatori, assicurando i necessari finanziamenti nell'ambito del più complessivo finanziamento finalizzato al funzionamento del Consiglio Sanitario Regionale; in carenza di risorse, la Giunta regionale provvede mediante appositi finanziamenti sulla base di specifici progetti.

- *Il ruolo dell'area vasta e delle aziende sanitarie*

Al fine di attivare metodologie di "governo clinico", a livello di area vasta vengono insediati gruppi di lavoro che, tenendo conto delle esperienze già in atto a livello locale, della collaborazione dei Comitati di etica professionale locali, delle priorità concordate e, quando esistono, delle linee guida regionali, provvedono a contestualizzare le linee guida e ad individuare i percorsi assistenziali corrispondenti; tale attività è supportata e promossa dal Dipartimento del Diritto alla Salute competente in collaborazione con l'ARS.

I gruppi di lavoro sono insediati allo scopo di assicurare piena operatività alle realtà locali e costituiti con la partecipazione delle rappresentanze sindacali degli specialisti ospedalieri e dei medici convenzionati. E' compito dei gruppi favorire la realizzazione dei percorsi assistenziali nell'ambito di progetti operativi locali concordati con le organizzazioni professionali. I gruppi avranno anche il compito di proporre modifiche alle linee guida esistenti o di proporre altre in rapporto anche a necessità emergenti nelle attività territoriali.

Le aziende sanitarie dell'area vasta provvedono anche ad una analisi dei costi attesi per l'applicazione delle linee guida, in confronto a quelli sostenuti per i comportamenti assistenziali in assenza delle stesse. Compito delle aziende è anche di contestualizzare il sistema degli indicatori di impatto delle linee guida e di rispondere alla Regione della loro attuazione attraverso appositi referenti, nonché della loro valutazione con il proprio sistema informativo.

- *Le attività per il triennio*

L'attività del triennio tiene conto della disponibilità di numerose linee guida riguardanti le principali patologie e problematiche assistenziali, prodotte a livello regionale (diabete, nutrizione artificiale domiciliare e nefropatie croniche), nazionale e internazionale e delle esperienze di implementazione ed adattamento delle stesse in atto a livello locale. La sfida nel triennio è quindi prevalentemente rappresentata dalla *diffusione ed implementazione* di adeguate linee guida *per orientare il cambiamento* dei comportamenti dei professionisti e degli operatori, anche attraverso la formazione obbligatoria degli operatori impegnati.

Le linee guida che dovranno essere valutate, implementate ed eventualmente prodotte nel triennio devono essere scelte sulla base dei seguenti criteri:

- rilevanza epidemiologica e/o economica del problema;
- alta variabilità dei comportamenti;
- disponibilità di dati bibliografici di efficacia e di linee guida internazionali;
- presenza di competenze a livello regionale;
- fattibilità.

Le priorità per il triennio terranno conto della seguente lista orientativa di obiettivi tematici, clinici e organizzativo - assistenziali:

- Ipertensione;
- Scompenso di cuore;
- Infarto ed angina instabile;
- Asma e insufficienza respiratoria cronica;
- Back pain;
- Disturbi funzionali della digestione ed emorragie digestive;
- Trattamento degli stati dislipemici;
- Patologie metaboliche
- Sindrome influenzale acuta;
- Dolore toracico;
- Ulcere da decubito e lesioni da compressione;
- Infezioni delle alte vie aeree e delle basse vie urinarie;
- Melanoma;
- Patologie neurologiche invalidanti;
- Malattie allergiche ed autoimmuni e sindromi reumatiche;
- Uso della diagnostica di laboratorio;
- Uso della diagnostica per immagini e della tecnologia pesante;
- Chirurgia ambulatoriale;
- Prevenzione dei tumori;
- Follow up dei pazienti con patologia neoplastica;
- Percorsi riabilitativi e assistenza per disabili cronici;
- Genetica medica;
- Gestione percorso nascita;
- Gestione della menopausa;
- Appropriato utilizzo di emocomponenti e plasmaderivati.

### **2.3.9. La registrazione dei dati clinici**

Al fine di rendere omogenei i procedimenti e le modalità di registrazione dei dati clinici, nonché i loro contenuti, e di consentirne la gestione informatica in tutta la rete dei servizi sanitari della Regione Toscana, la Giunta regionale istituisce un gruppo di lavoro al quale partecipano anche esperti delle aziende sanitarie, del Consiglio Sanitario Regionale, dell'ARS e della Commissione regionale di bioetica.

Al fine di ottimizzare la gestione clinica dell'utente e favorire l'uso corretto delle risorse del servizio sanitario regionale è istituita la CARTA sanitaria Personale Elettronica (CARPE), che contiene le informazioni essenziali sulla storia clinica dell'utente del servizio sanitario regionale. La CARPE si attiva alla nascita del cittadino o comunque nell'occasione in cui l'utente stesso interagisce con i presidi del servizio sanitario regionale, compreso il pediatra di libera scelta e il medico di famiglia, a partire dall'entrata in vigore della deliberazione della Giunta regionale che disciplina i contenuti del CARPE. Il cittadino, in campi a lui riservati, contribuisce all'inserimento dei propri dati. La CARPE è personale e garantita per la privacy del soggetto. L'accesso alla CARPE è garantito per le strutture sanitarie a cui il cittadino si rivolge.

## **2.4. LA PROGRAMMAZIONE**

Il sistema sanitario toscano si fonda sul principio della programmazione, inteso come relazione tra offerta e domanda valutata, come integrazione intersettoriale, come sviluppo di un sistema a rete dei servizi teso a coniugare qualità ed economicità dei processi assistenziali, come terreno di valorizzazione del ruolo della comunità e delle sue rappresentanze istituzionali.

Superando la fase in cui da più parti si poneva al centro dell'attenzione l'esigenza di seguire regole di mercato nella produzione delle prestazioni e nelle modalità di fruizione delle stesse, la Regione Toscana conferma gli elementi qualificanti dell'intervento pubblico

dell'assicuratore unico regionale: definizione degli obiettivi e delle regole di funzionamento del sistema, definizione dei criteri di appropriatezza delle prestazioni, determinazione di standard di funzionamento dei servizi, indirizzo per l'attivazione dei processi aziendali di produzione e controllo, definizione dei criteri e requisiti di accreditamento.

### **2.4.1. Il livello Regionale**

Le funzioni sopra richiamate richiedono la ridefinizione del ruolo strategico della programmazione regionale. La riconduzione dei poteri in sanità alle regioni, la "cedevolezza" tendenziale di molte delle prescrizioni normative statali, alle quali possono sovrapporsi con pari o superiore peso le norme regionali, il venire meno dal 2004 del vincolo nazionale di spesa in sanità, concorrono a rendere il settore sanitario sempre meno un "corpo separato" nel livello regionale ed a farlo rientrare pienamente nella complessiva programmazione regionale.

Questa trasformazione richiede una valorizzazione della intersectorialità della programmazione sanitaria in termini di programmazione di azioni per la salute, cui finalizzare i programmi dei diversi settori.

Al tempo stesso la tradizione toscana rende possibile e necessario individuare strumenti per la valorizzazione dell'apporto degli enti locali alla programmazione, alla gestione ed al controllo della attività sanitaria, in particolare di quella ad alta integrazione socio sanitaria. Il Piano sanitario regionale in diverse parti formula proposte coerenti con tale assunto, in particolare laddove si trattano i settori dell'assistenza territoriale e dei servizi ad alta integrazione socio sanitaria. Più in generale è ridefinito il ruolo della comunità locale e delle sue rappresentanze istituzionali (enti locali e conferenze dei sindaci) ai diversi livelli in cui il sistema si articola.

Lo sviluppo dei poteri regionali in sanità richiede altresì una qualificazione delle funzioni della Regione in materia di indirizzo, valutazione e controllo e in particolare la Giunta regionale:

- a) valorizzando le competenze professionali del dipartimento competente e dell'ARS, procede al potenziamento delle funzioni conoscitive sui bisogni, sulla domanda di salute e sui determinanti sociali e ambientali della salute medesima, attraverso lo sviluppo dei flussi informativi gestionali e di quelli di carattere epidemiologico, nonché della Relazione sanitaria annuale delle aziende sanitarie la Giunta regionale opera per una semplificazione di quest'ultimo strumento che eviti un eccessivo "sovraccarico" informativo, col fine di:
  - fornire al livello regionale le conoscenze utili alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'organizzazione del sistema;
  - permettere una confrontabilità trasversale tra le diverse aree territoriali, tale da fornire strumenti per la valutazione dei bisogni e per la programmazione a livello aziendale e d'area vasta;
- b) definisce standard di riferimento (di domanda, di risorse ed operativi) che costituiscano obiettivo e vincolo per le aziende sanitarie; nella pertinenti parti del Piano sanitario regionale è disciplinata l'attivazione di tale funzione per gli specifici settori d'intervento. Tali standard costituiscono 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 la funzione sopradetta è necessario che l'azione regionale, oltre che avvalersi degli organismi tecnici a sua disposizione (Dipartimento, ARS, Consiglio Sanitario Regionale), coinvolga le competenze delle strutture operative presenti nel sistema delle aziende, al fine di consentire la contestualizzazione delle scelte. A questo fine la Giunta regionale costituisce gruppi di lavoro per specifici settori d'intervento, coinvolgendo le competenze professionali presenti nelle aziende sanitarie, disciplinandone la partecipazione senza ulteriori oneri, stante l'interesse generale dell'attività;
- c) attiva strumenti e metodi per la valutazione e controllo del sistema. Tale attività supera la fase del controllo amministrativo, in quanto in tal senso le aziende sanitarie hanno una

propria autonomia e propri strumenti interni ed esterni di controllo, disciplinati peraltro dal decreto legislativo 286/1999 e dalla normativa regionale. Si sviluppa invece l'attività riferita alla valutazione dei risultati raggiunti dalle aziende sanitarie in termini di qualità ed efficienza dei processi organizzativi ed operativi; ciò anche mutuando eventualmente, per gli aspetti gestionali, metodi e strumenti utilizzati dal mondo delle aziende di produzione private.

La Giunta regionale provvede, entro il periodo di vigenza del Piano sanitario regionale, avvalendosi delle competenze del Dipartimento del diritto alla salute, dell'ARS e di esperti esterni, a definire un sistema compiuto di valutazione dei risultati che preveda ricadute in termini economici e di innovazione normativa sui sistemi di incentivazione dei direttori generali e sul finanziamento delle aziende sanitarie. Sul Fondo sanitario regionale, a valere per gli anni 2003 e 2004, è accantonato un apposito fondo speciale di 40 miliardi annui, la cui attribuzione alle aziende sanitarie è effettuata sulla base della procedura di valutazione sopra richiamata ed il cui utilizzo, in sede aziendale, è finalizzato a sviluppare forme di miglioramento della qualità dei servizi e dei processi gestionali, anche attraverso forme di incentivazione del personale correlate al grado di raggiungimento degli obiettivi individuati dalla programmazione aziendale. Tale fondo è altresì finalizzato a concorrere alla rimozione delle condizioni influenti in termini negativi sull'equilibrio economico di bilancio delle aziende sanitarie.

#### **2.4.2. Il livello aziendale e di area vasta**

Nel confermare le procedure ed il ruolo della programmazione aziendale e dei suoi strumenti attuativi così come disciplinata dalla normativa regionale (Piano attuativo locale, Piano attuativo ospedaliero, Programma annuale, Piani di zona - distretto), occorre prendere atto dei limiti di tale livello di programmazione.

Il sistema sanitario si caratterizza per una notevole articolazione dell'offerta e per una variabilità non sempre programmabile o semplicemente prevedibile della domanda.

Tali caratteristiche, affiancate al 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), inducono talvolta a comportamenti in contrasto con una logica a rete del sistema, finalizzati piuttosto al raggiungimento di una "autosufficienza" aziendale. La scelta della Toscana, con l'obiettivo di privilegiare l'appropriatezza degli interventi e l'integrazione dei servizi nei percorsi assistenziali, è quella di potenziare lo sviluppo armonico della rete. Nella consapevolezza che per l'attività specialistica soprattutto a carattere ospedaliero la dimensione aziendale è insufficiente a garantire l'obiettivo, nella normativa regionale è stato definito il livello interaziendale della concertazione di area vasta (articolo 11 della l.r. 22/2000), con finalità di programmazione dell'attività e di regolazione degli scambi economici. Su questo modello la normativa regionale ha già individuato procedure "leggere" che hanno trovato difficoltà ad affermarsi.

- *La concertazione come strumento e metodo di programmazione di area vasta*

Con il presente Piano sanitario regionale si confermano le scelte operate nel precedente Piano sanitario regionale e si assume l'area vasta come livello di programmazione strategica del sistema cui si intende dare forza, soprattutto in ambito specialistico e ospedaliero.

L'area vasta è altresì il luogo di concertazione in cui, mediante accordi convenuti con i Sindaci e gli altri soggetti del coordinamento di area vasta, si apportano modifiche alle previsioni gestionali in atto e/o si consolidano le previsioni dei Piani attuativi locali e dei Piani attuativi ospedalieri. Per finalità di controllo di gestione presso l'area vasta si attiva un "*Bilancio consolidato di area vasta*", che consente la valutazione economica integrata dei risultati aziendali e del connesso impiego di risorse. La Giunta regionale nei primi sei mesi di vigenza del presente Piano sanitario regionale definisce le procedure, i tempi ed i metodi per la realizzazione di tali obiettivi con l'utilizzo degli strumenti operativi e di coordinamento di seguito indicati.

- *Gli ambiti della concertazione di area vasta*

Al fine di garantirne la corrispondenza con gli atti della programmazione, le scelte aziendali di sviluppo organizzativo, di innovazione ad alto costo, di avvio di attività non esistenti, sono

sottoposte a preventiva concertazione di area vasta che tenga conto della missione delle singole aziende sanitarie e dei vincoli di sistema.

In particolare:

- 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 dell'azienda sanitaria; l'azienda sanitaria concorda in sede di area vasta i programmi di sviluppo o contenimento laddove possano verificarsi fenomeni di duplicazione di attività in eccesso e variazioni di rilievo nei flussi di mobilità; in particolare l'intesa interaziendale costituisce obbligo nel caso le attività riguardino l'azienda unità sanitaria locale e l'azienda ospedaliera con bacino d'utenza nello stesso territorio provinciale;
- l'azienda ospedaliera tende a costituirsi come polo di riferimento per le attività di alta specializzazione, che integra con le aziende unità sanitarie locali del bacino, al fine di assicurare una qualificazione diffusa dell'attività e l'attivazione di percorsi assistenziali appropriati ed efficaci; l'azienda ospedaliera 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 solo previa concertazione preventiva di area vasta che tenga conto degli effetti sulle attività ordinarie, dell'interesse interaziendale all'attività, delle eventuali necessità di sperimentazione, dei costi e dei benefici delle innovazioni.

La Giunta regionale predispone, avvalendosi delle competenze del Dipartimento del diritto alla salute, dell'ARS e delle professionalità presenti nelle aziende sanitarie, sentito il Consiglio Sanitario Regionale, appositi standard di riferimento per le attività di alta specializzazione, 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, così come indicato al paragrafo 2.3.

Per gli ambiti sopra definiti la concertazione, rappresentando atto di programmazione regionale, costituisce elemento per la verifica di compatibilità delle domande di accreditamento rispetto alla programmazione regionale.

- *La funzione di coordinamento tecnico*

Al fine di consentire 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 funzioni di coordinamento tecnico interaziendale per settori professionali omogenei, che hanno i seguenti compiti:

- elaborare proposte di sviluppo delle attività che rispondano ai requisiti della programmazione di area vasta, così come sopra definiti, che tengano conto 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, che preveda l'utilizzo pieno delle professionalità presenti, al fine di assicurare ai cittadini/e percorsi assistenziali integrati; a questo fine le aziende sanitarie adottano modalità concordate di remunerazione del personale attraverso l'utilizzo degli istituti contrattuali al fine di incentivare la partecipazione attiva ai processi connessi alla realizzazione dei percorsi assistenziali, anche a livello interaziendale;
- proporre, a livello regionale, apposite linee guida, 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 professionalità miste ed integrate ospedale - territorio.

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 al fine di sollecitare forme utili di incentivazione della produttività e della qualità.

Nell'arco di vigenza del Piano sanitario regionale, le aziende sanitarie sono tenute a costituire tali funzioni di coordinamento almeno per i seguenti settori:

- cardiologia e cardiocirurgia;
- neurologia e scienze neurologiche;
- oncologia;
- emergenza – urgenza;
- nefrologia;
- riabilitazione;
- gastroenterologia ed endoscopia digestiva ;
- materno – infantile e pediatria;
- radiologia e diagnostica per immagini.

Nell'ambito dell'area vasta è altresì garantito il coordinamento delle procedure di elaborazione dei dati di attività, anche attraverso l'eventuale individuazione di una specifica azienda sanitaria quale sede di centro di riferimento di area, al fine di consentire la conoscenza tempestiva dei fenomeni di mobilità sanitaria e la rispondenza ai criteri di appropriatezza delle procedure definiti a livello regionale e locale.

- *Le funzioni di coordinamento degli Enti locali*

Affinché la programmazione di area vasta sia pienamente inserita nelle funzioni di programmazione regionale, nel cui ambito è inserito un ruolo fondamentale di indirizzo e valutazione da parte delle Conferenze dei Sindaci, a livello di area vasta è garantito un coordinamento costituito dai presidenti delle Conferenze dei Sindaci delle aziende sanitarie di competenza. Nell'ambito di detto coordinamento è nominato un coordinatore di area. Il coordinamento è chiamato ad esprimersi sugli atti di concertazione aventi rilievo di programmazione regionale. Per gli atti di particolare rilevanza possono essere interessati i Presidenti delle articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci dell'area vasta ovvero le Conferenze stesse, secondo l'autonoma disciplina regolamentare e su indirizzo della Giunta regionale.

- *Il coordinamento delle aziende*

La Giunta regionale promuove e rende operativa la programmazione di area vasta, attraverso la predisposizione di specifici indirizzi attuativi delle indicazioni sopra formulate e di appositi strumenti di supporto; al fine di consentire il coordinamento interaziendale, l'Assessore regionale al diritto alla salute promuove l'individuazione per ciascuna area vasta di un coordinatore tra i direttori generali delle aziende sanitarie, anche attraverso la designazione del medesimo. Il coordinamento si avvale per l'esercizio delle proprie funzioni dei direttori sanitari delle aziende sanitarie nonché di dirigenti medici per ciascuna azienda designati allo scopo dai direttori generali su indicazione dei rispettivi Consigli dei sanitari. Le funzioni dell'area vasta, così delineate, comprendono sia attività di programmazione che attività più propriamente di coordinamento o indirizzo organizzativo e finanziario. Gli atti di concertazione riferiti alle attività di programmazione costituiscono atti della programmazione regionale ai sensi dell'articolo 6, comma 3, della l.r. 22/2000 ed agli stessi sono applicate le procedure di concertazione con le organizzazioni sindacali secondo le indicazioni di cui al paragrafo 5.1.3. Gli atti di concertazione sono approvati dal Consiglio regionale.

- *Le funzioni territoriali e della prevenzione*

Per le funzioni territoriali e per quelle di prevenzione collettiva, fermo restando il livello di direzione operativa zonale e aziendale, possono essere adottati atti di concertazione interaziendale in relazione a progetti e programmi di interesse comune a dimensione sovra aziendale. Possono essere invitati alle procedure di concertazione, secondo le rispettive competenze, l'ISZ, l'ARPAT, l'ARS e il CSPO.

- *Particolari aree di programmazione*

Limitatamente all'ambito territoriale afferente alla realtà del Valdarno Superiore, Fiorentino ed Aretino, sarà adottata una specifica procedura di programmazione integrata, al fine, di favorire in tale ambito, l'individuazione di percorsi assistenziali unici per la popolazione di riferimento ferma restando la salvaguardia delle funzioni di emergenza e urgenza di primo livello del presidio ospedaliero di Figline Valdarno funzionanti 24 ore su 24.

## **2.5. L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DELLE AZIENDE**

### **2.5.1. Il controllo della gestione e la produttività del sistema**

Lo sviluppo delle aziende sanitarie ha visto crescere a livello locale e regionale gli strumenti finalizzati alla conoscenza della domanda e della produzione, alla sua valutazione, alla sua gestione. Il potenziamento del sistema informativo ed il consolidarsi della contabilità economica hanno determinato la messa a punto di adeguate procedure di contabilità analitica e conseguentemente hanno consentito l'introduzione di efficaci processi di *budgetting* e di controllo di gestione.

Questo processo di affinamento degli strumenti gestionali delle aziende sanitarie, che ha consentito di mantenere il sistema in sostanziale equilibrio finanziario, non si presenta però in forme omogenee sul territorio regionale per livello di sviluppo e per grado di analiticità. Permangono problemi di integrazione fra procedure, di crescita delle capacità professionali degli operatori, di relazioni tra livelli del sistema.

E' confermata la scelta di non configurare contabilità separate all'interno dell'azienda sanitaria per specifici servizi o presidi e di potenziare la politica dei *budget* di struttura per centro di costo, al fine di perseguire la massima produttività del sistema responsabilizzando tutti i livelli direzionali aziendali, attraverso il vincolo dello strumento programmatico di struttura organizzativa, della verifica dei risultati della gestione e dell'impiego degli strumenti di incentivazione previsti dalla normativa contrattuale vigente. Occorre altresì che il *budget* integri i tradizionali aspetti economici per diventare sede di programmazione e valutazione dei risultati in termini di sviluppo dei processi formativi, di promozione di innovazione tecnologica e di miglioramento degli aspetti relativi ai rapporti con l'utenza.

In particolare le politiche di incentivazione del personale devono essere correlate e finalizzate al raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano sanitario regionale. Per quanto riguarda le attività disciplinate dalle azioni di cui al paragrafo 5 e seguenti, nonché per quelle oggetto di finanziamenti a carico di fondi speciali finalizzati, così come definiti nel paragrafo 3.3., le aziende sanitarie possono assumere personale con le modalità di cui all'articolo 15 *octies* del d.lgs. 502/1992.

La Giunta regionale definisce entro l'arco di vigenza del Piano regionale sanitario *standard* di procedure da assumere quale riferimento omogeneo per l'intero sistema sia sul versante informativo che economico; effettua altresì una verifica dello stato delle procedure contabili e gestionali delle aziende sanitarie, anche avvalendosi di soggetti esterni, al fine di consentire una certificazione dei bilanci da parte delle aziende sanitarie quale atto di rilievo per il loro consolidamento gestionale.

La crescita delle potenzialità conoscitive delle singole aziende sanitarie non basta ad evitare l'autoreferenzialità, se non è accompagnata da adeguate forme di confronto interaziendale che consentano una effettiva valutazione di efficienza e capacità gestionale. La Regione si è impegnata nell'arco del triennio trascorso a sviluppare processi che consolidassero momenti regionali di comparazione interaziendale, da un lato garantendo l'unitarietà e la omogeneità dei flussi informativi, dall'altro istituendo specifici osservatori tematici, in particolare nel campo dei prezzi di acquisto dei beni e servizi (Osservatorio prezzi) ed in quello dei costi delle strutture organizzative (Osservatorio costi).

La Giunta regionale, nell'arco di vigenza del Piano sanitario regionale, consolida e sviluppa gli strumenti di valutazione e controllo attraverso:

- a) l'ampliamento delle capacità conoscitive dell'Osservatorio costi, che già oggi consente di valutare il costo per ricovero in ciascun presidio ospedaliero della regione, ai settori di attività territoriali per i quali saranno resi disponibili adeguati strumenti di classificazione delle attività e delle strutture organizzative, nonché l'estensione dell'Osservatorio dei prezzi ai costi di acquisto e manutenzione delle tecnologie sanitarie, anche avvalendosi di esperienze aziendali o interaziendali già sperimentate;
- b) l'obbligo per le aziende sanitarie di produrre annualmente una analisi dettagliata del costo di specifiche prestazioni specialistiche al fine di rendere operante la prescrizione normativa sulla pubblicità dei costi analitici aziendali;
- c) la definizione, anche sulla base delle informazioni di cui ai precedenti punti ed in aggiunta agli indicatori gestionali attualmente rilevati e diffusi annualmente, di standard di riferimento regionali di produttività ed efficienza tecnica relativi all'impiego delle risorse ed al loro grado di utilizzo, al fine di indirizzare l'operatività delle aziende sanitarie e consentirne una valutazione sia a livello regionale che locale;
- d) l'introduzione nei programmi di sviluppo dell'attività, sia a livello aziendale che di area vasta, di tecniche di valutazione di costi/opportunità finalizzate alla ottimizzazione della allocazione delle risorse ed alla crescita in rete del sistema sanitario.

In particolare, entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, il Dipartimento regionale competente, avvalendosi della collaborazione dell'Agenzia Regionale di Sanità e delle professionalità presenti nelle aziende sanitarie, definisce le modalità per la stesura di *report* annuali aziendali relativi al precedente punto b).

## **2.5.2. La seconda fase dell'aziendalizzazione**

I risultati gestionali di questi anni inducono ad affiancare, alle iniziative in corso per il potenziamento delle funzioni gestionali di area vasta e regionale, quali, in primo luogo, la funzione degli acquisti e quella della gestione logistica dei materiali, una analisi più approfondita di alcune funzioni tecnico - amministrative tipiche della gestione aziendale pubblica e privata. Si fa riferimento in particolare a quelle funzioni che hanno visto nel mondo produttivo privato processi di riagggregazione e specializzazione finalizzati ad innalzare il livello di efficienza del sistema.

Sono funzioni che non attengono direttamente all'erogazione di prestazioni sanitarie in rapporto con il cittadino/a e nelle quali sono possibili rilevanti miglioramenti sia in termini qualitativi che economici. Il grado di ottimizzazione della loro gestione e l'eventuale loro allocazione a livello sovra aziendale, ove opportuno e possibile, potranno portare ad una ridefinizione della natura stessa delle aziende sanitarie, accentuandone il carattere di fornitore di servizi alla persona ed alla collettività e riducendone i compiti negli ambiti gestionali e di supporto. In tal senso il processo, che è stato già avviato nell'ultimo anno di vigenza del precedente Piano sanitario regionale e sul quale la Giunta regionale è ulteriormente impegnata nel prossimo triennio, potrà definire una vera e propria seconda fase della aziendalizzazione ed anche, ove necessario richiedere una revisione normativa.

Parimenti si dovranno sviluppare analisi e programmi tesi a migliorare la qualità dei servizi e dell'organizzazione anche attraverso un ripensamento dell'assetto delle risorse umane, tenendo conto delle nuove figure professionali che emergono a seguito dei modificati processi formativi per l'accesso. Occorrerà anche andare a sperimentare, in alcune aziende sanitarie, su specifici settori di intervento, nuove modalità di organizzazione del lavoro, tenuto conto dei nuovi ruoli, dei carichi di lavoro e delle difficoltà di reclutamento di alcune figure professionali.

### **2.5.2.1. La funzione acquisti**

La complessità del mercato di beni sanitari ed il rapido processo di innovazione dei prodotti e delle procedure, nonché la necessità di adattamento a competenze professionali e strutturali diversificate sul territorio, attribuiscono alla funzione acquisti una rilevanza strategica. Si assiste infatti a fenomeni di crescente asimmetria nelle capacità e nei poteri della domanda e dell'offerta,

ove quest'ultima presenta un carattere viepiù sovragregionale e sovranazionale dei mercati ed una sempre maggiore capacità di influenza sui mercati stessi da parte delle ditte fornitrici. Le Aziende Sanitarie si caratterizzano, al contrario, per la scarsa dimensione operativa e la ridotta circolazione delle informazioni e conoscenze tra i diversi soggetti, nonché per una marcata vocazione non specialistica della funzione acquisti. Questa asimmetria rende possibile il verificarsi di effetti distorsivi del mercato a tutto danno della trasparenza, dell'imparzialità ed economicità delle procedure di acquisto pubbliche, rendendo indispensabili iniziative di valorizzazione del sistema delle Aziende e delle professionalità ivi esistenti, al fine di evitare duplicazioni di funzioni nonché di accrescere la forza contrattuale della domanda e le competenze specialistiche dei soggetti pubblici.

Al fine di migliorare la qualità degli approvvigionamenti e il potere contrattuale delle aziende sanitarie si procederà ad un progressivo ampliamento dei comparti di beni in cui effettuare acquisti unificati, anche sperimentando soluzioni associative o consortili, per i prodotti merceologici ad uso tecnico economale e per i beni e servizi di uso corrente e per quei prodotti e presidi medico sanitari per i quali si ravvisi e sia possibile l'utilità di una standardizzazione.

A tal fine, è costituito nelle aziende sanitarie dell'area vasta un organismo tecnico interaziendale, composto dai profili professionali, che intervengono nella catena degli approvvigionamenti (responsabili delle procedure di acquisto, utilizzatori dei beni, prodotti e servizi), con lo scopo lo scopo di:

- individuare i comparti dei beni e servizi nei quali sia possibile procedere alle unificazioni, tenendo conto della loro rilevanza economica;
- indicare alle direzioni aziendali le ulteriori professionalità necessarie per attenuare la asimmetria esistente tra i soggetti che costituiscono la domanda e i soggetti che rappresentano l'offerta;
- proporre l'introduzione nella gestione delle procedure di strumenti innovativi che consentano al sistema di realizzare economicità, rapidità e trasparenza (e - *procurement*).

La Giunta regionale elabora entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale una proposta di riorganizzazione della funzione che preveda la sua ottimizzazione a livelli sovra aziendali, d'area vasta o regionali.

Le aziende sanitarie sono impegnate sulla base di indirizzi della Giunta regionale, a riesaminare e, ove possibile, standardizzare gli strumenti aziendali di classificazione dei prodotti con l'obiettivo di definire appositi prontuari dei farmaci e dei dispositivi medico chirurgici sui quali operare le scelte di acquisto.

Gli strumenti così definiti costituiranno, per i prodotti a più largo consumo o ad alta rilevanza economica, la base per la redazione di un vero e proprio prontuario regionale da utilizzare per la valorizzazione ed il potenziamento dell'Osservatorio regionale dei prezzi.

### **2.5.2.2. La gestione logistica dei materiali**

La razionalizzazione della spesa per beni e servizi non prescinde dal considerare il processo di approvvigionamento nella sua interezza, in quanto una quota consistente di costi è rappresentata dallo stoccaggio e dalla movimentazione dei materiali, in termini di capitale immobilizzato, personale impiegato, spazi utilizzati, prodotti scaduti. La gestione delle scorte è un'attività complessa, comportando un sistematico monitoraggio dei materiali in entrata ed uscita, la definizione dei livelli di scorta minima e dei punti di riordino dei differenti articoli; ciò determina – in specie laddove vi siano una pluralità di punti di deposito – la necessità di un forte coordinamento tra le diverse funzioni aziendali e di un buon sistema informativo.

Le aziende sanitarie da tempo sperimentano soluzioni contrattuali che comportano una logistica di tipo *just in time*, spostando sul fornitore l'onere dello stoccaggio e della distribuzione dei beni direttamente ai reparti. Vi è tuttavia una disomogeneità tra i comportamenti delle diverse aziende sanitarie, sia in termini di organizzazione dei magazzini che in termini di rapporto con i fornitori: si pone pertanto l'esigenza di una omogeneizzazione delle soluzioni al fine di recuperare margini di efficienza grazie alla riduzione dei punti di deposito.

La Giunta regionale elabora, entro il primo semestre di vigenza del Piano sanitario regionale, una proposta di riorganizzazione della funzione che preveda la sua ottimizzazione

anche attraverso la costituzione, a livello interaziendale, di uno o più poli per l'approvvigionamento e la distribuzione, aventi forma giuridica pubblica o privata; che consentirebbe di liberare molte risorse umane da impiegare in settori alternativi. Oltre a tale vantaggio in termini di risorse umane, la centralizzazione dei magazzini potrebbe altresì determinare un abbattimento delle giacenze medie e l'eliminazione delle scorte scadute.



### 3. GLI STRUMENTI DI SISTEMA

#### 3.1. ANALISI E ORIENTAMENTO DELLA DOMANDA

##### 3.1.1. Analisi ed orientamento della domanda nel Piano sanitario regionale

Ai paragrafi 2.1 “Gli Obiettivi di salute” e 2.2 “Le Zone e la Società della salute” del presente Piano sanitario regionale sono trattate alcune scelte strategiche per orientare la domanda, con interventi direttamente scaturiti dall’analisi dei bisogni, finalizzati ad introdurre un rinnovamento profondo del rapporto stesso fra cittadini/e, istituzioni locali e sistema sanitario. Si è inteso così facilitare la riappropriazione da parte della collettività del fondamento stesso della domanda di sanità, quello legato al bisogno di salute. Nei due paragrafi di seguito riportati sono delineati alcuni strumenti a carattere trasversale, da inserire nel contesto istituzionale indicato, per procedere all’orientamento della domanda.

##### 3.1.2. I Piani integrati di salute

E’ necessario, nell’ambito di un Piano sanitario orientato alla produzione di salute, valorizzare gli interventi di salvaguardia e controllo della qualità ambientale e sociale attraverso dei veri e propri “*Piani*” finalizzati alla realizzazione di *progetti* con specifici “*Obiettivi*”. I “*Piani integrati di salute*” costituiscono la modalità di operare delle zone - distretto e, ove costituite, delle Società della salute.

I Piani integrati di salute, nel rispetto di quanto previsto dalle linee guida di seguito indicate, scaturiscono da un procedimento di concertazione al quale partecipano i soggetti istituzionali e quelli rappresentativi delle comunità locali; sono coerenti con l’impostazione regionale della programmazione integrata, che sta alla base del Programma regionale di sviluppo, e si allineano alle direttive della Organizzazione Mondiale della Sanità sullo sviluppo della salute nelle comunità. Essi inoltre si avvalgono delle esperienze condotte nell’ambito del “Progetto città sane”, della “Agenda 21” e della rete degli “Ospedali che producono salute”. I Piani integrati di salute devono interagire con gli strumenti della programmazione locale, nonché con i Patti territoriali per lo sviluppo e l’occupazione e con i Patti sociali territoriali ove questi esistano.

L’interazione e l’integrazione tra i Piani integrati di salute e gli altri strumenti di programmazione negoziata locale sono assicurate attraverso l’unificazione delle sedi di concertazione e, ove possibile, delle procedure di negoziazione e concertazione. I Piani integrati sono progetti complessi su problematiche specifiche ad alta valenza sociale, che coinvolgono varie risorse ed hanno una ricaduta specifica, valutabile e misurabile, sullo stato di salute del territorio.

- *Gli attori*

Il luogo di ideazione, condivisione, realizzazione e valutazione del Piano integrato di salute è il territorio a livello della zona – distretto.

Le Conferenze dei sindaci di zona esprimono l’indirizzo politico e assicurano l’avvio, la realizzazione e la valutazione del Piano integrato di salute, contribuendo alla sua gestione per le parti di propria competenza. Le aziende unità sanitarie locali, con le loro articolazioni in zone - distretto forniscono il coordinamento organizzativo. Le funzioni gestionali ed operative per la realizzazione del Piano integrato di salute sono assicurate attraverso il supporto tecnico delle strutture sanitarie di zona delle aziende unità sanitarie locali, delle strutture dei comuni e dell’ARPAT, e con il contributo del non-profit, il cui operato deve essere opportunamente integrato per il raggiungimento di obiettivi comuni.

La concertazione avviene tramite il rapporto con le organizzazioni sindacali, con le forze produttive e con le altre componenti della società civile a livello locale. Le attività dei Dipartimenti di prevenzione, nelle loro articolazioni di zona - distretto, tendono ad essere riassorbite nell’ambito dei Piani integrati di salute, realizzando a tal fine uno spostamento e una conversione delle risorse umane e materiali, (in accordo con quanto previsto al paragrafo 2.2.2. del presente Piano sanitario regionale).

Laddove sia attivata una Società della Salute, questa assicura le funzioni gestionali integrate di competenza per la realizzazione del Piano integrato di salute.

- *Il metodo di lavoro*

L'insieme dei soggetti che hanno partecipato alla concertazione e stipulato l'accordo mette a punto un *progetto di lavoro comune* basato sulla individuazione degli obiettivi di salute e sulla verifica dei risultati, tenuto conto delle priorità emerse dal consenso e condivisione fra i soggetti con pari dignità, tenendo conto delle evidenze scientifiche e dei dati disponibili sul territorio e sulla salute della popolazione, oltre che della percezione dei bisogni da parte dei cittadini/e.

Il progetto deve contenere l'individuazione delle responsabilità e dei compiti, tecnici, economici e gestionali, delle risorse messe a disposizione da ciascun soggetto, delle opportunità di cofinanziamento e dei percorsi amministrativi per renderlo disponibile. Il progetto medesimo esplicita i tempi di realizzazione, le verifiche di efficacia degli interventi messi in atto, la valutazione di effetto del Piano integrato di salute.

- *La realizzazione del progetto: aspetti amministrativi, tecnici, valutativi*

Le competenze tecniche necessarie per supportare progetti integrati devono essere anch'esse integrate. E' quindi a livello di progetto locale che si rende operativo il concorso fra gli operatori delle aziende sanitarie (in particolare dei Dipartimenti di prevenzione e dei distretti), dell'ARPAT, dei Servizi sociali comunali, nonché del terzo settore quando opportuno. I progetti devono contenere le modalità di integrazione delle competenze.

- *Come avviare il processo*

La Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del presente Piano sanitario regionale, elabora apposite linee guida di supporto alle aziende sanitarie ed alle amministrazioni locali al fine di catalizzare il processo di costruzione ed attuazione dei progetti, anche attraverso fasi sperimentali. Le linee guida devono orientare sugli aspetti tecnici, operativi e valutativi dei progetti, ed indicare i necessari riscontri negli strumenti integrati di programmazione a livello regionale (Piani di sviluppo) e locale. A tal fine la Giunta regionale si avvale del supporto tecnico dell'ARS, dell'ARPAT e dell'IZS, e può avvalersi della consulenza e dell'apporto di espressioni del non-profit di livello regionale, con specifiche competenze su temi di interesse ambientale e sociale.

- *Le risorse*

La realizzazione dei Piani integrati di salute comporta un concorso di risorse da parte di più soggetti a livello territoriale. Per quanto riguarda la sanità, queste riguardano in primo luogo le risorse dedicate ai servizi coinvolti nel progetto nell'ambito del budget di zona - distretto

Inoltre la partecipazione dei Dipartimenti di prevenzione delle aziende unità sanitarie locali ai Piani integrati di salute è incentivata come specificato nella azione "Prevenzione Collettiva" del presente Piano sanitario regionale. Per quelle zone, che saranno coinvolte nella sperimentazione delle Società della Salute, sarà inoltre previsto l'accesso agli specifici fondi di avvio, come previsto al paragrafo 2.2.7.2..

- *La Valutazione di effetto*

La valutazione di effetto consiste nella costruzione di un "bilancio" fra effetti potenzialmente positivi ed effetti potenzialmente negativi del Piano integrato di salute. Il bilancio è realizzato sulla base di un set di indicatori specifici, volti a sorvegliare lo stato di realizzazione del Piano integrato di salute in termini di effetto sulla organizzazione dei servizi (indicatori di processo) e sulla salute e soddisfazione dell'utenza (indicatori di esito). Alcuni indicatori devono essere a carattere regionale, quindi in comune fra i diversi territori, come previsto al paragrafo 4; altri indicatori possono essere individuati a livello locale per adattarsi alle esigenze specifiche.

### **3.1.3. I rapporti con il cittadino/a: comunicazione e partecipazione**

Si intende per comunicazione un processo bilaterale di informazione ed ascolto, che vede coinvolti con pari dignità due o più soggetti.

Un'efficace comunicazione sia interna che esterna costituisce uno strumento essenziale a supporto di un corretto e positivo rapporto fra operatori e tra servizio sanitario e cittadini/e, per migliorare il senso di appartenenza e permettere la partecipazione alle scelte.

La diffusione della cultura della comunicazione e l'attivazione di strategie comunicative specifiche sono necessarie per:

- innalzare la qualità complessiva dei servizi,
- orientare la domanda verso livelli maggiori di appropriatezza,
- offrire più attenzione ai bisogni individuali, personalizzando gli interventi per migliorare la soddisfazione,
- favorire i processi di condivisione da parte delle comunità locali,
- consentire un'adeguata conoscenza delle attività offerte e delle modalità organizzative.

La comunicazione istituzionale riveste un ruolo strategico per il raggiungimento degli obiettivi del sistema sanitario, in particolare in tema di:

- qualificazione del "sistema carta dei servizi", come strumento di formalizzazione dei diritti dei cittadini/e e degli impegni assunti dalle aziende sanitarie;
- promozione della cultura della salute;
- diffusione dell'informazione, anche con finalità bioetiche, tesa a favorire l'autonomia decisionale degli utenti.

### **3.1.3.1. La comunicazione**

Lo sviluppo della comunicazione nel triennio di vigenza del Piano sanitario regionale avverrà secondo i seguenti orientamenti programmatici:

- favorire l'efficienza, mediante momenti operativi comuni tra gli interventi di comunicazione e informazione, le attività di educazione e promozione della salute e le iniziative connesse alla qualificazione del sistema carta dei servizi;
- adottare strategie di comunicazione "in rete", a carattere aziendale ed interaziendale, rivolte agli altri soggetti pubblici e privati del territorio, finalizzate a promuovere un'organizzazione inter disciplinare degli interventi e l'integrazione tra le diverse professionalità;
- migliorare la visibilità del sistema sanità e delle azioni ed attività realizzate nell'ambito dei processi di riorganizzazione dei servizi. Il processo comunicativo e informativo deve servire a rendere noti fatti ed eventi essenziali che rientrano nella strategia aziendale, sostenuti da processi organizzativi verificabili;
- costruire il Piano di comunicazione aziendale, inteso come strumento con il quale la direzione aziendale definisce ed aggiorna annualmente obiettivi, contenuti, strumenti, tempi e modalità di verifica delle iniziative di comunicazione, interne ed esterne. A livello aziendale sarà valorizzata la strategia di comunicazione legata alla Conferenza dei servizi, che rappresenta il momento di comunicazione da attuare con il coinvolgimento del personale, delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti e di altri soggetti, pubblici e privati, che interagiscono con il servizio sanitario.

La Giunta regionale è impegnata nel triennio a promuovere:

- iniziative di comunicazione con ricaduta sul sistema delle aziende sanitarie,
- attività di verifica del livello di comunicazione presente nelle aziende,
- la formazione degli operatori coinvolti nei processi di comunicazione,
- lo sviluppo degli strumenti di comunicazione in ambito regionale.

Le aziende sanitarie sono impegnate a:

- attivare, nell'ambito della programmazione aziendale, le azioni necessarie allo sviluppo del Piano di comunicazione aziendale, sulla base di appositi indirizzi della Giunta regionale;
- garantire l'informazione e la comunicazione sull'organizzazione dei servizi socio – sanitari e sulle modalità di accesso e di fruizione.

Il Piano di comunicazione aziendale rappresenta un impegno che le aziende sanitarie sono chiamate ad assumere con la carta dei servizi pubblici sanitari e costituisce requisito di accreditamento.

### **3.1.3.2. La partecipazione**

Si intende per partecipazione l'attività che gli operatori della sanità, le formazioni sociali, gli utenti del servizio sanitario regionale svolgono al fine di:

- contribuire ad una programmazione delle attività dell'azienda unità sanitaria locale e delle aziende ospedaliere; promuovere la gestione dei servizi socio-sanitari;
- verificare la funzionalità dei servizi, la loro rispondenza alle finalità del servizio sanitario regionale e agli obiettivi dei Piani sanitari regionali, dei Piani attuativi locali e dei Piani attuativi ospedalieri.

Ogni azienda sanitaria riconosce le diverse modalità di partecipazione dei cittadini utenti, operatori e formazioni sociali che:

- favoriscano la partecipazione degli utenti e delle forze sociali;
- propongano campagne di informazione sui loro diritti, sui criteri e requisiti di accesso e sulle modalità di erogazione dei servizi;
- formulino proposte in ordine: al programma di intervento dei servizi; alla pubblicizzazione della attività relativa al funzionamento dei servizi, a programmi di indagine e ricerca sui bisogni, di rispondenza dei servizi alle necessità degli utenti ed epidemiologiche;
- collaborino alla programmazione dei piani di educazione sanitaria;
- valutino annualmente l'andamento complessivo dei servizi delle aziende unità sanitarie locali.

### **3.1.3.3. Lo sviluppo della Carta dei servizi**

La carta dei servizi si configura come un "patto" tra il soggetto erogatore del servizio ed il cittadino/a, 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.

Confermando le indicazioni del precedente Piano sanitario regionale, costituiscono obiettivi del triennio:

- la qualificazione del sistema carta dei servizi pubblici sanitari,
- lo sviluppo di un processo informativo, all'interno delle iniziative di comunicazione, che porti i contenuti della carta a conoscenza di tutti i soggetti interessati, in particolare dei cittadini/e.

Per il raggiungimento dei predetti obiettivi vengono di seguito definiti strumenti e azioni di livello regionale e aziendale. In particolare la Giunta regionale promuove lo sviluppo delle iniziative nel settore attraverso:

- la costituzione di un Comitato permanente per il sistema carta dei servizi con la rappresentanza del Difensore civico, delle aziende sanitarie, della Commissione regionale di bioetica, dell'utenza, dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali interni delle strutture pubbliche e private, compreso il non profit, che intrattengono i rapporti con il servizio sanitario regionale;
- l'attivazione di iniziative di coordinamento e di integrazione tra gli Uffici di relazione col pubblico delle aziende sanitarie e delle altre istituzioni, al fine di favorire una rete operativa sul territorio toscano;
- l'elaborazione di linee guida per l'implementazione della carta dei servizi delle aziende sanitarie e per alcune tipologie di carte dei servizi tematiche, in particolare la Carta dei diritti del Bambino in Ospedale, al fine di:
  - assicurare, in collaborazione con l'ARS, la definizione di indicatori e standard di qualità, tenuto conto anche di quelli già individuati a seguito di specifica sperimentazione;
  - uniformare le carte dei servizi con particolare riferimento agli impegni e agli standard di qualità;
  - garantire ai cittadini/e l'informazione sulle modalità di accesso ai servizi sanitari e socio – sanitari, sulla loro fruizione e sulla continuità delle cure;
  - promuovere carte dei servizi integrate a livello d'area vasta;

- il coordinamento dei procedimenti di tutela già in atto, al fine di semplificare e razionalizzare la gestione dei reclami, tramite la promozione di un'intesa con il Difensore civico e le aziende sanitarie, anche al fine di predisporre apposito atto normativo di riforma della tutela in ambito sanitario che favorisca l'integrazione organica dei ruoli degli Uffici di relazione con il pubblico, le Commissioni miste conciliative e il difensore civico;
- l'emanazione di linee guida per la realizzazione di indagini sulla soddisfazione dell'utenza, al fine di verificare il rispetto degli impegni assunti e i risultati conseguiti in relazione agli obiettivi fissati;
- il potenziamento del ruolo dell'Osservatorio regionale della carta dei servizi pubblici sanitari nel monitoraggio del processo.

Le aziende sanitarie in particolare sono impegnate a:

- favorire, anche sulla base di appositi indirizzi della Giunta regionale, il raccordo programmatico e operativo tra le iniziative di comunicazione e informazione, quelle di educazione alla salute e quelle di sviluppo del sistema carte dei servizi, al fine di assicurare la necessaria integrazione nel sistema di qualità aziendale;
- rafforzare le funzioni degli Uffici di relazione con il pubblico anche nei procedimenti di tutela del cittadino;
- completare il processo di costituzione delle Commissioni miste conciliative e consolidarne l'operatività;
- aggiornare annualmente e diffondere la carta dei servizi;
- adeguare il regolamento di tutela dei cittadini/e in coerenza con la nuova autonomia statutaria;
- sviluppare i protocolli d'intesa con le associazioni di volontariato e tutela, di cui all'articolo 19 della l.r. 22/2000, con particolare riferimento all'accoglienza, alla partecipazione e alle indagini di soddisfazione;
- attivare gli strumenti di verifica più idonei rispetto agli impegni assunti, 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 principale strumento di partecipazione e confronto sui risultati conseguiti rispetto agli impegni assunti nella carta dei servizi.

Gli standard specifici di qualità dichiarati nella carta dei servizi costituiscono obiettivo di budget per i dirigenti; la retribuzione di risultato si basa anche sugli obiettivi di qualità individuati nella carta dei servizi.

### **3.2. ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA**

#### **3.2.1. L'organizzazione dell'offerta nel Piano sanitario regionale**

Il tema dell'organizzazione dell'offerta è affrontato dal Piano sanitario regionale nell'ambito delle scelte strategiche di cui ai paragrafi 2.3, 2.4. e 2.5., dove si individuano le scelte finalizzate ad aumentare l'efficienza in un quadro di appropriatezza delle prestazioni e di programmazione assistenziale. Nei successivi paragrafi 2.6. e 2.7. vengono solo trattati alcuni strumenti specifici e trasversali della organizzazione dell'offerta.

#### **3.2.2. Il programma regionale per l'accreditamento**

Costituisce obiettivo del Piano sanitario regionale lo sviluppo dell'accreditamento quale strumento di regolazione dei rapporti fra i produttori di prestazioni sanitarie all'interno degli atti

della programmazione regionale e di promozione e miglioramento complessivo della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate. Il miglioramento della qualità, presuppone infatti il miglioramento del servizio sotto i diversi aspetti dell'organizzazione, della professionalità, del rapporto con l'utenza, della riduzione dei costi e della crescita della produttività, valorizzando i margini di miglioramento del sistema delle aziende sanitarie, offerti dall'integrazione delle attività a livello regionale, di area vasta e di singola azienda sanitaria.

Ciascuna azienda sanitaria, operante nel sistema sanitario regionale, è tenuta ad elaborare, nell'ambito degli atti di programmazione aziendale, un programma di miglioramento della qualità dei propri servizi, sulla base dei risultati delle attività di verifica, sia esterne che interne, e delle azioni correttive individuate. Al fine di favorire il diretto coinvolgimento della direzione aziendale, di promuovere la diffusione sistematica delle informazioni e di fornire il supporto metodologico alle attività di miglioramento della qualità, le aziende sanitarie sono impegnate a garantire:

- l'effettiva attivazione della struttura organizzativa "Assicurazione qualità", già individuata nel precedente Piano sanitario regionale;
- il potenziamento del raccordo programmatico e operativo tra la struttura di cui sopra e le strutture in staff alla direzione aziendale, interessate al processo di accreditamento;
- il coinvolgimento nel predetto processo dei responsabili dei presidi e delle strutture assistenziali.

La Giunta regionale, con la partecipazione del sistema dei produttori pubblici e privati, avvalendosi della collaborazione dell'ARS e del Consiglio sanitario regionale, promuove lo sviluppo del programma di accreditamento e il consolidamento degli strumenti già individuati in attuazione della l.r. 8/1999 e del precedente Piano sanitario regionale, quali:

- il modello di accreditamento,
- il sistema di verifica,
- le procedure per l'accreditamento istituzionale.

### **3.2.2.1. Il modello di accreditamento**

Nel triennio sono garantiti:

- a) il processo di adeguamento del modello di accreditamento, definito con la deliberazione del Consiglio regionale del 26 luglio 1999, n. 221 (Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle strutture pubbliche e private per l'esercizio delle attività sanitarie) e la deliberazione del Consiglio regionale del 1 febbraio 2000, n. 30 (Approvazioni requisiti, manuali e procedure di accreditamento ai sensi della legge 23 febbraio 1999, n. 8 e successive modifiche e integrazioni), con particolare riferimento alla:
  - modifica, aggiornamento ed integrazione dei requisiti generali e specifici già individuati, in funzione delle indicazioni derivanti dalla normativa, dall'evoluzione scientifica, dalla pianificazione regionale e nazionale;
  - modifica, aggiornamento ed integrazione dei manuali;
  - definizione di livelli-soglia, di indicatori e di standard di riferimento;
- b) lo sviluppo dell'accreditamento come strumento del sistema di qualità aziendale;
- c) lo sviluppo di percorsi di autoverifica interna dei presidi e delle strutture organizzative pubbliche e private, con il coinvolgimento di tutti gli operatori;
- d) la realizzazione di momenti di incontro e confronto, con il coinvolgimento dei produttori, pubblici e privati, dell'utenza e delle professioni.

Saranno inoltre favoriti momenti di "confronto fra pari", in coerenza con il processo di accreditamento istituzionale.

### **3.2.2.2. Il sistema di verifica**

Sono confermate, per il triennio di validità del presente Piano sanitario regionale, le tre commissioni regionali per l'accreditamento individuate con il precedente Piano sanitario regionale 1999-2001.

I criteri per la costituzione delle commissioni, definiti con delibera del Consiglio regionale del 1 febbraio 2000, n. 31 (Istituzione delle Commissioni regionali per l'accreditamento ai sensi della l.r. 8/1999 e successive modificazioni) potranno essere rivisti dal Consiglio regionale a seguito di verifica effettuata dalla Giunta nel primo anno di funzionamento delle commissioni stesse. Si dispone a modifica della richiamata delibera del Consiglio regionale 31/2000, Allegato 1, punto 4, che, successivamente al primo anno, la nomina dei membri rappresentanti dei soggetti di cui alle lett. a), b), c), d) dell'articolo 19, comma 5, della l.r. 8/1999 ha validità per due anni.

Nello svolgimento dell'attività di verifica di loro competenza le Commissioni regionali per l'accreditamento e i Dipartimenti di Prevenzione, di cui le stesse si avvalgono, operano come organo consultivo della Giunta regionale; delle risultanze delle verifiche effettuate riferiscono al responsabile del procedimento amministrativo.

Oltre a svolgere l'attività di verifica esterna, le Commissioni regionali per l'accreditamento garantiscono il supporto ai processi di verifica interna attivati dalle aziende pubbliche e private nel territorio di competenza, fornendo in via riservata, alle aziende che lo richiedano, suggerimenti e pareri, così come già previsto nel precedente Piano sanitario regionale.

Al fine di garantire omogeneità e coerenza nel comportamento delle Commissioni, la Giunta regionale è impegnata a sviluppare:

- l'indirizzo ed il coordinamento delle Commissioni, anche con riferimento all'apporto dei dipartimenti di prevenzione per l'attività di verifica dei requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici delle strutture pubbliche;
- il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e competenze dei membri delle Commissioni regionali di accreditamento e dei dipartimenti di prevenzione.

### **3.2.2.3. Le procedure di accreditamento**

Viene confermato l'impegno, già indicato nel precedente Piano sanitario regionale, di accreditare in ordine di priorità, secondo lo sviluppo operativo individuato dalla Giunta regionale:

1. i presidi che erogano prestazioni di riabilitazione, sia a livello ambulatoriale che di ricovero ospedaliero a ciclo continuo e diurno per acuti e non acuti;
2. i presidi che erogano prestazioni relativamente ai settori di attività di laboratorio analisi, radiologia, medicina nucleare, radioterapia, dialisi e chirurgia ambulatoriale;
3. i presidi di ricovero ospedaliero per acuti a ciclo continuo e diurno con un numero di posti letto inferiore a 300;
4. i presidi di ricovero ospedaliero per acuti per le attività di alta specialità di cardiocirurgia, cardiologia invasiva diagnostica e interventistica, neurochirurgia e unità spinale.

Ulteriori priorità potranno essere individuate dalla Giunta regionale, tenuto conto dello sviluppo del processo di accreditamento, in relazione agli indirizzi espressi dal presente Piano sanitario regionale e dagli atti della programmazione regionale, con particolare riferimento a quelli che scaturiscono dalla concertazione di area vasta.

### **3.2.3. Funzioni operative e criteri di organizzazione**

In linea con il decreto legislativo n. 502 del 1992 e con la vigente normativa regionale, l'autonomia organizzativa aziendale viene attuata attraverso lo Statuto aziendale e i conseguenti atti del direttore generale.

Tale autonomia si esercita, avuto riguardo all'organizzazione dei servizi, anche sulla base di quanto indicato nell'Allegato 2 (Orientamenti generali per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali).

La Giunta regionale nell'arco di vigenza del presente Piano sanitario regionale, definisce un sistema di classificazione delle strutture organizzative professionali e delle unità funzionali, al fine di rilevare con modalità standardizzate ed uniformi il dimensionamento organizzativo attuato dalle aziende sanitarie, la dotazione di personale e di strumentazione, l'attività ed i costi di produzione

delle prestazioni; anche sulla base della predetta ricognizione e della classificazione delle strutture, nonché dell'avanzamento dei procedimenti in corso per l'accreditamento istituzionale, la Giunta regionale provvede altresì all'adeguamento del repertorio delle funzioni operative, sulla base dei seguenti indirizzi:

- la riconduzione della funzione operativa alla professionalità che la caratterizza, tenuto conto dei percorsi formativi per l'accesso al servizio sanitario;
- l'individuazione di nuove funzioni operative mediante accorpamento di funzioni operative preesistenti o loro disarticolazione, sulla base di predeterminati parametri prestazionali;
- la riclassificazione delle funzioni operative in base agli ambiti operativi (zona – distretto, aziendale, interaziendale, area vasta, regionale).

La Giunta regionale, nell'arco di vigenza del presente piano, emana indirizzi alle aziende sanitarie al fine dell'adeguamento degli statuti aziendali alle disposizioni del presente Piano sanitario regionale, con particolare riferimento al processo di unificazione funzionale tra zona e distretto.

### **3.2.3.1. I criteri per il riconoscimento delle funzioni regionali di riferimento**

Sono confermate le disposizioni, in materia di procedimenti per il riconoscimento delle funzioni regionali di riferimento, di cui alla parte II, capitolo I, paragrafo 11 dell'allegato A alla deliberazione del Consiglio regionale 17 febbraio 1999, n. 41 (Piano sanitario regionale 1999 – 2001). La Giunta regionale entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale attiva il procedimento prescritto, previa verifica delle funzioni regionali di riferimento già riconosciute, ai fini della loro eventuale conferma anche per la durata del presente Piano sanitario regionale. I provvedimenti relativi sono adottati sentito il Consiglio sanitario regionale.

### **3.2.4. L'integrazione socio-sanitaria**

Il Piano sanitario regionale rappresenta il primo momento di definizione delle strategie per la salute, con un'azione articolata orientata ad affrontare aree di problemi riconducibili a determinanti sanitari, socio-sanitari e sociali, e a promuovere un lavoro intersettoriale attraverso la definizione del sistema delle responsabilità e l'individuazione di condizioni volte a sperimentare nuove forme di integrazione istituzionale e operativa.

Il Piano sanitario regionale in particolare identifica i problemi, che richiedono un'azione di riqualificazione dell'integrazione socio sanitaria, con una definizione e valorizzazione delle attività che nel territorio possono garantirla, sia a livello programmatico, dando forte impulso alla programmazione integrata, sia attraverso la sperimentazione di nuovi modelli di gestione unitaria di tutti gli interventi territoriali, sia definendo i livelli di assistenza socio-sanitaria e le condizioni per realizzarli in ogni zona.

In parallelo, il Piano sociale regionale integrato consentirà 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 regionale si intende in tal modo 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, che ne deriva, promuove la solidarietà attraverso la valorizzazione delle iniziative delle persone, delle famiglie, delle forme di auto - aiuto e di reciprocità, nonché della solidarietà organizzata. Tale sistema ha come finalità lo sviluppo di azioni di prevenzione e il sostegno ai soggetti portatori di bisogni gravi.

Nella prospettiva universalistica e inclusiva della cittadinanza, il sistema attribuisce priorità:

- ai soggetti con forte riduzione delle capacità personali per inabilità di ordine fisico e psichico;
- ai soggetti con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro;
- ai minori, specie se in condizione di disagio familiare.

### **3.2.4.1. L'integrazione a livello normativo**

A livello normativo la riforma del servizio sanitario nazionale e, in parallelo la ridefinizione del sistema dei servizi sociali, introdotto con la legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) hanno dato risalto all'integrazione socio-sanitaria, indispensabile per quei bisogni di salute che richiedono unitariamente risposte sanitarie e azioni di protezione sociale.

Il decreto legislativo 502/1992, pone le basi per una definizione delle aree di integrazione socio sanitaria, demandando all'apposito Atto di indirizzo e coordinamento – decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie) - l'identificazione delle prestazioni socio sanitarie e la formulazione di criteri per la ripartizione degli oneri tra risorse sanitarie e risorse sociali. Lo stesso decreto legislativo, all'articolo 3 *quater*, individua nel programma delle attività territoriali di ogni distretto, in Toscana funzionalmente coincidente con la zona, lo strumento per indirizzare i servizi e definire le risorse destinate all'integrazione socio sanitaria. La legge 328/2000, individua gli ambiti di prevalente interesse per la definizione di un sistema integrato di prestazioni socio - assistenziali e socio-sanitarie, orientato a utilizzare il distretto come fulcro dell'integrazione, prevedendo in particolare:

- all'articolo 8, comma 3, l'individuazione nel distretto della sede della gestione associata dei servizi;
- agli articoli 14, 15 e 16, i piani personalizzati di assistenza, definiti con il concorso sia dei comuni che delle aziende unità sanitarie locali, come base operativa degli interventi;
- all'articolo 22, comma 2, l'identificazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili, anche in relazione alle materie dell'integrazione socio sanitaria.

L'evoluzione del quadro normativo nazionale conferma e consolida il principio dell'integrazione, già presente nell'assetto toscano espresso in particolare nella legge regionale del 3 ottobre 1997, n. 72 (Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati) e negli indirizzi strategici contenuti nei progetti obiettivo dei precedenti Piano sanitario regionale e Piano integrato sociale regionale.

A seguito delle modifiche apportate al titolo V, parte II, della Costituzione, che hanno sostanzialmente cambiato il sistema delle responsabilità istituzionali in ordine all'assistenza sanitaria e sociale, responsabilizzando fortemente il livello regionale e locale nella garanzia dei diritti di cittadinanza, la Regione intende dare attuazione ai contenuti delle normative nazionali sopra richiamate, attraverso un rafforzamento del sistema dei servizi socio sanitari integrati, secondo scelte strategiche e modalità che mirano alla condivisione delle responsabilità da parte delle aziende unità sanitarie locali e degli Enti locali, sia nella programmazione che nella realizzazione degli interventi. Ciò si realizza in pieno con le previsioni generali del presente Piano sanitario regionale e si valorizza fortemente soprattutto con le ipotesi sulla Società della salute.

### **3.2.4.2. La concertazione tra i soggetti istituzionali a livello regionale**

La ridefinizione del sistema dei servizi e degli interventi inerenti l'integrazione socio sanitaria e l'identificazione delle competenze di parte sanitaria e di parte sociale vengono attuate a livello Regionale mediante la concertazione tra i soggetti istituzionali coinvolti, finalizzata a:

- identificare i servizi che richiedono l'integrazione, con riferimento alle tabelle allegate all'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001;
- definire criteri e parametri di ripartizione degli oneri in relazione alle modalità assistenziali e tipologie di servizi, con riferimento all'allegato 3 (I livelli di assistenza socio – sanitaria);
- determinare gli indirizzi per i processi autorizzativi e di accreditamento delle strutture e dei servizi che erogano prestazioni nell'area dell'integrazione;

- individuare le procedure per la definizione di intese tra enti locali e aziende unità sanitarie locali nella loro articolazione zonale per l'erogazione integrata degli interventi e delle prestazioni nell'ambito dei percorsi assistenziali specifici;
- definire le modalità per la valorizzazione del ruolo del non – profit e per la regolazione dei rapporti per l'affidamento dei servizi, anche in relazione alle forme di selezione dei soggetti.

### **3.2.4.3. L'individuazione delle aree di integrazione socio-sanitaria e i livelli di assistenza socio-sanitaria**

L'azione di concertazione tra i soggetti istituzionali interessati riguarda le prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria riferite alle aree individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 che vengono qui di seguito riportate:

- materno infantile;
- disabili;
- anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico – degenerative;
- dipendenze da droga, alcol e farmaci;
- patologie psichiatriche;
- patologie per infezioni da Human Immunodeficiency Virus (HIV);
- pazienti terminali.

La riorganizzazione degli interventi assistenziali dovrà essere orientata sulla base dei seguenti principi:

- la definizione di un progetto assistenziale personalizzato, attraverso un apposito momento valutativo multiprofessionale, con riferimento al criterio della unitarietà della gestione, cui concorrono apporti professionali sanitari e sociali in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse, ed individuazione della figura dell'operatore di riferimento che ne è il responsabile organizzativo. Per le problematiche sanitarie l'operatore di riferimento è identificabile nel medico di medicina generale e nel pediatra di libera scelta, mentre per quelle dell'alta integrazione socio-sanitaria l'operatore di riferimento è individuato dal responsabile della struttura funzionale che si fa carico del percorso assistenziale e stabilisce le diverse intensità delle fasi del medesimo, che si possono svolgere in ambito territoriale, domiciliare ed ospedaliero, a seconda della complessità ed intensità del problema;
- l'identificazione dell'impegno sanitario e sociale con riferimento alle diverse fasi dell'intervento, e della competenza, sanitaria e sociale, dei relativi oneri, nell'ambito della definizione del progetto assistenziale personalizzato da parte dell'apposito nucleo di valutazione multiprofessionale;
- l'individuazione delle fasi di diversa intensità di assistenza nell'ambito del percorso assistenziale, attraverso la verifica degli esiti, facendo riferimento alle seguenti classi di intensità: fase *intensiva*, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita; fase *estensiva*, caratterizzata da una minore intensità terapeutica e da un programma assistenziale di medio o prolungato periodo; fase di *lungo assistenza*, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale e a rallentare il suo deterioramento.

Il criterio di accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari è il bisogno, riconosciuto in termini di appropriatezza nell'accesso alle prestazioni.

Le persone e le famiglie con 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 che compensino le situazioni di fragilità e valorizzino le capacità delle persone e delle reti sociali e familiari.

Particolare attenzione sarà riservata agli interventi a favore dei soggetti che risiedono nelle zone svantaggiate, nelle aree rurali e nei piccoli centri.

Per la componente sociale delle prestazioni, le persone e le famiglie possono essere chiamate a concorrere al costo dei servizi in base alla loro condizione economica, per salvaguardare il criterio dell'equità, anche secondo le previsioni di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente come previsto dalla legge 328/000.

Gli interventi dovranno essere volti ad assicurare i livelli di assistenza socio - sanitaria nelle aree prima richiamate, con riferimento alle prestazioni e al concorso di risorse finanziarie sanitarie e sociali, secondo quanto indicato nell'allegato 3.

Per dare risposte efficaci ai problemi di accesso ai servizi in termini di equità, di globalità, di garanzia di continuità assistenziale, occorre che a livello di zona – distretto sia assicurato un percorso di accesso unitario a tutti i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari. Il modello di accesso unitario prevede diverse modalità di accoglienza e di gestione della domanda, a seconda che essa si caratterizzi con riferimento a bisogni sanitari, sociali e socio-sanitari. Nei primi due casi le figure di riferimento sono il medico di medicina generale e l'assistente sociale, 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 multiprofessionale, cui partecipano, tenendo conto della natura dei bisogni da affrontare, le professionalità sanitarie e sociali necessarie. L'unità 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 struttura individua un operatore di riferimento che segue le diverse fasi attuative del progetto personalizzato, facilitando l'apporto integrato delle figure professionali coinvolte nel programma assistenziale.

In sede di valutazione della domanda, sia essa curata dal medico di medicina generale, dall'assistente sociale o dall'unità multiprofessionale, è garantita capacità di ascolto, di orientamento, di accompagnamento, in modo che il progetto personalizzato diventi motivo di impegno condiviso tra gli operatori, la persona e la famiglia, sulla base di accordi informati e condivisi, tali cioè da evidenziare in modo trasparente i diversi centri di responsabilità implicati nella risposta al bisogno.

#### **3.2.4.4. Gli strumenti della programmazione regionale e locale**

Le determinazioni di cui alla deliberazione del Consiglio regionale del 5 giugno 2001, n. 118 di approvazione del Piano integrato sociale regionale per l'anno 2001, relative al riallineamento temporale degli atti di programmazione sia regionale che locale, assicurano la contestualità delle scelte programmatiche.

A livello locale è assicurata la convergenza delle scelte strategiche negli atti di programmazione delle aziende unità sanitaria locale e dei comuni.

In Toscana il luogo dell'integrazione è rappresentato dalla zona, come definita al paragrafo 2.2., dove il livello di erogazione dei servizi sanitari territoriali coincide con la dimensione territoriale della programmazione dei servizi comunali attraverso i piani di zona. Nel nuovo assetto territoriale previsto dal presente Piano sanitario regionale, la Conferenza dei sindaci nella sua articolazione zonale e l'azienda unità sanitaria locale programmano i servizi e le prestazioni ad alta integrazione per gli utenti residenti nella zona, utilizzando lo strumento dei Piani integrati di salute di cui al paragrafo 3.1.2. In tale ambito le aziende unità sanitarie locali e i comuni individuano, mediante un apposito progetto, le modalità gestionali per la traduzione operativa delle strategie concordate, le azioni specifiche e le rispettive risorse messe a disposizione. Le linee di programmazione di zona ed il progetto di gestione costituiscono parti integranti del Piano attuativo locale e del Piano di zona dei comuni.

### **3.2.4.5. L'organizzazione gestionale e operativa**

Le aziende unità sanitarie locali promuovono con i comuni l'individuazione di modalità gestionali che facilitino la conduzione unitaria dei servizi. In questo ambito, l'organizzazione del servizio sociale delle aziende unità sanitarie locali risponde ad obiettivi di raccordo e di integrazione con gli assetti organizzativi dei servizi sociali definiti dai comuni.

Per l'erogazione delle prestazioni, si conferma la zona - distretto come fulcro per l'integrazione dei servizi sociali e sanitari e punto di riferimento unitario per l'utenza.

Nella zona-distretto i servizi sociali del comune, quelli delle aziende unità sanitarie locali e quelli di altri eventuali soggetti gestionali vengono organizzati in modo integrato ed inseriti nel complessivo percorso assistenziale, assicurando il raccordo con le Unità funzionali dei servizi sanitari di riferimento per le specifiche aree.

La Società della Salute, laddove sperimentata, rappresenta il soggetto erogatore dei servizi integrati, secondo le linee della programmazione concertata a livello della zona di appartenenza.

### **3.2.4.6. Le strutture dell'integrazione socio-sanitaria**

Nella vigenza del Piano sanitario regionale sono emanate disposizioni per ridefinire il complesso delle strutture finalizzate all'erogazione di prestazioni inerenti le aree dell'integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali.

La ridefinizione delle strutture si basa sull'individuazione del bisogno assistenziale, in relazione all'intensità di intervento sanitario e sociale necessario, assicurando una varietà di soluzioni per una migliore e più appropriata assistenza all'utente. La classificazione delle strutture è aggiornata e sono definiti i requisiti ai fini dei processi autorizzativi e di accreditamento sulla base dei criteri individuati nell'ambito del processo di concertazione.

Fino all'emanazione delle specifiche disposizioni sopra richiamate, le strutture dell'alta integrazione socio-sanitaria, attivate ai sensi di previgenti normative, operano, salvo il rispetto dei requisiti previsti, nell'ambito dei rapporti instaurati sulla base delle normative vigenti.

### **3.2.4.7. Le azioni regionali**

La Giunta regionale provvede, entro il primo anno di vigenza del presente Piano sanitario regionale, a:

1. costituire un tavolo di concertazione tra la Regione e gli altri soggetti rilevanti ai fini della programmazione, per la definizione, mediante apposito accordo, dei criteri per l'attuazione dell'Atto di indirizzo di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001, ai fini dell'adeguamento della normativa vigente nel settore dei servizi inerenti l'area dell'alta integrazione socio-sanitaria;
2. emanare specifici indirizzi e linee guida sui percorsi assistenziali e sulle modalità di erogazione dei servizi riferiti alle varie aree, anche avvalendosi del gruppo di lavoro per l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali, previsto dalla deliberazione del Consiglio regionale n.118 del 2001;
3. procedere alla proposta di definizione normativa dei processi autorizzativi e di accreditamento delle strutture e dei servizi che operano nelle materie dell'alta integrazione, secondo i criteri individuati dal tavolo di concertazione, attraverso la ricognizione dell'assetto esistente;
4. promuovere l'azione consultiva della Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria, in relazione a tutti gli atti normativi e programmatici inerenti l'integrazione socio-sanitaria.

### **3.2.5. L'integrazione fra strutture per la tutela dell'ambiente e la salvaguardia della salute**

In un quadro di integrazione dell'azione istituzionale per comuni obiettivi di salute, coerentemente con la normativa nazionale ed in particolare con l'articolo 7 quinquies del d.lgs. 502/1992 e relativo accordo quadro in sede di Conferenza Stato – regioni, assume particolare importanza lo strumento della integrazione programmatica e tecnica fra competenze e modalità operative per la tutela dell'ambiente e per la prevenzione delle malattie e la salvaguardia della salute.

Con il presente Piano sanitario regionale la Giunta regionale persegue l'obiettivo dell'integrazione attraverso i seguenti strumenti:

- l'integrazione funzionale a livello territoriale delle competenze tecniche dei dipartimenti di prevenzione e dell'ARPAT, soprattutto finalizzata alla collaborazione ai Piani integrati di salute, di cui al paragrafo 3.1.2.;
- la collaborazione tra l'ARPAT, l'ARS e le aziende unità sanitarie locali prioritariamente ai fini:
  - a) dello svolgimento di attività e ricerche congiunte nel campo dell'epidemiologia ambientale;
  - b) dello svolgimento di attività integrate di comunicazione del rischio ambientale e sanitario;
- la collaborazione tra l'ARPAT, l'ARS e le aziende unità sanitarie locali per la valutazione dei dati ambientali con valenza sanitaria, l'adozione di provvedimenti concordati per la tutela della salute pubblica in conseguenza di eventi calamitosi ambientali e la collaborazione su progetti di ricerca finalizzata di interesse sanitario e ambientale;
- lo scambio sistematico di dati e conoscenze in materia ambientale con potenziali effetti sulla salute umana e animale;
- la collaborazione tra l'ARPAT, l'ARS e le aziende unità sanitarie locali per la elaborazione di profili di rischio integrati dei diversi comparti produttivi presenti sul territorio regionale, in funzione della protezione della salute degli addetti e della popolazione e della protezione 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;
- lo sviluppo della funzione tecnica di supporto per una politica integrata del territorio con finalità di salvaguardia dell'ambiente e della salute, nell'ambito delle comunità locali a livello di zona - distretto, e, laddove esistano, delle Società della Salute;
- il pieno inserimento degli interventi di prevenzione e di salvaguardia dell'ambiente nell'insieme delle politiche finalizzate per obiettivi di salute a livello locale, attraverso Piani integrati di salute interagenti con gli strumenti di programmazione concertata regionale e comunitaria;
- l'integrazione funzionale ai fini della programmazione e lo svolgimento di iniziative formative ed educative sui temi della salute e dell'ambiente.

A livello regionale inoltre si persegue l'obiettivo dell'integrazione delle politiche attraverso l'ulteriore sviluppo dell'integrazione fra il sistema della aziende sanitarie, l'ARPAT, l'ARS, e altre strutture e Centri regionali di riferimento.

### **3.2.6. Le specificità geografiche**

#### **3.2.6.1. L'Area metropolitana fiorentina ed i problemi di integrazione dei servizi.**

La Regione assume, come elemento qualificante dello sviluppo del sistema sanitario regionale, la rilevanza di un assetto equilibrato ed integrato del sistema dei servizi dell'Area fiorentina, dando atto delle peculiarità che caratterizzano l'Area in termini dei bisogni di particolari

gruppi sociali in relazione ad un'offerta consistente e complessa, caratterizzata anche dalla presenza di una importante componente privata.

A questo fine occorre approntare e mettere in atto nel triennio misure di concertazione specifiche che regolino le relazioni tra presidi e servizi dell'Area metropolitana fiorentina, in un quadro che abbia a riferimento la soddisfazione dei bisogni dei cittadini/e e la razionalizzazione dell'offerta. La concertazione ha come punto qualificante la partecipazione attiva della Conferenza dei sindaci.

Per la realizzazione di tale impegno si prevede il consolidamento del coordinamento metropolitano, attraverso lo specifico Comitato di coordinamento, comprendente i tre direttori generali dell'azienda unità sanitaria locale 10, dell'azienda ospedaliera Meyer e dell'azienda ospedaliera Careggi, l'Assessore regionale al Diritto alla Salute, l'Assessore alle politiche sociali del Comune di Firenze e dirigenti del Dipartimento del diritto alla salute.

Il comitato è impegnato anche a produrre la documentazione necessaria per la stesura di un *Bilancio di Area metropolitana* che, senza mettere in discussione l'autonomia gestionale delle aziende, consenta una valutazione complessiva della situazione economico-finanziaria di area. Tale bilancio costituisce uno strumento conoscitivo importante per la programmazione a livello di area vasta e va a fare parte del bilancio consuntivo di area vasta, di cui al paragrafo 2.4.2.

Contestualmente la Giunta regionale adotta un intervento di sostegno che supporti e renda praticabili i processi di riorganizzazione edilizia e funzionale in atto nell'area ed in particolare:

- a) la realizzazione di interventi a sostegno ed integrazione del piano di riqualificazione delle strutture del presidio ospedaliero Careggi, finanziato dall'accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari Governo - Regione Toscana del 3 marzo 1999 e dal piano per la qualificazione dell'assistenza sanitaria nell'area fiorentina di cui all'articolo 71 della legge 23 dicembre 1998, n.448 (Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo); per tale intervento si prevede lo stanziamento della somma di € 46.481.120,92 a carico del fondo sanitario in conto capitale;
- b) la realizzazione di un piano triennale finalizzato al riassetto dei servizi sanitari e di razionalizzazione economica e gestionale dell'Area metropolitana fiorentina nonché a fronteggiare i maggiori costi derivanti dalla realizzazione del piano straordinario di interventi nei grandi centri urbani di cui al punto a); per questo intervento si prevede l'accantonamento di un fondo finalizzato pari a € 46.481.120,92 nel 2002, € 41.316.551,93 nel 2003 e € 36.151.982,94 nel 2004, a carico del fondo sanitario regionale di parte corrente.

Entro trenta giorni dalla vigenza del Piano sanitario regionale, la Giunta regionale definisce i tempi e le modalità di presentazione, da parte del direttore generale dell'azienda ospedaliera di Careggi e del Comitato di coordinamento rispettivamente del programma di interventi di cui al punto a) e del programma di cui al punto b).

A seguito della presentazione del piano e del programma di cui sopra, la Giunta regionale provvede:

- all'approvazione del programma di interventi edilizi ed alla determinazione delle modalità di erogazione all'azienda ospedaliera Careggi del relativo finanziamento di € 46.481.120,92, dandone successiva comunicazione alla Commissione consiliare competente;
- al riparto tra azienda ospedaliera Careggi, azienda ospedaliera Meyer ed azienda unità sanitaria locale 10 di Firenze, delle somme di cui alla precedente lettera b).

Sullo stato di attuazione dei programmi la Giunta regionale riferisce annualmente alla Commissione consiliare competente.

Un aspetto particolare della qualificazione dei servizi dell'Area fiorentina riveste il potenziamento del presidio ospedaliero Meyer, nella prospettiva del suo trasferimento presso la nuova struttura ad esso destinata e in quella dell'assunzione di un ruolo di riferimento regionale e sovraregionale delle attività pediatriche di eccellenza, finalizzato a:

- a) l'innalzamento complessivo del livello delle prestazioni pediatriche offerte sul territorio regionale;
- b) il riassorbimento delle quote di domanda che oggi si indirizzano verso altri poli di eccellenza extraregionali;

- c) lo sviluppo della ricerca e degli interventi per la promozione della salute in età pediatrica ed adolescenziale.

A tal fine la Giunta regionale opera il potenziamento delle attività gestite dall'azienda ospedaliera Meyer, in particolare per il settore della chirurgia specialistica, e supporto il raccordo delle stesse con le esperienze presenti sull'intero territorio regionale, ivi comprese le attività cardiocirurgiche effettuate dal Consiglio nazionale delle ricerche (CNR) presso il presidio ospedaliero Ospedale pediatrico apuano (OPA) di Massa, riconoscendo un finanziamento finalizzato di € 8.263.310,39 annui per le specificità connesse alla particolare concentrazione di attività pediatriche, non sufficientemente remunerate dai sistemi tariffari vigenti, nonché per sostenere i costi di avvio delle iniziative programmate.

### **3.2.6.2. L'assistenza sanitaria negli ambienti montani ed insulari**

La Giunta regionale, sulla base delle indicazioni del Piano sanitario regionale 1999-2001, ha provveduto a finanziare appositi programmi predisposti dalle aziende sanitarie interessate dalle cinque zone sanitarie montane ed insulari, ivi individuate come sperimentali.

E' necessario adesso trasferire a livello diffuso gli esiti positivi delle sperimentazioni, con integrazioni che tengano conto dell'esigenza di:

- valorizzare le risorse umane e professionali che operano nelle "specificità geografiche montane e insulari";
- prevedere campagne di comunicazione nei confronti di chi risiede o frequenta le aree di interesse, anche sulla base di mappe di "rischi ambientali";
- facilitare la realizzazione dei percorsi assistenziali;
- adeguare i modelli del sistema territoriale di emergenza - urgenza;
- fornire agevolazioni nei confronti dell'utenza, finalizzate a favorire la fruibilità dei servizi.

In particolare, anche sulla base delle esperienze in tal senso acquisite, la programmazione dovrà prevedere livelli integrati di progettualità, fra comuni, Comunità montana e azienda unità sanitaria locale nella sua articolazione di zona - distretto, finalizzati ad obiettivi condivisi di salute, che tengano conto della necessità di particolare attenzione verso l'ambiente naturale come risorsa di promozione del benessere psico - fisico.

Elemento rilevante nel contesto montano è l'individuazione di criteri che consentano di indirizzare prioritariamente risorse verso i comuni totalmente o quasi totalmente montani, al fine di soddisfare i bisogni effettivi. E' necessario inoltre verificare la possibilità di stipulare accordi interregionali per l'assistenza sanitaria alle popolazioni di confine.

Per i contesti insulari, particolare rilievo sarà dato al sistema dei trasporti sanitari di emergenza.

In continuità con il precedente Piano sanitario regionale, la Giunta regionale supporta con specifico fondo di accantonamento le aziende sanitarie interessate dagli interventi per il raggiungimento degli obiettivi sopra indicati, finalizzandolo al sostegno dei programmi di intervento legati alla specificità territoriale, secondo quanto stabilito al paragrafo 3.3.2.3.. L'accesso al fondo avverrà sulla base di appositi progetti, che saranno predisposti in accordo con la Conferenza dei sindaci e, quando attinenti, con le comunità montane, secondo criteri di priorità preventivamente indicati.

A tal fine, le risorse assegnate alle aziende unità sanitarie locali per la montanità saranno evidenziate nella determinazione del budget.

La Giunta regionale effettua il riparto triennale dello specifico fondo, destinandone il 17,5% alle zone insulari e attribuendo la restante quota sulla base della distribuzione della popolazione dei comuni montani a più elevato indice di intensità morfometrica, garantendo comunque per ciascun esercizio e per ciascuna zona montana un ammontare di risorse non inferiore a quanto attribuito al PSR 1999 - 2001 maggiorato dell'inflazione programmatica, al medesimo fine. La Giunta indica i termini per la presentazione dei progetti, di natura annuale o triennale, da parte delle aziende sanitarie.

I progetti saranno valutati a livello regionale sulla base dei seguenti elementi:

- attinenza alle finalità indicate
- livello di concertazione
- identificazione di obiettivi misurabili

- fattibilità
- compatibilità economica.

Ove, a livello di singola azienda sanitaria, il finanziamento richiesto per i progetti ammessi risultasse inferiore all'ammontare del fondo annualmente disponibile, le eccedenze sono utilizzate per il finanziamento di altri progetti presentati da altre aziende sanitarie.

### 3.3. IL GOVERNO DELLE RISORSE FINANZIARIE

#### 3.3.1. La disponibilità di risorse

Il triennio di vigenza del Piano sanitario regionale si apre con una situazione finanziaria di sostanziale equilibrio del sistema sanitario toscano. Il rifinanziamento statale dei residui fabbisogni del 2000 e l'integrazione prevista per il 2001 nell'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, consentono di ritenere soddisfatto il fabbisogno finanziario di sistema dei rispettivi esercizi.

Il suddetto accordo consente altresì di programmare il fabbisogno finanziario del triennio 2002-2004 sulla base degli incrementi di finanziamento previsti a livello nazionale che si attestano attorno al 4% annuo.

A fronte di tale trend nazionale occorre prendere in considerazione due elementi:

- le aziende sanitarie sono chiamate a completare le manovre già poste in essere per la riorganizzazione ed il contenimento dei costi e ad attuare quelle previste nel presente Piano sanitario regionale, in modo da liberare quote crescenti di risorse da destinare allo sviluppo ed al miglioramento qualitativo delle attività nonché all'ammodernamento del patrimonio edilizio e strumentale, azioni queste storicamente in sofferenza dinanzi alle continue emergenze finanziarie di carattere gestionale;
- esiste un grado di incertezza sui criteri di riparto del fabbisogno finanziario tra le Regioni, che potrebbe portare ad una diversa attribuzione *pro - quota* di risorse alla Toscana inducendo una ulteriore necessità di contenimento dei costi.

Sulla base di tali considerazioni si assume nel triennio come compatibile con l'equilibrio economico del sistema e come impegno per le aziende sanitarie una crescita annua dei costi non superiore al 3,5%.

#### 3.3.2. Il Fondo Sanitario Regionale

Il Fondo sanitario regionale, definito dalla l.r. 22/2000 come insieme delle risorse regionali disponibili per il sistema sanitario, viene suddiviso, in sede di predisposizione del bilancio annuale regionale, in tre parti:

- Fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali;
- Fondi finalizzati alla organizzazione del sistema;
- Fondi finalizzati allo sviluppo dei servizi.

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 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.

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.

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 di cui al successivo paragrafo 3.3.2.3., secondo quote determinate annualmente dalla Giunta regionale.

### 3.3.2.1. 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 2002-2004 le quote nette di distribuzione del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali sono le seguenti:

Livelli e sottolivelli	Composizione e % del fondo
PREVENZIONE	5,00
ASSISTENZA TERRITORIALE	52,00
Di cui:	
<i>Convenzioni mediche nazionali</i>	6,00
<i>Farmaceutica</i>	14,00
<i>Assistenza residenziale anziani</i>	3,50
<i>Assistenza distrettuale e domiciliare</i>	6,00
<i>Riabilitazione</i>	3,00
<i>Specialistica e diagnostica</i>	13,50
<i>Salute mentale</i>	4,50
<i>Dipendenze</i>	1,50
ASSISTENZA IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO	43,00

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.

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, in continuità con le disposizioni del Piano sanitario regionale 1999-2001, 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 popolazione in centri abitati	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 100.001 abitanti	2,5

c) Per i tre livelli o sotto - livelli che assorbono le quote maggiori di risorse (ospedaliero, specialistica, farmaceutica), è introdotta una procedura di aggiustamento dei criteri di finanziamento per popolazione pesata, che tiene conto delle eccedenze di spesa nei precedenti esercizi legate a fattori contingenti, e nel contempo dell'obiettivo di premiare le aziende che sono riuscite a contenere questi maggiori costi e quindi a riallinearsi tendenzialmente ai valori standard. In tal modo l'assegnazione viene aggiustata sulla base sia dell'ammontare della spesa storica che del suo andamento temporale, valorizzando le tendenze alla riduzione.

La procedura prevede:

- il calcolo della quota complessivamente spettante alle aziende sulla base dei fondi disponibili a livello regionale per ciascun settore e sulla base dei consumi per età, e la quota di crescita per l'anno seguente, commisurata all'effettivo incremento delle risorse disponibili;
- il più basso costo medio pro - capite aziendale per settore, ponderato per età: questo pro - capite minimo, aumentato della quota di crescita, determina la quota base da assegnare a tutte le aziende;
- la quota eccedente viene assegnata proporzionalmente in funzione dei valori reali pro - capite medi aziendali per settore ponderati per età (riconoscimento della spesa storica), ed infine corretta per il tasso di crescita della spesa del settore nei due anni precedenti, valorizzando i tassi di crescita minori della media regionale (riallineamento dei trend).

d) In sede di assegnazione annua da parte della Giunta regionale, il Fondo ordinario di gestione attribuito a ciascuna azienda unità sanitaria locale, anche al fine di garantire l'attività ordinaria e salvo situazioni eccezionali conseguenti a trasferimenti o cessazioni significative di attività, non dovrà comunque avere un valore inferiore a quello assegnato nel precedente esercizio, attualizzato per almeno il 75% dell'incremento medio regionale del fondo medesimo.

### 3.3.2.2. Il finanziamento delle aziende ospedaliere

Per il finanziamento delle aziende ospedaliere i criteri sono i seguenti:

- a) le aziende ospedaliere 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, come ad es. il *day hospital medico*, o particolari prestazioni, col 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 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 possono ricevere direttamente contributi regionali sulla base di una descrizione analitica della loro destinazione e modalità precise di utilizzo. In particolare possono ricevere specifici finanziamenti le attività non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario, come quelle svolte dalle funzioni regionali di riferimento e quelle dei centri con contenuti didattici e di ricerca, svolte con risorse delle Università.

### 3.3.2.3. 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 alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale, alla copertura di particolari esigenze di sistema, a previsioni normative.

Costituiscono parte di tali fondi accantonati i finanziamenti per il funzionamento di organismi o enti costituiti ai sensi di legge, quali l'ARPAT, l'ARS ed il Consiglio sanitario regionale. Per i primi si prevede un finanziamento nel 2002 rispettivamente di 37,70 e 3,62 Meuro ed un incremento annuo corrispondente al tasso di inflazione programmato; per il Consiglio sanitario regionale si prevede un finanziamento annuo nel triennio di 0,26 Meuro.

Costituiscono altresì fondi accantonati i fondi di riserva annualmente stanziati ed i fondi per imprevisti, i fondi per l'esercizio di funzioni svolte direttamente dalla Regione a supporto del sistema, i fondi corrispondenti al saldo della mobilità sanitaria interregionale che alimenta la disponibilità di cassa delle aziende ospedaliere congiuntamente al loro attivo di mobilità infraregionale a copertura dei costi di produzione.

I fondi accantonati e finalizzati a programmi 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.

- 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 i Fondi assegnati sulla base di specifiche analitiche di destinazione e/o di utilizzo di natura poliennale, 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 nel bilancio regionale e comprendono le risorse destinate alla attuazione delle azioni di piano e dei progetti obiettivo, nonché i finanziamenti necessari alle iniziative dirette regionali nello sviluppo di specifici servizi; in particolare, all'interno di detti fondi, annualmente la Regione è tenuta a trattenere sul fondo sanitario regionale i seguenti finanziamenti, così come quantificati nella successiva tabella (in milioni di euro – Meuro):

- Fondo per lo sviluppo dell'attività di ricerca e per l'innovazione*; l'importo è definito in 15,49 Meuro nel triennio ed è erogato secondo le procedure di cui al punto 3.6.1 del presente Piano sanitario regionale;
- Fondo di sostegno all'attività delle funzioni regionali di riferimento ed all'attività non sufficientemente remunerata delle aziende ospedaliere*; il fondo è quantificato annualmente in misura pari allo 0,75% del Fondo sanitario regionale; a valere sul fondo così determinato annualmente è assicurato all'azienda ospedaliera Meyer un finanziamento di 8,26 Meuro a copertura degli oneri relativi alle prestazioni non ricomprese nei tariffari regionali o dagli stessi non sufficientemente remunerate ai sensi di quanto disposto al punto 3.2.6.1. A carico del fondo è altresì assicurata 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 fatturato registrato nell'anno precedente;
- Fondo per il finanziamento dell'ARS*; 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;
- Fondo per il funzionamento del Consiglio sanitario regionale*;
- Fondo per il finanziamento di quota parte dell'attività dell'ARPAT* ai sensi della legge regionale del 18 aprile 1995, n. 66 (istituzione dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana).
- Fondo per la diffusione dell'innovazione nelle aziende ospedaliere* per attività gestite con risorse del servizio sanitario regionale e dell'Università, determinato per gli anni 2002, 2003 e 2004 nella misura pari al 3% del fatturato registrato dalle aziende ospedaliere nell'anno precedente, decurtato dei risparmi derivanti dalla presenza di personale universitario; l'erogazione dei finanziamenti alle aziende ospedaliere avviene nelle modalità indicate nel Piano sanitario regionale 1999-2001;
- Fondo di sostegno delle attività delle aziende ospedaliere* caratterizzate dalla rilevante presenza di funzioni di didattica e di ricerca svolte dall'Università, determinato per gli anni 2002, 2003 e 2004 nella misura pari rispettivamente al 6%, 7% ed 8% del fatturato registrato dalle aziende ospedaliere nell'anno precedente, decurtato dei risparmi derivanti dalla presenza di personale universitario;
- Fondo per la valorizzazione e qualificazione dell'assistenza sanitaria nelle zone insulari e montane*;
- Fondo per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali e per il sostegno della sperimentazione delle Società della salute*; le risorse del Fondo, determinate in 23,25 Meuro sono attribuite dalla Giunta regionale secondo le rispettive finalità sulla base di specifici programmi di potenziamento dei servizi territoriali, presentati dalle aziende unità sanitarie locali anche in riferimento ai contenuti degli accordi integrativi regionali delle convenzioni mediche nazionali, nonché sulla base dei protocolli attuativi della sperimentazione delle Società della Salute;
- Fondo finalizzato all'integrazione delle medicine non convenzionali* negli interventi per la salute ed al sostegno della ricerca clinica nella materia;
- Fondo per qualità dei processi aziendali*; l'erogazione di tale fondo è collegata alle procedure regionali di valutazione dei risultati operativi aziendali di cui al paragrafo 2.4.1.;
- Fondo di sostegno al riordino del sistema sanitario dell'Area metropolitana fiorentina*, da utilizzare secondo le modalità definite nel paragrafo 3.2.6.1.;

- m) *Fondo per il sostegno dell'attività di trapianto e di prelievo di organi e tessuti*, finalizzato a finanziare i costi degli organismi regionali di coordinamento istituiti in materia e ad incentivare l'attività di trapianto e prelievo di organi e tessuti nelle aziende sanitarie;
- n) *Fondo per il finanziamento di programmi di sviluppo dei servizi di prevenzione*. Per quanto riguarda questi ultimi, l'accesso avviene in base alla partecipazione dei dipartimenti e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) a progetti specifici, convertendo risorse ad attività di provata efficacia nell'ambito di Piani integrati di salute secondo quanto previsto al paragrafo 3.1.2 ed in base all'azione 5.2.2.

		Milioni di Euro (Meuro)		
	OGGETTO	2002	2003	2004
a)	Fondo per lo sviluppo dell'attività di ricerca e per l'innovazione	5,16	5,16	5,16
b)	Centri di riferimento regionali ed all'attività non sufficientemente remunerata delle aziende ospedaliere (0,75% Fondo sanitario regionale stimato)	33,05	34,40	35,72
c)	Fondo per il finanziamento dell'Agenzia sanitaria regionale	3,62	3,67	3,70
d)	Fondo per il funzionamento del Consiglio sanitario regionale	0,26	0,26	0,26
e)	ARPAT (incremento a tasso inflattivo programmato)	37,70	38,19	38,57
f)	Innovazione aziende ospedaliere (3% del fatturato stimato)	19,98	20,78	21,61
g)	Attività con funzioni didattiche e di ricerca nelle aziende ospedaliere (6%, 7%,8% del fatturato stimato)	39,96	48,49	57,63
h)	Programmi per zone insulari e montane	7,23	7,75	8,26
i)	Servizi territoriali e sperimentazione Società della salute	7,75	7,75	7,75
j)	Integrazione medicine non convenzionali	0,52	0,52	0,52
k)	Fondo qualità processi aziendali	0,00	20,66	20,66
l)	Fondo per Area fiorentina	46,48	41,32	36,15
m)	Fondo per sostegno trapianti e prelievi organi e tessuti	6,71	6,71	6,71
n)	Finanziamenti finalizzati allo sviluppo dei servizi di prevenzione	10,33	10,33	10,33

### 3.3.3. Il sistema tariffario

Si confermano i criteri e le modalità di determinazione delle tariffe delle prestazioni erogate dai soggetti del servizio regionale definiti con il Piano sanitario regionale 1999 - 2001.

Si evidenziano, sulla base delle esperienze maturate, alcuni ulteriori criteri a cui la Giunta regionale si atterrà nel prossimo triennio:

- corretta allocazione delle attività al livello appropriato per garantirne la qualificazione e l'economicità. L'individuazione delle prestazioni che richiedono un alto grado di specializzazione, di concentrazione di risorse e di innovazione tecnologica porterà alla determinazione di tariffe differenziate che incentivino lo sviluppo delle stesse al giusto livello di accentramento. A tal fine la Giunta regionale individua le prestazioni per le quali sarà prevista una diversa remunerazione per le aziende ospedaliere rispetto agli altri produttori, in particolare nel settore delle prestazioni ad utenti in età pediatrica;
- elaborazione e sperimentazione di modalità di remunerazione delle attività per funzioni integrate e non per singole prestazioni, in particolare nei settori previsti dall'articolo 8 del d.lgs. 502/1992 e per l'attività territoriale, ponendo al tempo stesso attenzione a non indurre duplicazioni di remunerazione tra strumenti tariffari diversi per le medesime prestazioni o parti di esse;
- corretta allocazione delle attività nel regime di erogazione appropriato. La possibilità di erogare prestazioni sanitarie in regimi differenti a diverso assorbimento di risorse

(ricovero ordinario, ricovero diurno, ambulatoriale), determina la necessità di individuare una tariffa di riferimento standard riferita al percorso ottimale di erogazione, tale da disincentivare eventuali comportamenti opportunistici o diseconomici;

- d) aggiornamento dei tariffari esistenti. Per favorire il processo di aggiornamento dei tariffari esistenti, in particolare modo per quanto riguarda il nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali, si rende necessario definire un sistema di pesi per branca ed individuare un set di prestazioni che consenta un monitoraggio annuale dei costi sostenuti per la loro produzione. Al fine di applicare detti criteri nei provvedimenti regionali relativi ai sistemi tariffari regionali delle prestazioni sanitarie, la Giunta regionale attiva appositi gruppi di lavoro tesi a coinvolgere le professionalità sanitarie, economiche ed informative presenti nelle aziende sanitarie.

### **3.3.4. Gli investimenti**

La Regione Toscana è impegnata al completamento del programma di investimenti ai sensi dell'articolo 20 della legge finanziaria 11 marzo del 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato), avviato nel 1993, di cui si prevede la conclusione non prima del 2007. Il finanziamento statale complessivo a copertura di tale programma è di 913,10 Meuro (1.768 miliardi di lire) e ad oggi tali somme risultano totalmente assegnate alla Regione a seguito della capacità dimostrata nella attuazione piena dell'Accordo di programma quadro per gli investimenti sanitari Governo - Regione del 3 marzo 1999.

La strategia regionale è pertanto quella dell'avanzamento del programma nel triennio al fine di perseguire gli obiettivi posti, consistenti in:

- semplificazione della rete dei presidi ospedalieri;
- qualificazione dei presidi delle aziende ospedaliere e riorganizzazione funzionale degli ospedali portanti delle aziende unità sanitarie locali ;
- riordino dei presidi territoriali.

Condizione essenziale per il completamento del programma è che i soggetti istituzionali coinvolti - aziende sanitarie ed enti locali - assicurino la necessaria continuità agli impegni assunti in sede di definizione dei quadri economici dei singoli interventi, in termini di valorizzazione e alienazione del patrimonio e di avanzamento delle procedure dei lavori. Il completamento degli interventi finanziati porta ad un rilevante rinnovamento della rete strutturale dei presidi sanitari toscani.

Al programma, già in avanzato stato di attuazione, si sono aggiunti gli ulteriori interventi previsti dal Piano straordinario per la qualificazione dell'assistenza sanitaria dell'Area fiorentina, dal Piano nazionale per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative, dai finanziamenti aggiuntivi ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, per la realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libero professionale intramuraria, che determinano un importo complessivo di finanziamenti statali pari a 169,40 Meuro (328 miliardi di lire). Nell' allegato 5 viene illustrato lo stato di attuazione del programma, mentre di seguito si individuano le linee di sviluppo nel triennio di Piano sanitario regionale.

All'interno dell'obiettivo posto di semplificazione della rete dei presidi ospedalieri, la Regione ha individuato, come ulteriore priorità, la realizzazione del nuovo presidio ospedaliero delle Apuane, in sostituzione degli ospedali di Massa e Carrara. Alla realizzazione è destinata quota delle risorse che saranno assegnate alla Regione a valere sui finanziamenti statali aggiuntivi stanziati dalla legge 23 dicembre 2000, n. 388 [Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2001)] e non ancora ripartiti alle Regioni. Tale disponibilità dovrà essere integrata da risorse aziendali, tenuto conto dei proventi derivanti dalla necessaria alienazione dei presidi da dismettere.

Nell'ambito dell'obiettivo di qualificazione dei presidi delle aziende ospedaliere, si prevede un programma di interventi a sostegno ed integrazione del piano di riqualificazione delle strutture del presidio ospedaliero di Careggi, da finanziare con le modalità di cui al paragrafo 3.2.6.1. attraverso l'utilizzo del fondo di rotazione, che ha permesso di accelerare l'attuazione del programma di cui all'articolo 20 della legge 67/1988, integrato da risorse aziendali dirette, tenuto conto dei proventi derivanti dalla necessaria alienazione dei beni dismessi o dismissibili.

Si prevede inoltre il completamento del trasferimento presso il presidio ospedaliero di Cisanello di tutte le attività dell'azienda ospedaliera pisana e uno specifico intervento ad integrazione e sostegno del più generale piano di riqualificazione delle strutture dell'azienda ospedaliera senese, utilizzando quota parte delle risorse statali con assegnazione diretta alla Regione, che dovranno essere integrate da risorse aziendali dirette, tenuto conto dei proventi derivanti dalla necessaria alienazione dei presidi ospedalieri da dismettere e comunque dei beni disponibili.

Ulteriori interventi innovativi di radicale sostituzione di strutture ospedaliere, rilevati come necessari e urbanisticamente fattibili, sono condizionati al reperimento di risorse statali, anche di provenienza Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, locali e aziendali, con particolare riferimento ai processi di valorizzazione patrimoniale dei beni strumentali da dismettere e comunque dei beni da reddito.

Per tutti gli interventi sopra programmati le aziende sanitarie, d'intesa con la Giunta regionale, sono impegnate a verificare la fattibilità di partecipazione del privato ai processi di investimento. La ricerca di opportunità di finanzia di progetto costituisce peraltro requisito preliminare per gli ulteriori interventi innovativi, da verificare sotto il profilo della fattibilità, che ricavano quota delle risorse a carico del nuovo programma strategico degli investimenti, finanziato dalla Regione con la manovra di bilancio del presente esercizio.

Un impegno specifico dovrà essere assunto in materia di interventi sul patrimonio e per il rinnovo tecnologico delle aziende secondo linee coerenti con i processi di accreditamento. Il fabbisogno stimato a tal fine nel triennio è di circa 387,34 Meuro (750 miliardi di lire), alla cui copertura si provvederà attraverso finanziamenti regionali nei limiti di quanto già disponibile e programmato, ulteriori finanziamenti statali finalizzati in corso di discussione a livello di Conferenza Stato-Regioni, in coerenza con gli impegni assunti dal Governo nell'accordo Stato-Regione dell'8 agosto 2001 (Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 (repertorio atti 1004) e il 22 marzo 2001 (repertorio atti 1210) in materia sanitaria), risorse aziendali rese disponibili da processi di riduzione dei costi di gestione del sistema.

Costituisce obiettivo irrinunciabile dell'impegno regionale nel settore degli investimenti il rispetto degli adempimenti e delle scadenze derivanti dalla completa attuazione dell'Accordo di programma quadro per gli investimenti sanitari, sottoscritto in data 3 marzo 1999, nonché del Programma decennale di investimenti ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988; a tale fine i direttori generali delle aziende sanitarie sono tenuti ad adottare tutte le iniziative di competenza nella materia specifica, ivi comprese quelle relative al pieno utilizzo di tutte le risorse comunque stanziare a corredo della disponibilità derivante dall'accordo medesimo.

La Giunta regionale, entro il triennio di vigenza del presente Piano sanitario regionale, adotta opportuni provvedimenti per supportare le aziende nella realizzazione del programma di investimenti, con riferimento ai seguenti indirizzi:

- individuare strumenti idonei per facilitare i procedimenti di valorizzazione ed alienazione del patrimonio, impegnato nella realizzazione dei singoli interventi;
- promuovere la partecipazione di soggetti esterni al sistema alla realizzazione dei progetti di investimento, anche attraverso interventi innovativi;
- promuovere la predisposizione, anche con il supporto dell'università e di istituti di ricerca, di linee guida per la progettazione di interventi di edilizia sanitaria mirate al raggiungimento di un sempre più elevato standard qualitativo collegato a meccanismi di verifica e valutazione del processo;
- potenziare la struttura dipartimentale al fine di sviluppare le proprie funzioni di assistenza alle aziende sanitarie nelle fasi istruttorie dei procedimenti, in quelle di attuazione e monitoraggio dei singoli progetti, nonché di programmazione del fabbisogno di interventi di manutenzione del patrimonio strumentale e strutturale, attraverso correlati strumenti di conoscenza del patrimonio edilizio e del suo stato di manutenzione. Il potenziamento si realizza con la disponibilità presso il centro direzionale di quattro unità di personale tecnico e amministrativo del servizio sanitario regionale, operanti a supporto delle funzioni regionali del settore.

### **3.4. LA FORMAZIONE DELLE COMPETENZE PER LO SVILUPPO DI OBIETTIVI DI SALUTE**

Come esplicitato in particolare ai paragrafi 1.1. ed 1.6., il presente Piano sanitario regionale è complessivamente orientato al perseguimento di obiettivi di salute, attraverso l'impegno non solo del settore sanità, ma di tutta la Regione.

Lo sviluppo di obiettivi di salute presuppone un processo di crescita e condivisione culturale che riguarda non solo gli operatori sanitari, ma l'intero sistema delle competenze e delle professionalità a livello regionale.

La formazione a tutti i livelli costituisce una leva essenziale a garanzia della fattibilità di tale processo di innovazione, in quanto strumento finalizzato ad affermare la salute come bene condiviso e comune, a migliorare la consapevolezza e competenza sulla multifattorialità dei determinanti della salute in ambito ambientale, sociale e biologico, ad individuare il ruolo che può essere svolto dalle diverse professionalità a livello integrato per il perseguimento degli obiettivi di salute.

Specificatamente in ambito di formazione sanitaria è necessario sviluppare la consapevolezza della centralità dell'utente, superando un punto di vista autoreferenziale; garantire un approccio multidimensionale, esteso alla sfera umana, ambientale e sociale, con percorsi formativi integrati delle diverse figure professionali; sviluppare una cultura nel contempo scientifica ed organizzativa che, oltre ad incentivare l'eccellenza nello specifico settore professionale, contribuisca a diffondere l'orientamento verso le esigenze dell'utenza e del servizio e le capacità manageriali e relazionali. A livello di tutte le professioni sanitarie è necessario sviluppare ulteriormente la competenza e la metodologia della prevenzione e delle cure basate su prove scientifiche di efficacia.

E' necessario inoltre garantire la continuità del percorso formativo ai vari livelli di intervento (formazione per l'accesso, formazione continua), da realizzarsi, pur nel rispetto dei ruoli di tutti i protagonisti, tramite la convergenza delle azioni formative e la massima valorizzazione delle sinergie possibili.

In relazione alla valenza strategica della professione infermieristica, anche sotto il profilo della gestione dei processi di riorganizzazione dell'assistenza, la Giunta regionale e le aziende sanitarie valorizzano la dirigenza infermieristica anche nella gestione dei processi formativi e attuano politiche di orientamento dei giovani verso la professione infermieristica.

#### **3.4.1. La formazione per l'accesso al servizio sanitario**

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.

La Giunta regionale determina annualmente, ai sensi dell'articolo 4 della legge regionale 26 ottobre 1998, n. 74 (Norme per la formazione degli operatori del Servizio sanitario), il fabbisogno di personale sanitario, anche ai fini della programmazione, da parte del ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, degli accessi ai relativi corsi, coinvolgendo, preliminarmente, nel procedimento i soggetti pubblici e privati del sistema, gli ordini e collegi professionali e le associazioni rappresentative delle professioni sanitarie, sulla base dei seguenti indirizzi:

- a) per gli aspetti del fabbisogno di prestazioni, attraverso la valutazione dei livelli di assistenza, della programmazione regionale di settore e dei rapporti tra domanda generale e livelli di appropriatezza;
- b) per gli aspetti organizzativi, attraverso la verifica dell'evoluzione dei modelli organizzativi, delle indicazioni emergenti dai contratti e dagli accordi sindacali, dei programmi di assunzione;
- c) per gli aspetti relativi alle competenze professionali, attraverso la valorizzazione delle nuove professionalità e l'evoluzione dei profili professionali.

I protocolli d'intesa Regione – Università, ed i relativi accordi attuativi di livello regionale o di area vasta, costituiscono lo strumento di riferimento per la determinazione concertata dei piani annuali di definizione degli specifici fabbisogni formativi.

La programmazione delle attività di formazione per l'accesso ai profili professionali del servizio sanitario regionale dovrà essere inoltre caratterizzata da processi formativi strettamente aderenti alla necessità di acquisire operatori con specifiche capacità e competenze professionali.

#### **3.4.1.1. Le implicazioni per la formazione a livello universitario**

Sulla base dell'approccio integrato di cui sopra, è interesse della Regione sviluppare una collaborazione più ampia, articolata e fortemente innovativa con i tre Atenei toscani, al fine di verificare la possibilità di introdurre, in alcuni corsi di laurea e di specializzazione, elementi didattici coerenti con le esigenze della programmazione regionale per obiettivi di salute.

In particolare si individua l'esigenza di integrare le conoscenze in termini di obiettivi di salute in settori, quali biologia, ingegneria, informatica, chimica, fisica, farmacia, sociologia, scienze della formazione, statistica, economia, oltreché ovviamente di sviluppare tutte le competenze più tradizionalmente correlate alla sanità. Per quanto riguarda la formazione per l'accesso al servizio sanitario regionale del personale laureato, salvo quella dei medici di medicina generale di diretta competenza della Regione, si sviluppa completamente in ambito universitario.

E' interesse della Regione che alcuni contenuti indispensabili a qualificare l'attività professionale di chi dovrà accedere al servizio sanitario siano presenti all'interno dei percorsi formativi gestiti dall'Università, in particolare quelli attinenti alla normativa ed organizzazione del servizio sanitario nazionale e regionale, all'etica delle professioni, ai diritti dell'utenza ed al loro rispetto, all'appropriatezza e qualità delle prestazioni, alla medicina basata sulle prove di efficacia, alle linee guida preventive, diagnostiche e terapeutiche, nonché alla formazione professionalizzante del medico, con particolare riguardo alla medicina generale.

La Giunta regionale nell'elaborazione dei protocolli di intesa con l'Università prevede la stipula di accordi nei quali viene disciplinata l'introduzione di elementi utili a sviluppare, nei diversi percorsi formativi, competenze multidisciplinari per obiettivi di salute, anche tramite l'utilizzo di strutture e di personale del servizio sanitario regionale nel processo di formazione.

L'Università e la Regione Toscana concordano inoltre l'introduzione all'interno dei percorsi formativi di ulteriori specifiche tematiche di interesse regionale.

#### **3.4.1.2. La formazione del personale non laureato**

Nell'ambito della formazione del personale non laureato assume una particolare rilevanza la figura dell'Operatore socio sanitario (OSS), il cui profilo e percorso formativo sono stati individuati dall'accordo del 22 febbraio 2001 fra il Ministero della Sanità, il Ministero per la Solidarietà sociale e le Regioni.

Il percorso formativo per dell'Operatore socio sanitario, che ha comportato fra l'altro la sospensione dei nuovi corsi per Operatore tecnico addetto all'assistenza (O.T.A.), è stato definito con deliberazione di Giunta regionale del 24 settembre 2001 n. 1052 (Attuazione provvedimento 22 febbraio 2001 concernente "Accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione"), anche tenendo conto della sperimentazione attuata a partire dal 1999 in linea con le indicazioni del Piano sanitario regionale precedente.

La Giunta regionale avvia inoltre tramite le aziende sanitarie, in relazione all'introduzione della nuova figura di Operatore socio sanitario, un adeguato programma di riqualificazione del personale interessato.

La Giunta regionale attiva, in via sperimentale, entro l'anno 2002, moduli di formazione integrativa in assistenza sanitaria per operatore socio-sanitario, da attuarsi presso le aziende sanitarie toscane.

### 3.4.2. La formazione continua

Il ruolo strategico della formazione per l'adeguamento progressivo dei contenuti culturali, professionali e organizzativi del servizio sanitario impone una particolare attenzione da parte della Regione e delle aziende sanitarie per la realizzazione di un sistema strutturato in grado di assicurare la necessaria continuità e tempestività degli interventi formativi. In questo contesto la formazione continua deve garantire non solo l'innalzamento della specifica professionalità, ma anche l'aumento della capacità di ognuno di lavorare all'interno della propria organizzazione e di rapportarsi all'utenza.

I principali ambiti formativi, anche in attuazione dell'articolo 9 della l.r. 74/1998 sono:

- metodologie di lavoro e di organizzazione dei servizi per l'impiego ottimale delle risorse umane e materiali,
- qualità relazionale interna ed esterna,
- etica e deontologia degli interventi assistenziali e socio – assistenziali,
- procedure di assicurazione della qualità,
- orientamento, inserimento lavorativo e valutazione dei neo - assunti,
- medicina e prevenzione basate sulle prove di efficacia, linee guida e percorsi diagnostico - terapeutici,
- procedure di controllo di gestione,
- tematiche inerenti la prevenzione.

Come già individuato nel precedente Piano sanitario regionale, una adeguata formazione degli operatori si fonda, oltre che su corsi di tipo accademico, anche sulla partecipazione a processi formativi durante l'attività lavorativa (incontri di aggiornamento professionale, periodi di tirocinio e *stages*).

In materia di formazione continua la Regione, anche sulla base del decreto legislativo n. 502 del 1992, svolge funzioni di indirizzo, coordinamento e valutazione dell'attività, nonché di impegno attivo nell'ambito della formazione manageriale.

Costituiscono obiettivi per il triennio:

- a. lo sviluppo della formazione continua nell'ambito del sistema regionale di formazione;
- b. l'introduzione e il consolidamento di una programmazione della formazione a livello regionale e di Area vasta;
- c. la promozione a livello regionale e di area vasta di progetti formativi di interesse comune del sistema sanitario e di altri enti ed istituzioni;
- d. l'integrazione dei processi formativi degli operatori del Sistema Sanitario Regionale, con particolare riferimento a quelli relativi al personale dipendente e convenzionato, e al personale sanitario e sociale;
- e. la programmazione e attuazione di processi formativi complessi, articolati su più anni;
- f. lo sviluppo di metodologie formative innovative, con particolare riferimento all' *e - learning*;
- g. l'introduzione di adeguati strumenti di valutazione dei processi formativi;
- h. lo sviluppo del coordinamento interaziendale della formazione, al fine di una condivisione delle esperienze e nell'ottica di una crescita a sistema della formazione di livello regionale.

La Giunta regionale nei prossimi tre anni procede, anche avvalendosi del contributo del Consiglio sanitario regionale, ai seguenti adempimenti:

- definire periodicamente gli interventi formativi di livello regionale sulla base degli obiettivi del presente Piano e degli atti di programmazione regionale;
- programmare, progettare e attivare percorsi di formazione manageriale relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e di direzione di strutture complesse per le categorie dei medici, odontoiatri, veterinari, biologi, chimici, fisici e psicologi, tenuto conto dei criteri che dovranno essere definiti a livello nazionale in attuazione dell'articolo 16 *quinquies*, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e dei risultati dell'intervento formativo rivolto ai direttori generali, che sarà realizzato nel corso del 2002, secondo le indicazioni della deliberazione di Giunta regionale 6 agosto 2001, n.

945 (Approvazione percorso formativo per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Toscane. DM 1.8.2000);

- programmare, progettare e attivare percorsi di formazione manageriale relativi alle funzioni dirigenziali delle professioni sanitarie definite dalla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica);
- definire linee guida per la formazione a livello aziendale anche tramite la sperimentazione di un manuale, al fine di garantire una qualità confrontabile dei programmi di formazione, che devono essere basati sulla analisi del fabbisogno formativo, progettazione, conduzione e valutazione del programma stesso, anche al fine di una più puntuale definizione della figura dell'animatore di formazione e ad un suo rafforzamento nella struttura aziendale;
- definire metodologie, strumenti e indicatori per la valutazione delle attività formative in ambito sanitario e sociale;
- sperimentare l'attivazione di un osservatorio della formazione in grado di monitorare le attività formative promosse dalle aziende sanitarie, quale strumento per la valutazione e per il confronto di esperienze;
- valutare la fattibilità di un'anagrafe formativa che raccolga e documenti l'attività di formazione, docenza e studio del personale dipendente e convenzionato, anche al fine di registrare i crediti formativi da maturare in un determinato arco di tempo;
- definire un sistema di requisiti di accreditamento dei soggetti formatori, che tenga conto anche delle procedure regionali di attuazione della legge 24 giugno 1997, n. 196 (Norme in materia di promozione dell'occupazione) e del decreto ministeriale 25 maggio 2001, n. 166 (Disposizioni in materia di accreditamento dei soggetti attuatori nel sistema di formazione professionale), inerenti la definizione del sistema regionale di accreditamento delle sedi degli organismi di formazione e orientamento, nonché le caratteristiche di uno specifico organismo di valutazione e controllo;
- avviare una fase sperimentale per l'accREDITamento dei soggetti formatori;
- definire un percorso sperimentale di primo impianto ai fini dell'accREDITamento degli eventi formativi di rilievo regionale, contenuti nei programmi annuali delle attività formative elaborati dalle aziende sanitarie ai sensi della l.r. 74/1998;
- sperimentare ai fini dell'accREDITamento istituzionale dei professionisti forme di collaborazione con gli ordini, collegi professionali e organizzazioni professionali riconosciute dal vigente ordinamento regionale per l'acquisizione, valutazione e registrazione da parte dei medesimi dei crediti conseguiti dai professionisti.

In considerazione del livello di complessità degli impegni si ritiene opportuno attivare un Centro regionale di formazione, con le seguenti attribuzioni:

- servizio tecnico - logistico e di ricerca - documentazione, sperimentazione di metodologie formative, strumenti e materiali didattici;
- punto di riferimento metodologico per la Regione, per le aziende sanitarie e per gli altri soggetti coinvolti per l'organizzazione e la gestione degli interventi formativi;
- sperimentazione di moduli di aggiornamento da standardizzare e diffondere - formazione manageriale e formazione formatori;
- contributo alla realizzazione di percorsi formativi di alta specializzazione - master, perfezionamenti.

Tale Centro dovrà prevedere il coinvolgimento, oltre che del Governo regionale, del sistema delle aziende sanitarie pubbliche e dell'ARS, anche delle Università, delle Società scientifiche e degli ordini, collegi professionali e organizzazioni professionali riconosciute dal vigente ordinamento regionale. Il Centro dovrà avvalersi delle più valide esperienze formative in atto a livello regionale e di competenze tecniche anche nazionali ed internazionali. Possono partecipare con modalità da definire eventuali soggetti pubblici e privati interessati alla costituzione di un pool finanziario finalizzato agli obiettivi regionali di formazione.

La Giunta regionale predispose, entro i primi dodici mesi dall'approvazione del Piano sanitario regionale, uno studio di fattibilità, teso a definire la natura giuridica del soggetto formativo, le sue modalità di finanziamento e funzionamento e gli ambiti e modalità di intervento.

Nei tre anni di vigenza del Piano sanitario regionale le aziende sanitarie sono impegnate a:

- favorire, anche sulla base di appositi indirizzi regionali, il raccordo programmatico ed operativo delle attività formative e di quelle inerenti le politiche del personale anche attraverso forme di coordinamento da parte della direzione aziendale;
- sviluppare un piano degli interventi formativi, nell'ambito del Piano attuativo di cui all'articolo 25 della l.r. 22/2000, finalizzato a coinvolgere progressivamente il più alto numero possibile di operatori e inserito, per quanto concerne lo sviluppo organizzativo, nell'ambito del più ampio orizzonte di programmazione costituito dall'area vasta;
- elaborare un manuale per la gestione della formazione, anche sulla base delle linee guida adottate dalla Regione, che definisca modalità e metodologie di gestione della formazione a livello aziendale, da portare a conoscenza del personale; tale manuale contiene le iniziative formative finalizzate a favorire l'inserimento del personale di nuova acquisizione, attraverso un piano di orientamento – inserimento finalizzato a garantire le conoscenze sul sistema organizzativo specifico, sulle regole del Servizio, sui diritti e doveri nei confronti degli utenti e dell'Amministrazione;
- valorizzare la figura dell'animatore di formazione;
- produrre, nell'ambito della Relazione sanitaria aziendale, una sintesi sull'attività di formazione svolta l'anno precedente, con la tipologia degli interventi realizzati, la tipologia e quantità degli operatori coinvolti, l'analisi della spesa;
- garantire idonee risorse nell'ambito del bilancio aziendale rapportate al personale da coinvolgere nei processi formativi.

### **3.5. IL SISTEMA INFORMATIVO E LE TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE (ICT)**

In coerenza con le previsioni contenute nel Piano regionale di sviluppo, è necessario stimolare l'utilizzo di tutti quegli strumenti che vanno sotto la definizione di *informazione e comunicazione tecnologica*, finalizzati a sviluppare:

- le conoscenze sui rischi per la salute attraverso l'integrazione delle informazioni relative alle condizioni, ambientali, sociali e sanitarie: *conoscere per governare*;
- le relazioni tra i diversi settori operativi delle aziende sanitarie e tra le aziende sanitarie stesse: *cooperare per essere più efficienti*;
- la piena realizzazione dei percorsi assistenziali, contribuendo all'integrazione tra i diversi settori che devono garantire le prestazioni: *integrare per essere più efficaci*;
- il miglioramento delle modalità di fruizione dei servizi da parte dell'utente, in termini di conoscenza e trasparenza dei servizi disponibili: *comunicare per essere più vicini all'utente*;
- la conoscenza sul funzionamento del sistema sia in termini di efficienza economico gestionale, sia per quanto riguarda la sua efficacia: *valutare per migliorare*.

#### **3.5.1. Gli obiettivi del sistema informativo regionale toscano**

Il Sistema informativo regionale toscano può essere rappresentato come una rete di comunicazioni multilaterali tra gli attori del servizio sanitario a supporto della rete dei servizi.

Obiettivo del presente Piano sanitario regionale è di individuare, promuovere e realizzare forme di cooperazione organizzativa e tecnologica tra le aziende sanitarie e, ove realizzate, le previste Società della Salute, finalizzate alla effettiva integrazione del sistema informativo nel circuito delle decisioni e dei controlli. Le forme di cooperazione sopra indicate dovranno essere in grado, con il coordinamento regionale e sulla base di standard tecnologici e funzionali, di operare nelle differenti articolazioni del sistema attraverso procedure omogenee sia sul versante della gestione che sul versante della presentazione dei servizi e dei risultati ai soggetti e agli utenti del Servizio sanitario regionale. È necessario a tal fine orientare gli investimenti non solo verso i nodi aziendali della rete, ma anche verso le infrastrutture di connessione, essenziali per accrescere la rapidità e la funzionalità di collegamento dei nodi stessi, condizione indispensabile per realizzare pienamente lo stesso concetto di rete.

Ulteriore obiettivo è la razionalizzazione degli attuali modelli di validazione dei dati, il loro potenziamento e l'estensione dei modelli a copertura del complesso dei fenomeni sanitari ricadenti nelle attività del servizio sanitario regionale. Tale obiettivo introduce la necessità di specifici strumenti di valutazione da individuare e da inserire nei meccanismi di incentivazione delle aziende sanitarie.

### **3.5.2. Le linee di sviluppo del sistema informativo**

Oggi esiste in Toscana un adeguato sistema di rilevazione per alcuni dei principali settori di attività delle aziende sanitarie, che si è sviluppato secondo due distinte linee:

- l'acquisizione a livello regionale delle informazioni necessarie alle funzioni tipiche di programmazione e controllo strategico del sistema nel suo complesso;
- definizione e formalizzazione di correlate fonti informative che consentono alle aziende stesse di assolvere alle finalità di monitoraggio e di formazione della conoscenza aziendale e regionale.

I settori più significativi di sviluppo del sistema - con riferimento alla raccolta, elaborazione e pubblicazione di dati omogenei e controllati - sono ad oggi:

- Il flusso relativo all'attività di ricovero;
- Il flusso della specialistica ambulatoriale;
- le esperienze più recenti ed in fase di progressivo e rapido consolidamento, come la farmaceutica convenzionata e il monitoraggio delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Oltre ai settori rivolti prevalentemente al monitoraggio delle attività sanitarie, costituiscono patrimonio ormai consolidato del sistema informativo regionale le rilevazioni analitiche sulle patologie e problemi di salute, rappresentate principalmente dai registri di patologia e dal registro regionale di mortalità. Tale insieme di registri e il correlato sistema di elaborazione e diffusione degli andamenti sono una ricchezza della Regione Toscana che la colloca all'avanguardia a livello nazionale.

L'esperienza maturata consente tuttavia di evidenziare come l'approccio fino ad oggi utilizzato presenti alcuni limiti.

In particolare le strutture organizzative addette al sistema informativo delle aziende sanitarie, le correlate strutture tecnologiche ed i settori operativi implicati nell'acquisizione e gestione dei dati sono stati solo parzialmente coinvolti nella costruzione, sviluppo e qualificazione dell'informazione. Nel triennio del Piano sanitario regionale trascorso si è in effetti venuto a delineare - per aumentate e riqualficate esigenze di programmazione e controllo nelle differenti articolazioni del sistema - un cospicuo aumento del carico informativo sulle strutture aziendali. A fronte di tale modificazione dell'assetto operativo e del conseguente aumentato impatto organizzativo, la Regione ha promosso e in gran parte realizzato un'articolata cooperazione progettuale e applicativa con le strutture organizzative aziendali, sollecitando le rispettive direzioni per una corrispondente razionalizzazione e potenziamento delle funzioni di sistema informativo in quanto strategiche nello sviluppo del sistema sanitario regionale.

I livelli di realizzazione di tali input regionali sono stati disomogenei, parziali e in linea di massima non soddisfacenti rispetto alle mutate necessità del sistema. Questo ha comportato una crescente difficoltà dei sistemi aziendali ad adeguarsi alle sempre maggiori richieste di informazione richieste. Inoltre, la risposta si è diversificata in relazione al diverso grado di utilizzo delle moderne tecnologie informatiche, soprattutto in termini di capacità di modificare i propri modelli di lavoro per integrarli pienamente nella cosiddetta società dell'informazione.

Il compito è reso complesso anche in relazione alle caratteristiche dell'offerta di mercato nel settore, che spesso mostra i propri limiti rispetto alle funzioni che devono essere dinamicamente garantite nel sistema sanitario ed è caratterizzata da una forte instabilità determinata sia dalla continua innovazione sia dalla inconsistenza che l'innovazione dimostra nella realizzazione concreta. Sul versante della domanda aziendale di *Information Communication Technology* gli alti costi - finanziari ma soprattutto organizzativi - e la scarsa propensione a una pianificazione integrata attraverso una razionale catena analisi/decisione/produzione/monitoraggio, spingono le aziende a rallentare l'investimento - già marginale - nel settore, interpretato spesso come un investimento a "bassa redditività", che tende a sottrarre, apparentemente, risorse dai servizi.

Un ulteriore limite che si è reso evidente a livello aziendale nel corso del trascorso Piano sanitario regionale è rappresentato dalla distinzione rigida tra strutture organizzative dei sistemi informativi e quelle dei sistemi tecnologici. Tale distinzione, fondata sotto il limitato profilo delle diverse competenze professionali che tendono a caratterizzarle, ha mostrato nel periodo in esame una generale scarsa flessibilità organizzativa e ha indotto una mancanza di visione strategica e di capacità manageriale nello sviluppo del sistema e degli strumenti di conoscenza interno alle aziende sanitarie e di Area vasta. In tal senso, tenuto in particolare conto degli sviluppi istituzionali previsti nel presente Piano sanitario regionale e del coordinamento indispensabile sotto il profilo del management per garantire il sistema da una moltiplicazione indiscriminata delle strutture, delle tecnologie e dei relativi costi, è necessario prevedere forme di forte integrazione e unificazione direzionale tra le strutture organizzative, in modo che si realizzi la unitarietà strategica indispensabile per intervenire in modo integrato e coordinato. La stessa previsione di sistemi interaziendali presuppone l'attivazione di modelli di relazione organizzativa che garantiscano unitarietà di progettazione e di gestione sovra aziendali.

A tal fine la Giunta regionale è impegnata ad incentivare lo sviluppo di forme di integrazione organizzativa funzionale e di unificazione direzionale nelle aziende sanitarie, al fine di garantire un presidio unitario nelle logiche di progettazione e gestione dei sistemi informativi aziendali; in modo analogo provvede sul versante della integrazione a livello interaziendale.

Coerentemente con le linee strategiche del Piano regionale di sviluppo la Giunta regionale attua le seguenti linee di intervento:

- qualificazione dei *flussi informativi regionali* non solo come supporto agli strumenti di conoscenza per le funzioni proprie del livello regionale, ma per potenziarne il ruolo nel sistema con particolare attenzione rivolta ai processi comunicativi e di supporto alle decisioni ai livelli aziendale, interaziendale e di Area vasta;
- definizione di *standard funzionali* per le diverse procedure gestionali aziendali tanto a livello di contenuti informativi acquisibili quanto a livello di interfaccia di comunicazione in modo da realizzare un sistema di relazioni operative ed informative tra i soggetti coinvolti nei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni;
- definizione di standard di comune gestione dell'informazione e delle Information Communication Technology tra le aziende sanitarie e gli altri soggetti del sistema sanitario, in modo da consentire (come fruitori dell'informazione) una condivisione finalizzata di dati generali e specifici di area e (come fornitori di informazioni) un accesso omogeneo al sistema informativo regionale e ad altri sistemi informativi regionali e nazionali per ambiti interaziendali, soprattutto nell'ottica del coordinamento di area vasta;
- sviluppo della integrabilità e fruibilità del patrimonio informativo ovunque localizzato nel sistema con particolare riferimento a quello presente a livello regionale.

### **3.5.3. Le indicazioni operative per il sistema informativo e le Information Communication Technology**

#### **3.5.3.1. I flussi informativi regionali**

Relativamente ai flussi informativi regionali, la Giunta regionale nell'arco di vigenza del presente Piano sanitario regionale procede all'implementazione del sistema informativo secondo i seguenti indirizzi:

- definizione di un sistema di valutazione della qualità dei più rilevanti flussi informativi, individuando specifici indicatori. La posizione delle aziende rispetto agli standard rappresenta uno degli elementi di valutazione nel meccanismo delle incentivazioni. Ai fini del confronto con lo standard si terrà conto prioritariamente delle seguenti tipologie di informazione:
  - identificazione dell'utente e dati anagrafici,
  - identificazione dei medici prescrittori delle prestazioni ove previsti,
  - identificazione delle prestazioni erogate,
  - identificazione delle patologie che motivano la prestazione,

- identificazione del soggetto o della struttura organizzativa che eroga la prestazione;
- attivazione di un sistema di integrazione, denominato “cooperazione applicativa”, tra processi di costruzione delle basi dati aziendali e regionali, in modo da decentrare i sistemi di validazione dei dati e di costruzione del basamento informativo a livello aziendale. Per i flussi informativi più rilevanti saranno definite modalità di validazione dei dati a livello aziendale, ferma restando la funzione centrale nella definizione degli standard. Il sistema a regime dovrà essere in grado di condividere le basi dati rese omogenee a livello regionale e tra le aziende sanitarie;
- sviluppo dei sistemi di gestione e comunicazione della anagrafe assistiti aziendale. Il sistema dovrà garantire l'affidabilità e l'interoperatività delle informazioni relative alle anagrafi degli assistiti delle aziende unità sanitarie locali, sulla base della appropriata integrazione con le anagrafi comunali;
- costituzione di alcuni flussi informativi autonomi rispetto ai flussi previsti normativamente dal Ministero della Salute e da altre fonti ministeriali. Fermo restando il debito informativo nei confronti del livello nazionale, è necessario sviluppare un modello indipendente, che consenta alla Regione Toscana di conseguire le informazioni indispensabili per lo svolgimento delle proprie funzioni. Prioritariamente dovranno essere attivati i sistemi di rilevazione:
  - a) delle strutture di erogazione presenti sul territorio regionale, con le caratteristiche strutturali, le tipologie di prestazioni erogate e le caratteristiche dell'utenza, anche in relazione alle procedure di accreditamento;
  - b) delle strutture organizzative - professionali e funzionali - attivate presso le aziende sanitarie al fine di identificarne i dati di attività;
- definizione di standard funzionali per la interazione tra le diverse procedure gestionali aziendali, in modo da realizzare un sistema di relazioni operative ed informative tra i soggetti coinvolti nei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni. Prioritariamente dovranno essere definiti i livelli funzionali da garantire per la integrazione tra ospedale e territorio, anche mediante la estensione della infrastruttura tecnologica della rete telematica aziendale e regionale ;
- mantenimento e potenziamento della rete telematica regionale per la sanità per garantire gli standard di comunicazione conseguiti, consentire la realizzazione del coordinamento e l'incremento delle attività interaziendali, permettere lo sviluppo della telemedicina;
- definizione di standard di relazione tra sistemi gestionali presenti nelle aziende sanitarie, in modo da consentire la condivisione delle informazioni in ambiti diversi da quelli della singola azienda, definendo livelli cooperativi di integrazione a livello di Area vasta. Prioritaria è la realizzazione dei sistemi integrati di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri. Il sistema dovrà consentire all'utente la visibilità e la prenotazione delle prestazioni che sono fruibili in ambito di Area vasta. Gli operatori coinvolti nonché il medico di medicina generale che ha in carico l'assistito dovranno avere accesso al percorso diagnostico - terapeutico. Il sistema informativo deve essere strutturato in modo da permettere l'analisi dei tempi di attesa in relazione con le categorie di indicazione clinica, secondo quanto previsto al paragrafo 2.3.7.;
- definizione di standard di sicurezza dei sistemi informativi nelle fasi di generazione, trattamento e trasmissione dei dati;
- attivazione, entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, del portale regionale della sanità, finalizzato prioritariamente a rendere fruibili le informazioni verso i diversi interlocutori, con particolare riguardo ai presidi di erogazione, alle prestazioni erogate, agli orari di apertura, ai tempi di attesa e agli adempimenti amministrativi per l'accesso e la fruizione delle prestazioni;
- sviluppo di procedure e sistemi di analisi finalizzati alla condivisione delle basi dati regionali. Si tratta di sviluppare la fruibilità delle basi dati oggi presenti a livello centrale e di quelle che saranno costituite nel corso di vigenza del presente Piano sanitario regionale. Obiettivo è quello di accrescere la capacità di analisi integrata delle basi dati per le funzioni tipiche del livello regionale - epidemiologiche, programmatiche, gestionali - e per la fruibilità da parte degli altri soggetti del sistema sanitario regionale.

Per quanto riguarda i flussi informativi relativi alle patologie ed alle problematiche di salute, obiettivo del presente Piano sanitario regionale è di procedere al coordinamento tecnico delle esperienze consolidate presenti in Regione e all'avvio di nuove esperienze, finalizzato ad avere un quadro integrato ed il più completo possibile dell'andamento dei principali bisogni. Il coordinamento tecnico riguarda i seguenti registri:

- registro regionale di mortalità: (Area interessata: intera regione, sede operativa: CSPO);
- registro tumori toscano: (Area interessata: province di Firenze e Prato, sede operativa: CSPO);
- registro regionale dializzati: (Area interessata: intera regione, sede operativa: CSPO);
- registro regionale AIDS: (Area interessata: intera regione, sede operativa: dipartimento Diritto alla Salute);
- registro delle malformazioni congenite: (Area interessata: intera regione, sede operativa: dipartimento regionale, Consiglio nazionale delle ricerche Pisa);
- registro dell'infarto e degli eventi cerebro - vascolari (Area interessata: azienda unità sanitaria locale 10 di Firenze, sede operativa: azienda unità sanitaria locale 10);
- registro dei mesoteliomi: (Area interessata: intera regione, sede operativa: CSPO);
- registro dei retinoblastomi: (Area interessata: intera regione, sede operativa: Università di Siena );
- registro della fibrosi cistica: (Area interessata: intera regione, sede operativa azienda ospedaliera Meyer).

Al coordinamento tecnico provvede la Giunta regionale, anche avvalendosi della Agenzia sanitaria regionale, di concerto con le sedi operative di ciascun registro, con la finalità di individuare obiettivi comuni di utilizzo integrato dei dati fra i registri e altri sistemi informativi, di condurre analisi congiunte e di indirizzare la formazione di indicatori di bisogno, utili per la programmazione dei servizi.

### **3.5.3.2. I sistemi di comunicazione e informazione**

Relativamente al profilo dell'utilizzo integrato di Information Communication Technology per la razionalizzazione e lo sviluppo del sistema informativo regionale, ciascuna azienda sanitaria presenta alla Giunta regionale un progetto complessivo di sviluppo ed adeguamento della propria struttura informatica ed organizzativa, al fine di accedere a fondi finalizzati di finanziamento e sostegno, da dedicare nell'ambito della parte finalizzata del budget.

La Giunta regionale determina gli indirizzi, stabilisce le modalità di presentazione dei progetti e le modalità di accesso ai finanziamenti. In tale quadro costituiranno elemento prioritario per la programmazione degli interventi e la valutazione dei progetti aziendali i seguenti elementi:

- dimensione aziendale o interaziendale dei progetti,
- livelli di management progettuale e direzionale individuati e formalizzati;
- congruenza dei progetti con le linee di sviluppo delle Information Communication Technology a livello regionale con particolare riferimento ai servizi di rete che dovranno essere costruiti nel pieno rispetto delle disposizioni regionali in materia di sicurezza e certificazione;
- predisposizione di appositi piani di integrazione delle attività ospedaliere (SIO) tramite architetture aperte, standardizzate e sicure;
- predisposizione di piani di integrazione - anche a livello interaziendale - tra le attività di livello specialistico - in ricovero o ambulatoriali - esercitate in ambito ospedaliero e le attività di prevenzione e tutela della salute, previste a livello territoriale, con particolare riferimento alla realizzazione di servizi sicuri in termini di accesso e interscambio tra medici convenzionati e strutture aziendali;
- individuazione dei processi gestibili a livello aziendale e interaziendale tramite strumenti tecnologici e organizzativi afferenti allo strumento '*Telemedicina*' nel quadro previsto al successivo paragrafo 3.5.4.

### 3.5.3.3. L'organizzazione del sistema

Relativamente alle necessità organizzative del livello regionale per fare fronte ai compiti derivanti dal presente Piano sanitario regionale, la Giunta regionale è impegnata a individuare, entro sessanta giorni dall'approvazione del Piano sanitario regionale e sulla base di una specifica ricognizione in ambito dipartimentale, le modalità di potenziamento del dipartimento del diritto alla Salute e delle politiche di solidarietà sotto il versante delle professionalità operanti nei settori informativo, dell' Information Communication Technology, dei sistemi di comunicazione e in quello del supporto direzionale e management progettuale.

### 3.5.4. La telemedicina

Nel quadro generale dei *network* sanitari la telemedicina si pone oggi come 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. Con il termine telemedicina si indicano oggi almeno cinque classi di concetti:

- *teleassistenza medico-infermieristica;*
- *telediagnosi/teleconsulto;*
- *telerobotica con governo diretto a distanza di apparati elettromedicali;*
- *telesoccorso;*
- *teleformazione del personale.*

Il prodotto di servizi strutturati che abbiano come componente applicativa la telemedicina è quindi sinteticamente riassumibile in:

- riduzione del carico quantitativo dell'assistenza soprattutto infermieristica;
- riduzione degli accessi alle prestazioni istituzionalizzanti, con sviluppo di forme anche avanzate di *home care* integrate con le risorse specialistiche sanitarie e territoriali;
- diffusione veloce e mirata delle informazioni nei *networks* specialistici, con rapida qualificazione delle conoscenze e delle decisioni terapeutiche, anche come supporto di secondo livello alle cure primarie e come integratore dei percorsi formativi;
- supporto ai sistemi di emergenza/urgenza con riduzione dei tempi di accesso dei pazienti alle prestazioni in Area critica;
- riduzione fino a 'latenza zero' dei tempi di diagnosi e refertazione in procedure chirurgiche e medico invasive con prospettive di eliminazione dei sistemi di trasporto dei campioni biologici a fini diagnostici;
- monitoraggio 'in linea' dell'efficienza ed efficacia dei servizi tramite specifici programmi di monitoraggio che sfruttano la componente digitale dello strumento "telemedicina".

L'implementazione della telemedicina presuppone almeno due requisiti. Il primo consiste nell'infrastruttura di rete fisica - "rete telematica" - che deve esistere ed essere adeguata al carico operativo progettato. Il secondo, essenziale, consiste nella progettazione e attivazione dell'infrastruttura di servizio nelle componenti organizzative di base e professionali, nei tempi, modalità e requisiti per l'accesso e l'uso delle prestazioni programmate.

Per realizzare compiutamente un sistema regionale di telemedicina nell'ambito dei contenuti sopra esposti e tenuto conto del supporto infrastrutturale che dovrà essere assicurato dalla rete telematica regionale e dalle reti telematiche aziendali anche in relazione ai progetti di potenziamento in corso, la Giunta regionale adotta, entro centoventi giorni dall'approvazione del presente Piano sanitario regionale, uno specifico programma di interventi per servizi di telemedicina.

Il programma viene predisposto sulla base dei seguenti indirizzi:

1. gli ambiti territoriali di attivazione dei servizi sono interaziendale, di area vasta, regionale, interregionale;
2. i progetti sono multicentrici coinvolgendo le Università, il Consiglio nazionale delle ricerche e Centri di ricerca particolarmente qualificati in materia;
3. le applicazioni di telemedicina sono ricondotte alle 5 classi sopra esposte;

4. per le applicazioni progettuali sono indicati standard infrastrutturali, organizzativi di operatività, di qualità e di sicurezza, idonei a garantire l'attivazione di un servizio di telemedicina, strutturato e misurabile in relazione ai prodotti attesi.

### **3.5.5. Le attività di formazione**

Nel quadro delle nuove responsabilità di governo e programmazione che la Regione assume a seguito dell'entrata in vigore della riforma del Titolo V della Costituzione, si evidenzia una carenza strutturale nel mercato del lavoro regionale di profili professionali in grado di garantire alle specifiche strutture del Centro direzionale, all'ARS e alle aziende sanitarie continuità per competenze specialistiche di alto livello in materia di:

- analisi strutturata di dati sanitari e socio-sanitari per esigenze di programmazione, indagini e controllo economico nell'ottica di costituzione di una *corporate knowledge* regionale;
- progettazione concettuale di sistemi informativi sanitari e socio-sanitari con particolare riferimento al modello toscano;
- integrazione tecnologica e organizzativa di sistemi informativi eterogenei a partire dall'analisi dei rispettivi sistemi gestionali automatizzati;
- comunicazione pubblica orientata al sistema sanitario e socio-sanitario toscano.

La Giunta regionale pertanto promuove, anche in relazione alle premesse politiche e programmatiche enunciate per il nuovo Piano regionale di sviluppo, una specifica azione nei confronti delle Università e dei centri di ricerca della Toscana al fine di favorire la creazione di percorsi formativi strutturati nelle materie sopra elencate sia come attivazione di percorsi autonomi sia come integrazione finalizzata di percorsi formativi già esistenti. A tale fine la Giunta regionale predisponde ed attiva specifici protocolli di intesa, con i soggetti della didattica sopra richiamati, con i quali definire i livelli di specializzazione richiesti, gli elementi caratterizzanti, ai fini sopra indicati, i percorsi formativi e la relativa formalizzazione, le integrazioni dei percorsi con attività di formazione *on the job*, gli sbocchi lavorativi previsti nel settore sanitario e socio – sanitario regionale, gli strumenti di valutazione delle iniziative sia a livello di progettazione che a livello di controllo di qualità dei risultati prodotti.

### **3.5.6. Il fabbisogno finanziario**

La Giunta regionale provvede a definire la quota assegnata a ciascuna delle azioni derivanti dal presente paragrafo, sulla base delle indicazioni di seguito riportate.

Per gli interventi di cui al paragrafo 3.5.3 è stanziata la somma di 6,71 Meuro (13 miliardi di lire) nel triennio.

Per le attività inerenti lo sviluppo del sistema regionale di telemedicina si stabilisce uno stanziamento complessivo di 4,13 Meuro (8.000 milioni di lire) nel triennio di piano. La Giunta regionale provvede con propri atti all'approvazione dei progetti e all'assegnazione delle risorse per ciascuna delle azioni progettuali secondo lo specifico programma di interventi di cui al precedente paragrafo 3.5.4.

Per le attività di formazione previste dal paragrafo 3.5.5 è stanziata la somma di 0,77 Meuro (1,5 miliardi di lire) nel triennio.

## **3.6. LA RICERCA E LA SPERIMENTAZIONE PER L'INNOVAZIONE**

La ricerca e l'innovazione rappresentano strumenti essenziali per la crescita del sistema e per la promozione degli obiettivi del Piano sanitario regionale; su di essi la Regione Toscana sta già investendo risorse proprie ed intende utilizzare pienamente le nuove opportunità offerte dalla normativa nazionale.

Le attività di ricerca e sperimentazione si svolgono in un contesto coordinato e finalizzato alla crescita del sistema sanitario regionale, in armonia con gli obiettivi strategici del Piano sanitario regionale, con la partecipazione del Consiglio Sanitario Regionale, dell'ARS e con il contributo scientifico delle Università, del Centro nazionale ricerche (CNR) e di altre Agenzie ed Enti di ricerca.

### **3.6.1. La promozione della attività di ricerca.**

Obiettivo del Piano sanitario regionale è far crescere le attività di ricerca attraverso la costruzione di un Programma di ricerca sanitaria regionale per affrontare gli scenari di mutamento che si profilano. Il Programma è finalizzato al miglioramento dello stato di salute della popolazione ed agli strumenti necessari per raggiungere questo obiettivo; esso è finanziato con le risorse regionali di cui al paragrafo 3.3.2.3., a cui si aggiungono finanziamenti nazionali e comunitari e contribuiscono risorse messe a disposizione da soggetti interessati alle ricadute operative dell'attività di ricerca.

Il Programma si propone di:

- promuovere l'impegno degli operatori del servizio sanitario regionale in attività di ricerca,
- promuovere l'integrazione e la comunicazione tra le linee di ricerca omogenee,
- promuovere lo sviluppo di ricerche intersettoriali con l'obiettivo di individuare le relazioni tra fattori sociali e ambientali e rischi per la salute,
- diffondere i risultati della ricerca e dell'innovazione per farne un patrimonio condiviso ed un motore dello sviluppo.

Al fine di garantire le funzioni di coordinamento, osservazione e diffusione dei risultati, la Giunta regionale istituisce un Comitato scientifico composto da personalità di valore riconosciuto a livello nazionale ed internazionale, al quale affidare compiti di indirizzo e promozione dell'attività scientifica all'interno del servizio sanitario regionale, di collaborazioni e sinergie con fondazioni ed enti operanti nel settore sociale e con le industrie di settore, nonché compiti di promozione dell'applicazione dei risultati della ricerca ai fini dell'evoluzione del servizio sanitario regionale. Il Comitato scientifico costituisce anche un osservatorio sull'impegno congiunto dell'industria e del Servizio sanitario regionale nella ricerca biomedica, con l'obiettivo di estendere e coordinare le aree di collaborazione. Esso inoltre promuove iniziative di supporto per sviluppare e sistematizzare approcci metodologici, misure ed indicatori, così da consentire la "disseminazione" dei risultati ed attivare diffusi processi di cambiamento in direzione delle innovazioni suggerite dalla ricerca.

Al fine di assicurare la massima trasparenza delle scelte, la Regione si impegna, nei criteri di scelta dei componenti del Comitato scientifico, ad evitare al massimo e comunque ad esplicitare eventuali conflitti di interesse.

I programmi di ricerca coinvolgono le aziende sanitarie, anche con l'obiettivo di integrare il livello ospedaliero con quello territoriale, l'Università e gli enti ed agenzie di ricerca, e hanno lo scopo di promuovere l'attivazione di progetti multicentrici ed interdisciplinari. Sono altresì valorizzati, anche attraverso il coordinamento delle iniziative regionali, gli obiettivi di ricerca intersettoriale in grado di coinvolgere risorse e strutture non specificatamente sanitarie ma capaci di incidere sui determinanti della salute.

La ricerca sanitaria si articola su due aree: la ricerca biomedica e la ricerca sui servizi sanitari.

#### **3.6.1.1. La ricerca ad orientamento preclinico e clinico**

La ricerca biomedica si orienta, sulla scorta delle indicazioni del Piano sanitario nazionale, sulla ricerca preclinica ed in particolare su quella clinica. Essa riguarda sia l'acquisizione di informazioni fisiopatologiche utili per capire le cause di malattia e per individuare gli interventi terapeutici, sia la ricerca su temi in grado di contribuire alla formulazione di linee guida diagnostico - terapeutiche ed alla loro successiva diffusione ed adozione, sia infine gli studi di *outcome* delle attività cliniche in particolare nelle alte specialità.

### **3.6.1.2. La ricerca epidemiologica e sui servizi sanitari**

I progetti di ricerca epidemiologica e sui servizi sanitari sono diretti all'approfondimento critico ed allo studio di temi ed argomenti in materia di determinanti ed esiti di salute, di organizzazione, di economia e di tecnologia sanitaria e sono promossi per dare impulso a processi di innovazione per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, valutare i modelli assistenziali, l'equità e l'accessibilità dei servizi.

I progetti di ricerca sui servizi sanitari si articolano nei seguenti ambiti:

- epidemiologico, per potenziare le conoscenze utili ai decisori, agli operatori e ai cittadini/e, e per utilizzare le prove di evidenza scientifica sull'efficacia delle diverse modalità assistenziali;
- preventivo, per affrontare i determinanti della salute attraverso azioni di promozione e prevenzione nei confronti delle fasce di popolazione più deboli e dei gruppi a rischio;
- *health technology assessment* per valutare l'applicabilità, la sicurezza, l'efficienza e l'impatto delle tecnologie sanitarie sui livelli di salute.

Le aree tematiche sulle quali orientare l'attenzione sono quelle indicate nel Programma regionale di sviluppo e nelle azioni previste dal presente Piano sanitario regionale.

### **3.6.1.3. Le risorse finanziarie e le modalità operative**

Nell'ambito del programma di ricerca sanitaria regionale, i progetti di ricerca che richiedono risorse aggiuntive rispetto a quelle già all'uopo istituzionalmente destinate sono finanziati attraverso:

- i fondi relativi alla ricerca finalizzata di cui all'articolo 12 - *bis*, comma 3, del d.lgs 502/1992,
- i fondi relativi ai programmi di azione comunitaria promossi dalla Unione Europea,
- i fondi regionali di sostegno alla ricerca ed alla sperimentazione, di cui al paragrafo 3.3.2.3.
- i finanziamenti reperiti attraverso altri canali pubblici e privati.

La Giunta regionale delibera, entro sei mesi dalla approvazione del Piano sanitario regionale, la composizione e le modalità operative del Comitato scientifico e le modalità di accesso ai progetti di ricerca.

### **3.6.2. L'innovazione e la sperimentazione gestionale**

La capacità di cambiamento e di innovazione delle aziende sanitarie è una qualità necessaria al miglioramento del servizio sanitario regionale ed è promossa dalla Regione Toscana anche attraverso progetti di sperimentazione gestionale.

Si intendono per tali i progetti che introducono nelle aziende sanitarie delle significative modificazioni di tipo organizzativo, di processo e/o di prodotto, anche in difformità rispetto a modelli consolidati e in deroga alla normativa vigente così come previsto dalla vigente disciplina nazionale; le sperimentazioni sono attuate per conseguire migliori livelli di efficacia ed efficienza operativa e per consentire la successiva diffusione delle soluzioni poste in essere, previa valutazione positiva dei risultati.

I progetti hanno ad oggetto la sperimentazione di forme di integrazione delle competenze gestionali e professionali, la collaborazione fra pubblico e privato e l'apporto di capitali privati; essi hanno come finalità quella di migliorare in modo misurabile la qualità dell'assistenza e dell'efficacia gestionale rispetto alle forme tradizionali di gestione.

La sperimentazione gestionale si propone prioritariamente:

- il miglioramento complessivo della qualità dei servizi erogati e l'aumento della loro produttività, attraverso il riordino e la razionalizzazione della rete ed il potenziamento delle professionalità e delle competenze;
- l'introduzione nelle aziende di modalità di gestione più flessibili, in grado di costruire organizzazioni capaci di adattarsi meglio alla dinamica della domanda e della produzione;
- lo sviluppo di centri di eccellenza e di un sistema di servizi regionali in rete, per rispondere con la migliore efficacia alle esigenze dei malati;
- il coinvolgimento dei privati, ed in particolare del privato no-profit, su progetti strategici per la crescita dei servizi regionali;
- un più alto livello di partecipazione delle Istituzioni rappresentative dei cittadini/e;
- l'attenzione sui temi dell'appropriatezza attraverso il governo della domanda, basato sullo sviluppo dei sistemi di responsabilità e sull'uso efficiente delle risorse.

La sperimentazione gestionale assume come vincolo progettuale:

- la chiara indicazione degli obiettivi di innovazione organizzativa e dei relativi strumenti gestionali, e, nel caso del ricorso a deroghe normative o a società miste, la precisa giustificazione dell'uso dello strumento rispetto al fine, ferma restando la garanzia di partecipazione pubblica maggioritaria nelle iniziative;
- la sostenibilità economica dei processi o strutture gestionali attivate;
- una dimensione efficiente dei bacini d'utenza dei servizi oggetto di innovazione e l'ottimizzazione dell'offerta;
- la definizione degli strumenti in grado di assicurare la coerenza con le dinamiche di sviluppo della rete regionale dei servizi e della programmazione regionale;
- il rispetto dei livelli essenziali di assistenza ed il loro potenziamento attraverso la costituzione di canali integrativi di finanziamento;
- l'inserimento nel progetto di strumenti utili per la valutazione di risultato;
- la estendibilità dei risultati a livello regionale.

Il presente Piano sanitario regionale, pur in presenza dei limiti imposti dalla normativa vigente, introduce alcuni ambiti di sperimentazione organizzativa per il triennio, soprattutto rivolti ad avviare nuove e più efficienti ed efficaci modalità gestionali della sanità territoriale, come le Società della Salute; promuove inoltre la sperimentazione di innovazioni organizzative e gestionali presso l'azienda ospedaliera Meyer, finalizzate al raggiungimento di soglie più avanzate di efficienza, di efficacia operativa e di capacità di coordinamento della rete regionale, sviluppando e valorizzando le relazioni con l'attuale Fondazione.

I progetti di sperimentazione esigono un forte coordinamento regionale per non sovrapporre iniziative, per stimolare l'attenzione su aree di interesse strategico, per valorizzare i risultati positivi.

La Giunta regionale definisce, nell'ambito delle prime fasi progettuali delle sperimentazioni, i percorsi di collaborazione tra aziende e Regione, anche per consentire l'attivazione di opportuni strumenti di valutazione.

### **3.6.2.1. La costituzione di un centro regionale per la terapia genica e cellulare**

Particolare significato, sotto il profilo della innovazione e della sperimentazione dei centri di eccellenza, acquista il settore della terapia genica e cellulare, per i successi clinici riportati nel trattamento delle forme di immunodeficienza congenita e per le prospettive di integrazione di tutte le terapie sostitutive comprese quelle legate al trapianto di organi e apparati.

Ad oggi le patologie per le quali la terapia genica ha mostrato pieno successo clinico sono le forme di immunodeficienza congenita e sono prossimi risultati nel trattamento della retinite pigmentosa. Tutte le malattie che producono una alterazione delle funzioni cellulare o una distruzione dei tessuti, possono trovare giovamento da una terapia cellulare; aree di sperimentazione clinica sono ad oggi attive per l'uso di cellule cartilaginee, cellule stromali e cellule staminali del midollo. Peraltro la ricerca, anche se straordinariamente promettente, è nella fase iniziale e molto deve essere ancora fatto perché le innovazioni possano essere rese operative.

In questo settore risulta pertanto indispensabile un progetto complessivo di sviluppo delle terapie cellulari, da realizzarsi presso un centro ospedaliero di elevata qualificazione, che garantisca la compresenza di adeguate competenze cliniche, diagnostiche e di ricerca, ed adeguate esperienze maturate nel settore della terapia cellulare.

La Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, anche avvalendosi del Comitato scientifico di cui al presente capo, procede alla selezione di un progetto per la costituzione di un centro per la terapia genica e cellulare. Tra le condizioni di fattibilità, particolare rilievo assumono, le modalità di gestione del progetto in termini di *management* e di trasferibilità dei risultati della ricerca, di multicentricità dell'iniziativa e di partecipazione all'investimento di soggetti privati.

### **3.7. LE RELAZIONI DI SISTEMA**

#### **3.7.1. L'Università**

##### **3.7.1.1 Il quadro di riferimento**

L'atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'articolo 1 del 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), adottato d'intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni e pubblicato in data 9 agosto 2001 – Gazzetta ufficiale n. 184 - costituisce riferimento essenziale per intraprendere la fase di negoziazione, preliminare alla stipula dei protocolli di intesa con l'Università.

I protocolli d'intesa sono essenziali per instaurare le relazioni di sistema tra servizio sanitario regionale e le Università e sono stati introdotti dal decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni, ivi comprese quelle apportate dal decreto legislativo n. 502 del 1992 e dal decreto legislativo n. 517 del 1999; tali strumenti d'intesa sono individuati dall'ordinamento vigente 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.

L'atto di indirizzo prima richiamato riguarda i protocolli di intesa sulle attività assistenziali, protocolli che sulla base della normativa vigente risultano essenziali anche al fine di trasformare le cosiddette «aziende miste» nelle nuove «aziende ospedaliero – universitarie».

Le materie e le forme di relazione, che devono essere disciplinate e regolate dai protocolli di intesa per le attività assistenziali e dagli atti specifici da adottare sulla base dei predetti protocolli, sono quelle di seguito indicate:

1. l'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra servizio sanitario nazionale e Università;
2. l'esplicitazione del principio della leale cooperazione nella definizione dei rapporti reciproci;
3. le linee generali della partecipazione delle università alla programmazione sanitaria regionale;
4. l'individuazione dei parametri per la definizione estesa nell'area vasta delle strutture assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca, nonché gli obiettivi e l'organizzazione dei dipartimenti integrati;
5. la definizione, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, del volume ottimale delle attività assistenziali e del numero massimo dei posti letto, necessari per l'esercizio dell'integrazione di cui al punto 1.

I predetti protocolli debbono inoltre:

- definire gli adempimenti necessari per la fase costitutiva delle aziende ospedaliero – universitarie;
- indicare le modalità di partecipazione dell'università alla gestione delle predette aziende, anche in termini finanziari;
- disciplinare gli aspetti istituzionali, compresa la composizione dell'organo di indirizzo previsto dal d.lgs. 517/1999.

Il protocollo d'intesa per la parte assistenziale tra Regione e università 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. Pertanto le soglie operative sono le stesse per tutte le aziende ospedaliero universitarie, mentre i criteri generali per l'applicazione delle soglie, di cui all'articolo 52, comma 7, della l.r. 22/2000, determinano margini di oscillazione per l'individuazione del numero delle unità operative, limitati e predefiniti.

Pertanto gli accordi attuativi per ciascuna delle aziende ospedaliero universitarie, assunti per definire l'assetto organizzativo, devono attenersi a tali criteri.

Tali criteri non possono determinare per le singole aziende ospedaliero universitarie variazioni significative rispetto all'applicazione delle soglie operative definite nel protocollo d'intesa.

Per le funzioni operative regionali l'applicazione dei criteri sopra esposti può determinare l'attribuzione della relativa unità operativa solo ad alcune delle aziende ospedaliero universitarie.

Ai principi di definizione dell'assetto organizzativo sono ammesse deroghe per le Funzioni operative e le relative Strutture organizzative individuate ai sensi dell'articolo 51, comma 8, della suddetta l.r. 22 /2000.

### **3.7.1.2. Gli adempimenti preliminari**

Sotto il profilo formale la procedura di attivazione dell'iter protocollare è disciplinata dall'articolo 17 della l.r. 22 /2000, ove si prevede che:

- la stipula intervenga tramite formale intesa tra il Presidente della Giunta regionale e i Rettori delle Università di Pisa, Siena e Firenze, che insieme costituiscono il Comitato per l'intesa, con procedura negoziale che si instaura nell'ambito del Piano sanitario regionale;
- per la predisposizione del protocollo è costituita apposita commissione formata da rappresentanti della Regione, delle università e delle aziende sanitarie interessate;
- le rappresentanze in seno alla commissione sono designate, per le parti di rispettiva competenza, dai membri del Comitato e dai direttori generali delle aziende ospedaliere;
- le rappresentanze delle aziende ospedaliere sono designate in maniera da assicurare nella commissione la pariteticità tra la componente ospedaliera e quella universitaria.

Occorre ricordare che, costituendo parte integrante del Piano sanitario regionale, i protocolli medesimi sono riservati per l'approvazione nella sede consiliare. Essendo inoltre attribuito allo specifico protocollo per le attività assistenziali un ruolo decisivo nella fase costitutiva delle nuove aziende ospedaliero - universitarie, il protocollo medesimo è approvato in allegato (allegato n. 6) parte integrante del presente Piano sanitario regionale.

### **3.7.1.3. Le attività formative**

Le materie e le forme di relazione che devono essere disciplinate e regolate in appositi protocolli d'intesa riguardano le 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 dovranno in particolare riguardare, secondo gli indirizzi del presente Piano sanitario regionale:

- 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.

La Giunta regionale, nell'ambito dei predetti protocolli, attiva appositi accordi per la promozione di percorsi formativi di alta specializzazione in settori di intervento predeterminati per lo sviluppo professionale e tecnico scientifico del Sistema sanitario regionale.

#### **3.7.1.4. 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 lo sviluppo delle competenze del Servizio sanitario regionale nei settori di loro specifica attribuzione, la Giunta regionale nell'arco di vigenza del presente Piano sanitario regionale opera per sviluppare adeguate forme di collaborazione con le 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), attraverso la stipula di appositi protocolli. I rapporti tra la Regione e la Scuola di Studi Superiori Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna di Pisa sono regolati dal protocollo di cui all'allegato n. 7, parte integrante del Piano sanitario regionale.

### **3.7.2. Gli Istituti scientifici e gli Enti di ricerca**

#### **3.7.2.1. Il procedimento di perfezionamento dei rapporti**

La disciplina della materia è quella recata dalla l.r. 22/2000 che all'articolo 18 prevede che i rapporti con i soggetti in questione si instaurino sulla base del seguente procedimento:

- a) la Regione e i soggetti in argomento stipulano protocolli d'intesa che individuano gli spazi di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e conoscenze nel settore sanitario;
- b) i protocolli sono adottati nell'ambito del Piano sanitario regionale vigente e alla loro stipula provvedono il Presidente della Giunta regionale e i rappresentanti istituzionali degli enti medesimi;
- c) i rapporti per le attività assistenziali con il servizio sanitario regionale sono instaurati tra le aziende sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei predetti protocolli d'intesa.

La richiamata normativa regionale costituisce una importante innovazione in quanto riserva ai protocolli d'intesa preminenza assoluta nell'individuazione degli spazi di collaborazione e individua nel Piano sanitario regionale la sede competente per l'adozione dei predetti protocolli.

Altrettanto esplicita diventa la disposizione che riserva a specifici rapporti da intrattenere con le aziende sanitarie regionali, e non ad un rapporto con la Regione, la possibilità di intrattenere relazioni per la parte assistenziale con il servizio sanitario regionale. La natura di tali rapporti è convenzionale e si esplicita in atti che si instaurano tra gli enti medesimi e le aziende sanitarie regionali, unici soggetti che nel sistema sono preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Risulta pertanto essenziale che il Piano sanitario regionale determini, per ciascun ente, gli spazi di collaborazione con la Regione e le aziende sanitarie con le quali negoziare le convenzioni per le attività assistenziali.

#### **3.7.2.2. I soggetti interessati**

I soggetti operano nel sistema sanitario regionale secondo le disposizioni di seguito recate per ciascuno di essi, indipendentemente dalla natura pubblica o privata del loro ordinamento. Rientrano in questa particolare tipologia di soggetti:

- l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico INRCA con la propria sede di Firenze presso lo stabilimento IOT;
- l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Stella Maris" con la propria sede di Pisa presso Calambrone;
- l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Don Gnocchi" con la propria sede di Pozzolatico;
- il Consiglio nazionale delle ricerche come Centro di ricerca per l'alta specialità - CREAS - costituito dall'Istituto di fisiologia clinica di Pisa e dall'ospedale pediatrico apuano di Montignoso, di seguito identificato come CREAS IFC-CNR.

La Giunta regionale provvede, nell'arco di vigenza del presente Piano sanitario regionale, all'adozione degli atti di propria competenza per l'attuazione dei protocolli e per la promozione delle intese, di seguito indicati per i soggetti istituzionali sopra elencati.

## INRCA

Per la sede INRCA di Firenze e per il periodo di vigenza del presente Piano sanitario regionale, si applicano le disposizioni del protocollo d'intesa tra Regione ed INRCA sottoscritto in data 9 agosto 2000 dal Presidente della Giunta regionale e dal Commissario straordinario dell'istituto.

La convenzione, di cui all'articolo 18 della richiamata l.r. 22/2000, va stipulata dal legale rappresentante dell'istituto e dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale 10 di Firenze sulla base delle disposizioni del richiamato protocollo e secondo le specifiche riportate negli allegati A - "Progetto sanitario" e B - "Progetto di gestione" al predetto protocollo.

## "Stella Maris"

Per la sede "Stella Maris" di Pisa per l'attività ospedaliera svolta presso il proprio presidio di Calambrone e per il periodo di vigenza del Piano sanitario regionale, si applicano le disposizioni del protocollo d'intesa tra Regione e "Stella Maris" sottoscritto in data 22 luglio 1996 dal Presidente della Giunta regionale e dal Presidente dell'istituto.

La convenzione di cui all'articolo 18 della richiamata l.r. n. 22 del 2000 va stipulata dal legale rappresentante dell'istituto e dal direttore generale dell'azienda ospedaliera pisana sulla base delle disposizioni del richiamato protocollo, attraverso l'aggiornamento, previa deliberazione della Giunta regionale, dell'accordo attuativo del protocollo d'intesa stipulato con l'azienda ospedaliera Pisana in data 8 ottobre 1997.

Nel periodo di vigenza del Piano sanitario regionale sarà inoltre definito il ruolo della Fondazione Stella Maris quale:

- sede di alta specialità riabilitativa per le gravi disabilità dell'età
- sede di valutazione pre - chirurgica e di riabilitazione post - chirurgica dell'epilessia infantile, in collaborazione con l'Azienda ospedaliera Pisana;
- sede di diagnosi e terapia dei disturbi alimentari dell'infanzia e dell'adolescenza;
- sede di posti letto per l'emergenza psichiatrica in adolescenza;
- centro di riferimento regionale ed interregionale per le malattie rare di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva
- centro di alta specializzazione per le malattie genetiche di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- centro di formazione continua per la neuropsichiatria dell'età evolutiva, in collaborazione con l'università di Pisa;
- sede di elaborazione di appropriati percorsi e protocolli diagnostico - terapeutico - riabilitativi in ambito neuropsichiatrico dell'età evolutiva, anche alla luce della necessaria integrazione con il territorio, in collaborazione con le aziende unità sanitarie locali di Pisa e di Empoli;
- laboratorio di analisi epidemiologica dei bisogni dello specifico settore di interesse in collaborazione con l'ARS.

A tal fine la Giunta regionale istituisce un gruppo di lavoro formato da:

- Dipartimento del diritto alla salute;

- azienda ospedaliera pisana;
- aziende unità sanitarie locali di Pisa e di Empoli;
- Coordinamento dei Centri di Riabilitazione della Toscana;
- Fondazione Stella Maris.

#### *“Istituto Don Gnocchi”*

Per l'istituto *Don Gnocchi* il riconoscimento del carattere scientifico dell'attività svolta presso il presidio di Pozzolatico determina la trasformazione in attività di ricovero ospedaliero di una quota parte dell'attività residenziale svolta nel settore della riabilitazione.

Il presente Piano sanitario regionale determina tale quota per il periodo di vigenza in un numero di 40 posti letto di riabilitazione e di 6 posti letto di degenza diurna, secondo le disposizioni attuative di apposito protocollo d'intesa con la Regione, di cui all'allegato 8, parte integrante del Piano sanitario regionale .

La convenzione di cui all'articolo 18 della richiamata l.r. 22/2000 è stipulata dal legale rappresentante dell'istituto e dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale 10 di Firenze sulla base delle disposizioni del richiamato protocollo e delle esigenze della programmazione regionale e aziendale; anche dopo la prescritta autorizzazione sanitaria relativa alla trasformazione parziale dell'istituto in attività ospedaliera e in attesa della sottoscrizione della richiamata convenzione, l'attività svolta continua ad essere remunerata in base al regime tariffario relativo alle prestazioni di riabilitazione intensiva extraospedaliera.

#### *“CREAS IFC-CNR”*

La situazione in termini di rapporti di sistema e attuativi con il Centro di ricerca per l'alta specialità (CREAS) e l'Istituto di fisiologia clinica di Pisa del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR), risulta regolata dalle disposizioni emanate nel Piano sanitario regionale 1996 – 1998, che conservano validità anche per il triennio 1999 – 2001 e che prevedono:

- un protocollo d'intesa tra la Regione e l'Istituto CREAS IFC-CNR; tale protocollo è stato sottoscritto dal Presidente della Giunta regionale e dal rappresentante legale dell'Istituto in data 18 giugno 1997;
- un accordo attuativo con l'azienda ospedaliera pisana per regolare le attività svolte presso l'Istituto di fisiologia clinica dell'ospedale Santa Chiara di Pisa;
- un accordo attuativo con azienda unità sanitarie locali 1 di Massa e Carrara per la sede dell'ospedale pediatrico apuano di Montignoso.

Mentre è stata sottoscritta ed è operante la convenzione per l'utilizzo della struttura dell'azienda unità sanitaria locale 1 di Massa e Carrara, non è ancora stato adottato l'accordo attuativo con l'azienda ospedaliera pisana, con la quale peraltro il Centro di ricerca per l'alta specialità - costituito dall'Istituto di fisiologia clinica di Pisa e dall'ospedale pediatrico apuano di Montignoso, intrattiene rapporti di natura meramente economica. Tali rapporti derivano dallo svolgimento delle attività assistenziali dell'Istituto sulla base dei seguenti criteri individuati dalle disposizioni del Piano sanitario regionale:

- l'attività assistenziale del CREAS IFC-CNR è integrativa di quella svolta dalle aziende sanitarie regionali;
- l'attività assistenziale del CREAS IFC-CNR è svolta in collaborazione con l'azienda ospedaliera pisana.

Il protocollo conserva validità, per quanto concerne la parte generale ed i rapporti di sistema ivi indicati, salvo le modificazioni derivanti dalle nuove disposizioni della programmazione sanitaria regionale, che attribuiscono all'azienda ospedaliera Meyer un ruolo centrale nello sviluppo delle funzioni di alta specialità dell'assistenza pediatrica, e la diversa articolazione strutturale dei presidi del Centro di ricerca per l'alta specialità, costituito dall'Istituto di fisiologia clinica di Pisa e dall'ospedale pediatrico apuano di Montignoso, legata al trasferimento dell'Istituto di fisiologia clinica nella struttura di “S. Cataldo”

La validità del protocollo è peraltro limitata dalla mancata sottoscrizione della convenzione tra il CREAS IFC-CNR e l'azienda ospedaliera pisana, al perfezionamento della quale occorre procedere tempestivamente per non compromettere la validità del protocollo medesimo, che va aggiornato nel rispetto della condizione generale per cui tutta l'attività assistenziale del CREAS IFC-CNR, in quanto organo del Consiglio Nazionale delle Ricerche, deve essere finalizzata ad obiettivi di ricerca e sperimentazione medica, chirurgica, biomedica, di epidemiologia e statistica medica, e sia pianificata e dimensionata in relazione a detti obiettivi e, in particolare,

secondo le seguenti linee direttive:

- per l'attività pediatrica svolta presso la sede di Montignoso, oltre alla regolamentazione degli aspetti economici con l'azienda unità sanitaria locale 1 di Massa e Carrara, legati all'utilizzo della struttura da parte dell'Istituto, va stipulata apposita convenzione con l'azienda ospedaliera Meyer relativa allo svolgimento delle attività cardiologiche e cardiocirurgiche per il settore pediatrico;
- per l'attività di cardiologia e cardiocirurgia rivolta a pazienti adulti e per le altre attività assistenziali riconosciute dalla programmazione regionale, sarà adottata apposita convenzione con l'azienda ospedaliera pisana per definire gli apporti di reciproca collaborazione, utili allo sviluppo dell'assistenza nell'area vasta, nonché la disciplina dei rapporti contrattuali ed economici connessi alla gestione dell'attività.

La Regione Toscana opera perché l'attività assistenziale del CREAS IFC-CNR, effettuata in relazione alle finalità proprie di ricerca, sia svolta nell'ambito degli obiettivi della programmazione regionale e secondo le procedure di concertazione di area vasta definite; opera altresì per dotare il sistema sanitario regionale di un qualificato centro di ricerca e sperimentazione medica di altissimo livello che, nella collaborazione tra il CNR, Università e aziende ospedaliere regionali, diventi una risorsa del territorio per lo sviluppo del sistema, nonché un punto di riferimento a livello nazionale ed internazionale.

A questo fine la Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, adotta, con la procedura di cui all'articolo 11, comma 6, della l.r. 22/2000, un provvedimento di istituzione di un soggetto di natura societaria (consorzio, fondazione), che dia attuazione all'articolo 11, comma 5, della l.r. 22/2000, costituendo il soggetto unico integrato di gestione delle attività di ricerca ed assistenziali attualmente svolte dal CREAS IFC-CNR.

Il provvedimento è approvato dal Consiglio regionale.

Di tale istituzione, oltre alla Regione e al CNR potranno fare parte, nella misura e con ruoli di responsabilità definiti dal Consiglio regionale, le aziende sanitarie regionali interessate e le Università toscane.

Il soggetto così costituito sarà impegnato al raggiungimento degli obiettivi di cui sopra in materia di ricerca e assistenza, partecipando a pieno titolo, per quest'ultima, alle procedure di concertazione di area vasta, disciplinate dal presente Piano sanitario regionale e dagli atti regionali attuativi.

## CSPO

Rientra nel contesto dei soggetti di cui al presente paragrafo anche il Centro per lo studio e la prevenzione oncologica istituito (CSPO), istituito con legge regionale 6 aprile 2000, n. 52 (Centro per lo studio e la prevenzione oncologica C.S.P.O. Conferimento della personalità giuridica di diritto pubblico ai fini del riconoscimento statale di cui al decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 269), quale ente regionale dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa e gestionale. In caso di riconoscimento del proprio carattere scientifico, l'ente assumerebbe una connotazione del tutto particolare pur nell'ambito delle disposizioni sopra richiamate. Il centro infatti si caratterizza per una precisa peculiarità legata alla sua natura di soggetto operante nel settore della prevenzione oncologica, con attività assistenziali legate strettamente alle sue finalità istituzionali.

Nondimeno anche per questo soggetto si applicano le disposizioni recate dalla richiamata disposizione normativa regionale, con relazioni di sistema definite nel protocollo d'intesa con la Regione e rapporti specifici da intrattenere, tramite convenzioni con le aziende

sanitarie, per lo svolgimento e il supporto tecnico scientifico alle medesime nell'erogazione delle funzioni assistenziali di loro competenza.

Fino al perfezionamento dell'iter per il riconoscimento del CSPO, si applicano le disposizioni specifiche di cui all'articolo 3 della richiamata l.r. 52/2000, secondo quanto di seguito riportato:

- tramite specifica convenzione, stipulata con la Regione, svolge le seguenti attività di interesse regionale:

- a) gestione del registro tumori toscano e del registro di mortalità regionale in collaborazione e con il coordinamento dell'ARS
- b) gestione delle mappe di rischio oncogeno in ambito lavorativo in collaborazione con l'ARS;
- c) attività di ricerca epidemiologica di interesse regionale in ambito oncologico in collaborazione e con il coordinamento dell'Agenzia regionale di sanità;
- d) centro di riferimento regionale per la prevenzione oncologica;
- e) funzioni regionali formalmente attribuite dalla Regione;
- f) attività di formazione connessa con l'esercizio delle funzioni di competenza;

- tramite specifiche convenzioni stipulate con le aziende unità sanitarie locali, gestisce attività di screening oncologico e altre attività di collaborazione nelle convenzioni medesime individuate;

- tramite specifica convenzione con l'azienda ospedaliera Careggi sono regolati i rapporti di cui all'articolo 6 della richiamata l.r. 52/2000.

Nell'arco di vigenza del Piano sanitario regionale e in attesa del riconoscimento di cui all'articolo 1 della l.r. 52/ 2000:

- l'immobile denominato ex CPA, Viale Amendola, n. 28 di Firenze prima conferito all'azienda unità sanitarie locali 10 di Firenze con deliberazione del Consiglio regionale del 26 febbraio 1997, n. 48 (Azienda U.L.S. 10 di Firenze. Approvazione degli elenchi dei beni patrimoniali da trasferire dai Comuni alle Aziende sanitarie ai sensi della LR 14/96) e che attualmente ospita attività e funzioni del Centro per lo studio e la prevenzione oncologica, viene conferito a modifica della richiamata deliberazione consiliare al patrimonio del predetto ente regionale per essere quindi trasferito al costituendo istituto scientifico;

- al patrimonio del CSPO viene conferita la quota di proprietà dell'azienda ospedaliera di Careggi dell'immobile denominato "Monna Tessa", a seguito di conferimento alla medesima azienda dell'utilizzo del contributo statale di cui all'articolo 20 della legge 67/1988, per la realizzazione dell'immobile definito "Centro direzionale", anche per gli spazi prima riservati alle attività del CSPO nel medesimo progetto;

- viene reso disponibile, in uso gratuito per l'istituto, fino al permanere della destinazione di utilizzo per le finalità dell'istituto, anche la quota dell'immobile di cui sopra di proprietà dell'Università di Firenze, a seguito del trasferimento delle funzioni dell'Università, attualmente presenti nella struttura del padiglione di Monna Tessa, nel fabbricato sopra indicato in corso di realizzazione, e in altro futuro immobile in corso di progettazione da parte dell'azienda ospedaliera di Careggi.

La Giunta regionale procede a rendere operative le disposizioni, prima indicate, nell'arco di vigenza del Piano sanitario regionale, adottando i provvedimenti di competenza e promuovendo le opportune intese ed accordi per l'attuazione del Piano sanitario regionale.

### **3.7.3. I produttori privati**

Nel riaffermare 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, va altresì affermata la pluralità dei soggetti deputati alla produzione delle prestazioni medesime in un quadro di pari dignità tra produttori ed erogatori, tra soggetti pubblici e soggetti privati, attraverso la costituzione di un tavolo di concertazione di livello regionale con la partecipazione della Regione, di rappresentanze delle aziende unità sanitarie locali e delle istituzioni private e dei professionisti.

Nell'ambito della concertazione sono individuati i termini, anche conclusivi, della contrattazione, lo schema tipo contrattuale, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale,

contenente la durata triennale dei rapporti, gli obiettivi operativi intermedi e finali, le forme di gradualità per eventuali modifiche dei volumi o delle tipologie delle prestazioni, i requisiti richiesti sotto il profilo della qualità, della solidità imprenditoriale e gestionale dell'istituzione accreditata.

La presenza di una pluralità di soggetti produttori, ed in particolare l'apporto delle istituzioni private e dei professionisti, deve costituire una risorsa del sistema che incentivi la competizione, e quindi la qualificazione dei soggetti, la riduzione dei costi e la rispondenza del servizio alla domanda appropriata del cittadino/a evitando l'affermarsi di fenomeni di autoreferenzialità e di inefficienza tipici dei sistemi operanti in regime di monopolio.

Il contesto relazionale tra il servizio sanitario regionale e le istituzioni sanitarie private deve presupporre come principio base la concertazione quale momento essenziale della definizione dei rapporti, essere caratterizzato dall'istaurarsi di processi di collaborazione in ambiti di reciproca convenienza, conseguente ad un concetto di integrazione intesa non come residualità e marginalità del privato rispetto al pubblico, ma come complementarietà dei due settori all'interno dello stesso sistema sanitario, su principi di diversificazione dei ruoli e di integrazione delle competenze.

Perché tali affermazioni diventino concreta realtà, in un quadro che veda la libertà di scelta del cittadino/a non una astratta scelta di principio, ma un istituto concretamente applicabile in quanto inquadrato nei limiti imposti dagli indirizzi della programmazione e nei vincoli di appropriatezza delle prestazioni e delle risorse disponibili, occorre che si realizzino alcune condizioni:

- 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'esito della contrattazione è costituito da specifici accordi contrattuali con le singole istituzioni private stipulati ai sensi della normativa vigente;
- 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;
- 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.

### **3.7.3.1. La contrattazione**

La contrattazione è lo strumento attraverso il quale si realizza l'incontro tra domanda e offerta. La Regione, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente e delle direttive europee in tema di libera concorrenza, amministra la gestione dell'affidamento dell'erogazione di prestazioni socio-sanitarie a strutture pubbliche e private.

A tal fine l'azienda unità sanitaria locale provvede, sulla base dei fabbisogni rilevati, dei vincoli normativi relativi ai livelli di assistenza e delle direttive emanate dalla Regione, alla definizione del proprio fabbisogno complessivo di prestazioni ed alla quota delle stesse alle quali può provvedere direttamente attraverso le proprie strutture.

La determinazione di tale quota non deve rappresentare un vincolo a priori, ma scaturire da una valutazione accurata della convenienza economica in relazione ai costi effettivamente sostenuti e di opportunità in relazione alla dislocazione territoriale delle strutture ed ai carichi di lavoro sostenibili dalle stesse, con l'obiettivo di mantenere e migliorare i livelli qualitativi dell'offerta ed avendo a riferimento il diritto del cittadino/a alla erogazione delle prestazioni in tempi congrui rispetto alle esigenze espresse ed alle indicazioni della programmazione nazionale e regionale. La valutazione economica dei costi delle prestazioni direttamente prodotte avrà a riferimento le analisi condotte e rese pubbliche ai sensi del paragrafo 2.5.1.

Analogamente, in presenza di programmi di potenziamento dell'offerta elaborati per specifici comparti di attività, in presenza di necessità di investimenti in personale e tecnologia, le Aziende sanitarie sono tenute a valutare gli stessi in un quadro di convenienza rispetto alla offerta potenziale esistente sul proprio territorio da parte di istituzioni private e professionisti accreditati.

In relazione al fabbisogno come sopra definito, l'azienda unità sanitaria locale stabilisce altresì la quota e la tipologia di prestazioni per le quali procedere alla contrattazione con i soggetti privati, tenendo conto:

- della convenienza economica, in relazione al livello tariffario delle prestazioni definito dal sistema tariffario regionale inteso come livello massimo applicabile;
- del livello dei tempi di attesa delle prestazioni rilevati, in relazione agli obiettivi posti dalla Regione a livello complessivo e per specifiche prestazioni o gruppi di prestazioni definiti come prioritari nella programmazione regionale o locale;
- delle specifiche potenzialità esistenti nelle istituzioni private per settori individuati come importanti nella programmazione locale ed in cui l'offerta pubblica sia carente o diseconomica;
- della necessità di assicurare la libertà di scelta del cittadino di ricorrere alle prestazioni dei produttori accreditati, quando la struttura pubblica non sia in grado di assicurare le prestazioni, nei tempi e secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale ai sensi di quanto previsto al paragrafo 2.3.7, anche prescindendo dai tetti di spesa stabiliti nell'ambito dei contratti.

Il programma dell'azienda unità sanitaria locale ed il relativo fabbisogno di prestazioni, proposto alla contrattazione con le istituzioni private, sono oggetto di valutazione di un tavolo di concertazione istituito a livello aziendale per settori omogenei (ricovero ospedaliero, specialistica, riabilitazione, strutture residenziali e semiresidenziali) con i rappresentanti delle associazioni delle istituzioni private che definisce il quadro di riferimento in cui procedere alla contrattazione con le singole strutture ed alla applicazione delle intese raggiunte a livello regionale. Il tavolo è attivato ed opera in tempi tali da consentire la regolare e tempestiva stipula degli accordi a valenza annuale o pluriennale con le singole strutture.

Costituiscono oggetto della contrattazione il numero, il prezzo, le modalità di erogazione di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e ambulatoriale, comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché in regime residenziale e semiresidenziale.

La contrattazione con le singole strutture private avviene nel rispetto dei seguenti principi:

- funzionalità al perseguimento degli obiettivi indicati dalla programmazione sanitaria a livello regionale e locale;
- coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale attinenti l'assetto organizzativo dei servizi, le forme e le modalità di erogazione delle prestazioni;
- osservanza delle norme generali sulla libera concorrenza;
- definizione delle procedure amministrative di rendicontazione delle attività, avendo a riferimento in particolare i debiti informativi derivanti dalle procedure definite dalla Regione;
- determinazione di volumi di prestazioni contrattualizzati e relative tariffe unitarie nei limiti delle tariffe massime regionali vigenti; la contrattazione definisce di norma i volumi in termini di quantità di prestazioni unitariamente valorizzate; può altresì essere prevista la individuazione di specifiche prestazioni aggregate in "pacchetti", in riferimento a percorsi assistenziali integrati, la cui valorizzazione può configurarsi in forma onnicomprensiva;
- definizione di possibili adeguamenti nel corso dell'esercizio dei volumi contrattualizzati in rispondenza delle rilevazioni effettuate sui fabbisogni, ed in particolare sui tempi di attesa, con le previsioni dei relativi livelli tariffari da applicarsi, eventualmente anche differenziati rispetto a quelli originari in ragione delle maggiori economie di scala raggiunte;
- modalità di eventuali specifici rapporti con i servizi pubblici gestiti dall'azienda unità sanitaria locale o dalle aziende ospedaliere, attraverso cui perseguire gli obiettivi di deospedalizzazione definiti a livello regionale e di razionalizzazione delle risorse complessivamente utilizzate sul territorio.

Al fine di attribuire alle istituzioni private ed ai professionisti un ruolo attivo nei processi di rilevazione dei fabbisogni e di programmazione delle prestazioni, nonché per facilitare e rendere trasparente l'accessibilità dei servizi ai parte dei cittadini/e, le aziende unità sanitaria locale ed i privati operano affinché l'accesso alle istituzioni private ed ai professionisti avvenga tendenzialmente nelle medesime condizioni e con le medesime modalità integrando gli stessi nelle procedure di prenotazione aziendali.

Il soggetto della contrattazione con le istituzioni private ed i professionisti accreditati è l'azienda unità sanitaria locale ove gli stessi sono ubicati. Nella procedura di contrattazione l'azienda unità sanitaria locale assume altresì un ruolo di rappresentanza "di sistema" in quanto contratta oltre il soddisfacimento dei propri fabbisogni, anche le prestazioni erogate a cittadini/e residenti in altre unità sanitarie locali della regione ed a cittadini/e di altre regioni. I volumi complessivamente contrattati hanno a riferimento la popolazione regionale nel suo complesso; la Regione può emanare specifiche direttive che vincolino alla contrattazione anche le prestazioni per cittadini/e residenti in altre Regioni a seguito di eventuali specifici accordi raggiunti in sede interregionale. Nel definire i volumi riferiti alla popolazione delle altre azienda unità sanitaria locale, l'azienda titolare della procedura di contrattazione valuta i volumi storicamente rilevati e può prevederne modificazioni di rilievo, sia in crescita che in riduzione, solo previa concertazione con le azienda unità sanitaria locale di riferimento.

La Regione promuove l'apporto al Servizio sanitario regionale dei produttori privati accreditati attraverso l'istituzione di appositi tavoli di concertazione regionali in cui vengono definiti, in attuazione del Piano sanitario regionale e degli atti normativi e regolamentari regionali che disciplinano le modalità di erogazione delle prestazioni, i criteri e gli obiettivi a cui devono riferirsi la concertazione e contrattazione in sede locale. La Regione opera altresì per favorire l'apporto delle istituzioni private all'elaborazione in sede tecnica dei provvedimenti previsti dal presente Piano sanitario regionale, in particolare in attuazione di quanto previsto al paragrafo 2.3.

#### **3.7.4. 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 recepite con i decreti del Presidente della Repubblica del 28 luglio 2000, n. 270 (Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale), n. 271 (Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni) e n. 272 (Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta), ha sottoscritto con le organizzazioni sindacali legittimate alla trattativa e alla stipula, cinque accordi integrativi :

1. accordo per la medicina generale, recepito con deliberazione di Giunta regionale del 26 giugno 2001, n. 686 (Approvazione "Accordo integrativo per la medicina generale in applicazione del DPR n. 270 del 28 luglio 2000".);
2. accordo per l'emergenza sanitaria territoriale; recepito con deliberazione di Giunta regionale del 26 giugno 2001, n. 685 (Approvazione "Accordo regionale relativo ai medici dell'emergenza sanitaria territoriale");
3. accordo per la continuità assistenziale, recepito con deliberazione di Giunta regionale del 27 agosto 2001, n. 965 (Approvazione "Accordo regionale per la continuità assistenziale");
4. accordo per la pediatria di libera scelta, recepito con deliberazione di Giunta regionale del 18 giugno 2001, n. 658 (Approvazione Accordo regionale per l'applicazione dell'Accordo collettivo nazionale per la pediatria di libera scelta di cui al dpr 272/2000);
5. accordo per la medicina specialistica ambulatoriale interna, recepito con deliberazione di Giunta regionale del 16 luglio 2001, n. 784 (Accordo integrativo per la medicina specialistica interna in applicazione del dpr. 28 luglio 2000 n. 271).

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.

Sono stati adottati in un contesto di sostenibilità finanziaria, assunto a riferimento per l'intera procedura negoziale, e con uno strumento operativo unificante, se si eccettua l'emergenza sanitaria territoriale e la continuità assistenziale, che è il processo di *budgeting*, inteso come percorso attuativo che realizzi un vero e proprio ciclo di programmazione e controllo, adattabile alle caratteristiche peculiari dei diversi contesti aziendali.

### 3.7.5. La farmaceutica convenzionata

Il servizio sanitario nazionale intrattiene rapporti con il sistema delle farmacie pubbliche e private, che assicura l'assistenza farmaceutica territoriale, attraverso l'accordo collettivo nazionale di durata triennale. L'accordo collettivo nazionale trova il suo fondamento nell'articolo 8 del d.lgs. 502/1992.

Gli accordi regionali integrano l'accordo collettivo nazionale per lo sviluppo di ulteriori servizi resi dalle farmacie, per una migliore integrazione tra il Servizio sanitario regionale e il sistema delle farmacie, nell'ambito della programmazione regionale e coerentemente con i livelli assistenziali ed uniformi di assistenza.

La Giunta regionale in applicazione dell'accordo collettivo nazionale, recepito con Decreto del Presidente della Repubblica dell' 8 luglio 1998, n. 371 (Regolamento recante norme concernenti l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private) ha sottoscritto con le organizzazioni sindacali delle farmacie l'accordo integrativo regionale sull'assistenza farmaceutica, recepito con deliberazione di Giunta regionale del 28 dicembre 1999, n. 1488 (accordo integrativo regionale sull'assistenza farmaceutica). L'accordo regionale è ispirato ai seguenti principi :

- riconoscere nelle farmacie pubbliche e private il ruolo di presidio del Servizio sanitario regionale, capillarmente diffuso nel territorio;
- ampliare e semplificare la disponibilità di servizi a favore dell'utenza;
- contribuire al governo della spesa.

L'accordo regionale si sostanzia principalmente nello sviluppo dei seguenti servizi :

- la possibilità di prenotazione dei servizi sanitari;
- l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica
- l'assistenza farmaceutica domiciliare;
- la partecipazione al sistema informativo con fornitura dei dati delle ricette;
- la regolamentazione dell'autoanalisi in farmacia.

E' altresì prevista una dettagliata disciplina applicativa per lo snellimento dei rapporti economici del servizio sanitario regionale con le farmacie.

### 3.7.6. Il terzo settore

La novità più significativa del ruolo del terzo settore è rappresentata dalla crescita di un nuovo quadro di rapporti con le istituzioni. E' soprattutto nell'ambito delle attività territoriali distrettuali che si esprime la portata particolarmente incisiva del concorso del terzo settore nelle politiche sanitarie e sociali.

Sulla base dei principi di sussidiarietà orizzontale e integrazione si è sviluppato un equilibrato mix tra servizio pubblico e terzo settore, soprattutto attraverso la concretizzazione di reti di protezione sociale e lo sviluppo di nuovi modelli per la realizzazione di interventi e servizi.

Al terzo settore è riconosciuta la capacità di mobilitare istanze di solidarietà e partecipazione in grado di rispondere alla domanda insoddisfatta di servizi di interesse collettivo; questo al di fuori sia di improponibili tentazioni di supplenza all'intervento pubblico sia della tradizionale collocazione di semplice soggetto attuatore.

Nel crescente rapporto di interazione strutturale con il terzo settore si è infatti avviato un processo per un nuovo assetto delle politiche pubbliche attraverso l'innovazione delle tradizionali modalità operative.

In tale contesto, il soggetto pubblico opera anche come soggetto regolatore, attraverso l'esercizio di funzioni di coordinamento per obiettivi, di gestione funzionale delle risorse, di valutazione della qualità. Il terzo settore, da parte sua, è chiamato, pur nella diversità e specificità delle esperienze che lo caratterizzano, a ricercare il coordinamento per accrescere la sua capacità di rappresentanza anche a livello della programmazione delle politiche.

### **3.7.6.1. Gli ambiti di collaborazione fra politiche pubbliche e terzo settore**

Le indicazioni specifiche, che discendono dalle recenti disposizioni legislative, fra cui la legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), e dalle sempre più estese esperienze di politiche integrate, forniscono indirizzi verso un positivo utilizzo di risorse professionali, relazionali, tecniche e finanziarie, orientate alla costruzione di reti di solidarietà, che attribuiscono un ruolo attivo e propositivo alle aggregazioni primarie dei cittadini/e, fra cui le organizzazioni del terzo settore.

Si attribuisce all'articolazione enti locali – regioni – stato la primaria responsabilità della programmazione e dell'organizzazione del sistema integrato; ma un ruolo determinante nella programmazione, progettazione e gestione dei servizi alla persona è attribuito al terzo settore, nella prospettiva di una loro maggiore funzionalità.

Sul piano operativo si individuano procedimenti che, ripercorrendo il quadro delle competenze pubbliche, tengono conto delle peculiarità del terzo settore. In particolare, riguardo ai procedimenti per l'acquisto di servizi e prestazioni dai soggetti del terzo settore, la Regione deve definire:

1. forme di pubblicità del fabbisogno dei servizi attraverso l'ampliamento della gamma dell'offerta e il coinvolgimento degli operatori e degli utenti, nelle forme della concertazione e della promozione di patti locali che favoriscano la crescita di consapevolezza; tali modalità di coinvolgimento sono in fase di sperimentazione in alcune aree della Toscana;
2. indirizzi per la regolamentazione dei rapporti fra aziende unità sanitarie locali e terzo settore, prevedendo l'affidamento in base all'offerta economicamente e qualitativamente più vantaggiosa e le modalità di verifica degli adempimenti oggetto del contratto, contenuti nella direttiva di cui alla deliberazione del Consiglio regionale n. 199 del 2001, valorizzando altresì le realtà territoriali storicamente consolidate anche in virtù della continuità necessaria al miglioramento continuo dei servizi;
3. procedimenti di autorizzazione e accreditamento, per i quali occorre pervenire a specifiche normative che prevedano il concorso dei Comuni e delle aziende sanitarie alla costruzione del sistema qualità. Si tratta di definire un sistema di regole procedure, incentivi e controlli, orientato a conseguire l'adeguatezza ai bisogni, l'efficacia dei metodi, l'uso ottimale delle risorse, la valutazione dei risultati, l'apprendimento e il miglioramento continuo, sviluppando le sinergie con i servizi e le risorse del territorio. In questa prospettiva la Regione si muove sulla strada del sistema qualità valorizzando i procedimenti di sperimentazione in corso.

Il riferimento regolamentare che disciplina l'apporto del terzo settore a questo processo, risiede negli indirizzi del Piano integrato sociale regionale 2002-2004, da sottoporre al procedimento di concertazione sui principi generali ispiratori della qualità dei servizi.

Elemento di forte innovazione è l'istituzione di procedimenti di coprogettazione fra istituzioni nel territorio e terzo settore; al riguardo la Regione definisce indirizzi per l'indizione e il funzionamento dell'istruttoria pubblica e iniziative a supporto dell'azione del terzo settore, attraverso politiche formative, di agevolazione fiscale, di facilitazione dell'accesso al credito, di sostegno alla partecipazione a iniziative europee. I criteri per l'avvio dei procedimenti di coprogettazione, da adottare nel quadro delle disposizioni di cui alla deliberazione Consiglio regionale 31 ottobre 2001, n. 199 (Approvazione direttive transitorie per l'affidamento sei servizi alla persona), saranno inseriti nel Piano integrato sociale regionale 2002-2004.



## 4. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE

La valutazione di effetto degli atti di programmazione è un processo fondamentale che deve avere la caratteristica della obiettività e della libertà rispetto ad eventuali conflitti di interesse. E' quindi necessario che il processo di valutazione sia supportato da un soggetto esterno rispetto ai contenuti della valutazione stessa, seppure partecipe, interattivo ed attento alla correttezza dei percorsi comunicativi. La Regione Toscana, nel mettere in atto il meccanismo di valutazione del Piano sanitario regionale, intende avviare in tale ambito un corretto rapporto con le aziende sanitarie da un lato, e con autonomie locali e componenti della società civile dall'altro, ponendo al centro del processo valutativo la trasparenza dei risultati rispetto agli obiettivi di salute a cui è finalizzato l'intero impianto del Piano sanitario regionale.

Il Piano sanitario regionale 2002-2004 prevede gli strumenti di valutazione di effetto delle politiche da esso attivate. Questa scelta permette di sorvegliare il livello di realizzazione dei cambiamenti che il Piano sanitario regionale programma e di orientare *in itinere* il processo di riorganizzazione dei servizi sanitari. Il processo di valutazione richiede l'uso di specifici indicatori sintetici integrati relativi al Sistema sanitario regionale e ai sistemi economico, sociale e ambientale della Toscana. Per essere utili ed applicabili questi ultimi devono essere:

- informativi rispetto agli obiettivi e integrabili fra loro,
- sintetici e numericamente limitati,
- facilmente rilevabili a livello regionale di area vasta e aziendale.

L'accessibilità a questi indicatori è universalmente garantita, così permettendo la trasparenza del processo di valutazione.

Gli indicatori sono suddivisi in tre gruppi: indicatori di effetto generale, indicatori di effetto delle scelte strategiche e degli strumenti, indicatori di effetto delle azioni. A loro volta, nei tre gruppi saranno previsti indicatori di processo o efficienza - fino a che punto i cambiamenti organizzativi previsti sono stati attuati - e di esito o efficacia - quanto questi hanno cambiato parametri connessi con la salute e la percezione di essa da parte dei cittadini/e.

La Giunta regionale, avvalendosi del supporto tecnico dell'ARS, attiva il processo di valutazione a partire dalla data di approvazione del Piano sanitario regionale e sottopone annualmente al Consiglio regionale una valutazione sintetica dello stato di attuazione del Piano sanitario regionale, basata sugli indicatori previsti nell'ambito della Relazione sanitaria regionale. L'individuazione degli indicatori avviene ricercando la collaborazione con le altre regioni e i ministeri della salute e delle politiche sociali. In tale procedimento attiva altresì una collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità per il monitoraggio degli effetti sulla salute dei cittadini/e delle azioni di Piano sanitario regionale, nel quadro degli obiettivi definiti dall'Ufficio regionale per l'Europa nel documento Salute 21.

La Giunta regionale elabora indicatori di effetto del nuovo Piano sanitario regionale che riguardano l'efficacia, l'efficienza e i costi degli interventi previsti dal Piano sanitario regionale, anche sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, così da consentire il confronto con altre regioni europee e permettere una valutazione comparata.

### 4.1. INDICATORI GENERALI DI EFFETTO

La Giunta regionale, avvalendosi del supporto tecnico dell'ARS, individua, a partire dal primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, alcuni macro - indicatori volti a verificare la tenuta e la qualità dell'intero sistema (i suoi risultati complessivi), sia rispetto alle finalità in termini di miglioramento e protezione della salute, sia rispetto alla

sostenibilità economica. Tali misure si collocano necessariamente “a valle” rispetto agli interventi, e per loro natura non sono informative sui singoli aspetti degli interventi, ma solo sull’effetto finale che questi hanno.

Si intendono utilizzare prioritariamente i seguenti indicatori:

#### **Indicatore**

#### **Sistema informativo**

#### **Obiettivo quantitativo da raggiungere**

##### *Speranza di vita alla nascita*

Demografico

Mantenimento degli attuali livelli nel triennio

##### *Mortalità infantile*

Registro di Mortalità Regionale

Ulteriore riduzione del tasso nel triennio

##### *Tasso di*

##### *Ospedalizzazione*

Schede di dimissione ospedaliera

160 ogni 1000 abitanti nel triennio

##### *Tempi di attesa*

Specialistica ambulatoriale

90% di adesione ai tempi indicati dal Piano sanitario regionale nel triennio

##### *Bilancio*

Controllo di gestione

Equilibrio costi – ricavi a livello regionale

## **4.2. INDICATORI DI EFFETTO DELLE SCELTE STRATEGICHE E DEGLI STRUMENTI**

La Giunta regionale, avvalendosi del supporto tecnico dell’ARS individua, entro l’arco di vigenza del presente Piano sanitario regionale, gli indicatori di attuazione ed effetto delle scelte strategiche e degli strumenti di intervento previsti dal Piano sanitario regionale, sulla base delle tipologie indicate di seguito:

#### **Scelte Strategiche e**

#### **Strumenti**

#### **Tipologia di indicatori**

#### **Flussi informativi**

##### *Gli obiettivi di salute*

Misure di incidenza e mortalità, confronti temporali e geografici. Misure di soddisfazione dell’utenza.

Uso integrato dei flussi informativi sanitari regionali

##### *Le Zone e le Società della Salute*

Misure di riorganizzazione territoriale, Società per la salute attivate, tipologia di servizi inseriti. Sistema informativo territoriale e valorizzazione processi assistenziali.

Rilevazione *ad hoc*, flusso informativo delle attività territoriali

##### *I livelli ed i tempi appropriati di erogazione della*

##### *Assistenza*

Misure di adesione agli standard, confronto geografico e temporale

Specialistica Ambulatoriale, SDO, farmaceutica, flusso informativo delle attività territoriali

##### *La programmazione*

Disponibilità e congruità dei documenti di programmazione di Zona, Azienda, Area Vasta

Rilevazione *ad hoc*

##### *L’evoluzione del sistema delle aziende*

Procedure di controllo di gestione attivate e di adesione alla

Centralizzazione delle funzioni

Controllo di gestione, Servizi amministrativi

*Analisi ed orientamento della domanda*

Misure di attivazione dei Piani integrati di salute e delle Carte dei Servizi  
Rilevazione ad hoc

*Organizzazione dell'offerta*

Misure di utilizzo e valorizzazione dei servizi a livello territoriale e ospedaliero.  
Specialistica Ambulatoriale, SDO, farmaceutica, flusso informativo delle attività territoriali

*Il governo delle risorse finanziarie*

Pareggio e congruità dei bilanci  
Controllo di gestione

*La valorizzazione delle*

*Risorse umane*

Attuazione della Agenzia per la formazione, misure di partecipazione degli operatori  
Banca dati formazione

*Il sistema informativo*

Misure di qualità dei dati  
Uso integrato dei sistemi informativi sanitari regionali

*La ricerca e sperimentazione*

Misure di attivazione e completamento di progetti di ricerca e sperimentazione gestionale  
Rilevazione ad hoc

*Le relazioni di sistema*

Atti di concertazione interaziendali  
Atti di programmazione

#### **4.3. GLI INDICATORI DELLE AZIONI DI PIANO: MODALITÀ DI INDIVIDUAZIONE.**

Per ciascuna Azione di Piano è prevista la individuazione di indicatori finalizzati a rappresentare le dimensioni principali del funzionamento e della qualità dell'offerta, la sua congruenza con i problemi di salute a cui si rivolge e, laddove possibile, alcuni effetti sulla salute e sulla sua percezione e soddisfazione dei cittadini/e.

La Giunta regionale, avvalendosi del supporto tecnico dell'ARS, individua entro il triennio di validità del Piano sanitario regionale, indicatori che facciano riferimento esplicito ad un modello di lettura complessivo dei settori assistenziali interessati dalle Azioni di Piano, in termini di obiettivi generali, problemi di salute, risultati, prestazioni, articolazione organizzativa, criticità.

I modelli di analisi e valutazione così costruiti devono essere condivisi, oltre che con le direzioni aziendali, con gli operatori e con i cittadini/e attraverso le loro forme di rappresentanza e associative.

#### **4.4. IL PROCEDIMENTO DELLA VALUTAZIONE**

La Giunta regionale, con il supporto tecnico dell'ARS, avvia il processo di valutazione del Piano sanitario regionale, avvalendosi anche di operatori delle aziende sanitarie e di esperti esterni; le modalità di lavoro comprendono un confronto aperto con i soggetti espressione della società civile, fra i quali l'associazionismo, per le tematiche attinenti.

Il processo di valutazione è operativo per la vigenza del Piano sanitario regionale, con lo scopo di:

- elaborare le liste di indicatori;
- fornire il supporto metodologico per l'implementazione degli indicatori alle aziende sanitarie, alle Conferenze dei sindaci ed alle altre componenti del sistema;
- fornire il supporto tecnico per la produzione annuale della Relazione sanitaria regionale, anche per quanto riguarda la valutazione degli esiti del Piano sanitario regionale.

## **5. LE AZIONI DI PIANO**

Nei primi quattro capitoli del presente Piano sanitario regionale è enunciato e strutturato un nuovo impianto della programmazione regionale, che rinuncia ad interventi meramente settoriali, per disegnare obiettivi generali verso i quali convergono le politiche e le strategie del Programma Regionale di Sviluppo. L'impianto non è comunque la sola novità; i rapporti di sistema e le relazioni istituzionali costituiscono l'altro elemento innovativo. Risulta evidente come il "federalismo" e l'assunzione delle connesse responsabilità non comporti modificazioni solo nell'esercizio delle funzioni della Regione, ma determini l'effettivo coinvolgimento, in tale processo, anche degli altri livelli istituzionali e in modo particolare dei comuni per la sanità.

Innovazione sostanziale è anche quella che riguarda la struttura del Piano sanitario regionale, che risulta molto più orientato all'individuazione di obiettivi, strategie e strumenti dell'intervento generale della Regione, piuttosto che a varare contenuti specifici degli interventi di programmazione; i contenuti sono quasi assenti sul versante dell'organizzazione, in ossequio alla nuova autonomia statutaria, sono mutuati in continuità col precedente Piano sanitario regionale o ribaditi e aggiornati in base alle nuove strategie.

Nondimeno le azioni di piano mantengono il loro significato di elementi basilari per la programmazione locale dei servizi e delle prestazioni, diventano l'esplicitazione del nuovo potere regolamentare della Giunta regionale e della partecipazione di tutti i soggetti dell'attuazione del Piano sanitario regionale, a partire dal cittadino e dalle sue istanze rappresentative, per passare alle aziende sanitarie e agli altri soggetti pubblici, agli operatori del sistema, agli enti locali, alle forze sociali, alle istituzioni socio-sanitarie private, a carattere imprenditoriale o senza finalità di lucro, all'Università, chiamata anche a concorrere alla gestione del servizio nell'ambito delle nuove aziende ospedaliero-universitarie. Sotto tale profilo si può affermare che la programmazione sanitaria comincia proprio con l'approvazione del Piano sanitario regionale.

Il Piano sanitario regionale fornisce, per ciascuna azione, le linee della programmazione, gli obiettivi e i profili generali delle nuove modalità organizzative.

La Giunta regionale adotta nell'arco del triennio, secondo quanto di seguito indicato, l'insieme dei provvedimenti attuativi per ciascuna azione, basandosi su documenti tecnici, da allegare agli atti del procedimento, finalizzati a fornire gli elementi conoscitivi su cui fondare le decisioni e definire il quadro di riferimento conoscitivo e programmatico.

Detti documenti tecnici sono messi a disposizione degli operatori interessati ai settori specifici, operatori che sono chiamati peraltro alla partecipazione nella redazione dei predetti documenti.

### **5.1. IL PROCEDIMENTO DI PROGRAMMAZIONE E I SUOI ATTORI**

L'attuazione del Piano sanitario regionale richiede l'intervento e la partecipazione consapevole di una pluralità di soggetti istituzionali, professionali e sociali, impegnati ognuno in relazione alle proprie competenze e responsabilità a fare avanzare una linea di qualità e di innovazione nella sanità toscana ed a fare affermare le ragioni della collaborazione e dell'integrazione.

La realtà toscana è ricca di competenze e di professionalità elevate; vi sono anche grandi tradizioni di solidarietà, di sensibilità istituzionale, d'impegno volontaristico, d'attitudine alla ricerca: tutto ciò fa del "modello toscano" di sanità una particolarità positiva nel panorama nazionale.

E' peraltro necessario vincere una certa tendenza alla frammentazione, alla contrapposizione categoriale ed al municipalismo, che sono "mali tipici" della nostra esperienza. Il nuovo Piano sanitario regionale, costruito intorno agli obiettivi della qualità e di una più precisa presa in carico del cittadino, è un'occasione importante per far crescere ulteriormente la cultura della "rete" e dell'intesa tra soggetti diversi

### 5.1.1. La Regione

#### *L'assetto istituzionale*

La considerazione sugli attori deve partire da una serie di considerazioni che riguardano *in primis* il nuovo assetto istituzionale interno della Regione in termini di competenze degli organi, con particolare riferimento al rapporto tra Giunta regionale e Consiglio regionale, che raggiungerà pregnanza, in termini normativi, con il nuovo statuto regionale, ma che già oggi determina conseguenze di rilievo.

Il Consiglio regionale si connota, sulla base delle disposizioni della legge costituzionale 22 novembre 1999, n. 1 (Disposizioni concernenti l'elezione diretta del Presidente della Giunta regionale e l'autonomia statutaria delle Regioni), organo deputato a competenze squisitamente normative, nonché a compiti di indirizzo e controllo di un esecutivo al quale è riservato anche il potere regolamentare.

Anche la programmazione sanitaria tenderà, sempre più, a far parte integrante del Programma Regionale di Sviluppo, dal quale mutuerà gli indirizzi strategici per la programmazione di settore, in un quadro di obiettivi generali da condividere in maniera strutturata con gli altri settori dell'azione di governo della Giunta regionale. In questo quadro di riferimento assumono rilievo particolare le azioni di programmazione, che configurano la vera e propria attuazione della programmazione sul territorio regionale, la cui esplicitazione compete alla Giunta regionale per quanto concerne il livello regionale, al servizio sanitario regionale, alle aziende unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere, secondo le rispettive competenze, per quanto concerne il livello di area vasta, quello locale e quello di zona-distretto.

#### *Gli organismi regionali*

Un rilievo particolare rivestono gli attori di sistema interni alla Regione, ovvero il Consiglio sanitario regionale e l'ARS, che esprimono per intero le proprie funzioni e competenze proprio durante questo triennio, e, per compiti di tutela, l'ufficio del Difensore civico regionale.

Ai sensi della l.r. 22/2000 il Consiglio sanitario regionale è organo tecnico consultivo della Giunta e del Consiglio regionale, svolge funzioni di consulenza in materia di organizzazione e programmazione sanitaria e esprime pareri sui provvedimenti di contenuto tecnico sanitario. In tal senso è richiamato dal presente Piano sanitario regionale sia in ordine a specifici provvedimenti da adottare sia quale organismo collaborativo della Giunta regionale per qualsiasi atto di competenza avente rilievo in termini di contenuti tecnico professionali.

Il Consiglio sanitario regionale articola i propri lavori, secondo il proprio regolamento, in commissioni permanenti e speciali e in gruppi di lavoro.

Le commissioni speciali svolgono i compiti definiti dal regolamento del Consiglio sanitario regionale e quelli specificati nel Piano sanitario regionale.

Il Consiglio sanitario regionale, ai sensi della predetta normativa, provvede alla designazione di esperti per le attività di gruppo di lavoro, commissioni o organismi di carattere tecnico sanitario insediati dalla Regione.

Nell'ambito del presente Piano sanitario regionale, il Consiglio sanitario regionale assume rilevanza come tavolo di relazioni generali con gli operatori del sistema sanitario, con particolare riferimento all'elaborazione delle linee guida e dei percorsi assistenziali, alla loro promozione in ambito professionale ai fini dell'acquisizione del consenso degli operatori, alla loro implementazione in sede locale.

Il ruolo dell'ARS risulta evidente in questa fase di rinnovamento dello stile della programmazione sanitaria. Le recenti rilevazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità collocano il servizio sanitario nazionale al secondo posto di una classifica mondiale della sanità; tale lusinghiera valutazione sollecita un concreto impegno, non solo sul versante politico ma anche sotto il profilo tecnico e della conoscenza, per mantenere questa posizione di assoluto rilievo.

La sfida per la qualità e quella per la sostenibilità del sistema sono fondamentali in questo contesto e, a tal fine, la Regione ha rafforzato le proprie strutture di governo sviluppando l'integrazione in rete dei servizi, precisando il ruolo del Dipartimento regionale competente in materia, confermando la partecipazione degli operatori alla programmazione ed al controllo direzionale, anche attraverso il Consiglio sanitario regionale, istituendo l'ARS come sistema di osservatori dello stato di salute della popolazione e del grado di efficienza ed efficacia dei servizi.

Il Difensore civico può essere chiamato a collaborare con gli altri soggetti per la realizzazione delle azioni regionali.

### **5.1.2. Il Servizio sanitario regionale e gli operatori della sanità**

L'impostazione generale del Piano sanitario regionale accentua la centralità delle politiche di salute e il rilievo delle azioni più propriamente sanitarie, chiamando ad un ruolo centrale le aziende sanitarie regionali e gli operatori della sanità, a cominciare dalle professioni mediche.

Per dare attuazione in modo pieno e positivo al Piano sanitario regionale sarà necessario che il dialogo fecondo e la collaborazione tra le istituzioni, le aziende sanitarie e gli operatori sanitari vada al di là delle pur positive esperienze fatte in questi ultimi anni, con il pieno utilizzo dei nuovi strumenti di relazione e conoscenza (Consiglio sanitario regionale ed ARS) ed una concreta responsabilizzazione nelle azioni di governo del sistema di servizi (governo clinico e responsabilità gestionale). In questo quadro assumono rilievo le iniziative di promozione dell'apporto delle professioni, tra le quali emerge lo sviluppo dell'assistenza psicologica all'interno delle azioni di piano per i contributi di supporto al percorso assistenziale.

L'attuazione del Piano sanitario regionale si realizza attraverso l'adozione di una serie di interventi contenuti nella parte dispositiva come azioni di piano, che si realizzano attraverso la piena partecipazione delle aziende e degli operatori, 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, se non diversamente specificato nel seguito, queste sono designate dal Consiglio sanitario regionale.

Le aziende sanitarie e gli enti e organismi, che intrattengono rapporti istituzionali con il servizio sanitario regionale, e i loro operatori sono chiamati alla realizzazione del Piano sanitario regionale anche attraverso la loro partecipazione operativa, a sostegno delle strutture del Dipartimento regionale competente in materia, in particolare per quelle professionalità che sono tipiche del mondo della sanità, e per l'esperienza e la competenza che solo un addetto ai lavori può conferire all'azione regionale anche in termini di promozione, indirizzo e valutazione dei risultati. A tal fine, nell'arco del triennio del Piano sanitario regionale, la Giunta regionale, per l'esercizio delle proprie funzioni o di quelle del servizio sanitario regionale di rilievo regionale, si avvale di operatori delle aziende sanitarie che, per durata e finalità predefinite, esercitano la loro attività presso il centro direzionale e, per tale periodo, sono posti alle dipendenze funzionali di un dirigente del dipartimento regionale, con le finalità riportate nel presente Piano sanitario regionale. I relativi oneri sono posti a carico del fondo sanitario regionale.

Particolare rilievo riveste l'assunzione di una responsabilità diretta da parte dei medici e degli operatori della dirigenza sanitaria, sia nello sviluppo delle competenze e degli impegni professionali nell'ambito del governo clinico del sistema, che l'assunzione della piena responsabilità gestionale dei servizi e delle strutture di competenza, al fine di trovare la massima condivisione tra obiettivi aziendali e l'operatività del professionista nel percorso assistenziale, nell'interesse e per la sicurezza del cittadino.

Sotto questo profilo si conferma l'impegno assunto dalla Regione in termini di coinvolgimento diretto degli operatori nel servizio sanitario regionale negli aspetti programmatori e di governo, nonché la valorizzazione del rapporto esclusivo della dirigenza sanitaria, attraverso lo sviluppo della libera professione intramoenia e della sua componente svolta dall'azienda su richiesta di terzi. Quest'ultima modalità consente una partecipazione diretta in termini d'attività professionale remunerata, anche da parte di quegli operatori che, in relazione all'attività istituzionale svolta, sono, sotto questo profilo, soggetti a limitazioni pratiche.

La Giunta regionale, previa concertazione con i sindacati maggiormente rappresentativi, procede entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, ad affrontare le problematiche connesse all'esercizio della libera professione in alcune aree critiche, quali i settori della prevenzione collettiva, i servizi anestesiológicos e quelli delle terapie intensive, individuando soluzioni idonee a consentire il pieno esercizio del diritto.

Per quanto concerne i rapporti delle aziende sanitarie con i soggetti pubblici e privati del sistema per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie si rinvia all'apposito capitolo (paragrafo 3.7. Le relazioni di sistema).

### **5.1.3. La concertazione nel procedimento di programmazione**

I processi di analisi dei bisogni, di valutazione dell'appropriatezza della domanda, e di programmazione dell'offerta si devono arricchire 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 attraverso i provvedimenti da adottare nel rispetto dell'equità, dei diritti e dei bisogni delle parti minoritarie.

La concertazione riguarda sia il livello di programmazione regionale, sia quello di area vasta e locale, si attiva in via ordinaria quando esplicitamente previsto dalla normativa che presiede al presente Piano sanitario regionale o, in via straordinaria, quando eventualmente lo ritengano opportuno i soggetti titolari della programmazione o ne avvertano la necessità i soggetti sociali che ne fanno formale richiesta.

La concertazione riguarda le organizzazioni sindacali, gli Enti locali e le loro istanze rappresentative, le rappresentanze degli imprenditori generali e di settore sanitario e socio-sanitario, 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 nuove 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. In tal senso ogni atto di concertazione deve essere preparato e svolto possibilmente attraverso documentazione scritta, lasciando ai momenti della discussione la sola funzione di approfondimento.

Ogni momento di concertazione deve concludersi con un breve documento d'intesa che definisce le reciproche posizioni, anche quelle eventualmente non convergenti.

Gli enti che partecipano alla concertazione devono impegnarsi ad assicurare che la popolazione che essi rappresentano sia informata correttamente sui contenuti della concertazione stessa, in modo che la concertazione sia anche lo strumento per realizzare la partecipazione del maggior numero possibile di cittadini, facendo crescere la consapevolezza sulle motivazioni delle trasformazioni del sistema.

In conclusione la concertazione, nel processo programmatico socio-sanitario toscano, è il momento in cui il governo del sistema si allarga alle parti sociali, raccogliendone le istanze e chiamandolo a capire ed a collaborare sugli obiettivi di salute e sui vincoli inevitabilmente imposti sulla scarsità delle risorse, ma governati con criteri di equità.

#### **5.1.3.1. Gli Enti locali**

La Regione ribadisce la necessità, ai fini di una crescita complessiva del servizio sanitario e delle politiche di assistenza sociale, di rafforzare gli strumenti della collaborazione con i comuni, pur nel quadro delle diverse funzioni che l'ordinamento attribuisce loro, secondo le previsioni generali di rapporto a livello di sistema di aziende:

- livello regionale, Programma Regionale di Sviluppo e Piano sanitario regionale;
- di area vasta, partecipazione alla programmazione e agli accordi;
- di ambito locale, programmazione attuativa locale;
- zonale, Piano socio-sanitario di zona-distretto;
- partecipazione organica al governo, sperimentazione della Società della Salute.

### **5.1.3.2. Le organizzazioni sindacali**

Il riassetto della sanità regionale può avere pieno successo se mobilità, nella direzione della qualificazione e dell'innovazione, tutti i lavoratori del settore e le 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 saldamente consolidato.

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 qualificazione delle politiche di salute e quelli di sostenibilità, che richiedono la valorizzazione di tutte le risorse, a cominciare ovviamente da quelle umane.

Un ruolo nuovo è da prevedere anche per il sindacalismo medico e della dirigenza sanitaria, chiamati a contribuire in modo specifico alla crescita della cultura dell'aziendalizzazione e della qualità, al servizio delle esigenze di salute dei cittadini.

Nei procedimenti di concertazione le organizzazioni sindacali partecipano secondo le modalità generali disciplinate dalla normativa vigente e dagli accordi e intervengono su atti che hanno valore di strumenti della programmazione regionale.

Per quanto concerne l'area vasta, la concertazione avviene, sulla base degli accordi conseguiti con le organizzazioni sindacali di livello regionale, sulle determinazioni delle aziende prima che queste siano sottoposte alle procedure di approvazione.

A livello locale la concertazione è svolta sugli atti rilevanti di programmazione e su quelli di governo previsti per le nuove Società della Salute, sulle determinazioni adottate prima che queste siano sottoposte alle procedure di approvazione.

### **5.1.3.3. Le Università toscane**

La Toscana è stata la prima regione italiana a dare attuazione ai protocolli d'intesa Regione-Università sull'attività assistenziale, e intende mantenere con il Piano sanitario regionale un ruolo d'avanguardia nel settore.

Il protocollo ha la funzione positiva di sollecitare importanti potenzialità innovative nei 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 ospedaliero-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 di fondo della qualità e l'inderogabile esigenza di raggiungerla dentro i vincoli di bilancio chiama anche l'Università ad un rinnovato impegno di coerenza con tali principi.

### **5.1.3.4. Gli imprenditori nei servizi socio - sanitari**

Il processo di qualificazione dei servizi passa anche attraverso un rapporto più stretto e proficuo con gli imprenditori del settore, impostando rapporti di collaborazione, integrazione e complementarità, anche attraverso sperimentazioni gestionali o forme di collaborazione societaria previste dalla normativa regionale.

Le strutture sanitarie private, dedicate sia alle attività di ricovero sia a quelle specialistiche, 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 delle strutture.

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.

### 5.1.3.5. 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 e di appropriatezza delle prestazioni. Ancora di più dobbiamo attenderci in questo senso dal nuovo Piano sanitario regionale, visto che nelle strategie sono insite l’umanizzazione del servizio, il suo radicamento nel territorio e la ricerca di un nuovo rapporto con le espressioni più sinceramente solidaristiche della nostra regione.

Centrale anche per il volontariato sarà anche in questo campo lo sforzo di qualificazione e di innovazione, da perseguirsi ai fini del pieno raggiungimento degli obiettivi di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni, con l’impegno a lavorare congiuntamente sui temi strategici della formazione, dell’organizzazione del servizio, del collegamento organico con le strutture pubbliche.

Quanto agli organismi ed alle associazioni di tutela dei cittadini, è evidente che una strategia impostata sulla qualità sottolinea il valore di un rapporto di collaborazione e di confronto dialettico con la Regione. Ciò consentirà di dare il necessario rilievo agli aspetti della partecipazione dei cittadini, di un loro impegno consapevole nei processi di valutazione della qualità, della costruzione di un nuovo e più saldo rapporto di fiducia tra cittadini e servizio sanitario regionale a difesa e sostegno dei valori fondamentali riaffermati con forza nel presente Piano sanitario regionale; consentirà inoltre di elevare il livello di consapevolezza dei cittadini/e sulle implicazioni che lo stato dell’ambiente in Toscana ha per la salute

## 5.2. AZIONI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E ORIENTAMENTO DELLA DOMANDA

### 5.2.1. Educazione e promozione della salute.

Le azioni strategiche legate alla promozione di una cultura di salute, inserite nel contesto delle politiche di sistema per la qualità, hanno avuto, già sulla base del precedente Piano sanitario regionale, un considerevole impulso.

Nel presente Piano sanitario regionale sono valorizzati gli aspetti di integrazione e di intersectorialità attraverso le metodologie e gli strumenti di intervento. E’, inoltre, sottolineata l’importanza di sviluppare ulteriormente le modalità di lavoro su base progettuale.

#### *Aspetti metodologici.*

Per il triennio si intende procedere secondo le seguenti linee metodologiche:

a) *Valorizzare il lavoro per progetti.*

Le azioni legate all’educazione e promozione della salute si fondano prevalentemente su interventi di tipo intersectoriale con modalità organizzative legate al lavoro per progetti.

b) *Attivare interventi di educazione alla salute in rapporto ai livelli appropriati di assistenza.*

Va tenuta in considerazione l’importanza delle azioni informative ed educative legate ai livelli appropriati di assistenza, tese a promuovere e migliorare lo stato di salute, nonché a favorire la logica dell’autodeterminazione.

c) *Integrare gli interventi con altri livelli istituzionali e reti territoriali.*

Si rende necessario procedere verso un migliore collegamento tra le diverse iniziative di educazione e promozione della salute, tenendo anche in considerazione gli aspetti educativi collegati ai temi della bioetica. Al fine di favorire un costante rapporto di collaborazione con le diverse istituzioni, in particolare quelle scolastiche, considerato il loro ruolo nello sviluppo dei processi educativi, è importante attivare programmi ed interventi a livello regionale su tematiche di salute condivise. Dovranno, inoltre, essere previsti percorsi educativi ed informativi, attraverso forme di collaborazione operativa tra le diverse strutture organizzative aziendali interessate, con il coinvolgimento anche del personale convenzionato e dell’associazionismo.

d) *Valorizzare gli interventi valutabili in termini di efficienza ed efficacia.*

Tutti gli interventi di promozione della salute a tutti i livelli dovranno prevedere l’individuazione di indicatori di processo e, dove possibile, di efficacia, ai fini

dell'attribuzione delle risorse. Gli attori dell'intervento, avendo condiviso il set di indicatori, saranno responsabili della loro misura e della valutazione d'effetto dell'intervento stesso.

#### *Gli impegni del triennio*

La Giunta regionale assicura la continuità delle iniziative già avviate a livello regionale con il precedente Piano sanitario regionale e il loro sviluppo, anche tramite un raccordo programmatico e d'intervento tra i diversi dipartimenti regionali, al fine di favorire una comune progettualità sui settori d'intervento d'informazione, educazione e promozione della salute. In particolare, dovranno essere realizzate:

- campagne di prevenzione degli incidenti stradali e domestici;
- campagna per la prevenzione degli incidenti nelle attività di tempo libero, con particolare riferimento a quelli legati alla balneazione, all'attività subacquea e alla montagna;
- campagna informativa ed educativa sull'abitudine al fumo;
- campagna d'educazione alimentare;
- altre attività previste dalle azioni programmate e dai progetti obiettivo, già indicate dal Piano sanitario regionale 1999/2001.

Si conferma il ruolo del Comitato permanente per l'educazione alla salute, previsto dal precedente Piano sanitario regionale ed attivato nel corso del 2000, con le funzioni di rappresentare, a livello regionale, un momento di confronto, verifica e coordinamento tra i vari soggetti che sviluppano processi educativi nell'ottica della cultura e promozione della salute.

Le aziende sanitarie sono impegnate a:

- assicurare lo sviluppo di una metodologia di lavoro per progetti, favorendo livelli d'integrazione sia a livello aziendale che inter-aziendale, nonché interistituzionale. Va inoltre realizzato un momento di raccordo programmatico ed operativo tra le azioni legate alla comunicazione, Carta dei servizi, tutela, anche in un'ottica di sviluppo della qualità aziendale;
- realizzare e sviluppare, anche in collaborazione con la Regione ed altri enti ed associazioni territoriali, campagne informative sulle tematiche di salute considerate prioritarie a livello regionale;
- garantire, anche a livello territoriale, azioni ed interventi di carattere intersettoriale. Gli interventi dovranno prevedere un approccio che tenga conto dei contributi espressi dalla comunità locale, in termini di bisogni di salute;
- garantire a livello di zona-distretto lo sviluppo e l'organizzazione d'interventi d'educazione alla salute programmati a livello aziendale, tenuto conto degli specifici bisogni territoriali.

#### **5.2.2. La prevenzione per la salute**

L'evoluzione della società e della percezione della salute da parte dei cittadini pone nuove responsabilità ai dipartimenti di prevenzione attraverso i quali si realizza la massima integrazione fra organizzazione sanitaria e territorio.

I versanti sui quali i dipartimenti di prevenzione, come rete di strutture per la salute, devono organizzare e sviluppare azioni sinergiche con gli altri settori della società sono l'analisi dei rischi, la loro valutazione, l'impatto, che possono avere sulla salute, le strategie e le modalità d'intervento per evitarli e prevenirli, ed infine la misurazione costante e continua dell'efficacia delle azioni messe in atto.

E' necessario passare da una logica autoreferenziale, basata essenzialmente sulle attività e sulle prestazioni tradizionali, ad un approccio che metta al centro dell'attenzione i soggetti che beneficiano della prevenzione, promuovendone il ruolo attivo e la consapevolezza del proprio benessere e di quello della collettività. In questo quadro la Regione Toscana valorizza le attività di prevenzione, poiché in tale ambito si realizzano le azioni con il migliore rapporto fra impegno delle risorse e beneficio in termini di salute, in coerenza con i precedenti Piani sanitari regionali, che hanno riservato specifiche risorse da destinare alle attività preventive.

La complessità dei problemi da affrontare e la pluralità dei soggetti coinvolti richiede una modalità di lavoro per programmi ed obiettivi, capace di organizzare attorno a tali finalità risorse interdisciplinari e di diversa provenienza, con ottimizzazione del rapporto costi/risultati. Per il triennio del Piano sanitario regionale sono confermati gli indirizzi, le strategie e i contenuti operativi del precedente Piano sanitario regionale, fatto salvo quanto di seguito riportato.

### **5.2.2.1. Le strategie della prevenzione collettiva**

#### *I fattori determinanti della salute*

Come ha evidenziato l'Organizzazione Mondiale della Sanità il maggiore guadagno di salute nelle società avanzate si ha con la prevenzione ed il mantenimento del benessere psico-fisico; è pertanto necessario intervenire per ricercare e conoscere i fattori determinanti che possono incidere sullo stato di salute e saper leggere e interpretare i nuovi bisogni, individuando le risposte più efficaci, anche ricorrendo a metodologie tipo *risk o need assessment*.

Assume particolare rilievo in questo senso l'apporto dell'epidemiologia sia per descrivere e monitorare l'evolversi dello stato di salute della popolazione, sia per orientare le scelte d'allocazione delle risorse e per misurare i risultati delle attività svolte.

A tal fine la Giunta regionale intraprende nell'arco di vigenza del Piano sanitario regionale le seguenti azioni:

- sviluppo delle competenze epidemiologiche applicate alle prevenzione collettiva;
- realizzazione di una rete integrata di conoscenze e competenze fra comunità locali servizi di base e strutture specialistiche (ARS, CSPO, CNR, Università);
- svolgimento ricerche applicate.

#### *Prevenzione e promozione alla salute*

L'evoluzione dal concetto di prevenzione a quello di promozione della salute, richiede un nuovo orientamento ed una riqualificazione delle risorse del dipartimento di prevenzione. Devono essere potenziate le funzioni d'informazione, comunicazione, educazione già sperimentate tramite la rete degli sportelli unici ed il "numero verde", occorre stimolare la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini e delle collettività ed assumere iniziative di revisione delle attività svolte, con l'obiettivo di semplificarne l'accesso. Rientrano in questo ambito le collaborazioni e le sinergie, sia nelle fasi progettuali che in quelle operative, che si possono realizzare con gli Enti locali e con l'istanze organizzate della società.

A tal fine la Giunta regionale intraprende nell'arco di vigenza del Piano sanitario regionale le seguenti azioni:

- definizione di un progetto organico d'informazione, comunicazione e ascolto;
- sviluppo di competenze applicate alla prevenzione;
- iniziative mirate per analisi e valutazione dei rischi.

#### *Partecipazione ai Piani integrati di salute*

Le aziende sanitarie sono impegnate a realizzare la partecipazione dei dipartimenti di prevenzione, soprattutto attraverso le loro unità funzionali di zona-distretto, come previsto dal paragrafo 2.2.3., all'attuazione dei Piani integrati di salute di cui al paragrafo 3.1.2.

I Piani integrati di salute diventano quindi una fondamentale modalità operativa dei dipartimenti di prevenzione che sulla base di progetti concertati con gli altri soggetti istituzionali e sociali contribuiscono alla realizzazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria. Per quanto riguarda la prevenzione delle malattie dovute a fattori ambientali, si fa riferimento a quanto riportato al paragrafo 3.2.5.

#### *Intersettorialità*

Le modifiche in atto nella società richiedono una strategia articolata di azioni che in parte possono essere organizzate nel sistema sanitario ed in parte richiedono un'alleanza orizzontale tra sanità, ambiente, agricoltura, lavoro, istruzione, trasporti.

Sul piano programmatico ed operativo ciò si traduce nel coordinamento e nell'integrazione delle risorse messe a disposizione dai soggetti che partecipano ai progetti intersettoriali; terreno privilegiato per l'instaurazione di questi rapporti sono le zone socio-sanitarie ed i distretti.

La Giunta regionale intraprende nell'arco di vigenza del Piano sanitario regionale le seguenti azioni:

- realizzazione di un collegamento sistematico con istituzioni locali e altre istanze sociali;
- definizione di protocolli per scambi informativi e per programmi integrati (paragrafo 3.2.5);
- sviluppo progetti innovativi.

#### *Interdisciplinarietà*

La nuova missione dei dipartimenti di prevenzione, che oltre alle tradizionali attività comprendono ora anche gli interventi per la realizzazione dei Piani per la salute e altri impegnativi compiti, quali ad esempio l'assistenza tecnica per le procedure del sistema d'accreditamento delle strutture sanitarie, impone una maggiore integrazione fra le diverse strutture operative. Devono quindi essere adottati modelli organizzativi improntati alla flessibilità e al lavoro per obiettivi e individuate soluzioni per favorire un migliore clima di lavoro.

Sono da ricercare e attuare tutte le opportunità per un organico inserimento del dipartimento di prevenzione nell'organizzazione aziendale, stabilendo ambiti e modalità di incontro e collaborazione dalle aziende sanitarie i seguenti strumenti organizzativi:

- attuazione modelli organizzativi per obiettivi;
- metodi e strumenti per approccio sistemico.

#### *Misurabilità ed evidenza dei risultati*

L'attenzione posta dalla Regione Toscana agli obiettivi di prevenzione collettiva si è tradotta coerentemente nella destinazione di una quota specifica di risorse. E' quindi opportuno stabilire anche per le attività della prevenzione un sistema di misurazione dei risultati che consenta di valutare i processi in atto e, per quanto possibile, il guadagno di salute raggiunto.

Costituisce un impegno prioritario, nell'ambito del presente Piano sanitario regionale, l'elaborazione di un progetto organico per la definizione di strumenti di controllo di gestione e la misurazione dei risultati. Dovranno inoltre stabilirsi modalità per promuovere l'evidenza, anche esterna, dei risultati conseguiti e delle risorse utilizzate.

A tal fine la Giunta regionale intraprende nell'arco di vigenza del Piano sanitario regionale le seguenti azioni:

- elaborazione di un progetto di controllo di gestione e di misurazione risultati;
- *standard* d'attività;
- promozione di iniziative di *bench marking* da parte delle aziende unità sanitarie locali.

#### *Efficacia delle attività e prestazioni*

E' in atto da diverso tempo una riflessione sulle basi tecniche delle pratiche sanitarie e sulla loro efficacia.

Nell'ambito della sanità pubblica i dipartimenti di prevenzione hanno continuato a svolgere alcune attività obbligatorie per legge, spesso onerose in termini di risorse, per le quali non vi sono prove di beneficio né per la salute, né per l'organizzazione sociale e produttiva e che hanno in parte sottratto energie per il pieno sviluppo di attività certamente efficaci e caratterizzate da un forte impatto positivo sulla comunità.

Sulla base di queste considerazioni dovrà essere individuata una lista positiva di interventi preventivi ai quali attribuire pieno sviluppo, convogliando su di essi risorse risparmiate da attività il cui impatto è scarso o nullo, anche in riferimento a quanto già elaborato da sedi scientifiche nazionali, anche per quanto riguarda le specifiche azioni (paragrafo 2.3.3.)

#### *Integrazione a rete—Sistema di prevenzione*

Occorre promuovere e intensificare gli sforzi per una più forte integrazione in rete dei dipartimenti di prevenzione, alcuni dei quali possono assumere un ruolo di riferimento per l'area vasta o per l'intera rete regionale, in relazione alle specificità e all'intensità dei fenomeni affrontati.

Questo processo si realizza tramite interventi formativi, disponibilità di infrastrutture di comunicazione per scambi informativi, elaborazione di programmi inter-aziendali e di area vasta, adozione di protocolli operativi comuni.

Il coordinamento dei responsabili dei dipartimenti di prevenzione, di cui all'articolo 53 della l. r. 22/2000, rappresenta la sede propria di questo processo.

Altrettanto strategico è il mantenimento e lo sviluppo di rapporti sinergici con le altre strutture della Regione che perseguono l'obiettivo del miglioramento della qualità della vita e dell'ambiente nelle sue diverse componenti.

Oltre all'ARS e al CSPO, si fa riferimento all'ARPAT, all'IZS, alle facoltà e istituti universitari, agli altri centri di ricerca presenti in Toscana.

L'apporto tecnico-scientifico ed il potenziale di risorse e competenze, che possono essere messe a disposizione dell'intero sistema da questi soggetti, impegna la Regione a svolgere un forte ruolo di orientamento e coordinamento, individuando, a partire dai propri atti programmatici e di indirizzo, le condizioni per ottimizzare le diverse risorse.

L'esperienza dei Comitati inter-istituzionali per la prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro e quello della Conferenza organizzativa dei servizi veterinari e l'IZS costituiscono importanti riferimenti per la realizzazione di politiche organiche in tutti i settori della prevenzione.

A tal fine la Giunta regionale intraprende nell'arco di vigenza del Piano sanitario regionale specifiche azioni finalizzate a:

- promuovere e sviluppare il coordinamento interistituzionale;
- promuovere e sviluppare rapporti intersettoriali;
- realizzare la Conferenza regionale della prevenzione, con il concorso dell'ARS, ARPAT, IZS, CSPO e Università.

## **5.2.2.2. Gli ambiti operativi**

### *1. Igiene e sanità pubblica*

Le strutture di igiene pubblica sono state oggetto di una profonda modifica nel corso degli ultimi anni originata dall'istituzione dei dipartimenti di prevenzione, dalla creazione dell'ARPAT e da modifiche sostanziali nella domanda con un aumento di prestazioni sempre più complesse e articolate. Ma il processo di trasformazione risulta anche 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, stanno impegnando i servizi distogliendoli da attività di prevenzione meno pubblicizzate, ma che risulterebbero più produttive in termini di salute.

La sanità pubblica del presente e del futuro deve sempre più essere orientata verso attività, che consenta la valutazione del rischio e la sorveglianza epidemiologica, con attenzione all'emergenza di nuove patologie, indirizzandosi sempre più verso ruoli formativi ed informativi.

Per il presente Piano sanitario regionale gli obiettivi individuati come prioritari sono quelli di seguito riportati.

### *1.1 Malattie infettive*

1.1.1 Il controllo delle malattie infettive nella regione si basa già da anni su di un collaudato sistema di sorveglianza informatizzato che permette una sorveglianza puntuale di tali patologie, con possibilità di analisi epidemiologiche dettagliate. Alcune malattie inoltre sono sottoposte ad una particolare sorveglianza sulla base di particolari protocolli previsti precedente Piano sanitario regionale e che dovranno essere portati avanti, eventualmente apportando le modifiche che nel corso degli anni si rendessero necessarie, con riferimento particolare a:

- protocollo di sorveglianza della tubercolosi, anche sulla base di specifiche direttive della Giunta regionale;
- patologie da *Haemophilus influenzae*;
- sorveglianza delle paralisi flaccide;

- influenza, sulla base dello specifico Accordo Stato Regioni del 28 settembre 2000 e di apposito piano di sorveglianza e profilassi da adottarsi dalla Giunta regionale.
- 1.1.2 Altre patologie di particolare attenzione per le quali intervenire con protocolli nel triennio di vigenza del Piano sanitario regionale sono:
- malattie infettive per le quali la vaccinazione è prevista dal calendario regionale delle vaccinazioni, quali morbillo, rosolia, parotite, pertosse e tetano;
  - malaria ed altre patologie da importazione;
  - legionellosi;
  - malattie da prioni.
- 1.1.3 La costituzione di un apposito Centro di riferimento regionale per le tossinfezioni ha già portato ad una revisione delle procedure che dovrà portare all'adozione di soluzioni omogenee di indagine e controllo sul territorio regionale.

### 1.2 Vaccinazioni

In Regione Toscana già dal 1996 esiste un calendario regionale che stabilisce l'offerta attiva e gratuita di alcune vaccinazioni. Il calendario si è dimostrato uno strumento efficace che ha portato ad un controllo, chiaramente evidenziato dai dati epidemiologici, ma ancora non ottimale di alcune malattie, quali morbillo, rosolia, parotite e pertosse.

L'obiettivo è il raggiungimento di livelli di copertura tali da rendere possibile l'eradicazione delle malattie, e, in tal senso si è già operato con il Piano sanitario regionale pregresso.

Le vaccinazioni raccomandate dell'infanzia hanno fatto registrare grossi successi in termini di diffusione e adesione alla vaccinazione, ma grande attenzione è da riservare ad altre vaccinazioni più proprie dell'adulto e soprattutto dell'anziano, in particolare influenza, vaccinazione antipneumococcica e antitetanica; per quest'ultima le disposizioni sono già contenute nel calendario regionale. Per l'implementazione della vaccinazione antiinfluenzale ed antipneumococcica si provvederà con un apposito atto della Giunta regionale.

### 1.3 Vigilanza igienica sugli insediamenti urbani

Le normative che si sono succedute negli ultimi anni hanno portato un mutamento delle attività svolte in materia dai servizi di igiene pubblica; altre novità legislative si preannunciano che impongono sempre più un orientamento delle strutture a sviluppare comportamenti mirati allo snellimento delle procedure per il rilascio di autorizzazioni sanitarie.

### 1.4 Controllo delle zoonofestazioni

I recenti episodi legati alla *West Nile*, il caso di malaria autoctono verificatosi pochi anni fa in Toscana, e ancora l'epidemia di *blue tongue* nelle pecore ancora in corso, pongono l'accento sull'importanza del controllo dei vettori delle malattie infettive.

Le aziende unità sanitarie locali sono tenute ad assicurare sorveglianza sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione e, nel caso siano fornite delle apposite strutture, possono effettuare in proprio tali prestazioni a favore di soggetti pubblici e privati applicando l'apposito tariffario regionale.

Il coordinamento delle attività di controllo e profilassi delle zoonofestazioni deve essere effettuato avvalendosi della struttura a valenza regionale di Zoologia ambientale di Grosseto.

Particolare rilievo debbono assumere nel triennio i progetti di lotta alle zanzare, con specifico riguardo alla sorveglianza sull'anofelismo residuo e *Aedes Albopictus*.

### 1.5 Inquinanti dell'ambiente indoor

La Terza Conferenza Interministeriale su Salute ed Ambiente tenutasi a Londra nel 1999 ha portato 50 paesi della regione europea a sottoscrivere un impegno per contrastare gli effetti sulla salute correlati all'esposizione agli inquinanti ambientali, ivi compresi gli inquinanti "indoor", che possono provocare alcune patologie definite "malattie associate agli edifici"; sono soprattutto malattie respiratorie, asma bronchiale, allergie, con quadro clinico ben definito ed in cui si può identificare uno specifico agente causale.

Gli obiettivi specifici nel settore per il triennio del Piano sanitario regionale sono:

- la conoscenza delle condizioni abitative e degli stili di vita della popolazione;
- l'incentivazione di ambienti di lavoro che garantiscano benessere e produttività;
- la promozione di ambienti di vita sani e sicuri con riduzione dell'inquinamento domestico;
- l'incentivazione e obbligo alla costruzione e ristrutturazione di edifici e di ambienti igienicamente sani;
- la tutela del consumatore e l'incentivazione alla produzione ed al consumo di materiali e prodotti sani.

Nell'ambito di una strategia di sanità pubblica bisogna prevedere una concertazione di azioni, nella quale si integrino le competenze igienico sanitarie con quelle di architettura, ingegneria, scienze gestionali e sociali.

## *2. Sanità pubblica veterinaria*

Gli scenari in atto a livello internazionale con l'aumento degli scambi fra paesi, le nuove frontiere della ricerca scientifica, l'emergere di nuovi rischi e la maggiore consapevolezza dei cittadini pongono ulteriori e complessi impegni, che devono essere affrontati in maniera organica e coordinata fra tutti i soggetti del sistema, siano essi istituzioni, imprese, categorie economiche, professionali e cittadini.

Nella realtà produttiva della Toscana, il comparto agro-zootecnico riveste peculiari caratteristiche di profilo economico e sociale; produzioni animali di pregio, imperniate su prodotti di antica tipicità, ed anche su razze autoctone salvate dall'estinzione, ma anche produzioni industriali, perfettamente allineate agli standard del mercato unico europeo. La posizione geografica e le caratteristiche del territorio sono integrate a questa vocazione economica, che vede prevalere un allevamento di tipo tradizionale, non intensivo, che sfrutta i territori marginali e che è anzi elemento di conservazione ambientale. La rete di infrastrutture e la viabilità sono elementi di forza per industrie finalizzate all'importazione, alla trasformazione e all'esportazione di alimenti.

Il naturale orientamento culturale della popolazione verso modelli alimentari di tipo semplice e tradizionale si traduce in una originale autonomia, che riconosce in larga misura il consumo di prodotti alimentari della regione, anche quando mediato dalla rete della grande distribuzione.

La sanità pubblica veterinaria costituisce un forte elemento di tutela della salute umana ed animale e, nel caso degli alimenti di origine animale, le attività poste in essere dai servizi veterinari risultano determinanti per garantire sicurezza e qualità nelle diverse fasi della filiera alimentare. Risulta chiara la stretta connessione fra questo settore del servizio sanitario regionale e gli altri settori della politica regionale ed in primo luogo quelli delle attività produttive, dell'agricoltura, della zootecnia e dell'ambiente.

E' altresì strategico stabilire una stretta sinergia fra le altre strutture ed organismi che operano a livello regionale fra cui in primo luogo l'IZS, i cui compiti sono stati ridefiniti in base alla legge regionale 29 luglio 1999, n. 44 (Riordino dell' Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana). In riferimento agli obiettivi di valorizzazione e qualificazione del patrimonio zootecnico e di tutela del benessere animale, i servizi veterinari hanno adeguato il loro modello di intervento assicurando una presenza qualificata e diffusa in tutto il territorio, in grado di far fronte anche alle diverse situazioni di emergenza che si sono manifestate nel corso degli ultimi mesi.

La realizzazione di un sistema integrato regionale delle diverse strutture operative veterinarie presenti nei dipartimenti di prevenzione e il loro coordinamento con quelle di altri soggetti qualificati, fra cui in primo luogo l'IZS, diventa una condizione essenziale per garantire l'unitarietà e affidabilità dell'intero sistema veterinario regionale. A tal fine, i servizi veterinari e le corrispondenti strutture operative dell'IZS dovranno, nell'ambito di indirizzi regionali, programmare e verificare lo svolgimento di progetti integrati che saranno presentati nella Conferenza organizzativa veterinaria, di cui al precedente Piano sanitario regionale che viene riconfermata.

Di seguito sono riportati gli obiettivi prioritari del Piano sanitario regionale.

### *2.1 Profilassi delle malattie infettive del bestiame*

Al fine di consentire la più ampia disponibilità di mercati nazionali e comunitari agli animali e ai prodotti derivati di origine toscana e di mobilitare le risorse economiche, attualmente impegnate dalle aziende unità sanitarie locali nell'esecuzione di piani di profilassi a cadenza

annuale, costituisce obiettivo prioritario per tutte le aziende unità sanitarie locali conseguire nel biennio 2002-2003 le qualifiche di "ufficialmente indenne" da tubercolosi, leucosi, brucellosi bovina ed ovi-caprina per conseguire l'accreditamento dell'intera Regione Toscana entro l'anno 2004. Inoltre dovranno essere affrontate le profilassi delle zoonosi alimentari a carattere epidemico e non epidemico.

### *2.2 Integrazione intersettoriale agricoltura-sanità*

Si ritiene indispensabile perseguire sinergie di comparto, che consentano di armonizzare le azioni sviluppate dai servizi veterinari, dall'IZS e dalle altre strutture regionali e provinciali del settore agro-zootecnico. A tale scopo saranno attivati percorsi comuni di consultazione permanente, di pianificazione delle azioni nei rispettivi ambiti di competenza, formalizzando la costituzione di gruppi operativi sia a livello regionale che locale.

### *2.3 Sistema latte-qualità*

E' obiettivo prioritario per i servizi veterinari completare l'attuazione delle procedure di controllo della produzione lattiero-casearia previste dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, n. 54 (Regolamento recante attuazione delle direttive 92/46 e 92/47/CEE in materia di produzione e immissione sul mercato di latte e di prodotti a base di latte), avvalendosi della collaborazione tecnico scientifica dell'IZS.

A tale scopo si prevede:

- a. la realizzazione di un modello integrato per il monitoraggio ed il controllo della qualità del latte bovino e ovino alla produzione primaria al fine di verificare il mantenimento dei requisiti previsti dal d.p.r. 54/1997 e la creazione di una banca dati regionale;
- b. lo studio di modelli di verifica della corretta applicazione dell'autocontrollo nelle microfilieri;
- c. lo studio di modelli che garantiscono tracciabilità e rintracciabilità nella filiera lattiero casearia;
- d. l'attuazione di programmi di controllo delle mastiti e la verifica attraverso l'integrazione con il Piano regionale residui;
- e. l'adeguamento ed il potenziamento dei laboratori latte dei dipartimenti territoriali di Grosseto e di Firenze dell'IZS per l'attività di controllo igienico sanitario del latte alla produzione.

Per il completamento di un sistema latte-qualità collocabile in un contesto regionale è altresì indispensabile l'adozione di procedure in grado di garantire al consumatore uno standard di qualità uniforme.

### *2.4 Sistema qualità carni bovine*

La produzione regionale di carne bovina rappresenta un patrimonio rilevante nella strategia di valorizzazione delle produzioni tipiche e di qualità della Toscana.

Per garantire sul mercato nazionale ed estero un prodotto che renda visibile la Toscana come regione leader nel perseguire la sicurezza alimentare, occorre garantire una tracciabilità completa delle carni ed una condivisione da parte dei servizi veterinari di sistemi di controllo e verifica delle produzioni che partano dagli allevamenti per arrivare agli stabilimenti di macellazione e trasformazione.

In tal senso dovranno essere attuati programmi di verifica degli autocontrolli aziendali degli impianti di macellazione e degli stabilimenti di trasformazione dei rifiuti di origine animale.

In tale ottica devono essere collocate le azioni preventive rivolte a garantire l'uso appropriato del farmaco veterinario e degli alimenti per animali, garantendo un sistema di sorveglianza uniforme su tutto il territorio regionale.

### *2.5 Sistema qualità del pesce*

Nell'ambito della ricerca di sempre maggiori livelli di sicurezza alimentare si intende realizzare un sistema di qualità delle carni di pesce attraverso il monitoraggio della qualità dei prodotti ittici, delle acque e dei mangimi utilizzati nel settore dell'acqua coltura, avvalendosi del laboratorio di ittiopatologia dell'IZS.

## *2.6 Gestione delle emergenze e degli stati di allerta alimentari*

Le recenti emergenze sanitarie, causate dall'encefalopatia bovina spongiforme, dall'afta, dalla *blue tongue* e dalla contaminazione diossinica di alcuni alimenti, hanno sottolineato la necessità di un'efficiente sistema regionale integrato per la gestione degli stati di allerta, anche in relazione ad eventi calamitosi.

E' indispensabile perseguire un forte collegamento tra dipartimento regionale, servizi territoriali e IZS che assicuri un flusso costante e rapido di informazioni e direttive.

Per la gestione delle emergenze sanitarie è anche indispensabile lo sviluppo di una rete di consultazione permanente che consenta la predisposizione di piani di intervento condivisi e articolati sul territorio.

## *2.7 Analisi e comunicazione del rischio*

L'analisi del rischio è finalizzata ad individuare gli elementi di criticità che si possono determinare nelle diverse fasi processuali ed orientare gli interventi per la rimozione delle cause di rischio e di pericolo. Ciò richiede un costante monitoraggio dell'evoluzione delle attività in atto (dalla produzione primaria al commercio e alla somministrazione) e l'attenzione specifica ai possibili effetti di nuove metodiche o di introduzione di nuovi prodotti.

Dovrà altresì essere sostenuta e sviluppata una forte azione di comunicazione del rischio verso i consumatori, garantendo tempestività e chiarezza sia sulla natura dei rischi che sulle misure per affrontarli.

## *2.8 Controllo randagismo e promozione di un corretto rapporto uomo-animale*

Le attività sanitarie di igiene urbana veterinaria si propongono come esperienza di collaborazione tra servizio sanitario regionale, comuni e volontariato, oltre che come elemento di promozione di un corretto rapporto uomo-animale, valido come modello universale di civiltà e rispetto reciproco.

Ad integrare il percorso, già delineato dalla Regione Toscana con la legge regionale 8 aprile 1995, n. 43 (Norme per la gestione dell'anagrafe del cane, la tutela degli animali d'affezione e la prevenzione del randagismo), sono necessarie le seguenti azioni:

- l'adeguamento dell'anagrafe canina regionale, con banca dati centralizzata ed identificazione elettronica;
- la promozione e la sperimentazione di nuove metodiche incruente di controllo delle popolazioni sinatropiche;
- l'incremento delle attività di controllo demografico degli animali d'affezione, anche con sviluppo di nuove metodiche;
- la definizione di linee guida per l'accreditamento delle strutture utilizzate.

La Giunta regionale, entro sei mesi dall'approvazione del presente Piano sanitario regionale, adotta specifici provvedimenti per attuare le predette azioni.

## *2.9 Sistema informativo veterinario regionale*

Per caratteristica peculiare dell'azione preventiva della sanità pubblica veterinaria è necessario perfezionare un percorso certo dei dati di contesto, d'attività e di risultato.

La dimensione sempre più estesa dei mercati dei prodotti alimentari non può prescindere da tali flussi di dati, che trovano un indispensabile supporto nel sistema informativo regionale e che devono essere integrati da informazioni epidemiologiche disponibili in tempo reale e in grado di fornire le informazioni indispensabili alla programmazione e gestione delle attività.

In tal senso si procederà alla realizzazione della banca dati regionale per l'anagrafe bovina e conseguente completamento dell'anagrafe zootecnica degli altri animali da reddito. Lo sviluppo del sistema informativo permetterà la raccolta sistematica dei dati, la circolazione delle informazioni e la comunicazione tempestiva ed efficace dei rischi.

## *2.10 Qualificazione del sistema veterinario.*

I servizi veterinari, l'IZS, la Facoltà di veterinaria dell'Università di Pisa, gli altri enti ed organismi scientifici operanti nel settore costituiscono importanti risorse per la qualificazione dell'intero sistema veterinario regionale. Per quanto riguarda più specificamente l'IZS, s'individuano i seguenti obiettivi:

- ricerca e trasferimento delle conoscenze nel settore della salute degli animali, dell'igiene e della sanità degli alimenti di origine animale, delle antropozoonosi;
- controlli integrati di filiera, con particolare riguardo alle produzioni tradizionali e tipiche della Toscana;
- sviluppo di sinergie tra le proprie strutture e quelle dei servizi veterinari dei dipartimenti di prevenzione, anche attraverso la riconferma dello svolgimento della specifica conferenza organizzativa;
- adeguamento, sviluppo e qualificazione in Toscana della rete dei laboratori.

### *2.11 Benessere animale*

Per migliorare il benessere animale è prevista la realizzazione di un progetto organico con lo scopo di approfondire le conoscenze e le relazioni esistenti fra la salute animale, le patologie condizionate e l'incidenza dei trattamenti farmacologici.

In tale ambito è prevista inoltre l'attivazione del laboratorio chimico del dipartimento di Firenze per l'esecuzione delle analisi previste dall'articolo 7 della legge regionale 16 agosto 2001, n. 39 (Norme sul divieto di utilizzo e detenzione di esche avvelenate).

### *3. Sport e salute*

Le attività motorie e lo sport rappresentano un'importante occasione sia per combattere l'affaticamento mentale e fisico, che derivano dalla concitazione dei ritmi della vita lavorativa e sociale sia per prevenire, in maniera mirata, l'insorgere di alcune patologie fra cui quelle cardiovascolari, osteoarticolari e metaboliche.

Gli obiettivi da perseguire riguardano:

- 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.

Per perseguire questi obiettivi, nell'ottica dei "Piani integrati per la salute", 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;
- 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 e dei disabili.

Un contributo qualificato per realizzare gli obiettivi prima richiamati può venire dalla medicina dello sport, sia per quanto riguarda l'attenzione degli effetti dell'attività fisica nella generalità dei soggetti, sia per quanto riguarda la valutazione dei soggetti praticanti attività agonistiche e professionistiche, sia per la ricerca e la lotta contro le pratiche stimolanti e di doping che possono provocare gravi e irreparabili danni alla salute.

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;
- consentano la messa a punto di nuovi protocolli di valutazione medico sportiva;
- diffondano lo studio degli effetti dei farmaci usati nella medicina dello sport e promuovano la lotta al doping attraverso la ricerca e l'informazione nelle scuole e negli ambienti sportivi.

La disciplina dei controlli sulle competizioni e sulle attività sportive viene adottata con specifico atto normativo.

### *4. 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 e giuridico, medico legale e che ha trasformato 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.

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 minorati, della sicurezza sociale, della certezza dell'accertamento della morte, del diritto al lavoro, della bioetica, della tutela dei diritti dei cittadini, dell'appropriatezza delle prestazioni e della prevenzione dei conflitti.

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 del Piano sanitario regionale:

- il contenimento dei tempi per il rilascio delle certificazioni di competenza, in particolare la riduzione dei tempi di attesa per le visite collegiali per l'invalità civile, l'handicap e la disabilità di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili);
- l'adozione di procedure uniformi sul territorio regionale nel rispetto delle normative sul procedimento amministrativo per il rilascio delle certificazioni, in particolare, la messa a punto della rete sull'invalità civile in coordinamento con i comuni;
- la partecipazione ai collegi per l'accertamento e la certificazione della realtà della morte;
- la partecipazione ai Comitati di etica professionali locali;
- l'attività di consulenza, anche in collaborazione con l'ufficio del Difensore civico, in materia di responsabilità professionale e di prevenzione dei conflitti, anche attraverso l'adozione di specifici indirizzi da parte della Giunta regionale.

Le attività da svolgere sono pertanto:

- informazione, accertamento, controllo e certificazione in ambito di diritto al lavoro, stato di salute, incapacità lavorativa, temporanea e permanente, invalità civile, handicap, idoneità e compatibilità al lavoro;
- medicina necroscopica;
- consulenza per finalità pubbliche inerenti i compiti del servizio sanitario regionale, collaborazione in ambito epidemiologico, educazione sanitaria e bioetica;
- realizzazione di sistemi di valutazione monocrona globale della persona portatrice di minorazioni, in collaborazione con le altre professionalità coinvolte nella richiesta di accertamenti e valutazioni, anche mediante l'adozione da parte del Consiglio sanitario regionale di apposita linea-guida;
- creazione di osservatori medico legali, tesi alla gestione medico legale del contenzioso ed alla prevenzione dei conflitti, anche in raccordo con l'ufficio del Difensore civico e l'ARS;
- utilizzo dei dati sugli esiti dei conflitti per favorire strategie di formazione del personale e risposte organizzative e tecnico scientifiche.

E' infine necessario dare piena applicazione all'articolo 14 del d.lgs. 502/1992 mediante lo sviluppo di una collaborazione interdisciplinare e interprofessionale in materia di tutela dei diritti dei cittadini, con finalità di prevenzione dei conflitti. Tale collaborazione si realizza attraverso l'intervento della medicina legale a supporto dei comitati etici locali e degli Ufficio Relazioni col Pubblico nello sviluppo dei contenuti deontologici della formazione del personale e nell'esame dei problemi conflittuali dell'organizzazione sanitaria, con le seguenti finalità:

- gestione del contenzioso con l'obiettivo di trovare soluzioni extragiudiziali in collaborazione con l'assicuratore dell'azienda;
- lettura, filtro e monitoraggio del contenzioso e dell'esito dei conflitti.

### 5.2.2.3. Azione programmata lavoro e salute

#### *Il quadro di riferimento*

In Toscana si è registrata una forte ripresa economica, con un aumento della produttività e dell'occupazione che è cresciuta, nel 2000, di oltre 31.000 unità (+2,3%) rispetto all'anno precedente.

Profonde modifiche sono intervenute nel mondo produttivo con accentuazione dei processi di destrutturazione delle fabbriche tradizionali, con un marcato ricorso agli appalti e all'esternalizzazione di servizi e di segmenti produttivi, con investimenti nell'automazione e nell'innovazione, che portano ad una profonda ristrutturazione dell'apparato produttivo. Spesso questi processi hanno portato a decentrare ed ad affidare all'esterno le lavorazioni più pericolose o meno gestibili dal punto di vista della sicurezza.

Cambiano anche i rapporti di lavoro e rispetto al tradizionale utilizzo del lavoro dipendente, subentrano altre forme quali il lavoro part-time, i contratti a termine, il lavoro parasubordinato. A questa flessibilità si accompagnano anche altri fenomeni, più precari quali il ricorso frequente a lavoratori immigrati e, purtroppo, il lavoro irregolare.

Una realtà quindi che vede accanto a produzioni e occupazioni tradizionali un forte e tumultuoso ingresso di nuove attività e di nuove forme di lavoro e che impegna la Regione ad una politica organica di sviluppo dell'economia, dell'occupazione e della tutela della salute dei lavoratori.

Un approccio combinato di diverse fonti informative dimostra che l'andamento degli infortuni in Toscana è, nell'anno 2001, in lieve diminuzione, con un'inversione di tendenza che si era già manifestata negli ultimi mesi del 2000; significativa è la contrazione degli infortuni mortali che, nel confronto semestrale con l'anno precedente, diminuiscono del 16%.

Un'analisi puntuale dei dati consente di avanzare alcune considerazioni:

- nonostante l'inversione di tendenza che si è manifestata negli ultimi mesi permane nei luoghi di lavoro della Toscana un alto valore di rischio infortunistico;
- le criticità maggiori si riscontrano in specifici settori economici quali costruzioni, metalmeccanica, agricoltura, legno e carta, alcuni dei quali diffusi su tutto il territorio regionale ed altri di interesse particolare per alcuni ambiti territoriali (l'agricoltura a Siena e Grosseto e ed il settore della carta a Lucca);
- nel corso degli ultimi anni c'è stata una diminuzione degli infortuni più gravi, probabilmente anche in correlazione con una crescita della sensibilità e dell'impegno di tutti i soggetti sociali nei confronti della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori con il conseguente affermarsi di un modo di pensare imperniato sulla evitabilità delle morti piuttosto che sulla fatalità degli eventi;
- è in atto un lento progressivo trasferimento del rischio infortunistico verso le categorie più deboli (donne e precari) anche in relazione alle trasformazioni in atto nel sistema produttivo e nei rapporti di lavoro;
- ricorrono, in particolare in alcuni settori, quali ad esempio quello delle attività estrattive, dell'edilizia e dell'agricoltura, fattori di rischio che evidenziano la mancanza delle misure elementari di prevenzione già previste dalle normative degli anni '50.

I costi di malattia da lavoro e di infortunio in Toscana, stimati in circa 2,4 milioni di Euro, rendono evidente il valore strategico della prevenzione, sia come vantaggio umano e sociale, che come vantaggio economico.

#### *Il Piano straordinario sulla sicurezza sul lavoro*

Il modello toscano della prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro, con particolare riferimento alla "concertazione" ha trovato conferma anche negli atti assunti a livello nazionale. Infatti con il "Piano straordinario sulla sicurezza sul lavoro" approvato dal Governo nel giugno 2000, che ha concretizzato alcuni impegni previsti da "Carta 2000-sicurezza sul lavoro", alle Regioni viene riconosciuto un ruolo strategico nella pianificazione e nell'attuazione delle politiche di qualificazione del lavoro e del miglioramento dei sistemi di prevenzione.

Con tale strumento, le Regioni e le Province autonome, e la Regione Toscana in particolare, per il ruolo di coordinamento interregionale che attualmente ricopre sulla materia, sono chiamate ad assumere un ruolo più incisivo sull'emersione delle imprese irregolari, sulla lotta al lavoro nero e sommerso e sul rispetto delle norme di prevenzione.

Il protocollo d'Intesa Stato-Regioni, attuativo del "piano straordinario", sottoscritto il 21 dicembre 2000, puntualizza una serie di impegni e di azioni, che i due livelli istituzionali intendono affrontare, valorizzando il ruolo delle parti sociali ed intervenendo per favorire la crescita di una "cultura della prevenzione", che deve interessare tutti i cittadini e deve partire dalle sedi di istruzione e di formazione professionale, così come previsto dalla riforma dei cicli scolastici.

I contenuti del protocollo d'intesa hanno poi trovato un più formale riconoscimento con la revisione costituzionale di cui alla legge costituzionale 3/2001 dove la materia della sicurezza sul lavoro è riconosciuta come "concorrente" e quindi di piena competenza delle Regioni, in un quadro di obiettivi di carattere nazionale.

### *Integrazione delle strategie*

Oltre alle iniziative proprie del sistema sanitario regionale è necessario realizzare una politica organica che sappia rendere compatibile le misure adottate per lo sviluppo del sistema produttivo e dell'occupazione con quelle di qualificazione del lavoro e del diritto alla salute.

La Regione ha già dato luogo ad alcune significative iniziative in questa direzione e l'accordo per la prevenzione e sicurezza, con le organizzazioni sindacali regionali, del 15 giugno 2001, riporta in maniera chiara e puntuale gli impegni che s'intendono assumere.

Specifiche iniziative sono state assunte anche con ordini e collegi professionali.

In particolare per quanto riguarda l'ambito dei provvedimenti per lo sviluppo delle attività economiche (Programma Regionale di Sviluppo e Piano regionale di sviluppo economico) la Regione intende ricercare soluzioni per incentivare e sostenere le imprese che s'impegnano a migliorare la sicurezza e la qualità degli ambienti di lavoro, con particolare riferimento, tenuto conto delle peculiarità del tessuto produttivo toscano, a progetti consortili e di aggregazione tra imprese. Sarà altresì incentivante l'adesione alla certificazione di qualità ambientale e sociale (Regolamento comunitario EMAS II, ISO 14001), prestando attenzione ai progetti concordati con le parti sociali.

La Giunta regionale, entro il triennio di vigenza del Piano sanitario regionale, adotta un apposito provvedimento per definire un sistema di verifica della congruità del documento di valutazione di rischio ed un programma di azione per la sicurezza del lavoro rivolto ad imprese, industriali ed agricole, interessate ai provvedimenti di incentivazione allo sviluppo aziendale.

Per quanto riguarda le attività di formazione professionale e lavoro s'individuano i seguenti ambiti d'intervento:

- promozione di piani formativi nel settore specifico della sicurezza, concordati fra le parti sociali;
- realizzazione obbligatoria di un modulo di formazione sulla sicurezza, nel quadro delle attività "profili professionali";
- realizzazione di specifici strumenti didattici per la formazione a distanza.

In questi ambiti sarà importante operare un raccordo anche con le altre offerte formative che nel frattempo si sono venute a delineare, quali ad esempio quelle dell'INAIL, riguardanti finanziamenti per progetti di formazione e per l'adeguamento dei sistemi di prevenzione delle piccole e medie imprese, di cui al decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38 (Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'articolo 55, comma 1, della L. 17 maggio 1999, n. 144).

Per quanto riguarda la legalità e la trasparenza la Regione intende richiamare e ampliare e cadenzare un resoconto delle attività svolte dall'Osservatorio regionale degli appalti, garantendo la circolazione delle informazioni sulle modalità contrattuali anche in materia di sicurezza, sul rispetto delle stesse, sui controlli effettuati e sugli esiti che questi forniranno in modo da poter verificare su quali aspetti o particolari carenze sia poi necessario intervenire con una più specifica e diretta azione di governo.

Saranno altresì svolte iniziative per l'omogeneizzazione delle procedure d'aggiudicazione degli appalti, sia di lavori che di servizi, privilegiando gli aspetti collegati alla qualificazione delle imprese e all'idoneità tecnica/professionale.

Saranno promosse e incentivate le attività di ricerca nel campo dell'ergonomia al fine di progettare postazioni di lavoro ed ambienti che rispondano a requisiti ergonomici anche per incrementare la produttività e la qualità del lavoro.

### *I rapporti con le parti sociali*

La Regione intende mantenere e sviluppare il metodo del confronto e della concertazione con le parti sociali per un'azione più incisiva nell'affermazione effettiva e completa del diritto e della qualità del lavoro e del diritto alla tutela della salute dei lavoratori.

Saranno svolte iniziative comuni per favorire l'emersione delle imprese irregolari e per il rispetto delle norme di prevenzione e sicurezza. Sarà dato impulso tramite iniziative mirate e territorialmente articolate al completamento della rete interinale dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e dei Comitati Paritetici previsti dal d.lgs. 626 del 1994 e saranno individuati specifici calendari per incontri tra le parti sociali e gli organismi interistituzionali.

### *Il coordinamento interistituzionale*

Anche in relazione alle nuove competenze che vengono attribuite alle Regioni in tema di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, è necessario rafforzare il coordinamento di tutti gli organi pubblici che hanno competenza in materia.

La Regione ha costituito, secondo quanto previsto dall'articolo 27 del d.lgs. 626/1994, il Comitato di coordinamento interistituzionale, comprendente oltre a rappresentanti dei dipartimenti di prevenzione, rappresentanti dei dipartimenti sviluppo economico, politiche formative, territorio e ambiente della Regione Toscana, rappresentanti della Direzione regionale del lavoro, dell'INAIL, dell'Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza del lavoro, dei Vigili del Fuoco, della Sanità aerea e marittima.

Il Comitato ha il compito di formulare proposte, esaminare i problemi applicativi della nuova normativa, proporre linee guida ed indirizzi tecnici, promuovere il coordinamento fra le diverse strutture operative ai fini di una maggiore omogeneizzazione delle attività di vigilanza e controllo.

In attuazione del protocollo d'Intesa Stato-Regioni relativo al Piano straordinario per la sicurezza del lavoro sottoscritto il 21 dicembre 2000, la Regione Toscana, per rafforzare il ruolo del suddetto coordinamento interistituzionale regionale stabilito dall'articolo 27 del d.lgs. 626/1994, disciplinerà con apposito atto normativo gli attuali organismi di coordinamento istituiti, esplicitando il ruolo della Regione nel coordinamento delle iniziative d'informazione, formazione, assistenza, vigilanza e controllo anche sui fenomeni di lavoro irregolare, svolte dagli enti e dalle amministrazioni dello stato.

In tema di coordinamento interistituzionale di particolare significato sono stati gli accordi intervenuti con l'INAIL a livello regionale per lo scambio informativo sui dati degli infortuni e delle malattie professionali e sulle azioni di sostegno per la formazione e per il miglioramento dei sistemi di prevenzione aziendali. La tempestiva disponibilità dei dati, relativi all'andamento del fenomeno infortunistico ed a quello delle malattie professionali, permetterà di effettuare periodiche analisi ragionate dei dati relativi alla patologia da lavoro indispensabili per la individuazione delle priorità e per la conseguente allocazione delle risorse. Analoghe iniziative dovranno essere condotte a livello locale, con il pieno coinvolgimento delle forze sociali e delle istituzioni, con l'obiettivo di attuare interventi concertati finalizzati ad adottare le misure di prevenzione più efficaci nei diversi ambiti territoriali.

La Giunta regionale, entro 90 giorni dall'approvazione del presente Piano sanitario regionale, promuoverà un'intesa con l'INAIL per lo scambio dei dati sugli infortuni e sulle malattie professionali.

### *I rapporti con l'Università*

Nell'ambito dei protocolli d'Intesa con le Università della Toscana, la Regione assumerà opportune iniziative per il conseguimento dei seguenti obiettivi:

- integrare i percorsi formativi con programmi finalizzati a diffondere le conoscenze delle misure tecniche connesse con l'igiene, la prevenzione e la sicurezza del lavoro;
- attuare i corsi di laurea per "tecnici di prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro" e per assistente sanitario, prevedendo una forte integrazione tra facoltà universitarie e dipartimenti di prevenzione, nella definizione dei programmi e nella realizzazione di stage formativi;
- assicurare la collaborazione tra Università e sistema regionale della prevenzione, per 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 e in particolare al settore dell'edilizia.

#### *L'accreditamento*

La Regione qualifica i propri interventi sul versante dell'assistenza e del supporto tecnico, in particolare, alle piccole e medie imprese. In tal senso promuoverà ed incentiverà la qualificazione del sistema di prevenzione e sicurezza delle imprese, in coerenza con quanto già espresso nel DOCUP Ob.2 2000–2006, valorizzando le esperienze più significative per una gestione integrata degli aspetti produttivi con quelli di tutela della salute dei lavoratori.

La Giunta regionale, nei primi sei mesi di vigenza del Piano sanitario regionale, presenta al Consiglio regionale una proposta di atto normativo per l'adesione volontaria delle imprese ad un sistema di accreditamento di qualità ed eticità, rispondente ai più elevati livelli di prevenzione e sicurezza del lavoro.

#### *I Piani per lo sviluppo delle attività di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro*

I Piani per lo sviluppo delle attività di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro rappresentano lo strumento per coordinare, a livello di ogni ambito territoriale, le iniziative d'assumere, in relazione alle priorità e criticità rilevate.

L'esperienza maturata nel precedente triennio orienta ad una riconferma dell'uso di tale strumento, raccomandando di effettuare momenti di confronto e di verifica con le istituzioni locali e con le parti sociali e di coinvolgere, nelle diverse fasi di elaborazione, tutti gli operatori dei servizi interessati.

La Giunta regionale, entro novanta giorni dall'approvazione del Piano sanitario regionale, aggiorna lo schema di piano d'attività, in relazione ai nuovi indirizzi assunti con il presente Piano sanitario regionale e ad una sistematica e tempestiva verifica della programmazione effettuata dalle aziende unità sanitarie locali sulla base di tale strumento e del successivo conseguimento degli obiettivi programmati.

#### *Le attività del dipartimento di prevenzione nel settore della prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro*

Con l'entrata in vigore del d.lgs. 626/1994 si è profondamente modificato il ruolo del servizio pubblico di prevenzione nei luoghi di lavoro i cui compiti possono essere ricondotti al seguente ambito d'attività:

- informazione;
- formazione ed assistenza;
- vigilanza e controllo.

#### *Informazione*

La Regione Toscana ha attivato numerose iniziative finalizzate a valorizzare tali aspetti, non solo nell'ambito della prevenzione nei luoghi di lavoro, ma per l'intera attività di prevenzione. Si fa riferimento in particolare agli sportelli unici della prevenzione, il cui ruolo deve essere ulteriormente rafforzato nel corso del periodo di vigenza del presente Piano sanitario regionale sia come momenti di front-office che come strumenti telematici collegati in rete a livello di area vasta e regionale.

Altra iniziativa in corso e che deve essere ulteriormente potenziata è quella del numero verde per la prevenzione nei luoghi di lavoro, che deve diventare strumento di facile accesso per i lavoratori, i cittadini ed i rappresentanti alla sicurezza dei lavoratori, ma anche per gli altri soggetti della prevenzione, quali i datori di lavoro ed i tecnici della prevenzione di fiducia delle imprese. Il potenziamento deve concernere sia la diffusione del servizio, anche attraverso periodiche campagne d'informazione, che la tempestività ed efficacia delle risposte fornite.

#### *Formazione ed assistenza*

L'indagine condotta a livello nazionale e regionale sui livelli di applicazione del d.lgs. 626/1994, che dovrà essere perseguita nel corso del prossimo triennio, estendendola ai settori più critici, ha messo in evidenza come uno degli aspetti più problematici della prevenzione sia oggi rappresentato da un sostanziale rispetto degli aspetti formali della normativa comunitaria con un'ampia evasione invece di alcuni obblighi, difficilmente misurabili, ma di fondamentale

importanza per una prevenzione nei luoghi di lavoro adeguata ai tempi, quali in particolare la formazione, soprattutto dei lavoratori e dei rappresentanti alla sicurezza dei lavoratori, che costituiscono ad oggi l'anello più debole della catena dei soggetti della prevenzione.

Anche per tale motivo è importante che i servizi di prevenzione potenzino il proprio impegno in questo ambito, sia verificando sistematicamente, nel corso dell'attività di istituto, la qualità della formazione attuata nelle imprese, sia adottando iniziative finalizzate a far crescere il livello qualitativo degli interventi di formazione attuati dai vari enti ed associazioni oggi presenti sul mercato, sia attuando direttamente iniziative di formazione sfruttando in tal modo le competenze presenti nei servizi.

Nell'ambito dell'assistenza che i servizi sono chiamati a fornire alle imprese si inseriscono anche un'azione di stimolo alle imprese per l'applicazione delle procedure di prevenzione previste dalla normativa comunitaria che, sulla base dei risultati dell'indagine sull'applicazione del d.lgs. 626/1994, risultano frequentemente assenti o molto carenti, soprattutto per quanto attiene la formalizzazione dei compiti dei vari soggetti della prevenzione.

In questo contesto sarà necessario valutare le forme ed i contenuti più idonei a sostenere una adeguata e specifica iniziativa di carattere legislativo che tenga conto della sentenza della Corte di Giustizia europea con la quale il 15 novembre 2001 si sono accertate violazioni della direttiva quadro in materia di sicurezza sul lavoro da parte dello Stato Italiano rilevando alcune precise insufficienze della stessa legge 626.

In considerazione dei caratteri specifici del tessuto produttivo toscano con la presenza di piccole imprese, nell'ambito delle attività di formazione e assistenza rivolte alle imprese i servizi di prevenzione dell'azienda unita sanitaria locale dovranno individuare iniziative specifiche per la formazione coordinata dei rappresentanti territoriali dei lavoratori per la sicurezza (RLST)

A tale fine la Giunta regionale adotta, entro il primo anno di vigenza del presente Piano sanitario regionale, uno specifico provvedimento, previo accordo con le parti sociali, per promuovere le iniziative di formazione degli RLST, per sostenerne la costituzione e favorirne l'agibilità e l'accesso nelle aziende.

### *Vigilanza e controllo*

L'azione di vigilanza e controllo si conferma una funzione di fondamentale importanza per garantire l'applicazione della normativa sull'igiene e sicurezza del lavoro e, conseguentemente, condizioni maggiori di sicurezza per i lavoratori.

E' opportuno inoltre che l'azione di vigilanza dei servizi sia improntata non solo al doveroso controllo sul rispetto dei singoli precetti della normativa di igiene e sicurezza del lavoro, ma anche e soprattutto alla piena applicazione degli aspetti più innovativi della normativa comunitaria, con particolare riferimento all'informazione, formazione ed addestramento del lavoratore ed alla formalizzazione delle procedure di prevenzione previste.

Risultati più concreti nell'attività di vigilanza potranno essere conseguiti attraverso una sua sistematica programmazione che, nei limiti del possibile, sarà organizzata per comparti lavorativi e per problemi, ricorrendo, quando necessario, al concorso di altri enti che hanno competenze che, direttamente o indirettamente, possono influire sulla sicurezza del lavoro.

Tale approccio qualitativo di attività di vigilanza sarà perseguito anche attraverso opportune iniziative di formazione del personale che effettua sopralluoghi nelle aziende.

Anche l'attività di indagine su infortuni e malattie professionali dovrà caratterizzarsi, oltre che per una doverosa e puntuale individuazione delle responsabilità, indispensabile ai fini dell'avvio dell'azione penale, per uno studio sistematico sulle cause di infortuni e malattie professionali con l'obiettivo di individuare e socializzare le cause di patologia da lavoro e le misure da adottarsi per evitare il concretizzarsi del danno da lavoro.

A tal fine la Giunta regionale avvierà uno specifico progetto per un sistema di sorveglianza degli infortuni sul lavoro, a cominciare da quelli più gravi, finalizzato alla conoscenza delle cause con la definizione e la standardizzazione di criteri comuni di analisi, la loro registrazione e valutazione.

La Regione ritiene, dunque, necessaria un'ulteriore qualificazione delle attività del dipartimento di prevenzione nel settore della prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro. Anche a tal fine la Giunta regionale promuove la verifica e il monitoraggio delle attività di consulenza svolte dalle aziende unità sanitarie locali, ed emana specifiche direttive, con particolare attenzione alle attività rivolte verso i settori della Pubblica amministrazione.

Entro la vigenza del Piano sanitario regionale, la Giunta regionale presenta, altresì, al Consiglio regionale una proposta normativa di riordino in materia di sicurezza sul lavoro, anche al fine di garantire il pieno rispetto del principio di separazione tra la funzione di vigilanza e quella di consulenza.

### *I Piani mirati*

Con lo scopo di qualificare e rendere più incisivi gli interventi di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di ottimizzare le risorse, la Regione intende privilegiare la metodologia di azione per Piani mirati, dando continuità e diffusione alle esperienze positivamente realizzate in alcuni settori, quali l'edilizia, il settore siderurgico, quello estrattivo. L'approccio scelto per la definizione di strategie su Piani mirati è quello di 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;
- 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;
- rendere più incisiva l'attività degli organismi pubblici attraverso il coordinamento interistituzionale ed intensificare le funzioni di vigilanza e controllo anche attraverso interventi integrati;
- 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.

A livello regionale, in base all'analisi del fenomeno infortunistico e tecnopatico vengono individuati come prioritari i seguenti settori lavorativi:

- edilizia;
- grandi opere infrastrutturali;
- settore estrattivo;
- settore cartario e cartotecnico;
- agricoltura e selvicoltura;
- meccanica e siderurgia;
- navi e porti;
- strutture sanitarie.

Ogni azienda sanitaria, sulla base delle situazioni locali, realizzerà i Piani mirati individuati dalla Regione e quelli proposti direttamente in relazione alle peculiarità delle attività produttive, dell'incidenza e gravità degli infortuni e delle malattie professionali.

Nell'ambito dei Piani mirati, ma più in generale di tutta l'attività di prevenzione, dovrà essere riservata un'attenzione particolare ai problemi di sicurezza degli impianti e delle macchine, alle

tematiche connesse all'igiene del lavoro con particolare riferimento al rischio cancerogeno, alla salute delle donne lavoratrici e ai rischi sulla salute riproduttiva, agli aspetti connessi con l'organizzazione del lavoro ed all'ergonomia, che sempre maggiore importanza assume come determinante di infortuni e malattie professionali ed, in collaborazione con altri enti ed in particolare con l'INAIL, alla ricerca attiva di malattie professionali.

A questo scopo dovranno essere incentivate attività di ricerca epidemiologica e di elaborazione di protocolli e linee guida per la diagnosi e il trattamento delle malattie correlate al lavoro e d'assistenza per i lavoratori esposti.

Per quanto riguarda i lavoratori già esposti all'amianto è compito della Regione:

- individuare ed attuare azioni e percorsi assistenziali concernenti specifici protocolli d'intervento e programmi di sorveglianza sanitaria;
- attivare studi controllati relativi alla valutazione dello stato di salute finalizzati alla riduzione del rischio;
- individuare le priorità d'intervento attraverso la concertazione tra la Regione, gli altri soggetti sanitari regionali e statali interessati e le parti sociali;
- promuovere le attività di sorveglianza sviluppate da parte dei medici di medicina generale, dei "medici competenti" e dei servizi di prevenzione.

La Giunta regionale promuove la Conferenza regionale sull'amianto per la verifica dello stato di applicazione delle leggi in materia, per l'esame della situazione epidemiologica, per la verifica dello stato di attuazione del censimento dei siti contaminati, per lo studio dei processi di smaltimento dei materiali contenenti amianto. La Conferenza sarà attuata con il coinvolgimento dei lavoratori, delle associazioni di tutela dei cittadini esposti, delle organizzazioni sindacali e sociali e dei rappresentanti delle imprese.

#### **5.2.2.4. Azione programmata sicurezza alimentare e igiene della nutrizione**

##### *Premessa*

Nel quadro di ricerca di stili di vita più sani sicuramente un ruolo centrale lo riveste l'alimentazione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la *Food and Nutritional Policy* come un insieme di azioni basate su principi scientifici indirizzate ad assicurare la sicurezza e la qualità degli alimenti, la disponibilità per tutti i gruppi di popolazione di cibi garantiti e correttamente etichettati, e tesse ad incoraggiare e facilitare un utilizzo corretto sotto il profilo sanitario degli alimenti disponibili. Il documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, approvato a Copenaghen nel settembre 2000, contiene le linee per lo sviluppo di politiche per la riduzione dell'impatto sanitario delle malattie di origine alimentare ed i loro costi, nel rispetto delle culture e delle strutture sociali, legislative ed economiche proprie di ogni paese. Le iniziative necessarie, in linea generale, possono essere così descritte:

- azioni dirette verso i consumatori, con l'intento di aiutarli nel mantenere i propri stili di vita sani o nel modificare quelli nocivi per la salute;
- azioni volte a creare un contesto appropriato che consenta alla popolazione di effettuare corrette scelte alimentari.

La Comunità Europea con il "Libro bianco sulla sicurezza alimentare" ha delineato le linee di intervento in materia, avendo a riferimento proprio la tutela della salute dei consumatori e, nella risoluzione del Consiglio del 14 dicembre 2000 sulla salute e la nutrizione, ha invitato gli stati membri a sviluppare politiche nazionali in materia di sanità nutrizionale atte a favorire una migliore nutrizione all'interno dell'Unione.

La Comunità Europea invita:

- *"a sviluppare le capacità della popolazione sin dalla primissima infanzia ed in tutte le fasi della vita, ad operare scelte intelligenti promuovendo atteggiamenti e comportamenti alimentari positivi per la salute, fornendo informazioni in materia";*
- *"ad associare tutti gli attori interessati alla riflessione sulla sanità nutrizionale nonché alla sua promozione".*

##### *Le linee direttive*

Con il presente Piano sanitario regionale si ritiene in primo luogo fondamentale garantire la salubrità degli alimenti: il cibo è un potenziale veicolo di malattia, ma, grazie al miglioramento delle conoscenze ed alla scelta delle metodiche produttive più sicure, la situazione è in costante miglioramento; però proprio la produzione industriale ha creato problemi su vasta scala, generando allarmismo e confusione nei consumatori.

Per quanto riguarda la garanzia di salubrità degli alimenti si ritiene fondamentale garantire una rete di controlli capillare ed efficiente che, comunque, non sia finalizzata esclusivamente all'accertamento d'irregolarità e frodi, ma si proponga come fattore di promozione del comparto produttivo alimentare.

Tale obiettivo può essere raggiunto attraverso l'implementazione del sistema di analisi e controllo dei rischi, come previsto dal decreto legislativo 26 maggio 1997, n. 155 (Attuazione delle direttive 93/43/CEE e 96/3/CE concernenti l'igiene dei prodotti alimentari), sul cui sviluppo la Regione Toscana ha dato, sulla base del precedente Piano sanitario regionale, precise linee d'indirizzo ai servizi di prevenzione.

Tali indirizzi hanno permesso di sviluppare un rapporto di stretta collaborazione con le associazioni di categoria e di consolidare rapporti di collaborazione in particolare tra le strutture della aziende unità sanitarie locali, l'ARPAT e l'IZS, anche attraverso la costituzione di gruppi di lavoro interdisciplinari, come previsto dal Programma regionale triennale di vigilanza e controllo sugli alimenti e sulle bevande. Si ricordano inoltre Piano residui relativo ai prodotti di origine animale e gli atti di coordinamento in materia di applicazione dell'autocontrollo.

Per quanto riguarda il versante nutrizionale con un apposito atto della Giunta regionale, d'adottare sulla base dei contenuti della presente azione programmata, saranno forniti in materia specifici indirizzi operativi ai servizi territoriali.

#### *Gli obiettivi*

Come evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e, purtroppo, dalle cronache quotidiane, il fenomeno delle tossinfezioni/intossicazioni alimentari tende ad aumentare anche nei paesi più ricchi e tecnologicamente evoluti, con pesanti riflessi sulle rispettive economie nazionali, al punto da configurare una delle maggiori priorità nei programmi della stessa Commissione Europea.

Il Piano sanitario nazionale dà conseguentemente ampio spazio alla questione alimentare, dedicandovi due distinti capitoli. Particolare enfasi è rivolta alla necessità di migliorare il sistema di scambio rapido delle informazioni finalizzato all'allerta, cui si associa l'obiettivo di un miglioramento della qualità igienica degli alimenti, da perseguire anche attraverso l'implementazione dell'attività di autocontrollo sull'intera filiera alimentare e la formazione degli alimentaristi.

Con il presente Piano sanitario regionale si propone un ulteriore sviluppo delle attività di controllo e d'assistenza svolte dal dipartimento di prevenzione nei confronti degli operatori del comparto, avvalendosi, per quanto di competenza, della collaborazione tecnico-scientifica dell'IZS per il quale sono da prevedersi apposite risorse finanziarie in merito ai progetti sotto indicati:

- l'accertamento della qualità igienico sanitaria dei prodotti alimentari, prioritariamente attraverso la verifica dei sistemi di autocontrollo, lungo tutte le fasi produzione (controllo di filiera);
- la formazione e l'aggiornamento, soprattutto nei confronti dei soggetti che effettivamente realizzano a loro volta formazione e/o sistemi di autocontrollo;
- la sorveglianza delle tossinfezioni alimentari, attraverso indagini epidemiologiche mirate basate su uno specifico piano, da emanarsi con atto della Giunta regionale, e che attualmente è in fase sperimentale, sulla base di quanto intrapreso col precedente Piano sanitario regionale.

Le attività da realizzare anche con la collaborazione dei Dipartimenti provinciali ARPAT consistono in:

1. *controllo della produzione, della distribuzione e dell'uso dei prodotti destinati all'alimentazione animale, attraverso l'applicazione di sistemi che assicurino l'effettuazione omogenea e coordinata dei controlli sulla filiera e l'adeguamento e potenziamento del laboratorio chimico del dipartimento di Firenze dell'IZS;*
2. *profilassi delle zoonosi alimentari con adeguamento alle nuove emergenze sanitarie;*
3. *assicurazione sistema qualità latte;*

4. *assicurazione sistema qualità delle carni bovine: controllo degli allevamenti, degli impianti di macellazione e degli stabilimenti di trasformazione dei rifiuti d'origine animale, con particolare riferimento all'encefalopatia bovina spongiforme;*
5. *controllo sui prodotti alimentari d'origine non animale*, anche per i prodotti d'origine non animale deve essere garantito un controllo di filiera che inizia dalla coltivazione e che quindi pone particolare attenzione all'uso dei prodotti fitosanitari. La Giunta regionale ha già provveduto a definire un apposito programma di vigilanza sul commercio ed impiego di questi prodotti, mentre nel Piano alimenti si ritrovano le indicazioni per il controllo dei residui di fitosanitari negli alimenti. Sempre nel Piano alimenti sono inoltre previsti controlli mirati per quanto riguarda la ricerca di micotossine, di organismi geneticamente modificati ed il controllo della radioattività negli alimenti.
6. *monitoraggio sulla ristorazione pubblica e collettiva*, il mutamento delle abitudini alimentari, che portano sempre al consumo di pasti fuori casa, individuano nella ristorazione pubblica e collettiva dei punti critici del sistema per cui sempre nel Piano alimenti particolare attenzione viene riservata a questi settori, impegnando i servizi ad una vigilanza particolarmente stretta;
7. *igiene della nutrizione*, nel settore d'igiene della nutrizione è necessario prendere iniziative a tutto campo che comprendano la sorveglianza nutrizionale ed azioni incisive d'educazione alla salute in ambito nutrizionale. In effetti in materia d'igiene degli alimenti vi è già un'esperienza consolidata che rende più immediato l'approccio all'evoluzione normativa in materia di sicurezza alimentare, mentre per l'igiene nutrizionale l'approccio è decisamente innovativo. Perché l'azione di prevenzione sia efficace non è più possibile limitarsi all'elaborazione o revisione, su richiesta, delle tabelle dietetiche per le collettività (scuole, case di riposo, ecc.), ma è indispensabile sviluppare iniziative coordinate e programmate che partano da un sistema di sorveglianza nutrizionale per realizzare interventi di prevenzione delle patologie correlate con l'alimentazione.

Nell'attuale contesto le strutture organizzative di riferimento hanno il compito di promuovere scelte corrette e di operare in sinergia con i soggetti interessati, in particolare per le attività d'informazione ed educazione alla salute, è necessario il raccordo con le unità operative d'educazione alla salute.

Esse sono chiamate ad assolvere compiti ben definiti volti specificatamente alla *prevenzione nutrizionale*:

- sorveglianza nutrizionale in termini di raccolta dati epidemiologici e valutazione delle abitudini alimentari;
- interventi d'informazione ed educazione nutrizionale per la diffusione delle conoscenze di stili alimentari corretti e protettivi diretti alla popolazione generale e a gruppi di popolazione;
- attività informative per la diffusione delle linee guida per la prevenzione nutrizionale;
- interventi nutrizionali per la ristorazione collettiva: pre, disposizione, verifica e controllo sulle tabelle dietetiche, indagini sulla qualità nutrizionale dei pasti forniti e consulenza sui capitolati per i servizi di ristorazione con l'apporto tecnico di altre articolazioni;
- interventi nei settori produttivi e commerciali di competenza, per la promozione della qualità nutrizionale (etichettatura nutrizionale, dieta equilibrata, prodotti dietetici e per l'infanzia, rapporti favorevoli qualità nutrizionale/trattamenti di conservazione e produzione).

La Giunta regionale, al fine di realizzare una politica più efficace ed organica per la sicurezza alimentare, promuove il coinvolgimento di tutte le componenti attive nel settore specifico ed in particolare degli utenti e dei consumatori; a tale scopo, entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, costituisce la Consulta Regionale per la Sicurezza Alimentare (CRESA) per lo svolgimento dei seguenti compiti:

- promuovere e valorizzare, nell'ambito dello sviluppo sostenibile ed equilibrato delle risorse zootecniche, agricole ed ambientali, interventi specifici per un'alimentazione sana e sicura;
- formulare proposte per una politica alimentare strettamente integrata tra produttori e consumatori, al fine di garantire la qualificazione e la trasparenza dei prodotti e di favorire la consapevolezza delle scelte dei consumatori;

- stabilire contatti permanenti fra le diverse componenti istituzionali del settore e la filiera agrozootecnica per valutare i problemi emergenti, l'impatto conseguente all'applicazione delle normative nazionali e comunitarie, l'adozione di *standard* di miglioramento;
- promuovere la realizzazione e la diffusione di iniziative per lo sviluppo della ricerca, dell'innovazione e della qualificazione delle strutture operanti nel campo della sicurezza alimentare;
- favorire la raccolta guidata e l'analisi dei dati e delle conoscenze sull'evoluzione dei consumi alimentari e sull'identificazione dei rischi potenziali, per una loro valutazione e per fornire un'informazione completa e trasparente;
- supportare la Giunta regionale nello svolgimento delle proprie funzioni di programmazione, valutazione ed indirizzo.

Per lo svolgimento dei predetti compiti da parte della Consulta la Giunta regionale può avvalersi di personale delle aziende sanitarie e degli enti ed organismi del Servizio sanitario regionale, secondo le previsioni di cui al paragrafo 5.1.2..

### **5.3. AZIONI DI SVILUPPO E RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA**

#### **5.3.1. Progetti obiettivo di alta integrazione: le strategie socio sanitarie**

Nell'ambito della strategia regionale di promozione di un sistema integrato di interventi socio sanitari, i progetti obiettivo ad alta integrazione costituiscono parte integrante e nucleo fondamentale delle attività dei servizi socio-sanitari territoriali; la loro realizzazione avviene nell'ambito della nuova organizzazione, ove costituita, prevista per questi ultimi al paragrafo 2.2. e secondo la modalità operativa dei Piani integrati di salute, di cui al paragrafo 3.1.2., fatte salve le specificità di ciascun progetto e le necessarie connessioni ed implicazioni rispetto all'organizzazione delle strutture ospedaliere di secondo e di terzo livello.

Mediante i progetti obiettivo sono definite le strategie programmatiche specifiche per dare risposta completa ed unitaria ai bisogni complessi in essi rappresentati, secondo i principi dell'unitarietà d'intervento, del progetto personalizzato, della continuità assistenziale, della valutazione multiprofessionale del bisogno, della progettazione integrata delle risposte e della condivisione degli obiettivi, della valutazione partecipata degli esiti.

La metodologia di lavoro sarà orientata per progetti e la personalizzazione degli interventi diventerà strategia prioritaria per collegare, in modo qualitativo, i bisogni alle risposte, per migliorare l'accessibilità ai servizi, per unificare i punti d'accesso, per contrastare le disuguaglianze nell'accesso, per garantire tutela e accompagnamento ai soggetti deboli.

Gli indirizzi strategici contenuti nei progetti obiettivo del presente Piano sanitario regionale costituiscono elementi di riferimento per le azioni del Piano sociale regionale integrato, in modo da assicurare un sistema di *welfare* integrato nelle responsabilità e nelle risorse, in cui la Regione e i comuni, insieme con gli altri soggetti istituzionali e sociali presenti nel territorio, sono impegnati, con una sistematica capacità di dialogo e di collaborazione, a rispondere, il più efficacemente possibile, ai bisogni e ai diritti delle persone e delle comunità locali.

Le scelte finalizzate all'integrazione socio-sanitaria sono pertanto assicurate attraverso l'unitarietà del processo programmatico regionale, cui deve corrispondere l'azione unitaria a livello territoriale.

Attraverso gli strumenti individuati ai paragrafi 2.4 e 3.1.2, si passerà, nel prossimo triennio, da programmazioni parallele, sanitaria e sociale, alla predisposizione di un unico strumento di governo strategico degli interventi socio-sanitari nella zona/distretto, attraverso il quale fare la sintesi dei bisogni, delle risorse e delle risposte presenti nel territorio, a partire da una programmazione concertata tra i diversi soggetti istituzionali e sociali della comunità locale.

Gli indirizzi strategici, definiti ai paragrafi successivi in relazione ai singoli progetti obiettivo, si ricollegano alle strategie complessive dei progetti obiettivo del precedente Piano sanitario regionale. E' pertanto confermato l'impegno a sviluppare le azioni previste dalle indicazioni programmatiche del Piano sanitario regionale 1999-2001, salvo quanto indicato dalle specifiche linee di sviluppo espresse nei paragrafi che seguono. La Giunta regionale, nell'arco di vigenza del presente Piano sanitario regionale, delibera specifici indirizzi alle aziende unità sanitarie locali in merito all'organizzazione dei servizi, anche in riferimento alle innovazioni introdotte al paragrafo

2.2.7., al fine d'assicurare omogenea ed incisiva strategia aziendale nelle aree dei progetti obiettivo.

### **5.3.1.1. La salute degli anziani**

La salute degli anziani rappresenta una sfida del futuro, considerato l'allungamento della vita, particolarmente accentuato in Toscana, ed il rilevante uso di risorse e servizi sanitari nella terza età. Una visione "positiva" della salute degli anziani richiede un coinvolgimento diretto delle comunità locali, finalizzato a prevenire lo stato di non autosufficienza ed a permettere una vecchiaia serena nel proprio ambiente sociale. Una prima valutazione dei bisogni assistenziali della popolazione anziana toscana e dei servizi mette in luce l'opportunità di un intervento di coinvolgimento di nuovi soggetti, di razionalizzazione dell'uso delle risorse e di riqualificazione dei servizi.

Volere riconoscere e valorizzare il sostegno che in famiglia e nelle convivenze può essere offerto agli anziani, comporta offrire una serie di servizi e di aiuti destinati ad integrare il lavoro di cura (quotidianamente o per periodi di sollievo), a sostenere psicologicamente la persona, ad offrire risorse economiche, se necessarie, per far fronte ai maggiori impegni.

L'anziano non deve essere visto come soggetto passivo, ma, al contrario, deve esserne recuperato il ruolo, come memoria, come saggezza, come capacità di ridefinire le priorità dei valori all'interno della società, valorizzandone gli apporti in termini di creazione di sinergie e collaborazioni tra servizi, reti familiari, associazioni di auto e mutuo aiuto e volontariato.

In una logica analoga sono da valorizzare e sostenere le risorse, che la stessa comunità può mettere a disposizione, in particolare attraverso le associazioni ed i gruppi di volontariato, anche di volontariato composto da anziani, secondo principi di solidarietà inter ed intra-generazionali.

Le politiche, nei confronti della popolazione anziana, possono qualificarsi con programmi improntati ad una visione positiva dell'età anziana, promuovendo una cultura che valorizzi l'anziano come soggetto sociale in una società integrata e solidale, garantendo condizioni di maggiore equità nell'erogazione dei servizi.

I valori cui sono orientati gli interventi e le prestazioni socio-sanitarie integrate fanno riferimento a:

- il raggiungimento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio, attraverso la responsabilizzazione degli specialisti ospedalieri e dei medici di medicina generale nel percorso assistenziale;
- la garanzia della cura delle malattie delle persone anziane indipendentemente dalla loro tipologia, grado di cronicità ed intensità;
- il sostegno alle famiglie con anziani non autosufficienti bisognosi d'assistenza a domicilio, anche a tutela dell'autonomia della donna, sulla quale ricade la maggior parte dell'onere dell'assistenza;
- l'innovazione e diversificazione dell'offerta di servizi ed interventi integrati;
- il riconoscimento del diritto dell'anziano a scegliere i servizi e le prestazioni più adeguate.

I principi generali del programma regionale sono:

- la valorizzazione delle azioni di prevenzione della non autosufficienza e di contenimento della disabilità, anche mediante la riabilitazione e l'integrazione in una rete d'assistenza;
- l'universalità ed equità d'accesso ai servizi;
- l'appropriatezza e personalizzazione dell'offerta rispetto ai bisogni;
- il riequilibrio fra i settori dell'offerta;
- l'utilizzo della valutazione multidimensionale ed interdisciplinare della condizione della persona come strumento per l'individuazione dei suoi bisogni e la conseguente definizione del progetto personalizzato e la verifica periodica degli esiti;
- la migliore integrazione dei servizi sociali e sanitari sulla base dell'effettiva natura dei bisogni;

- la realizzazione del progetto assistenziale personalizzato mediante servizi, interventi e prestazioni integrate, collegate al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona;
- il rispetto, da parte dei soggetti titolari delle funzioni, del principio di unitarietà della cura e di gestione integrata degli interventi, al fine della prevenzione e del mantenimento della residua autonomia funzionale.

*a) Il programma per il triennio :*

- valorizzazione della prevenzione della non autosufficienza, soprattutto nei confronti degli “anziani fragili”;
- riorganizzazione delle strutture residenziali ed a regime diurno attraverso un più corretto rapporto fra funzione di supporto familiare, abitativo e sociale, assistenza a lungo termine, anche sanitaria, ed intervento sanitario propriamente detto per le fasi acute e sub-acute e per le fasi di non autosufficienza stabilizzata;
- ricollocazione delle prestazioni attualmente fornite impropriamente da strutture più strettamente sanitarie, per una più corretta risposta rispetto a bisogni di valenza prevalentemente sociale;
- diffusione, anche attraverso nuove forme d’affidamento dei servizi ai soggetti produttori privati, dell’assistenza a domicilio, anche in forma d’ospedalizzazione domiciliare, sviluppando il ruolo regolatore e programmatore del servizio pubblico e la partecipazione attiva dei comuni e delle comunità locali, nell’ambito delle zone–distretto;
- concorso integrato di competenze e risorse sociali e sanitarie secondo criteri definiti in riferimento ai principi posti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie);
- utilizzazione degli Accordi di programma tra aziende unità sanitarie locali e comuni e dei Piani integrati di salute per la coprogettazione degli interventi integrati nell’area della non autosufficienza;
- definizione dei criteri di partecipazione alla spesa, da parte della persona e della famiglia nella fruizione dei servizi e di interventi e prestazioni socio-sanitarie con riferimento all’istituto dell’I.S.E.E.

Per gli aspetti a maggior valenza “sociale”, la programmazione socio-sanitaria integrata di zona–distretto prevede anche misure ed interventi per promuovere:

- iniziative di volontariato o di utilità sociale, in particolare favorendo lo sviluppo dell’auto–mutuo–aiuto in tutte le aree di fragilità;
- la costituzione, d’intesa con le organizzazioni degli anziani, di un “servizio civile intergenerazionale” al fine di valorizzare gli apporti degli anziani;
- lo sviluppo, a sostegno della permanenza a domicilio degli anziani, di un sistema di trasporti, adeguati e fruibili, per facilitare la mobilità e l’autonomia nelle attività quotidiane.

L’individuazione degli interventi a livello locale si baserà sull’analisi dei bisogni, dei servizi erogati e del rapporto quantitativo bisogni/servizi, nonché sulle previsioni demografiche relative al periodo di riferimento del Piano sanitario regionale. Lo studio di questi aspetti rappresenta lo strumento per la realizzazione degli obiettivi, attraverso lo sviluppo degli strumenti specifici.

*b) Gli strumenti specifici per quanto riguarda le residenze:*

- diversificazione dell’offerta di prestazioni nelle residenze. S’intende favorire la diversificazione dell’offerta di residenza in tipologie corrispondenti alle categorie di bisogno, ed assicurare l’inserimento organico ed equilibrato in un’unica struttura, da denominarsi “Nuova residenza”, di più tipologie di servizi, individuati con riferimento a criteri definiti ai fini dell’accreditamento, per favorire la flessibilità delle prestazioni in relazione all’evoluzione della condizione e dei bisogni della persona e del relativo progetto assistenziale. Nelle “Nuove residenze” dovrà essere incentivata la disponibilità di posti dedicati alla funzione “di sollievo”, con durata d’accoglienza temporanea, in un

sistema di interscambio tra servizi domiciliari e residenziali all'interno del percorso assistenziale, a sostegno dell'azione della famiglia. Nella "Nuova residenza" sarà privilegiata, il più possibile, la cultura sociale del servizio ed il modello d'organizzazione familiare degli ambienti;

- sistema di remunerazione. Sarà orientato sulla base dell'effettivo consumo di risorse, in relazione al programma assistenziale individuale;
- riorganizzazione interna dell'utenza. Dovranno essere incentivate le forme di residenza ad alta intensità sociale, al fine di allargare questo tipo d'offerta e ridurre le risposte inappropriate;
- riassorbimento della domanda in eccesso. In adeguamento alle tendenze demografiche, sarà previsto, se necessario, un ampliamento contenuto delle disponibilità d'accoglienza nelle "Nuove residenze" ed, eventualmente, di tipologie particolari di soddisfacimento dei bisogni, come gli ospedali di comunità ed i centri diurni, con contestuale riassorbimento di ricoveri "impropri", soprattutto in lungodegenza.

*c) Gli strumenti specifici per quanto riguarda l'assistenza domiciliare (ADI ed AD):*

- adeguamento quantitativo. S'intende qualificare il ruolo del servizio pubblico, soprattutto in funzione di coordinamento e controllo di qualità, con sviluppo di un'offerta di servizi da ampliare anche attraverso il concorso del privato imprenditore e "non profit", salvaguardando il principio dell'universalità d'accesso, nell'ambito di quanto indicato al paragrafo 2.2;
- adeguamento qualitativo. Dovrà essere avviato il processo di valorizzazione e d'accreditamento dei servizi domiciliari pubblici e privati, volto ad identificare i parametri strutturali ed organizzativi di riferimento per la realizzazione a domicilio dei programmi assistenziali individuali.

*d) Le Unità di Valutazione Geriatrica (UVG):*

- le unità di valutazione geriatrica presenti in ogni zona-distretto e/o presidio territoriale, intese come gruppo interdisciplinare cui partecipano i medici di medicina generale, gli specialisti geriatri e le competenze a carattere sociale, a seguito di un processo di riqualificazione e formazione, sono incaricate della definizione ed avvio del programma assistenziale individuale, concertato con il cittadino, la famiglia ed il medico curante, nonché della verifica periodica degli esiti del percorso assistenziale. Nell'ambito della UVG di competenza viene individuato per ciascun cittadino/a anziano utente l'operatore responsabile del suo programma assistenziale. Per quanto riguarda l'Alzheimer e le altre forme di demenza, l'UVG s'avvale, se necessario, della consulenza dei Centri specialistici di valutazione e diagnosi Alzheimer (UVA).

*e) Gli strumenti specifici per quanto riguarda la prevenzione della non autosufficienza:*

- avvio di programmi per un migliore inserimento ambientale e sociale degli anziani nelle comunità locali, soprattutto nella fase di "fragilità";
- avvio di programmi di controllo di qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie rivolte ad anziani con patologia acuta (frattura di femore, ictus, scompenso cardiaco e respiratorio, infarto), col fine di contenimento degli esiti invalidanti, mediante l'identificazione di adeguati percorsi assistenziali.

*f) Gli impegni nel triennio*

- la Giunta regionale, entro sei mesi dall'approvazione del Piano sanitario regionale, sentito il Consiglio sanitario regionale, delibera gli atti amministrativi necessari per l'avvio di quanto sopra, comprensivi degli obiettivi quantitativi e qualitativi, della definizione delle modalità organizzative e delle risorse economiche e gestionali, avvalendosi dell'ARS per quanto attiene la base conoscitiva e l'articolazione tecnica del Piano sanitario regionale. L'ARS, in collaborazione con il Dipartimento del diritto alla salute e con le altre professionalità utili, elabora il documento tecnico di supporto agli atti quale base per la costruzione della proposta organizzativa e per gli strumenti di valutazione. La realizzazione dell'azione prevede una fase di sperimentazione in alcune realtà, finalizzata a verificare, nella

pratica, l'effetto delle misure adottate ed una fase di implementazione estesa a tutto il territorio regionale, nell'arco del triennio, anche con interventi di riabilitazione cognitiva.

### **5.3.1.2. La salute mentale**

Il triennio del Piano sanitario regionale 1999-2001 si è caratterizzato per il consolidamento dei servizi territoriali per la salute mentale, in particolare per gli adulti e per la conclusione del processo di superamento degli ospedali psichiatrici.

La rete dei servizi è stata orientata ad assicurare assistenza soprattutto ai malati più gravi, a sviluppare interventi di tipo terapeutico-riabilitativo, con particolare attenzione all'area lavoro, ad avviare un rapporto d'integrazione con i servizi sociali dei comuni, a sperimentare una nuova forma organizzativa più idonea a garantire la continuità dei percorsi assistenziali e l'apporto integrato delle professionalità.

Le esperienze più significative hanno evidenziato l'importanza di una collaborazione attiva con le associazioni dei familiari e con i gruppi di auto-aiuto degli utenti, cui va riconosciuto il valore fondamentale di risorsa della comunità sociale a fianco dei servizi.

A fronte di una generalizzata crescita della domanda di interventi per la salute mentale, che evidenzia il diffondersi di situazioni di malessere sociale e di disagio psichico sia nell'infanzia e negli adolescenti, sia nella popolazione adulta, si rende necessaria un'azione di verifica sulla situazione epidemiologica e una riflessione sulla congruità dell'assetto dei servizi rispetto ai bisogni rilevati, avendo come orientamento la scelta di sostenere il processo di cambiamento avviato e la volontà di consolidare le azioni dirette a promuovere particolarmente:

- la prevenzione dei disturbi e la cura dei gruppi a rischio, in un'ottica di promozione della salute della popolazione;
- la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone con disturbi mentali, comprese quelle che soffrono in solitudine (i non collaboranti), attraverso interventi nel territorio in collaborazione con le associazioni dei familiari, degli utenti, del volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali;
- il diffondersi di atteggiamenti di maggiore solidarietà verso le persone che soffrono di disturbi mentali e il superamento dei pregiudizi verso questo tipo di disagio.

In tal senso si confermano le strategie complessive per la tutela della salute mentale, definite con il progetto obiettivo contenuto nel Piano sanitario regionale 1999-2001 e gli impegni delle aziende unità sanitarie locali di dare piena attuazione alle indicazioni programmatiche contenute nel predetto progetto obiettivo.

#### *a) Linee di sviluppo nel triennio:*

- 1) assicurare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e promuovere la finalizzazione sinergica delle risorse in un'azione coordinata e condivisa tra aziende unità sanitarie locali e comuni, con il contributo di volontariato, auto-aiuto e terzo settore;
- 2) proporre un nuovo rapporto con la comunità civile nelle sue componenti fondamentali, mirato a promuovere la crescita della solidarietà e delle azioni di inclusione, anche attraverso l'esperienza di specifiche progettualità (specifiche azioni nei piani sociali di zona, progetti sperimentali di prevenzione primaria, patti territoriali per la salute mentale, affidi etero familiari);
- 3) favorire la partecipazione degli utenti e dei familiari, degli operatori e delle associazioni, che operano nel campo del diritto alla salute, attraverso il riconoscimento di un Comitato di salute mentale;
- 4) potenziare l'azione di sostegno alle famiglie attraverso l'istituzione di servizi d'ascolto e d'informazione con linee telefoniche dedicate in ogni centro di salute mentale. Rilevata troppo debole la rete di protezione organizzata attorno alle famiglie al cui interno è presente un componente, che soffre di patologie psichiatriche, sarà attivata un'azione specifica, particolarmente nei casi più gravi, per sostenere il carico che la famiglia gestisce, orientandola nel suo ruolo ai fini del percorso terapeutico riabilitativo del paziente ed evitando la compromissione dello stato di salute degli altri componenti della famiglia stessa;

- 5) affrontare in modo sistematico i temi della promozione della salute mentale e della prevenzione, agendo non solo sull'individuo, ma anche attraverso strategie a lungo termine nelle strutture di comunità (scuole, luoghi di lavoro, luoghi di aggregazione), sviluppando nuove metodologie di lavoro integrato con le strutture organizzative, che operano per l'educazione sanitaria e in stretta collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta; in questa ottica assumono particolare rilevanza i servizi per l'età evolutiva, che, attraverso il loro consolidato rapporto con le strutture educative per l'infanzia e con la loro capacità di presa in carico precoce, globale ed unitaria dei pazienti con patologia neurologica, psichiatrica, psicologica e neuropsicologica, costituiscono il principale strumento di prevenzione primaria e secondaria.
- 6) riqualificare il sistema dei servizi di residenzialità, con orientamento a:
  - sviluppare l'articolazione in strutture residenziali di differente intensità assistenziale e con varia caratterizzazione dell'intervento per specificità di tipologia degli utenti, anche nell'ambito della definizione e valorizzazione delle attività assistenziali territoriali, di cui al paragrafo 2.2.4., sulla base di principi d'appropriatezza dell'offerta rispetto ai bisogni;
  - ampliare la gamma delle soluzioni di residenzialità con utilizzo anche di forme abitative protette, case famiglia, in un rapporto di cooperazione con le potenzialità offerte dal privato sociale, come previsto al paragrafo 2.2.;
  - stimolare la "mobilità" degli utenti all'interno delle strutture secondo le esigenze del percorso terapeutico riabilitativo fino al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile, contrastando ogni forma di "nuova istituzionalizzazione";
  - sviluppare progetti sperimentali di costituzione in ogni azienda di strutture anche sovrazionali sul modello della comunità terapeutica ad alta intensità assistenziale ed ad alto turn over, per piccoli numeri di utenti con disturbi gravi distinte per giovani adulti e per minori adolescenti;
- 7) ricondurre a maggiore appropriatezza il ricorso alla funzione di ricovero nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura, in termini di quantità e di durata, con utilizzo di idonee soluzioni residenziali alternative;
- 8) rafforzare gli interventi volti all'infanzia e adolescenza, con particolare attenzione alle patologie emergenti (disturbi alimentari psicogeni, "doppia diagnosi"), anche attraverso forme di coordinamento tra i servizi esistenti, e ricercare specifiche soluzioni residenziali e terapeutiche per la gestione delle situazioni di crisi psichiatrica acuta in utenti adolescenti in alternativa al ricovero;
- 9) rafforzare il ruolo e la consapevolezza dei servizi per un'azione responsabile a tutela della salute mentale mediante:
  - la definizione dell'assetto organizzativo secondo i criteri enunciati dalla l.r. 22/2000 e dal progetto obiettivo richiamato, con particolare riferimento alla:
    - conferma del dipartimento di coordinamento tecnico per la salute mentale (DSM), quale supporto alla direzione aziendale e strumento di governo per un'azione strategica dell'azienda sulla salute mentale;
    - costituzione, con effettiva attribuzione del personale con profilo professionale adeguato, delle unità funzionali, sia per gli adulti che per l'infanzia-adolescenza, che vengono integrate nell'ambito della zona-distretto di cui al paragrafo 2.2.;
  - lo sviluppo di interventi costanti di riqualificazione professionale degli operatori;
  - il rafforzamento della collaborazione, per quanto riguarda l'infanzia, con la rete pediatrica regionale, anche attraverso specifici protocolli per la gestione dei casi neurologici e psichiatrici, che necessitino di opportuni approfondimenti diagnostici presso le strutture ospedaliere;
  - la diffusione della collaborazione con le cliniche universitarie per la gestione dei servizi, secondo gli indirizzi già forniti nel progetto obiettivo e nel rispetto del protocollo con l'Università, con l'assunzione, da parte delle cliniche universitarie, di un ruolo attivo con responsabilità assistenziale nei confronti di ambiti territoriali definiti, anche al fine d'assolvere alla funzione didattica e formativa.

b) *Gli impegni della Giunta regionale:*

- attivare, avvalendosi della collaborazione dell'ARS, e del supporto del coordinamento dei Dipartimenti di salute mentale e dell'Università, la valutazione epidemiologica dei bisogni e della risposta dei servizi, finalizzata ad una revisione dell'appropriatezza e della dotazione di servizi e delle risorse necessarie;
- ridefinire i criteri per la classificazione delle strutture residenziali per la salute mentale in riferimento ai livelli d'intensità assistenziale e alla caratterizzazione sanitaria o socio-sanitaria della struttura, in coerenza con i processi autorizzativi e d'accreditamento delle strutture e dei servizi che operano nelle materie dell'alta integrazione di cui al paragrafo 3.2.4;
- definire standard di riferimento per i servizi della salute mentale per l'infanzia e adolescenza anche tenuto conto delle esperienze realizzate nel triennio di vigenza del precedente Piano sanitario regionale;
- promuovere l'omogeneo raggiungimento su tutto il territorio regionale dei parametri strutturali e di personale previsti dal precedente Piano sanitario regionale.
- emanare apposite direttive sull'organizzazione e sui parametri di riferimento per i servizi di ricovero ospedaliero;
- fornire specifici indirizzi alle aziende unità sanitarie locali in ordine all'assetto organizzativo dei servizi per la salute mentale, anche in riferimento al paragrafo 2.2.7., al fine di individuare le modalità più idonee per assicurare una omogenea ed incisiva strategia aziendale per la salute mentale.

### **5.3.1.3. La disabilità.**

In Toscana le politiche assistenziali per le persone disabili portatrici di handicap hanno registrato un forte sviluppo ed articolazione, in riferimento alla differenziazione dei bisogni. Anche alla luce delle indicazioni contenute nell'atto di indirizzo e coordinamento sulla integrazione socio-sanitaria di cui al d.p.c.m. 14 febbraio 2001, attualmente è necessario portare a compimento l'attivazione del sistema di servizi, ma anche aggiornare gli obiettivi, le strategie e gli strumenti organizzativi definiti dal precedente Piano sanitario regionale e dagli accordi che hanno caratterizzato la definizione del modello Toscano dei servizi alle persone disabili.

La Regione garantisce il diritto di condurre un'esistenza libera e dignitosa a tutte le persone affette da tutte quelle patologie che comportino, anche in via temporanea, significative riduzioni dell'autosufficienza e necessità continuativa di prestazioni ospedaliere.

A tal fine, inserisce tra gli obiettivi della pianificazione sanitaria: la promozione di campagne di prevenzione specificatamente orientate a fasce di utenza sopraesposte all'insorgenza delle suddette patologie; l'attuazione di strategie educative per il mantenimento dell'autonomia e dell'autosufficienza residua unitamente all'eventuale recupero degli esiti invalidanti; la realizzazione di un sistema di servizi di assistenza domiciliare integrata e di ospedalizzazione domiciliare che consenta la permanenza del malato/a nel contesto affettivo e sociale di riferimento e la valorizzazione di tutte le sue potenzialità e capacità.

a) *Linee programmatiche*

Confermando l'obiettivo di finalizzare gli interventi al raggiungimento della massima autonomia d'integrazione della persona disabile nel contesto familiare e nella vita sociale, è necessario dare completa attuazione alla legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72 (Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati) per quanto concerne i percorsi d'inserimento lavorativo, scolastico e sociale ed assicurando le necessarie forme d'integrazione e coordinamento con quelle più propriamente assistenziali e riabilitative

Occorre a tal fine aggiornare i criteri di valutazione dei bisogni, dalla fase d'accertamento a quella progettuale e differenziare il ventaglio dell'offerta con particolare attenzione alla sua appropriatezza rispetto alla domanda.

Principi fondamentali di riferimento sono:

- assicurare la *presa in carico* del soggetto in funzione della unitarietà dell'intervento;
- dare continuità al percorso assistenziale attraverso l'individuazione di specifiche responsabilità degli operatori;

- ridefinire le modalità di compartecipazione sanitaria e sociale in relazione ai centri assistenziali diurni, alla luce dell'Atto di indirizzo di cui al d.p.c.m.14 febbraio 2001, secondo i criteri definiti al paragrafo 3.2.4.;
- coordinare i servizi ai quali la persona disabile intende accedere, per garantire la piena realizzazione del piano individuale di recupero ed inserimento;
- rivedere i requisiti organizzativi e dimensionali delle strutture residenziali e semiresidenziali in ordine alle loro finalità riabilitative e sociali;
- definire le modalità di valutazione del grado di raggiungimento dei risultati e della qualità degli interventi;
- garantire la riabilitazione del disabile in forme appropriate per mantenere e potenziare le sue capacità residue, limitando le inevitabili complicità;
- promuovere l'applicazione delle normative regionali sul superamento delle barriere architettoniche e per facilitare la mobilità dei soggetti disabili.

#### *b) Impegni per il triennio*

Le aziende unità sanitarie locali si impegnano a:

- confermare gli organi tecnici gruppo operativo interdisciplinare funzionale e gruppo operativo multidisciplinare (GOIF, GOM), le procedure e gli strumenti d'intervento progetto abilitativo riabilitativo globale (PARG) previsti dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) e dal progetto obiettivo "handicap" 1999-2001;
- rivedere la struttura funzionale di coordinamento e gestione operativa dei piani assistenziali individuali, per garantire l'apporto sinergico delle distinte competenze professionali, il collegamento organico tra prestazioni sociali e sanitarie ed il rapporto organico tra il momento gestionale e quello di programmazione e destinazione delle risorse a livello di zona-distretto;
- individuare percorsi assistenziali in ordine alle disabilità croniche con ridefinizione dei servizi d'assistenza residenziale e diurna;
- assicurare l'assistenza domiciliare e promuovere, dove possibile, la vita indipendente del cittadino disabile, sinergicamente con gli interventi sociali previsti nelle azioni del Piano regionale integrato sociale 2001 per la vita indipendente e il "dopo di noi"; saranno valorizzate modalità, anche sperimentali, d'offerta di prestazioni economiche equivalenti alla quota sanitaria dei servizi residenziali, alternative, su scelta dell'interessato, ai servizi residenziali medesimi, al fine di favorire il mantenimento alla vita autonoma a domicilio dei soggetti disabili riconosciuti gravi.

La Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del presente Piano sanitario regionale, adotta i provvedimenti di seguito indicati:

- direttive per la ridefinizione del sistema dei servizi a favore dei disabili, in riferimento ai criteri e agli indirizzi contenuti nel d.p.c.m. 14 febbraio 2001 sull'integrazione socio sanitaria e ai livelli d'assistenza socio sanitaria, di cui all'allegato 3;
- disposizioni in ordine ai processi autorizzativi e d'accreditamento per le strutture e i servizi assistenziali pubblici e privati per disabili, con l'identificazione di parametri strutturali ed organizzativi di riferimento, idonei alla realizzazione dei programmi individuali d'assistenza e d'inserimento e reinserimento sociale, con riferimento alle indicazioni di cui al paragrafo 3.2.4.6.

#### *c) La disabilità neuropsichica.*

La disabilità neuropsichica richiede considerazioni particolari sia per le peculiarità della patologia che per la tradizione di solidarietà che caratterizza la Regione Toscana. Nell'ambito della disabilità neuropsichica la Regione Toscana riconosce la specificità della disabilità intellettiva, in quanto essa incide in maniera pesante su tutte le abilità personali e quindi sull'autonomia e capacità di rappresentarsi dell'individuo. Negli ultimi anni è stata utilizzata la metodologia della concertazione con le associazioni e le fondazioni non profit che, storicamente, hanno costituito la rete dei servizi in favore delle persone disabili. Attraverso una serie di accordi è iniziata l'azione di qualificazione e diversificazione dei

servizi, fermo restando le necessarie collaborazioni con l'U.F. infanzia e adolescenza di cui al paragrafo 5.3.2.8., lettera c), innalzando i livelli qualitativi degli stessi in un quadro programmatico e di risorse economiche definite.

La scelta d'assicurare alle persone con grave disabilità interventi qualificati per tutta la vita, in linea con i principi di solidarietà sociale e con quanto ormai consolidato a livello scientifico, ha consentito alla Regione Toscana, diversamente da altri modelli regionali, di garantire anche agli interventi a durata indeterminata, le risorse tecnico professionali proprie della fase di riabilitazione estensiva.

Nel quadro delineato occorrono ulteriori interventi tra cui il passaggio delle residenze assistenziali per disabili ad una fase d'accreditamento e la sperimentazione del modello di Comunità Alloggio, procedendo, parallelamente, all'adeguamento e classificazione dei servizi sorti sulla base delle precedenti normative.

All'interno di questi indirizzi gli accordi sviluppati tra la Regione, le aziende unità sanitarie locali e il coordinamento dei centri di riabilitazione hanno portato questi ad essere partner riconosciuti e pienamente inseriti nella rete dei servizi delle aziende unità sanitarie locali, consolidando la continuità dei medesimi ed i relativi legami territoriali. La Giunta regionale, entro tre mesi dalla vigenza del Piano sanitario regionale, adotta gli schemi di percorso assistenziale per la persona disabile.

#### **5.3.1.4. La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze**

Le problematiche correlate ai consumi di sostanze stupefacenti e psicotrope di vario genere interessano fasce consistenti di popolazione e sono caratterizzate da una continua evoluzione rispetto all'entità e varietà dei prodotti utilizzati, che determina un mutare dei fenomeni di uso, abuso e dipendenza.

Le variazioni più significative emerse in questi anni sono correlate ai seguenti aspetti:

- la maggiore disponibilità sul mercato di alcune sostanze psicotrope;
- l'aumento del consumo di sostanze ad effetto stimolante;
- la diminuzione dell'età d'esordio del consumo;
- l'innalzamento dell'età media dei tossicodipendenti da eroina in carico ai servizi;
- l'aumento di utenti extracomunitari;
- il nuovo emergere delle problematiche alcolcorrelate;
- il riconoscimento della natura di dipendenza del tabagismo e l'accresciuta consapevolezza della sua centralità in termini di salute;
- la comparsa di altre forme di dipendenza patologica non correlate all'uso di sostanze.

Ne deriva la necessità di aggiornare costantemente le azioni per far fronte allo sviluppo dei problemi presenti. In tal senso il Piano sanitario regionale 1999-2001 aveva promosso il potenziamento degli interventi di prevenzione e lo sviluppo di azioni su tutte le forme di dipendenza, nonché il rafforzamento del modello di "rete" dei servizi, anche per assicurare la sinergia tra servizio pubblico e privato sociale.

##### *a) Le linee strategiche per il triennio 2002/2004.*

In un'ottica di continuità con il precedente Piano sanitario regionale, le linee strategiche di sviluppo sono le seguenti:

- riqualificazione e diversificazione dell'intervento dei servizi per le dipendenze in relazione all'evolversi del fenomeno, sviluppando a tal fine una modalità di lavoro per progetti secondo criteri d'adeguatezza e congruenza ai bisogni e di razionalità nell'impiego delle risorse;
- potenziamento dell'integrazione tra interventi sociali e sanitari e del raccordo tra gli atti di programmazione dei comuni e delle aziende unità sanitarie locali, anche attraverso l'utilizzo delle risorse derivanti dal Fondo nazionale per politiche sociali. Le azioni progettuali nelle dipendenze, da svilupparsi da parte delle aziende unità sanitarie locali, in particolare attraverso la loro articolazione in zone-distretto, degli Enti locali e del privato sociale, dovranno essere definite con lo strumento dei Piani integrati di salute di cui al paragrafo 3.1.2., nel quadro dell'integrazione e qualificazione dei servizi territoriali di cui al paragrafo 2.2.;

- consolidamento del rapporto di collaborazione tra pubblico e privato, in un sistema di rete dei servizi, nel rispetto delle rispettive funzioni e competenze secondo i principi enunciati nel Patto di collaborazione tra Regione Toscana e il Coordinamento degli Enti ausiliari della Regione Toscana – CEART – sottoscritto in data 24 novembre 1998;
- sviluppo di interventi di prevenzione sugli stili di vita e di promozione della salute mirati per l'età adolescenziale, in sinergia con le varie istituzioni che quotidianamente operano per i giovani;
- diffusione delle iniziative già avviate per la prevenzione ed il contrasto del consumo di droghe legali ed illegali all'interno delle discoteche, anche attraverso protocolli d'intesa con il sindacato imprenditori locali da ballo (SILB);
- ampliamento della tipologia delle offerte assistenziali all'interno dei rapporti convenzionali tra aziende unità sanitarie locali e soggetti privati, con riferimento alle indicazioni dell'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999 sui requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso, in un rapporto di integrazione con le potenzialità offerte dal privato sociale, come previsto al paragrafo 2.2;
- sviluppo delle azioni sociali di sostegno ai programmi di riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti e degli interventi finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo;
- completa realizzazione della rete informativa dei servizi pubblici, del privato sociale e dei centri di documentazione sulle dipendenze, per poter porre in atto una costante attività d'osservazione epidemiologica, in collaborazione con l'ARS per orientare le scelte della programmazione regionale e territoriale;
- consolidamento nelle aziende unità sanitarie locali dei servizi per le dipendenze attraverso:
  - l'apposito dipartimento di coordinamento tecnico a livello aziendale, già previsto dal precedente Piano sanitario regionale, come strumento propositivo e di raccordo delle esperienze territoriali a supporto delle scelte strategiche dell'azienda per l'azione di contrasto alle dipendenze;
  - l'effettiva attivazione delle unità funzionali Sert per assicurare lo svolgimento delle attività di competenza dei servizi in ogni zona-distretto, con la relativa definizione e valorizzazione dei programmi assistenziali individuali, di cui al paragrafo 2.2.;
- sviluppo di azioni specifiche per alcune aree di attenzione quali:
  - tabagismo occorre intervenire, soprattutto nella fascia di popolazione giovanile, nell'ambito delle iniziative previste dall'azione di cui al paragrafo 5.2.1. e sulla base di specifici indirizzi alle aziende sanitarie impartiti dalla Giunta regionale in attuazione della delibera del Consiglio regionale 16 gennaio 2000, n. 3 (Programma di educazione, informazione e intervento anno 2001 per la prevenzione primaria e secondaria dei rischi derivanti dal fumo di tabacco di cui all'articolo 5 e 6 della l.r. 7 agosto 1996, n.65) con la deliberazione della Giunta regionale del 6 agosto 2001, n. 937 (Indicazioni operative per la prevenzione primaria e secondaria del tabagismo e dei rischi derivanti dal fumo di tabacco);
  - alcool in tale ambito occorre riqualificare e riorganizzare la rete dei servizi, sia sul territorio, sia in relazione alle funzioni del Centro alcolico regionale, per assicurare un'azione adeguata anche con riferimento alle nuove normative nazionali, sviluppando gli interventi di tipo assistenziale e le attività di ricerca, di formazione e di analisi epidemiologica. Occorre inoltre, promuovere interventi di educazione per una maggiore consapevolezza nella popolazione al fine di prevenire i danni causati dall'eccessivo consumo di alcool intervenire per ridurre i rischi alcol correlati in relazione alle abitudini di vita in specifici ambienti favorire un approccio coordinato tra i soggetti che operano a vario titolo sui problemi alcol correlati, per assicurare una rete di protezione alla quale concorrano i servizi sanitari e sociali, i gruppi di volontariato e dell'auto aiuto;
  - carcere in tale ambito occorre favorire e promuovere progetti riabilitativi volti al reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti tossico e alcol dipendenti, nonché sviluppare il processo di qualificazione dei servizi per assicurare in ambito penitenziario livelli di assistenza analoghi a quelli garantiti ai tossicodipendenti e

- agli alcol dipendenti, che vivono in stato di libertà, secondo quanto previsto nell'azione di cui al paragrafo 5.3.1.7. del presente Piano sanitario regionale;
- marginalità sociali vanno assicurati percorsi terapeutici e assistenziali per i tossicodipendenti senza fissa dimora, stranieri extracomunitari, nomadi o che comunque non si sono mai presentati ai servizi, al fine di intervenire sul cosiddetto "sommerso";
  - soggetti con "Doppia Diagnosi" (soggetti affetti da comorbidità psichiatrica e problemi di dipendenza da più di una sostanza) definire strumenti e percorsi di cura adeguati ad affrontare la complessità del problema attraverso l'esperienza maturata nei progetti sperimentali realizzati nel triennio e tramite la diffusione sul territorio di servizi finalizzati a tali problematiche;
  - tossicodipendenza femminile, maternità e infanzia gli impegni sono rivolti a diffondere le informazioni circa gli effetti indotti sul feto dal consumo di sostanze d'abuso in gravidanza, a favorire l'accesso delle donne ai servizi con modalità di accoglienza attente alla specificità femminile, a sviluppare l'epidemiologia sulle condizioni di maternità e genitorialità in situazione di tossicodipendenza per consentire un orientamento ai servizi, ad avviare un sistema di monitoraggio delle situazioni problematiche a rischio per la salute e per l'integrità psicopatologica dei minori ; a promuovere la sperimentazione di un modello operativo di rete di facile accessibilità volto alla tutela della salute del minore e della famiglia in grado di intervenire in modo coordinato sin dal momento in cui si manifesta la gravidanza.

*b) Gli impegni per il triennio.*

La Giunta regionale, nel triennio del Piano sanitario regionale, provvede a:

- dare attuazione all'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999, con emanazione di apposite disposizioni, in coerenza con le normative regionali, per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso e per l'adeguamento funzionale e strutturale delle comunità terapeutiche;
- aggiornare, sentito il Consiglio sanitario regionale, le disposizioni inerenti l'assetto organizzativo e funzionale dei servizi per le problematiche di alcoldipendenza e alcolcorrelate, già definite con la deliberazione del Consiglio regionale del 15 settembre 1998, n. 281 (Azione programmata: organizzazione dei servizi alcologici), alla luce delle esigenze emerse e delle indicazioni contenute nella legge 30 marzo 2001, n.125 (Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati);
- ridefinire nel suddetto ambito normativo le funzioni ed i compiti dei servizi territoriali e del Centro alcologico regionale.

### **5.3.1.5. L'assistenza materno infantile**

Il precedente Piano sanitario regionale 1999/2001 ha affrontato, con il progetto obiettivo "Salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza", le tematiche complessive dell'area "materno infantile", con particolare attenzione all'età adolescenziale, con l'intento di promuovere la salute della persona nel suo naturale percorso di crescita sia sul piano preventivo e sociale, sia mediante un'adeguata e qualificata copertura sanitaria.

Gli orientamenti espressi in ordine agli obiettivi e alle strategie generali, nonché al ruolo e alle funzioni della rete dei servizi nelle sue componenti fondamentali, risultano tutt'ora validi e vengono pertanto confermati. Si rende tuttavia necessario riorientare l'azione delle aziende sanitarie su alcuni aspetti di rilievo, per adeguarla agli elementi emersi nel triennio e per sollecitare l'attuazione di interventi non ancora sufficientemente realizzati.

L'area della salute materno-infantile presenta alcune specificità di cui è necessario tenere conto nell'organizzazione dei servizi e dell'assistenza sanitaria.

Gravidanza, parto, allattamento, infanzia e adolescenza rappresentano situazioni delicate e particolari nella vita di una persona, ma non (tranne che in rari casi) patologiche. E' importante che l'interazione con i servizi sanitari, tradizionalmente rivolti verso la patologia, non ne stravolga il

significato. L'assistenza, sia in termini di programmi di diagnosi che di trattamenti, deve quindi essere modulata nel rispetto della natura fisiologica di questi eventi e saper cogliere e trattare tempestivamente la patologia, senza portare ad una medicalizzazione indiscriminata e non necessaria.

L'interazione con i servizi sanitari in momenti così sensibili della vita può rappresentare un'utile occasione d'educazione alla salute e di prevenzione. Anche nel caso di patologia rilevante, è importante rispettare sempre le necessità particolari dell'età pediatrica e dell'adolescenza, facendo un ridotto ricorso all'ospedalizzazione (privilegiando ricoveri brevi, di Day-Hospital e Day-Surgery, e prestazioni ambulatoriali) e assicurando la presenza dei genitori vicino al bambino (anche neonato) senza ostacoli non necessari o limiti di tempo lo spazio per il gioco e, compatibilmente con le condizioni cliniche, la continuità nel lavoro scolastico.

#### *Le linee programmatiche per il 2002/2004 suddivise per aree di intervento*

##### *a) Il percorso nascita.*

I bassi livelli di natalità, con l'aumento dell'età materna al parto, pur in presenza di tassi di natimortalità e mortalità neonatale e infantile contenuti, rendono tuttora il "percorso nascita" un'area prioritaria. Molte donne avranno soltanto un figlio nell'arco della loro vita, le aspettative di salute sono molto elevate, sono ormai acquisite scientificamente le evidenze sulla relazione tra salute neonatale, prenatale e livello di salute e di mortalità nell'adulto e nell'anziano: garantire uno sviluppo ottimale in epoca perinatale rappresenta quindi un investimento a lungo termine per la salute della popolazione.

Le linee di sviluppo per il triennio sono:

- potenziare gli interventi di prevenzione con particolare riguardo 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;
- completare il processo di riorganizzazione e riqualificazione della rete dei "punti nascita", con riferimento ai criteri e agli standard indicati dal precedente Piano sanitario regionale e ai requisiti previsti per l'accreditamento;
- migliorare l'assistenza al parto con orientamento a:
  - sviluppare gli interventi volti all'umanizzazione dell'assistenza, all'organizzazione degli spazi e delle relazioni;
  - sviluppare l'analgesia del parto nell'ambito del progetto "ospedale senza dolore";
  - monitorare il ricorso al taglio cesareo e ridurre l'utilizzo improprio, promuovendo il parto naturale,
  - sviluppare gli interventi d'assistenza e di sostegno alla donna nella fase puerperale;
- sviluppare azioni d'educazione alla salute e di prevenzione, con particolare attenzione a:
  - sostenere e promuovere l'allattamento al seno;
  - diffondere informazioni e assumere gli interventi necessari per la prevenzione della SIDS (morte in culla), con l'apporto di un apposito gruppo di progetto, da costituirsi con il coordinamento dell'ospedale Meyer;
  - sostenere attività di prevenzione basate, su chiare prove di efficacia e di follow-up di soggetti a rischio cardio-vascolare della patologia neuropsichiatria ed il monitoraggio dell'ipertensione in età giovanile;
- rafforzare i servizi per l'emergenza urgenza, privilegiando gli interventi di "trasporto in utero".

##### *b) L'assistenza pediatrica*

Obiettivo generale del triennio è l'effettiva messa "in rete" e la razionalizzazione delle risorse, orientate al miglioramento globale della qualità dell'assistenza pediatrica sull'intero territorio regionale, attraverso le seguenti linee di sviluppo:

- consolidare la rete pediatrica regionale ospedaliera quale importante strumento di formazione e aggiornamento professionale, attraverso azioni volte a:

- favorire l'erogazione delle prestazioni sanitarie di base e di maggiore frequenza in maniera diffusa sul territorio regionale per facilitare l'accesso degli utenti;
- individuare le strutture per l'erogazione delle prestazioni di secondo e terzo livello secondo criteri di qualificazione e grado di specializzazione delle stesse, con particolare riferimento a quelle delle aziende ospedaliere regionali per quanto riguarda il coordinamento di area vasta, in accordo con le previsioni di cui al paragrafo 2.4.2;
- promuovere un razionale utilizzo delle tecnologie più complesse e costose prevedendo, in ogni caso, che l'istituzione di nuovi servizi pediatrici di secondo e terzo livello sia orientata al soddisfacimento di reali bisogni assistenziali, anche sulla base di accurate rilevazioni epidemiologiche, tenendo in considerazione le esigenze di sviluppo dell'azienda ospedaliera pediatrica regionale Meyer ed i servizi già esistenti a livello regionale, previa apposita valutazione nell'ambito della concertazione d'area vasta, con l'obiettivo di garantire, in ambito regionale, adeguata risposta ai bisogni di salute dell'età pediatrica e di ridurre a livello fisiologico la mobilità verso strutture extraregionali;
- definire il ruolo dell'azienda ospedaliera Meyer quale "ospedale pediatrico regionale di terzo livello" in cui devono essere assicurati:
  - il coordinamento complessivo della rete pediatrica regionale, in particolare per quanto attiene le malattie rare;
  - prestazioni complesse di diagnosi, cura e riabilitazione, sia d'area medica che chirurgica, in rete con le strutture di riferimento regionali per specifiche aree e prestazioni di alta specialità;
  - attività di didattica e ricerca, in rete con le altre strutture ed enti ad esse dedicate. Tale ruolo sarà svolto anche attraverso forme innovative di sperimentazione gestionale, in grado di rafforzare la capacità operativa dell'azienda e le sue funzioni di coordinamento della rete pediatrica regionale. Sarà inoltre valorizzata l'esperienza della Fondazione Meyer, offrendo ad essa l'opportunità di estendere e potenziare il proprio ruolo di ente rappresentativo della comunità di riferimento e capace di supportare efficacemente l'azienda ospedaliera;
- promuovere la collaborazione e l'integrazione funzionale tra i pediatri di libera scelta e le strutture ospedaliere con particolare attenzione a:
  - facilitare il percorso diagnostico per i pediatri di libera scelta nei confronti delle patologie di frequente presentazione ai loro ambulatori, attraverso forme d'accesso diretto per le indagini di laboratorio e radiologia tradizionale o ecografia di base nell'ambito di linee guida diagnostiche concordate;
  - sviluppare per bambini adolescenti affetti da malattie croniche specifici percorsi clinico terapeutici, atti a favorire un'assistenza integrata tra pediatra di famiglia, strutture pediatriche ospedaliere di secondo e terzo livello;
  - assicurare ai pazienti d'età pediatrica o in evoluzione terminale la permanenza al proprio domicilio per il maggior tempo possibile potenziando, con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, le strutture territoriali per l'età evolutiva (unità funzionale Infanzia Adolescenza del dipartimento salute mentale), le attività d'ospedalizzazione a domicilio o dimissione protetta rivolte a pazienti oncologici, in terapia nutrizionale, in terapia antalgica, in cure palliative, in trattamento domiciliare con apparecchiature complesse;
  - promuovere forme di consulenza pediatrica in appoggio ai medici della continuità assistenziale, al fine di far fronte alle consistenti richieste d'assistenza pediatrica presso i pronto soccorso ospedalieri nelle ore festive, prefestive e notturne;
  - assicurare l'inserimento della rete pediatrica regionale con tutte le sue componenti nei sistemi informatizzati in rete regionali;
- attivare, all'interno dei presidi ospedalieri nei quali è presente una ludoteca, la partecipazione alla gestione dell'associazionismo locale.

*c) Le problematiche adolescenziali.*

E' condivisa la necessità di dedicare un'attenzione particolare alle problematiche adolescenziali, in quanto sono evidenti le "fragilità" insite in questa fascia d'età, l'emergere di situazioni di disorientamento e di potenziali rischi di malattia e di devianza, su cui occorre intervenire precocemente, al fine di garantire uno stato di maggiore benessere psico-fisico e sociale e porre le basi di una migliore qualità della vita futura.

Le linee di sviluppo per il triennio sono:

- potenziare e diffondere i "consultori giovani", assicurando sedi idonee e la presenza di operatori capaci di relazione interattiva e di comunicazione con gli adolescenti, per svolgere una funzione d'ascolto e d'informazione tesa a favorire i processi di crescita e di consapevolezza e per individuare i potenziali rischi sociali e sanitari su cui intervenire precocemente. Molta attenzione deve quindi essere posta in programmi di educazione alla salute, anche in accordo con le indicazioni di cui al paragrafo 5.2.1., da valutare su base regionale, anche in collaborazione con le società scientifiche;
- promuovere l'integrazione tra i servizi consultoriali e le azioni progettuali attivate dai comuni nelle politiche sui giovani, nonché la collaborazione con le istituzioni scolastiche, nell'ambito dei Piani integrati di salute di cui al paragrafo 3.1.2;
- sviluppare le azioni previste dal progetto speciale "Una Toscana per i giovani", anche attraverso la realizzazione di sperimentazioni volte ad intervenire sulle problematiche connesse ai nuovi stili di vita e a promuovere la ricerca di modalità innovative d'erogazione dei servizi rivolti ai giovani, con particolare attenzione alle esigenze d'ascolto e di riservatezza di tale utenza;
- sostenere la diffusione sul territorio regionale del progetto sperimentale "Portale giovani" per promuovere la partecipazione giovanile alla rete di comunicazione;
- assicurare il collegamento tra i servizi consultoriali e i servizi specialistici per le problematiche ad alta complessità;
- garantire attenzione e rispettare le necessità particolari dell'età adolescenziale nelle situazioni patologiche importanti, privilegiando forme di assistenza che consentano un ridotto ricorso all'ospedalizzazione e, ove occorra, soluzioni logistiche adeguate all'interno dei reparti ospedalieri;
- individuare un numero adeguato di posti letto di alta specializzazione in adolescentologia all'interno delle unità operative di pediatria delle aziende ospedaliere-universitarie in grado d'assicurare la copertura delle necessità delle rispettive aree vaste per patologie di particolare rilevanza assistenziale;
- assicurare un'adeguata attenzione alla prevenzione e al trattamento di situazioni emergenti come i disturbi della condotta alimentare e l'abuso/maltrattamento;
- sviluppare l'apporto delle strutture pediatriche di secondo e terzo livello nell'area dell'adolescenza, per le attività di competenza.

*d) I servizi per le donne, bambini ed adolescenti immigrati.*

Il fenomeno dell'immigrazione, sempre più presente soprattutto nelle aree urbane, sta facendo emergere drammaticamente nuovi bisogni assistenziali, spesso legati a situazioni di miseria e di marginalità sociale. Occorre pertanto prevedere lo sviluppo di interventi mirati per questa nuova tipologia d'utenza, potenziando l'attività dei consultori dedicati alla popolazione immigrata ed assumendo iniziative per migliorare all'interno dei servizi sanitari, sia territoriali che ospedalieri, la capacità di relazione nei confronti di utenti stranieri, secondo quanto previsto nella azione "la salute degli immigrati" di cui al paragrafo 5.3.1.6.

*e) Prevenzione della violenza sulle donne e sui bambini*

Il problema della violenza sui soggetti più indifesi è presente nella nostra società attraversandone trasversalmente tutti gli strati. Se nel mondo si calcola che almeno una donna su tre venga picchiata o abusata sessualmente nel corso della vita, valutare la reale incidenza del fenomeno e la prevalenza delle varie forme di abuso nel nostro paese non è facile; si stima che solo in un terzo dei casi la donna denunci uno stupro avvenuto, ma solo nell'1% se il tentativo non è riuscito. I dati ISTAT confermano che l'Italia non è esente da questa piaga sociale. E' chiaro che una soluzione radicale del problema passa attraverso una prevenzione primaria costituita da una

solida base educativa e dalla creazione di una cultura di vera parità e di rispetto della persona. Tuttavia, fondamentale è il ruolo degli operatori sanitari e delle istituzioni socio-sanitarie. Occorre potenziare le risposte e l'aiuto offerti dalle associazioni di volontariato e l'attivazione di strutture pubbliche organizzate per la difesa delle donne e dei minori. Per quanto concerne la donna occorre evidenziare il modello del Centro di riferimento per i problemi della violenza sessuale attivo a Careggi, da estendere alle altre aziende ospedaliere.

Un modello d'intervento efficace per contrastare il fenomeno della violenza su donne e minori, deve prevedere l'interruzione della violenza come ribadito anche dalla recente legge sull'ordine di protezione e sull'ordine d'allontanamento, legge del 5 aprile 2001, n. 154 (Misure contro la violenza nelle relazioni familiari, l'adozione di misure durature di protezione e l'attuazione di azioni di cura e riparazione degli effetti, a breve e a lungo termine, in linea con le direttive degli organismi nazionali ed internazionali).

Le azioni e gli interventi adeguati sono da ricercare in:

- interventi multidisciplinari integrati di tutela e cura, azioni di contrasto contro lo sfruttamento, la violenza e il maltrattamento dei minori e delle donne, anche attraverso interventi che ne impediscano la recidività e, qualora possibile, reintegrino le funzioni genitoriali, il rafforzamento delle reti interistituzionali;
- il supporto al lavoro dei Centri Antiviolenza che offrono alle vittime sostegno materiale, psicologico, legale ed abitativo di emergenza e sostegno alle funzioni genitoriali;
- la promozione di attività formative nella scuola e per chi opera nel settore socio-sanitario, dell'ordine pubblico e giudiziario, per potenziarne le capacità di rilevazione, accertamento, protezione e cura;
- l'organizzazione di campagne di prevenzione ed informative sull'entità del fenomeno e sul danno che ne deriva;
- l'organizzazione, a livello comunale, provinciale e regionale, della rilevazione dei dati relativi ai fenomeni di violenza domestica su donne e minori.

#### *Gli impegni per il triennio*

Nell'arco del triennio la Giunta regionale provvede a:

- costituire, nell'ambito di procedimenti che tutelano la *privacy*, un sistema coordinato di sorveglianza "materno infantile" mediante l'elaborazione, con l'apporto dell'ARS, dei flussi informativi esistenti (certificato d'assistenza al parto, registro di mortalità, abortività spontanea, interruzioni volontarie di gravidanza, difetti congeniti, schede di dimissioni ospedaliere) ed eventualmente implementando indagini *ad hoc*, per effettuare, ai fini della programmazione sanitaria:
  - la "lettura" dei bisogni di salute della popolazione;
  - la sorveglianza degli esiti;
  - il monitoraggio del funzionamento dei servizi sanitari e dei percorsi diagnostico-terapeutici e socio-assistenziali in relazione ad aspetti specifici;
- sostenere a livello regionale l'attivazione, nell'ambito del sistema informativo regionale, del collegamento operativo e scambio di informazioni all'interno della rete pediatrica regionale ospedaliera e per promuovere l'informazione nei confronti dell'utenza;
- assumere le iniziative necessarie per promuovere nelle aziende sanitarie modalità organizzative finalizzate ad assicurare l'effettiva integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri e tra strutture che erogano servizi a diversi livelli di complessità, per superare la frammentarietà degli interventi, con un approccio orientato alla totalità della persona e al principio della continuità del percorso assistenziale;
- realizzare, entro il primo anno di vigenza del presente Piano sanitario regionale, momenti pubblici di riflessione e di confronto sugli stili di vita e sulle problematiche giovanili e d'informazione sui progetti attivati a livello regionale e sui servizi dedicati ai giovani.

#### **5.3.1.6. La salute degli immigrati**

Si stima che circa 120.000 persone immigrate siano attualmente presenti sul territorio regionale, pur nell'incertezza della numerosità della componente priva di permesso di soggiorno.

La Regione Toscana è quindi una delle regioni maggiormente interessate al fenomeno migratorio, storicamente impegnata a fornire servizi per la prevenzione, diagnosi e cura rivolti ai cittadini stranieri e più in generale, a realizzare azioni d'informazione, educazione alla salute e formazione degli operatori sulle problematiche connesse. In tal senso il precedente Piano sanitario regionale ha anticipato la legislazione nazionale, prevedendo il diritto all'assistenza dei cittadini extracomunitari non residenti con o senza regolare permesso di soggiorno.

Tuttavia ciò non è stato del tutto sufficiente a garantire a pieno l'accesso ai servizi e l'appropriatezza degli interventi per questa categoria di cittadini, mettendo in evidenza persistenti difficoltà, che possono riguardare non solo i cittadini stranieri, ma, più in generale i gruppi disagiati e marginali, riguardanti l'accesso ai servizi socio-sanitari, l'informazione e l'educazione alla salute, l'integrazione e la messa in rete delle offerte e la comunicazione intesa come relazione e scambio fra servizio ed utente.

In questo Piano sanitario regionale l'obiettivo è di passare dall'erogazione di servizi d'emergenza e di prima accoglienza a servizi che tengano conto delle differenti identità dei nuovi utenti, anche dando piena attuazione alle disposizioni previste dalla legislazione nazionale per i soggetti iscritti e non al servizio sanitario regionale, secondo i seguenti *obiettivi* specifici:

- realizzare in tutto il territorio regionale progetti aziendali tesi a garantire il diritto alla salute dei cittadini stranieri;
- riorientare i servizi, tenendo conto della crescente presenza di stranieri, della difficoltà d'accesso ai servizi di questi cittadini e della necessità di interventi mirati a specifiche realtà etniche e culturali;
- valorizzare il ruolo del medico di medicina generale come soggetto primario responsabile della tutela della salute degli immigrati;
- sviluppare il raccordo con le strutture del volontariato, del privato sociale e con tutti gli enti pubblici e privati per realizzare l'integrazione delle politiche volte alla salute degli immigrati;
- attuare la direttiva regionale sui programmi umanitari e di cooperazione internazionale, garantendo (nell'ambito di tali programmi) le cure mediche nelle strutture sanitarie regionali come indicato dalla deliberazione del Consiglio regionale del 28 dicembre 2000, n. 279 (Piano regionale della cooperazione internazionale e delle attività di paternariato 2001-2005);
- sviluppare specifici programmi di tutela della salute delle donne, dei bambini, della gravidanza rivolti alla popolazione degli immigrati.

Gli *strumenti* per la realizzazione degli obiettivi sono i seguenti:

- sviluppare strumenti epidemiologici per il riconoscimento e valutazione dei bisogni degli immigrati;
- realizzare l'iscrizione al servizio sanitario del 100% degli stranieri in possesso del permesso di soggiorno;
- attivare per i cittadini stranieri temporaneamente presenti l'acquisizione del tesserino per l'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- garantire la presenza di guide informative ai servizi in lingua straniera, presso gli uffici relazioni con il pubblico e i punti informativi delle aziende sanitarie, e favorire l'attivazione di un servizio di interpretariato o di mediazione culturale per i cittadini stranieri, in particolare per i gruppi etnici maggiormente presenti sul territorio dell'unità sanitaria locale, per consentire, in attuazione dell'articolo 40 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero) la comunicazione fra utente ed operatori, perseguendo l'efficacia degli interventi sanitari nella consapevolezza delle specificità dello straniero;
- definire, nell'ambito del sistema regionale della formazione, l'esigenza formativa e le modalità d'aggiornamento dell'interprete e del mediatore culturale onde consentire la loro qualificazione professionale;

- sviluppare politiche di formazione all'inter-cultura degli operatori socio-sanitari per adeguare le prestazioni ai bisogni dell'utenza e sensibilizzarli a culture e sistemi di cura diversi;
- favorire scambi culturali degli operatori con i paesi a più antica tradizione immigratoria per consentire un confronto sulla modalità di gestione delle tematiche inter-culturali in sanità;
- favorire la formazione specifica del personale del servizio sanitario regionale appartenente a gruppi etnici stranieri per consentire la facilitazione dei rapporti di reciprocità;
- realizzare specifiche iniziative d'informazione e d'educazione alla salute su tematiche relative alla tutela della salute nei luoghi di lavoro, alla salute collettiva, alla prevenzione delle malattie infettive;
- favorire la disponibilità delle medicine tradizionali di più antica esperienza e la loro articolazione con la medicina occidentale;
- facilitare il reinserimento sociale e lavorativo di stranieri trattati dai SERT e dalle strutture psichiatriche, superando le difficoltà amministrative.

### **5.3.1.7. La salute in carcere**

Il decreto legislativo 22 giugno 1999, n.230 (Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419) ha posto le basi per una seria riflessione sul problema della salute all'interno degli istituti penitenziari, avviando un processo di riordino della medicina penitenziaria e chiamando le regioni, i comuni, le aziende unità sanitarie locali e gli istituti penitenziari a concorrere responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati.

In tale ambito è previsto un percorso progressivo, da attuarsi mediante il passaggio graduale di alcune funzioni al servizio sanitario nazionale (per ora limitate all'assistenza ai detenuti e internati tossicodipendenti e alla prevenzione) e la realizzazione di una fase sperimentale in alcune regioni, fra le quali la Toscana. Su tali basi si colloca l'impegno della Regione Toscana, con piena adesione al principio che anche i detenuti debbano essere salvaguardati nei diritti fondamentali della persona tra cui, primario, è quello della salute.

#### *a) La situazione attuale*

La situazione nel territorio toscano è caratterizzata da un numero elevato di strutture carcerarie (attualmente 18), presenti in quasi tutte le unità sanitarie locali. Gli istituti penitenziari si differenziano per dimensioni e tipologia dei detenuti; in particolare le case circondariali accolgono detenuti in attesa di giudizio, con un forte movimento di accessi e di uscite, mentre le case di reclusione accolgono detenuti definitivi e quindi con una popolazione carceraria abbastanza stabile. Presentano inoltre caratteristiche particolari gli stabilimenti carcerari nelle isole, l'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino e la casa di cura e custodia femminile di Firenze e maschile di Montelupo.

L'organizzazione dell'assistenza sanitaria penitenziaria è attualmente rappresentata da un 1° livello, che risponde alle esigenze d'assistenza medica di base e all'emergenza, e da un 2° livello, a carattere di consulenza specialistica e, in qualche realtà, di servizio psichiatrico interno. Esiste inoltre un centro clinico ospedaliero presso il carcere di Pisa.

I principali problemi inerenti la gestione della salute, particolarmente nelle case circondariali di grandi dimensioni, derivano, oltre che da elementi di criticità causati dal sovraffollamento, dalla gravità dei problemi infettivologici e di salute mentale, che richiederebbero interventi specialistici più sistematici e un più articolato rapporto con la rete di servizi socio sanitari territoriali.

In riferimento alle disposizioni contenute nel d.lgs 230/1999, è stato attivato, a livello regionale, un tavolo di coordinamento con il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria (PRAP), formalmente definito con un apposito protocollo operativo, e sono state avviate forme concrete di collaborazione tra le aziende unità sanitarie locali e gli istituti penitenziari, soprattutto nei settori già trasferiti delle dipendenze e della prevenzione, orientate attraverso apposite direttive (deliberazione della Giunta regionale del 17 gennaio 2000, n. 38 "Trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione penitenziaria per

l'assistenza ai detenuti e internati tossicodipendenti ai sensi dell'art. 8 del DLgs 22 giugno 1999, n. 230. Indirizzi operativi alla aziende USL", deliberazione della Giunta regionale del 29 dicembre 2000, n. 1401 "Definizione dei programmi di prevenzione primaria nelle strutture carcerarie ex DM 21 aprile 2000: "Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario"; deliberazione della Giunta regionale del 4 giugno 2001, n. 572 "D.Lgs. 230/99. Indicazioni per le terapie farmacologiche nel trattamento dei tossici e/o alcolodipendenti in regime di detenzione").

*b) Le linee programmatiche per il triennio 2002/2004.*

Pur nella consapevolezza delle forti criticità presenti e di un contesto nazionale di lento e contrastato procedere nel percorso della riforma, che registra, tra l'altro, la ritardata adozione delle decretazioni previste in ordine al trasferimento del personale e delle rispettive risorse relative ai settori già transitati al servizio sanitario nazionale, la Regione Toscana persegue, nel corso del triennio del presente Piano sanitario regionale, i seguenti obiettivi:

- sviluppare l'azione di raccordo con il PRAP, per acquisire una conoscenza approfondita dei problemi sanitari e sostenere tutte le collaborazioni possibili tra aziende unità sanitarie locali e istituti penitenziari, finalizzate al miglioramento delle condizioni di salute dei detenuti;
- assicurare la presenza attiva dei servizi delle aziende unità sanitarie locali nei settori già oggetto di trasferimento, sviluppando, particolarmente nel settore dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, le azioni e le progettualità avviate, anche avvalendosi delle risorse del Fondo sociale per la lotta alla droga, volte a promuovere sia interventi formativi integrati, sia modalità di trattamento assistenziale omogenee tra le varie carceri;
- definire linee programmatiche per il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle restanti funzioni sanitarie, in attuazione dell'articolo 8, comma 2, del d.lgs 230 del 1999 e del decreto interministeriale 20 aprile 2000 (Individuazione delle regioni nelle quali avviare il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria al Servizio sanitario nazionale. Determinazione della durata della fase sperimentale prevista dall'art. 8, comma 2, del D.Lgs 22 giugno 1999, n. 230), attraverso una valutazione attenta e realistica della situazione esistente e delle possibili soluzioni adottabili;
- intervenire nelle aree di maggiore criticità, rappresentate particolarmente dai problemi di salute mentale e di natura infettivologica, attraverso la realizzazione di progettualità specifiche in alcune realtà carcerarie;
- contribuire ad una specifica azione sanitaria a favore dei minori, che transitano nell'istituto penitenziario minorile di Firenze, sviluppando le forme di collaborazione già instaurate dalle aziende unità sanitarie locali;
- sostenere, anche attraverso i progetti sperimentali in corso, le iniziative per migliorare l'assistenza nell'ospedale psichiatrico giudiziario; riprendere un ruolo propositivo a livello nazionale per promuovere il superamento degli OPG e la realizzazione di strutture alternative orientate alla cura e al recupero della persona.

*c) Gli impegni per il triennio.*

La Giunta regionale, nell'arco del triennio del Piano sanitario regionale, provvede ai seguenti adempimenti:

- dare attuazione agli impegni definiti nel protocollo di collaborazione sottoscritto con il PRAP in data 4.4.2001 e, in particolare, deliberare il progetto obiettivo regionale per l'assistenza in carcere, avvalendosi del gruppo di coordinamento regionale e dei gruppi territoriali integrati già costituiti;
- contribuire a potenziare e migliorare l'assistenza in tutti gli istituti di pena per gli aspetti di salute mentale e per le patologie infettivologiche, con convenzioni dirette tra le aziende unità sanitarie locali e le carceri che, in attesa di una riforma completa della sanità penitenziaria, consentano l'apporto della multiprofessionalità dei servizi di salute mentale, nonché dell'alta specializzazione infettivologica presente nel servizio sanitario nazionale;
- avanzare proposte nei confronti del dipartimento di amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia, finalizzate alla territorializzazione dei detenuti portatori di turbe

psichiche e di gravi patologie infettive per consentire, attraverso la collocazione dei detenuti negli istituti di pena della propria regione, il contatto con il territorio di provenienza e una maggiore possibilità di presa in carico dopo la detenzione per arginare la caduta nel circuito della marginalità;

- promuovere la collaborazione dei comuni per conseguire la necessaria integrazione socio sanitaria, per intervenire soprattutto sui bisogni di salute mentale e sulle situazioni ad alto rischio infettivologico;
- ricercare soluzioni e promuovere forme di collaborazione tra le aziende unità sanitarie locali e gli istituti penitenziari per ottimizzare, con le risorse disponibili, la erogazione dei farmaci necessari all'assistenza ai detenuti, anche attraverso possibili forme di acquisto centralizzato;
- sostenere la realizzazione di iniziative sperimentali per la gestione delle patologie psichiatriche e per facilitare le dimissioni dall'ospedale psichiatrico giudiziario;
- promuovere corsi di formazione per la crescita professionale degli operatori sanitari che operano nelle carceri;
- sviluppare, sulla base del progetto obiettivo, la sperimentazione di un servizio sanitario regionale nel complesso delle strutture carcerarie toscane, come previsto dall'articolo 8 del d.lgs. 230 del 1999, una volta emanati i decreti attuativi previsti per l'assegnazione delle risorse e del personale e, una volta definiti, attraverso il Comitato nazionale per il monitoraggio della fase sperimentale, i criteri e le modalità per la collaborazione e il coordinamento tra le Regioni e il sistema penitenziario.

#### **5.3.1.8. La salute dei giovani in servizio civile**

Il riferimento normativo è l'articolo 6, comma 1, della legge 8 luglio 1998, n. 230 (Nuove norme in materia di obiezione di coscienza), in cui si afferma che i cittadini che prestano servizio civile godono degli stessi diritti dei cittadini che prestano il servizio militare di leva, e il comma 4 del medesimo articolo, in cui si prevede che i giovani che svolgono il servizio civile sul territorio nazionale abbiano l'assistenza sanitaria assicurata dal servizio sanitario nazionale.

Mentre i cittadini che prestano il servizio militare di leva sono completamente a carico del servizio sanitario militare, quindi la normativa è attuata in modo uniforme, per i cittadini in servizio civile occorre che ogni servizio sanitario regionale si renda garante dell'erogazione delle prestazioni - mediche, diagnostiche e ospedaliere - che il servizio sanitario militare offre in modo gratuito ai militari di leva, con l'obiettivo di:

- assicurare la tutela della salute dei giovani in servizio civile;
- garantire la gratuità delle prestazioni necessarie per la tutela della salute;
- garantire pertanto l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza farmaceutica, le prestazioni specialistiche e le indagini di diagnostica e di laboratorio necessarie, l'assistenza ospedaliera e le attività di emergenza sanitaria.

La Giunta regionale emana direttive affinché il complesso degli interventi per la tutela della salute dei giovani in servizio civile sia assicurata da ogni azienda unità sanitarie locali, secondo la competenza territoriale, al fine di rendere gratuite per il cittadino in servizio civile le prestazioni necessarie.

### **5.3.2. Le azioni programmate**

#### **5.3.2.1. Oncologia**

Nel passato triennio la Regione Toscana si è impegnata con atti normativi e di programmazione per migliorare la qualità, l'efficienza e l'equità della diagnosi e della cura in ambito oncologico.

Sono obiettivi qualificanti del presente Piano sanitario regionale in campo oncologico lo sviluppo ulteriore dell'impegno formativo e informativo sugli stili di vita, l'estensione e la qualificazione dei programmi di prevenzione primaria e secondaria, la presa in carico complessiva del paziente oncologico secondo criteri di continuità ed integrazione delle cure, la garanzia di un'offerta di qualità nell'ambito del territorio regionale.

Sono altresì confermati, salvo quanto di seguito riportato, e la possibilità di migliorare la precocità della diagnosi per le patologie di tumore alla mammella, collo dell'utero e colon – retto ed altre forme tumorali, i contenuti e le finalità dell'azione programmata "La lotta contro i tumori e l'assistenza oncologica "di cui al Piano sanitario regionale 1999-2001.

#### *a) La situazione attuale*

L'azione programmata "La lotta contro i tumori e l'assistenza oncologica "ha definito le basi del modello organizzativo toscano per il percorso assistenziale in campo oncologico. La rete oncologica regionale rappresenta il livello organizzativo diffuso su tutto il territorio, finalizzato ad offrire ai cittadini risposte coordinate e programmi terapeutici che utilizzino appropriatamente le risorse distribuite sul territorio.

Allo stato attuale risultano definiti strutture e percorsi di accesso alla rete; la fase sperimentale di attuazione dell'azione programmata è quindi conclusa, come anche è da considerare a regime la articolazione in nodi della rete ed in particolare:

- il dipartimento oncologico, che rappresenta l'insieme delle strutture deputate alla gestione integrata dei percorsi diagnostici e terapeutici;
- il Centro oncologico di riferimento dipartimentale (CORD), con funzioni di accesso ordinario, con garanzia di appropriatezza, e di riferimento per i cittadini individuati dai programmi di screening;
- il Centro oncologico di riferimento per l'assistenza territoriale (CORAT), che rappresenta la sede unica di interfaccia tra ospedale, territorio e famiglia.

#### *b) Lo sviluppo nel triennio.*

Il presente Piano sanitario regionale ribadisce la scelta di un sistema diffuso sul territorio regionale (rete oncologica regionale) che garantisca prestazioni che rispondano a criteri di equità, integrazione, tempestività, appropriatezza, qualità, coinvolgendo, per i tre ambiti assistenziali della prevenzione, della diagnosi e della cura, tutti i soggetti che operano nel settore: aziende sanitarie, CSPO, medici convenzionati, soggetti privati accreditati e associazioni del volontariato.

Nel procedimento di programmazione d'area vasta di cui al paragrafo 2.4.2., per ciascuna area vasta e quindi nell'ambito del polo oncologico, è promossa la concertazione interaziendale con la finalità di garantire l'accesso tempestivo alle prestazioni, comprese quelle d'alta specialità, e le modalità di gestione dei percorsi diagnostico-assistenziali più complessi. Il polo oncologico costituisce pertanto, a livello di area vasta, la sede in cui si esercita la funzione di coordinamento tecnico prevista al paragrafo 2.4.2.

Al fine di facilitare l'operatività dell'azione programmata, la Giunta regionale individua, entro un anno dall'approvazione del Piano sanitario regionale, le modalità operative per la riorganizzazione del livello regionale e ne dà opportuna informazione nella sede consiliare competente. Tale riorganizzazione dovrà garantire l'effettivo coordinamento della rete oncologica regionale, per assicurare un adeguato supporto tecnico-scientifico, la massima omogeneità del modello assistenziale e protocolli diagnostico-terapeutici condivisi ed aggiornati.

Il coordinamento della rete oncologica regionale assicurerà inoltre le seguenti funzioni:

- il monitoraggio dell'attuazione dell'azione programmata;
- l'elaborazione di strategie d'informazione e comunicazione per utenti e operatori.

Per la predisposizione della proposta di riordino la Giunta regionale rende operativo, entro i primi 90 giorni di vigenza del Piano sanitario regionale, il coordinamento dell'azione programmata anche attraverso la strutturazione di una direzione tecnico scientifica dei poli oncologici di area vasta, quali elementi costitutivi del nuovo istituto oncologico regionale, al fine di assicurare adeguato supporto al processo di sviluppo di modelli assistenziali uniformi sul territorio regionale.

### **5.3.2.2. Patologie neurologiche**

#### *Il quadro di riferimento*

Le malattie d'interesse neurologico hanno una notevole incidenza e prevalenza. Di seguito s'indicano le principali in ordine di frequenza stimata nella Regione Toscana: cefalee, malattie cerebrovascolari, malattia di Alzheimer, neuropatie periferiche, epilessia, Morbo di Parkinson, traumi cranici, neoplasie, sclerosi multiple, malattie muscolari. Alcune di esse sono caratterizzate

da un esordio acuto, contraddistinto da un elevato livello di gravità e complessità assistenziale, altre da un inizio subdolo e da una progressione cronica. In entrambi i casi vi è un rischio alto di esiti funzionalmente invalidanti cui è collegata una forte richiesta di prestazioni assistenziali, sia sanitarie che sociali, ed un conseguentemente elevato consumo di risorse.

Per molte malattie neurologiche non è stato ancora identificato un trattamento eziologico, ma vi sono, attualmente, molte possibilità d'intervento, applicabili sia nella fase acuta che in quella cronica, d'efficacia scientificamente comprovata, in termini di miglioramento funzionale e della qualità della vita, sia dei pazienti che dei familiari. L'assistenza alle malattie neurologiche richiede un notevole grado di specificità ed un adeguato livello di formazione e specializzazione del personale sanitario. Avendo raggiunto un alto grado di complessità e sofisticazione, gli strumenti diagnostici e terapeutici sono di costo spesso elevato e devono pertanto essere usati in modo appropriato. Un adeguato livello d'appropriatezza può essere garantito solo dalla specificità d'applicazione e dall'adozione di linee-guida validate ed aggiornate, in relazione alla loro continua evoluzione tecnologica.

Accanto a malattie ad elevata frequenza, in ambito neurologico sono comprese malattie rare, di grande specificità eziologica e complessità sia diagnostica che terapeutica. In tale rapporto è necessaria la creazione o il potenziamento di pochi centri di riferimento ad altissima specializzazione. All'interno delle singole malattie a maggiore frequenza vi è comunque una notevole variabilità nel tipo di presentazione e decorso clinico, e nella complessità dell'intervento assistenziale. Ciò accresce l'esigenza di un'adeguata ed appropriata articolazione dei livelli d'assistenza tra le varie strutture organizzative esistenti sul territorio per il raggiungimento di un ottimale uso delle risorse. In rapporto alle varie fasi evolutive ed a livello di gravità e complessità assistenziale, a livello delle singole aziende sanitarie possono essere identificati momenti assistenziali assai differenziati, che richiedono una scelta appropriata tra le varie modalità di trattamento - ricovero in regime ordinario, day hospital, ambulatoriale - con l'obiettivo di rendere ottimali efficacia, efficienza e soddisfazione del cliente.

#### *La situazione attuale*

Per quanto riguarda le malattie neurologiche in Toscana, sulla base di numerosi indicatori della realtà epidemiologico-assistenziale si possono cogliere i seguenti elementi di criticità:

1. elevata frequenza della patologia, anche in rapporto all'età media e al progressivo invecchiamento della popolazione, con previsione di un aumento progressivo negli anni futuri;
2. relativa insufficienza quantitativa e qualitativa delle strutture e del personale specialistico, sia a livello ospedaliero che territoriale. Tale insufficienza tenderà ad accentuarsi negli anni avvenire, in assenza di una pianificazione che tenga conto del trend demografico;
3. dispersione, particolarmente accentuata in alcune aree, di molti casi di competenza neurologica verso strutture ed operatori professionali non specifici, o non specificamente formati e qualificati, dovuta anche all'assenza di percorsi assistenziali definiti per molte condizioni patologiche;
4. discreto numero di "fughe" extraregionali, particolarmente evidenti per alcune specialità o singole patologie;
5. sovraccarico assistenziale di alcune strutture centrali ad alto grado di specializzazione, per inappropriata distribuzione della casistica alle altre sedi in rapporto ai diversi livelli di gravità e complessità assistenziale.

Occorre quindi, per la rilevanza delle patologie del settore e per definire in maniera ottimale i percorsi assistenziali e migliorare la distribuzione dei carichi di lavoro interni al sistema, procedere ad una riorganizzazione che tenga conto dei limiti dell'attuale assetto.

La complessità e la difficoltà dell'intervento sanitario in campo neurologico richiedono una forte integrazione tra specialità che sono strettamente complementari, quali la neurologia clinica, la neurochirurgia, la neuroradiologia, la neurofisiopatologia e la neuroriabilitazione. Per l'assistenza a diverse malattie neurologiche, come ad esempio le malattie cerebrovascolari ed in genere la patologia neurologica dell'anziano, si richiede un'opportuna integrazione con specialità internistiche quali la medicina generale e la geriatria, in relazione al fatto che gran parte delle malattie dell'anziano sono di ordine neurologico.

### *Le linee generali per la riorganizzazione del settore*

La programmazione regionale in tale rapporto deve tendere ad aumentare la qualità, l'efficacia, l'efficienza del sistema, anche ai fini della valorizzazione delle strutture e della soddisfazione degli operatori e degli utenti. Si ritiene che solo attraverso una concertazione d'area vasta si possano identificare, per ciascuna delle patologie neurologiche, percorsi che, tenendo conto delle attuali disponibilità in termini di strutture e di personale, si articolino su una rete integrata con l'obiettivo di offrire prestazioni razionalmente differenziate in rapporto alle potenzialità organizzative, tipo e grado di specializzazione di ciascun nodo della rete, adottando nel contempo sia a livello di sistema che di singolo snodo la migliori procedure, utilizzando standard e linee-guida accreditate, verificandone periodicamente i risultati e pianificando coerentemente lo sviluppo.

Il sistema dovrà esplicitare il contenuto dell'offerta assistenziale, pubblicizzandolo a livello degli operatori di base e degli utenti, e rendendolo adeguatamente accessibile e fruibile. A livello degli ospedali la definizione dei percorsi contribuirà a dettagliare appropriatamente l'impiego delle varie modalità organizzative per le singole patologie in rapporto al *case-mix* di gravità e la variabile complessità assistenziale nelle varie fasi evolutive all'interno di ciascuna di esse. Si dovrà tener conto di linee-guida ormai largamente accreditate, che indicano per la fase acuta di alcune delle patologie neurologiche, come l'*ictus* cerebrale, una maggiore efficacia di modelli organizzativi dedicati con attività assistenziale di tipo semi-intensivo, per la fase subacuta e cronica il migliore ricorso a strutture a tipo day hospital o ambulatoriali. La definizione dei percorsi e l'adozione di linee-guida potrà consentire di ridistribuire patologie ad elevata frequenza, come ad esempio il trauma cranico, più razionalmente tra reparti di accoglienza, strutture neurologiche e neurochirurgiche, riducendo il carico di queste ultime e riconvertendo la loro attività in senso più specifico.

La concertazione d'area vasta potrà infine razionalizzare l'offerta in rapporto alle importanti esigenze riabilitative tipiche della gran parte delle malattie neurologiche, definendo i percorsi organizzativi e distribuendoli appropriatamente tra ospedale e territorio.

### *Le azioni da intraprendere*

La Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del presente Piano sanitario regionale, promuove lo sviluppo di iniziative di concertazione nel settore specifico, finalizzate al progressivo raggiungimento da parte delle aziende sanitarie dei seguenti obiettivi:

- realizzare, attraverso la partecipazione di tutte le aziende dell'area vasta, un gruppo di concertazione permanente, che assicuri la presenza di tutte le specialità interessate, del personale d'assistenza e di quello di supporto, con possibilità d'articolazione per singola patologia, al fine d'elaborare, contestualizzare e aggiornare linee-guida, diagnostiche, cliniche e riabilitative;
- trasformare gradualmente questo primo momento di valutazione e confronto, in un nucleo organizzativo al fine di pervenire alla costituzione di un dipartimento interaziendale d'area vasta, anche seguendo le linee esemplificative già tracciate nell'area vasta della Toscana meridionale;
- consolidare progressivamente la struttura dipartimentale attraverso adeguati strumenti di supporto organizzativo e finanziario, per assicurare il funzionamento e lo sviluppo delle attività assistenziali e di quelle relative alla verifica e revisione della qualità;
- assicurare la formazione di base, quella integrativa specialistica e quella permanente del personale, attraverso opportuna integrazione e collaborazione tra il servizio sanitario regionale e l'Università, con l'utilizzo integrato degli ospedali e delle strutture dell'area vasta.

Entro lo stesso termine la Giunta regionale adotta apposita azione programmata per l'organizzazione di una rete di strutture preposte alla terapia delle malattie cerebrovascolari, attraverso la realizzazione di apposite unità di trattamento integrate e coordinate nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza, sulla base dei seguenti indirizzi:

- organizzazione di percorsi assistenziali per pazienti con *ictus* cerebrale acuto, con articolazione differenziata in relazione alla gravità dell'evento ed al livello di residui invalidanti;
- rete di servizi ospedalieri integrata nel sistema regionale di emergenza-urgenza;
- unità di trattamento ospedaliero nella fase acuta così articolate:

1. trattamento subintensivo di tipo neurologico in struttura dedicata - *stroke unit* - con moduli variabili da 4 a 16 posti letto, assistiti da team multidisciplinare di infermieri, tecnici della riabilitazione, medici competenti prevalentemente dedicati alle malattie cerebrovascolari;
  2. trattamento neurochirurgico urgente per paziente con *ictus*, ricovero in reparto neurochirurgico o trasferimento in sede neurochirurgica dopo una prima valutazione d'emergenza;
  3. trattamento per paziente con *ictus* lieve o con *ictus* recidivo già disabile a seguito del primo ictus o di età superiore a 84 anni o affetto da altra grave comorbidità neurologica o internistica: ricovero in reparto geriatrico, di medicina generale o neurologico non dedicato;
- negli ospedali privi di un'area dedicata all'*ictus*, viene costituito un team itinerante, composto di un medico e da personale infermieristico esperto, rintracciabile 24 ore su 24 con una chiamata telefonica;
  - organizzazione dell'assistenza territoriale che si faccia carico del percorso riabilitativo, sempre presente e di durata superiore alla fase ospedaliera acuta, e della necessità di attuare la miglior prevenzione secondaria possibile, con individuazione del ruolo del medico di medicina generale e dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali.

Sulla base delle evidenze scientifiche il ricovero precoce in ospedale è un elemento che influisce positivamente sull'esito della fase acuta. L'azione programmata prevede pertanto:

- l'organizzazione di una campagna d'informazione e sensibilizzazione della popolazione per favorire il riconoscimento precoce, soprattutto da parte dei soggetti a rischio, dei sintomi di un *ictus* iniziale e la consapevolezza dell'opportunità del ricovero ospedaliero precoce;
- l'addestramento rivolto ai mezzi e al personale di soccorso - 118 – per l'identificazione precoce dei sintomi dell'*ictus*, per la selezione della migliore struttura di cura, per una corretta gestione della fase preospedaliera.

#### *Le malattie neurologiche invalidanti: Malattia di Alzheimer, Morbo di Parkinson, Sclerosi Multipla*

Le malattie neurologiche invalidanti hanno un notevole impatto sull'autonomia della vita quotidiana delle persone colpite e sulle condizioni di vita dei familiari, sia per i processi di riduzione della mobilità che di decadimento cognitivo, non di rado associati a disturbi del comportamento.

Le politiche assistenziali con riferimento a tali patologie devono quindi attivare una serie articolata di percorsi che si pongano obiettivi di "cura" e miglioramento delle condizioni di vita della persona malata e di "assistenza" socio-sanitaria, con attenzione all'ambiente familiare e sociale di riferimento.

Nel triennio 2002-2004 gli interventi saranno volti a sviluppare ulteriormente i seguenti *obiettivi generali* attraverso la produzione di specifici atti d'indirizzo:

- percorso diagnostico: assicurare la diagnosi precoce, con valutazione del livello di gravità e del carico assistenziale;
- percorso assistenziale: sviluppare la rete dei servizi sul territorio attivando modelli organizzativi specifici e innovativi;
- percorso formativo: garantire un processo continuo di formazione ed aggiornamento degli operatori d'assistenza, coinvolgendo i medici di medicina generale, gli operatori sanitari e sociali, i volontari ed i familiari;
- ricerca: sviluppare presso le diverse sedi di ricerca progetti finalizzati allo studio della malattia, degli aspetti epidemiologici, di quelli diagnostici, assistenziali e riabilitativi.

L'organizzazione dei servizi socio-sanitari volti all'assistenza delle malattie neurologiche invalidanti sarà orientata secondo alcuni criteri generali nell'ambito delle politiche socio-sanitarie integrate:

- assicurare l'apporto specialistico multiprofessionale e multidisciplinare, nelle fasi di diagnosi, di valutazione del carico terapeutico ed assistenziale, di supporto e consulenza per la gestione del percorso di cura;
- assicurare a livello territoriale la *presa in carico* della persona malata, anche con l'identificazione della figura dell'operatore di riferimento, attraverso percorsi

assistenziali, che coinvolgano tutte le professionalità ed i settori d'intervento interessati, adeguando tale modello assistenziale a quello delle altre forme di demenza e di deterioramento cognitivo;

- individuare funzioni regionali di riferimento per ciascuna patologia, con compiti di ricerca e di definizione delle linee guida per gli operatori;
- assicurare, nei confronti del malato e della rete familiare, sociale ed amicale, un'attività d'informazione costante sui rischi e sulle caratteristiche della malattia e sulle "buone pratiche" d'attivare per garantire un percorso assistenziale efficace.

#### *a) Morbo di Alzheimer*

L'impegno "eccezionale" al quale la Regione Toscana, con il precedente Piano sanitario regionale, ha richiamato i soggetti istituzionali e la rete di protezione sociale per sostenere un progetto d'intervento mirato al problema Alzheimer ha prodotto risultati significativi nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari.

Per il triennio 2002-2004, terminato il percorso sperimentale, s'identificano i seguenti obiettivi:

- strutturare il collegamento tra i vari servizi di cura e d'assistenza, in particolare tra il momento diagnostico, quello della presa in carico, quello assistenziale;
- completare la rete dei servizi in modo da dotare ogni zona socio-sanitaria di una rete integrata di servizi mirati di ADI, Centri Diurni e residenze dedicate;
- diffondere i criteri del modello sperimentale, rappresentati dalla *temporaneità* delle risposte assistenziali, dalla *circolarità* dei servizi, dall'assetto organizzativo centrato sul *territorio*, anche attraverso un'azione di *validazione* da realizzarsi mediante i progetti già avviati;
- sviluppare, nell'assetto delle strutture residenziali, l'attenzione agli spazi di vita della persona malata di Alzheimer, secondo le indicazioni riconosciute a livello internazionale.

La Giunta regionale assume, nel triennio di vigenza del Piano sanitario regionale le iniziative necessarie per promuovere e orientare l'azione delle aziende sanitarie per il perseguimento degli obiettivi sopraindicati.

#### *b) Morbo di Parkinson*

Obiettivo del triennio 2002-2004 è avviare un percorso che impegni l'intero sistema socio-sanitario ospedaliero e territoriale a sviluppare politiche adeguate ed efficaci nella cura ed assistenza delle persone colpite dalla malattia di Parkinson.

Dovranno essere attivate azioni specifiche tese a:

- assicurare la diffusione ed il coordinamento dei centri di diagnosi e cura con l'obiettivo prioritario d'evidenziare livelli diversi di gravità della malattia;
- garantire la conoscenza di appropriate e condivise linee guida per il trattamento della malattia di Parkinson;
- attivare processi formativi coordinati sul territorio, coinvolgendo gli specialisti, i medici di medicina generale, gli operatori d'assistenza;
- costruire il percorso riabilitativo, finalizzato al recupero e mantenimento, anche sperimentando attività innovative;
- sviluppare la ricerca, anche in riferimento a possibili casi di parkinsonismo ad eziologia ambientale;
- coinvolgere, sia nella fase progettuale che in quella operativa il terzo settore e le associazioni di malati e familiari.

La Giunta regionale assume, nel triennio di vigenza del Piano sanitario regionale le iniziative necessarie per promuovere ed orientare l'azione delle aziende sanitarie per il perseguimento degli obiettivi sopraindicati.

#### *c) Sclerosi Multipla*

La Sclerosi Multipla, con una prevalenza di 70-80 malati ogni 100.000 abitanti, è una patologia grave, cronica, progressivamente invalidante e dall'alto costo sociale.

L'introduzione di terapie innovative ha comportato l'individuazione da parte del Ministero della Sanità di centri autorizzati alla distribuzione di tali terapie; questi s'affiancano alle strutture universitarie ed ospedaliere toscane.

Il quadro di riferimento, la diffusione e la gravità della malattia, nonché la sua complessità sanitaria e rilevanza sociale richiedono un intervento mirato e specifico.

L'obiettivo è di garantire alle persone con sclerosi multipla presenti sull'intero territorio regionale nelle diverse fasi della malattia, un servizio sanitario e sociale integrato, prevenendo lo sviluppo e l'aggravamento dell'invalidità e favorendo la migliore autonomia e la partecipazione alla vita sociale.

E' obiettivo del Piano sanitario regionale attivare nel triennio gli interventi necessari ad assicurare:

- l'individuazione e lo sviluppo di centri qualificati per la diagnosi e la cura della malattia, distribuiti nel territorio;
- il potenziamento delle strutture d'alta specialità d'assistenza e ricerca, a vocazione integrata, presso le aziende ospedaliere di Firenze, Pisa e Siena;
- la garanzia di un intervento interdisciplinare, valido per tutti i centri, strutture e servizi, nell'ambito di un approccio globale;
- l'integrazione delle prestazioni sanitarie con gli interventi socio assistenziali necessari.

E' inoltre necessario massimizzare la vicinanza tra domicilio dei pazienti ed erogazione dell'assistenza, garantendo la flessibilità dell'organizzazione rispetto alle esigenze del paziente, il suo raccordo con i centri qualificati, la facilità e la continuità d'accesso alle strutture ambulatoriali, l'assistenza domiciliare integrata, la personalizzazione del percorso.

Deve inoltre essere garantita la terapia riabilitativa, anche in forma domiciliare, secondo programmi terapeutici basati su specifici obiettivi e progetti individuali, nonché garantendo un approccio globale ed interdisciplinare alle problematiche del singolo paziente nelle diverse fasi di gravità della malattia e della disabilità.

Analogo impegno deve essere rivolto agli aspetti d'integrazione sociale e di supporto alla famiglia, al fine di garantire un più elevato livello di qualità di vita delle persone con sclerosi multipla.

La Giunta regionale adotta nell'arco di vigenza del Piano sanitario regionale tutti i provvedimenti necessari alla realizzazione degli obiettivi indicati. In particolare provvede a:

1. emanare disposizioni e linee guida per la qualificazione e organizzazione dei servizi finalizzate alla realizzazione degli obiettivi di cui sopra;
2. promuovere la formazione specifica del personale dedicato;
3. attivare il Registro Regionale della sclerosi multipla.

#### d) Epilessia

Le epilessie hanno una prevalenza di 5,8 casi ogni 1.000 abitanti e colpiscono maggiormente persone giovani o adulte, spesso con limitazioni della vita sociale. Circa il 40% dei casi non è controllato dalla terapia farmacologica. I costi sociali e economici legati alle epilessie si stanno espandendo sia per il maggior rischio di morbilità in età avanzata che per i costi delle terapie innovative. Obiettivo del triennio di vigenza del Piano sanitario regionale è predisporre un percorso sanitario ed assistenziale adeguato per le persone colpite da forme invalidanti. Saranno attivate azioni specifiche tese a:

- assicurare una rete integrata d'assistenza ospedaliera e territoriale;
- attivare una formazione coinvolgente tutti gli operatori impegnati;
- coinvolgere le associazioni dei malati.

#### **5.3.2.3. L'assistenza ai medullosesi**

L'assistenza ai medullosesi, nata negli anni '50 per fronteggiare situazioni in cui l'eziologia della medullosezione era prevalentemente riconducibile agli infortuni sul lavoro, necessita di una ridefinizione degli interventi e delle modalità di erogazione dei servizi, a fronte di una consistente

modificazione del quadro epidemiologico. Infatti l'infortunistica stradale è oggi la prima causa di lesioni vertebro - midollari, spesso complicate per l'associarsi di lesioni di strutture vitali quali cranio, torace, visceri addominali. Sulla base di stime a livello nazionale, si può calcolare che in Toscana vi siano circa 60/70 nuovi casi di medullolesione ogni anno.

Il Piano sanitario regionale 1999-2001 aveva posto un'attenzione specifica all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari, prevedendo l'attivazione di una Unità spinale con 50 posti letto di terzo livello nell'area vasta fiorentina, presso l'azienda ospedaliera di Careggi.

In relazione alla necessità di assicurare apposite strutture nell'area vasta costiera – già previste nel Piano sanitario regionale 1999-2001 e nei precedenti Piani sanitari regionali – la Giunta regionale, entro sei mesi dall'adozione del Piano sanitario regionale 2002-2004, adotterà le deliberazioni del caso, tenuto conto dei risultati dei lavori di una Commissione specificamente formata.

#### *a) Obiettivi per il triennio 2002/2004*

Con il presente Piano sanitario regionale saranno attivati percorsi assistenziali specifici per tale patologia che, pur non numerosa, presenta indicazioni organizzative, operative e sociali di estrema complessità.

L'obiettivo è garantire alla persona con lesione midollare livelli uniformi di assistenza qualificata, comprese metodologie di trattamento innovative e la prevenzione delle complicanze immediate ed in fase di stabilizzazione. Tale percorso assistenziale inizia con la fase dell'emergenza, si protrae sino al recupero socio-familiare ed è finalizzato al recupero della massima autonomia ed indipendenza della persona medullolesa, compatibilmente con il livello della lesione.

La fase di reinserimento socio-familiare è avviata durante la prima ospedalizzazione presso l'Unità spinale, e richiede il coinvolgimento attivo e coordinato dell'Unità spinale stessa con i presidi d'assistenza territoriale e con strutture riabilitative territoriali di competenza. Tale coordinamento è assicurato dall'Unità spinale attraverso contatti continui con i responsabili del presidio di competenza.

Il percorso assistenziale deve prevedere:

- la fase dell'emergenza, relativa al periodo immediatamente successivo all'evento lesivo, di norma entro le prime 12 ore dopo il trauma;
- la fase acuta, che dura fino alla stabilizzazione delle condizioni generali (alcune settimane dopo il trauma, salvo complicazioni intercorrenti);
- la fase di stabilizzazione, in cui le condizioni generali si sono stabilizzate e l'eventuale instabilità delle lesioni vertebrali è stata tutelata;
- la fase post-dimissione – la Unità spinale deve garantire l'attività ambulatoriale per la prevenzione e la cura delle complicanze che possono sopravvenire dopo la dimissione.

#### *b) Gli impegni nel triennio*

La Giunta regionale è impegnata a disciplinare le modalità di erogazione dei servizi e fornire apposite linee guida sul percorso assistenziale con indicazioni, per ciascuna delle fasi sopra descritte, inerenti a:

- la durata;
- i settori di intervento interessati;
- le professionalità coinvolte;
- le modalità operative;
- le modalità di raccordo tra i settori specialistici, i servizi territoriali e l'integrazione con gli interventi socio assistenziali necessari a sostegno dell'utente e della famiglia.

### **5.3.2.4. Patologie cardiovascolari**

#### *Il quadro di riferimento*

La mortalità cardiovascolare è in aumento, nonostante la riduzione dell'incidenza e della mortalità per infarto miocardico acuto. Tale andamento della mortalità può essere spiegato dall'aumento dell'incidenza e della prevalenza dello scompenso cardiaco.

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento della sopravvivenza dei pazienti con malattie cardiovascolari che culminano nello scompenso, fanno prevedere un aumento della prevalenza dello scompenso da 2 a 3 volte quella attualmente registrata. Lo scompenso cardiaco, oltre a presentare una mortalità molto elevata (valori attorno all'80% negli uomini e al 68% nelle donne, a 5 anni dall'insorgere della patologia), è condizione disabilitante, pur in presenza di trattamento, e risulta molto comune un alta frequenza di ricoveri ripetuti.

Tali elementi di natura epidemiologica, confermano la rilevanza degli impegni assunti con il precedente Piano sanitario regionale nel settore della prevenzione primaria e secondaria del complesso delle patologie cardiovascolari, rendendo opportuno la riconferma dei contenuti dell'azione programmata sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari anche per il prossimo triennio.

La complessità e la rilevanza economica dell'intervento assistenziale in questo settore rendono necessaria una verifica dell'assetto organizzativo, per il quale sarebbe più coerente un impianto fortemente integrato delle strutture impegnate, a partire dal fronte diagnostico fino a quello dell'intervento clinico e riabilitativo. Una rete di servizi permette di concentrare alcune funzioni strategiche, quali l'epidemiologia, lo sviluppo e lo studio della comunicazione e dell'informazione, l'aggiornamento professionale, la valutazione dei servizi, consente di mantenere un accesso diffuso ai servizi e alle prestazioni e di coinvolgere la medicina di base, e in ultimo determina una ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse, sia finanziarie che di personale, rendendo possibile assumere impegni sul versante degli investimenti e dello sviluppo.

#### *La situazione attuale*

E' in costante aumento in tutto il mondo il numero delle procedure invasive mediche e chirurgiche, con particolare riferimento a quelle coronarografiche con progressiva diffusione dei laboratori di emodinamica. Le indagini sono eseguite in pazienti con sospetta coronaropatia, non solo a scopo diagnostico - verifica di aterosclerosi coronarica (ATS) - ma anche per esplorare le possibilità di rivascolarizzazione coronarica, per via percutanea o chirurgica. Le tre principali patologie che possono beneficiare di una rivascolarizzazione coronarica sono *angina pectoris*, *infarto miocardico acuto* e *scompenso cardiaco*; risulta pertanto evidente l'interesse per queste procedure, in relazione all'incremento della casistica complessiva.

La Toscana non fa eccezione a questa crescita delle procedure con particolare riferimento alle attività di angioplastica; anzi l'espansione di tali procedure invasive ha raggiunto livelli di assoluto rilievo, determinando una crescente tensione per l'attesa di sale emodinamiche in tutte le aziende sanitarie.

Tale situazione rende indispensabile una riflessione sullo sviluppo dei servizi e dei connessi aspetti organizzativi, con la finalità di costruire una rete regionale di strutture che utilizzano procedure assistenziali omogenee, privilegiando collaborazioni interaziendali anche attraverso procedure di mobilità delle équipes.

#### *Le linee generali per la riorganizzazione*

La Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del presente Piano sanitario regionale, adotta opportuni provvedimenti per la realizzazione della rete regionale dei servizi di cardiologia, sulla base dei seguenti indirizzi:

- la rete regionale si articola in tre poli, uno per ciascuna area vasta, con organizzazione dipartimentale unitaria delle attività di cardiologia, invasiva e non invasiva, e di cardiocirurgia;
- faranno parte della rete regionale anche quelle strutture di cardiologia invasiva e terapeutica in esercizio e che, all'atto dell'approvazione del presente Piano sanitario regionale, abbiano registrato una casistica adeguata secondo parametri individuati dall'ARS;
- il polo d'area vasta è costituito dall'insieme dei presidi e delle attività presenti sul bacino di competenza ed organizzate dalle aziende unità sanitarie locali e dall'azienda ospedaliera di riferimento;
- l'organizzazione dipartimentale delle attività è definita per ciascuna area vasta al fine di raggiungere i seguenti obiettivi:

1. assicurare da ciascun punto della rete l'accesso a tutte le prestazioni, le attività e le funzioni del sistema di servizi rappresentato dal polo, realizzando il percorso assistenziale specifico;
  2. assicurare l'omogenea fruizione dei servizi offerti dal polo con lo scopo di contenere, per quanto possibile, la mobilità degli utenti ed ottimizzare l'utilizzo delle strutture anche ricorrendo alla mobilità delle équipe;
  3. assicurare la qualità dei servizi e delle prestazioni nel rispetto dei criteri operativi e degli standard di funzionamento, individuati a livello di sistema regionale, anche in funzione di migliorare l'efficienza complessiva;
- il polo si articola in:
    1. un sistema organico di primo livello costituito dai punti d'accesso al polo medesimo, organizzato sul territorio di ciascuna azienda unità sanitaria locale presso le strutture di erogazione delle attività specialistiche di cardiologia;
    2. un riferimento di secondo livello per ciascuna azienda unità sanitaria locale;
    3. un riferimento d'area vasta, collocato presso l'azienda ospedaliera sede del polo medesimo;
  - il coordinamento delle attività di ciascun polo è affidato ad un comitato di area vasta, costituito dai responsabili delle strutture nelle quali il polo medesimo si articola.

### 5.3.2.5. Alcune patologie del metabolismo

Nel confermare gli orientamenti del precedente Piano sanitario regionale rispetto a questo vasto raggruppamento di patologie, nel presente Piano sanitario regionale si affrontano alcuni aspetti di specifico e rinnovato impegno regionale.

#### a) *La fibrosi cistica*

La fibrosi cistica è una malattia ereditaria fra le più frequenti nella popolazione caucasica. L'incidenza in Toscana è di 1.4/1000 nati vivi, e la prevalenza nella popolazione generale è di 6/100.000. A causa del suo carattere cronico-evolutivo e della sua complessità assistenziale, essa è considerata una malattia di rilevanza sociale.

In Toscana i servizi, nell'ambito della specifica azione programmata del precedente Piano sanitario regionale, in riferimento alle apposite direttive sul percorso assistenziale adottate dalla Giunta regionale e sotto il coordinamento del Centro regionale di riferimento istituito presso l'azienda ospedaliera Meyer di Firenze, che svolge funzioni d'indirizzo e di verifica, assicurano a tutti i soggetti affetti adeguati standard diagnostici ed assistenziali, finalizzati all'inserimento scolastico, sportivo, lavorativo e sociale, coerentemente con la legge 23 dicembre 1993, n. 548 (Disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica). Su prescrizione del richiamato Centro regionale di riferimento, e con onere a totale carico del Fondo sanitario regionale, sono erogabili gli ausili e le protesi di cui al nomenclatore tariffario ex Decreto del Ministero della Sanità 27 agosto 1999, n. 332 (Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe.), anche in presenza di dispositivi non espressamente inseriti nel richiamato nomenclatore ma ad essi riconducibili.”

Per il prossimo triennio si intendono valorizzare i seguenti obiettivi generali:

- centralità del paziente;
- coordinamento ed integrazione fra i diversi livelli assistenziali;
- stretta integrazione con il volontariato in coordinamento con l'Associazione toscana per la lotta contro la fibrosi cistica.

Le linee programmatiche per il triennio sono volte a dare piena attuazione a quanto previsto nel precedente Piano sanitario regionale; la Giunta regionale emana apposite direttive alle aziende sanitarie per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- potenziamento delle attività di screening neonatale e di consulenza genetica;
- sviluppo di percorsi formativi dedicati, rivolti agli operatori, al volontariato ed alle famiglie;
- adozione, in collaborazione con il centro regionale per la fibrosi cistica, di un protocollo per la diagnosi di fibrosi cistica, per la consulenza genetica e per la conduzione di studi sulla popolazione;

- attuazione di interventi di formazione ed aggiornamento del personale sanitario impegnato nei percorsi assistenziali;
- adozione di linee guida condivise per i diversi livelli assistenziali;
- promozione dei rapporti con le organizzazioni del volontariato per la pratica dell'assistenza domiciliare;
- realizzazione di interventi d'informazione alle famiglie ed ai pazienti, anche attraverso i "media", per divulgare opportune conoscenze sulla patologia;
- attuazione di intese a livello nazionale ed internazionale per la definizione di protocolli di ricerca e l'adesione a progetti multicentrici, con il coinvolgimento della rete dei servizi.

#### *b) Le malattie metaboliche e neuro-muscolari ereditarie*

Le malattie metaboliche e neuromuscolari ereditarie comprendono un ampio gruppo di patologie caratterizzate da un difetto geneticamente determinato. Tali patologie rappresentano un problema di rilievo nella collettività per la gravità delle possibili conseguenze in assenza di diagnosi precoce e d'intervento tempestivo. Le malattie metaboliche conosciute sono attualmente circa 500 ed hanno quindi una incidenza piuttosto elevata (0,5 % nati), anche se sono singolarmente rare. Occorre pertanto mantenere attivo un impegno specifico nei confronti di tali patologie, con particolare attenzione allo sviluppo di metodologie diagnostiche utili all'identificazione precoce del problema e funzionali a successivi interventi efficaci.

Si confermano pertanto le indicazioni contenute nella specifica azione programmata del precedente Piano sanitario regionale, sia per quanto riguarda le azioni per la prevenzione e la diagnosi precoce, sia per gli interventi d'assistenza attraverso il coordinamento tra i diversi livelli operativi e la collaborazione con le associazioni di volontariato e dei familiari, per sostenere e promuovere la qualità di vita dei soggetti affetti.

Nel prossimo triennio l'azione dovrà essere volta a:

- rafforzare la funzionalità del Centro di riferimento regionale per i dismetabolismi congeniti (malattie metaboliche e neuromuscolari ereditarie) presso l'azienda ospedaliera Meyer, a cui è affidato il compito d'assicurare l'attività diagnostica, assistenziale di terzo livello e di ricerca, in collaborazione ed in rete con gli altri Centri di riferimento regionali su specifici aspetti e patologie in questo ambito;
- potenziare gli interventi di prevenzione e di diagnosi precoce, tramite: l'estensione graduale, fino a coprire tutto il territorio toscano, dello screening neonatale, attualmente rivolto alla sola fenilchetonuria, eventualmente allargato ad un gruppo più vasto di malattie genetiche - metaboliche, mediante l'utilizzo dell'apposita strumentazione acquisita presso l'azienda ospedaliera Meyer (Tandem massa), sulla base di una attenta analisi della letteratura scientifica internazionale per valutare l'appropriatezza dei singoli test di screening; lo sviluppo delle attività di prevenzione in ambito familiare mediante consiglio genetico e diagnosi prenatale, da effettuarsi da parte dei Centri di riferimento regionali;
- realizzare interventi formativi e d'aggiornamento rivolti al personale medico e infermieristico delle aziende unità sanitarie locali, per migliorare le competenze in ordine alle problematiche inerenti le malattie dismetaboliche e promuovere la diffusione degli interventi d'assistenza domiciliare e la collaborazione coordinata tra i servizi operanti sul territorio ed il Centro di riferimento regionale;
- migliorare le condizioni d'assistenza nelle situazioni che richiedono degenza ospedaliera mediante la disponibilità di spazi attrezzati per il ricovero protetto dei malati metabolici e l'aggiornamento e qualificazione del personale.

La Giunta regionale, per le materie sopraindicate, emana entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale direttive per promuovere l'attuazione delle azioni previste.

#### *c) Il diabete: prevenzione ed assistenza.*

Si tratta di una patologia di grande rilevanza sociale in quanto si stima che fino al 12% della popolazione sia affetto da un diabete con vario grado di gravità. Una diagnosi non tempestiva ed un controllo non appropriato comportano un rischio elevato di gravi, invalidanti e spesso mortali patologie cardiovascolari.

Adeguati interventi nei confronti del paziente diabetico rappresentano quindi un investimento sia in termini di morti evitate che di riduzione del ricovero e dell'invalidità.

Alcuni dati a livello nazionale fanno ritenere che una parte dei cittadini con diabete sia misconosciuta: è quindi particolarmente importante assicurare adeguati percorsi diagnostico – terapeutici attraverso l'applicazione di opportune linee guida integrate da parte delle strutture specialistiche e dei medici convenzionati.

Per quanto riguarda la prevenzione e l'assistenza al paziente con diabete, si confermano i contenuti dell'azione programmata prevista dalla legge regionale 22 marzo 1999, n. 14 (Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito), approvata con il Piano sanitario regionale 1999 – 2001, integrato con quanto di seguito indicato.

In coerenza con il quadro dispositivo di cui alla l.r. 14/1999, sulla base dei riferimenti epidemiologici, ed in linea con la programmazione sanitaria nazionale, la Giunta regionale, anche avvalendosi dell'apposita Commissione prevista dalla l.r. 14/1999, emana direttive atte a perseguire, nel triennio di Piano sanitario regionale, i seguenti obiettivi:

- il monitoraggio epidemiologico del diabete e delle sue complicanze, attraverso la piena operatività del Registro regionale;
- la contestualizzazione di linee guida di prevenzione, diagnosi tempestiva e cura, da implementare con la partecipazione di tutti i soggetti impegnati nella realizzazione del percorso assistenziale, al quale deve essere data piena attuazione da parte delle aziende sanitarie;
- il miglioramento della qualità di vita del cittadino diabetico attraverso programmi di counselling volti ad innalzarne la competenza per la gestione della sua condizione;
- il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti diabetici e la valutazione risultati;
- individuazione di efficaci strumenti di comunicazione per l'utenza interessata al fine di migliorare l'appropriatezza della domanda ed il grado di consapevolezza della rilevanza degli stili di vita orientati alla salute;
- l'organizzazione di percorsi educativo – terapeutici differenziati per tipo di diabete e per età;
- l'aggiornamento dei medici di medicina generale e la formazione dei “diabetici guida”, operatori volontari che svolgono attività d'educazione sanitaria rivolte in particolare all'autocontrollo e all'autogestione della malattia.

#### **5.3.2.6. Nefropatie croniche**

Nel passato triennio sono state attuate importanti iniziative per migliorare la qualità dell'assistenza ai cittadini con nefropatia cronica attraverso la realizzazione dell'azione programmata “Assistenza ai nefropatici cronici”, che ha consentito di definire le linee organizzative del percorso assistenziale, di attivare il Registro toscano dialisi e trapianto, di disciplinare l'erogazione del servizio di trasporto ai soggetti dializzati e la fornitura di prodotti dietetici e medicinali.

E' stata inoltre attivata la possibilità di effettuare la dialisi anche in Centri di assistenza domiciliare (CAD), utilizzando locali messi a disposizione dall'azienda sanitaria al fine di incentivare la dialisi domiciliare. Annualmente viene aggiornato il progetto “dialisi estiva” che consente ai cittadini nefropatici una maggiore libertà di movimento.

Più in generale, i provvedimenti adottati insieme alla partecipazione attiva del Difensore Civico e dell'ANED, hanno consentito un miglioramento della qualità della vita dei nefropatici cronici.

Con il presente Piano sanitario regionale si intende confermare l'impegno profuso da tutti i soggetti del sistema, nella consapevolezza che il miglioramento del livello assistenziale è un obiettivo dinamico al quale tendere con la concreta realizzazione del percorso assistenziale rivolto al paziente nefropatico.

E' confermata l'azione programmata di cui al Piano sanitario regionale 1999/2001 nei suoi riferimenti e contenuti strutturali e organizzativi, *con le precisazioni ed aggiornamenti di seguito indicati.*

Gli obiettivi del prossimo triennio possono riassumersi nei punti di seguito evidenziati:

- le aziende sanitarie sono impegnate a rendere operativo il percorso assistenziale per il paziente nefropatico cronico sui diversi livelli assistenziali della prevenzione delle nefropatie (primaria, secondaria e terziaria), della terapia conservativa e della terapia sostitutiva;
- la Giunta regionale, anche avvalendosi dell'ARS, provvede a definire indicatori che consentano di verificare, nel quadro delle responsabilità definite dal percorso assistenziale, la congruità dell'organizzazione dei servizi ai risultati attesi;
- la Giunta regionale e le aziende sanitarie individuano strumenti di comunicazione verso i cittadini sulla rete di assistenza garantita, al fine di migliorare l'appropriatezza della domanda e il grado di consapevolezza della rilevanza degli stili di vita orientati alla salute;
- il Registro toscano dialisi e trapianto viene valorizzato con la finalità di fornire una mappa dettagliata, non solo dei pazienti in trattamento dialitico, ma anche dei soggetti con tasso di creatinina tale da rendere inevitabile l'ingresso in dialisi, per la programmazione dell'attività e l'organizzazione dei servizi;
- la riorganizzazione del livello regionale anche attraverso la definizione di nuove modalità di partecipazione degli utenti e di coinvolgimento degli operatori impegnati nell'azione programmata.

### 5.3.2.7. I trapianti

La disponibilità di organi per il trapianto costituisce un problema universale, che limita seriamente le possibilità di sviluppo di questa modalità di trattamento, già pienamente consolidata dal punto di vista tecnico. Dal 1997 la Regione Toscana è impegnata con azioni di formazione ed organizzazione finalizzate allo sviluppo di un sistema locale di donazione e trapianto, basato sui coordinatori locali alla donazione e di qualificate équipe di trapianto, sistema che sta raggiungendo eccellenti risultati.

La Toscana ha infatti conseguito il raddoppio del tasso di donatori e dei trapianti di organo, collocandosi ai primi posti in Italia ed in Europa, dimostrando ottimi standard quantitativi e qualitativi. Particolare significato riveste la Banca regionale dei tessuti e delle cellule, articolata in cinque centri di conservazione presenti sul territorio regionale.

A partire da questi risultati diventa indispensabile consolidare il sistema esistente, garantendo la fruibilità di queste tecniche ad un numero sempre più elevato di cittadini toscani, con possibilità di estenderla ai cittadini del territorio di riferimento.

A questo fine, la Giunta regionale provvede allo sviluppo e riorganizzazione del sistema entro il triennio di vigenza del Piano sanitario regionale, sulla base dei seguenti indirizzi:

- individuare, nel quadro del contesto normativo nazionale, un livello organizzativo regionale, che consenta l'unificazione delle funzioni direzionali del sistema della donazione e dei trapianti e la realizzazione di adeguati percorsi formativi anche attraverso accordi con l'Università ed istituti di formazione, di ambito nazionale e internazionale;
- fornire a tale livello organizzativo strumenti idonei a garantire:
  - il processo di allocazione degli organi, con struttura operativa dotata di un *call center* permanente;
  - il supporto ai coordinatori locali ed alle équipe di trapianto;
  - il sostegno e l'informazione all'utenza;
- sviluppare i rapporti di sistema a livello aziendale e d'area vasta;
- rendere operativa a livello regionale la Banca dei tessuti e delle cellule, secondo le specifiche della l.r. 22/2000, anche consolidando il modello organizzativo già in essere per le attività di conservazione;
- rafforzare il ruolo dei coordinatori locali adottando idonee forme di riconoscimento nell'ambito dell'organizzazione aziendale, per garantire stabilità e sicurezza all'attività svolta;
- stabilire adeguate forme di rappresentatività a livello regionale degli stessi, anche al fine di consentire la progettazione di programmi di miglioramento e revisione della qualità e la valorizzazione del loro apporto al termine dell'incarico;

- sviluppare programmi di miglioramento della qualità nel processo della donazione con piena valorizzazione del ruolo delle Rianimazioni e Terapie intensive.

Fino alla realizzazione del nuovo assetto, è mantenuta in essere l'organizzazione prevista dall'azione programmata "Donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule" del precedente Piano sanitario regionale.

Qualificare le attività di follow-up previste dalle specifiche linee guida al fine di seguire adeguatamente le complesse problematiche legate al post-trapianto.

Per l'attuazione di quanto previsto dal presente Piano sanitario regionale e per la gestione del Registro regionale dei donatori di midollo osseo, comprese le relative attività complementari, la Giunta regionale provvede all'utilizzo delle risorse specifiche previste al paragrafo 3.3.2.3 Fondi speciali finalizzati. Le attività complementari comprendono:

- la tipizzazione dei donatori al loro ingresso nel Registro;
- i controlli di qualità regionali per i laboratori dei Centri Donatori, i controlli di qualità nazionali – gestiti dall'ISS per il laboratorio del Registro regionale (RR);
- le attività di consulenza per i casi più complessi, svolta dal laboratorio del Registro regionale a favore dei Centri Donatori;
- le attività di supporto amministrativo che il Registro regionale svolge da anni senza alcun riconoscimento né di personale né d'altro, ma che la legge 6 marzo 2001 n. 52 (Riconoscimento del Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo) per la prima volta riconosce;
- le attività di formazione permanente che questa attività presuppone.

### **5.3.2.8. La riabilitazione**

Le prestazioni assistenziali inserite nel presente paragrafo riguardano l'assistenza sanitaria riabilitativa finalizzata a consentire al disabile la miglior qualità della vita. Tale fase assistenziale consiste:

- nell'erogazione delle prestazioni sanitarie di riabilitazione, finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o traumatici, o, in caso di soggetti non vedenti o ipovedenti, alla ottimizzazione delle potenzialità residue o compensatorie;
- nell'assistenza protesica di cui al decreto del Ministro della sanità del 27 agosto 1999, n. 332 (Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe);
- nell'assistenza protesica integrativa a carico della Regione, con prestazioni individuate con provvedimenti della Giunta regionale.

A tal fine, per ogni paziente è redatto un progetto riabilitativo comprensivo sia delle prestazioni di riabilitazione e, ove necessario, di quelle d'assistenza protesica.

Il progetto ed il relativo programma riabilitativo risultano dall'integrazione operativa delle diverse competenze professionali coinvolte nella formulazione e nell'attuazione del progetto medesimo.

Il progetto ed il programma sono attuati secondo le indicazioni del precedente Piano sanitario regionale, che ha attivato un impegno rilevante a carattere regionale per quanto riguarda in particolare la rete integrata dei servizi ed il percorso assistenziale riabilitativo, che vengono confermati nelle linee generali.

Al fine di ottimizzare l'uso delle risorse impegnate nei programmi riabilitativi e di sviluppare la qualità dei servizi, le aziende sanitarie sono impegnate a:

- prevedere adeguate forme di coordinamento, sia in sede aziendale, anche in riferimento alle previsioni di cui all'allegato 2, punto 8, che nell'ambito della concertazione d'area vasta;
- organizzare in maniera unitaria e concertata l'accesso al percorso assistenziale;
- assicurare adeguate forme di programmazione ed attuazione dell'assistenza riabilitativa, sul versante ospedaliero ed extraospedaliero, anche prevedendo opportune forme di coordinamento nell'ambito della zona – distretto. Tale coordinamento presiede anche all'integrazione operativa delle strutture socio – sanitarie e delle funzioni assistenziali coinvolte nel percorso riabilitativo.

Il precedente Piano sanitario regionale ha attivato un impegno rilevante a carattere regionale per quanto riguarda in particolare la rete integrata dei servizi ed il percorso assistenziale riabilitativo, che viene confermato nelle sue linee generali.

a) *Linee di sviluppo ed impegni per il triennio.*

Al fine di una piena attuazione delle indicazioni programmatiche contenute nel precedente Piano sanitario regionale, costituiscono impegni generali nel triennio:

- 1) la classificazione all'interno del settore assistenziale della riabilitazione di una serie di prestazioni, con scopo principale l'aggiornamento, lo sviluppo e l'adeguamento tempestivo della qualità del servizio in riferimento alle notevoli capacità professionali del settore e con l'obiettivo di implementare il repertorio delle prestazioni erogabili, ivi comprese quelle a carattere innovativo;
- 2) l'articolazione dell'accesso alle diverse tipologie di prestazioni sulla base di criteri obiettivi e rigorosi quali:
  - distanza temporale dall'evento acuto;
  - gravità del quadro clinico;
  - cronicità della disabilità residua e sua modificabilità;
  - elaborazione di un progetto riabilitativo;
  - presa in carico da parte del gruppo interdisciplinare;
- 3) la migliore definizione del mandato assistenziale delle strutture nella rete integrata dei servizi riabilitativi, sulla base degli interventi diagnostici e terapeutici di competenza, dei livelli d'intensità assistenziale, della caratterizzazione sanitaria o socio sanitaria, della tipologia di disabilità trattata e della durata dell'intervento, nonché della valenza interdisciplinare al fine della presa in carico del soggetto;
- 4) il sostegno alla realizzazione ed allo sviluppo della rete integrata dei servizi residenziali di riabilitazione in ciascuna area vasta, secondo i seguenti indici di dotazione:
  - 0,20 posti letto ospedalieri per mille abitanti, per la riabilitazione codice 56;
  - 0,04 posti letto ospedalieri per mille abitanti, per l'alta specialità riabilitativa;
  - 0,20 posti residenziali per mille abitanti, per la riabilitazione intensiva extraospedaliera;
- 5) realizzazione del polo di riferimento per le attività di riabilitazione di Volterra;
- 6) la verifica ed articolazione dei tempi appropriati di degenza, anche in relazione con le caratteristiche cliniche di cui al punto 2) prevedendo gli opportuni aggiustamenti sia in termini temporali che di regime tariffario;
- 7) la regolamentazione dell'accoglienza notturna nelle strutture di riabilitazione intensiva extraospedaliera prevedendo l'utilizzazione a tal fine di idonee e separate, anche se contigue, strutture di accoglienza (foresteria) al fine di evitare l'utilizzazione impropria di posti residenziali sanitari;
- 8) il completamento dell'assetto dei servizi residenziali e diurni, a conclusione del percorso riabilitativo, alla fase della lungoassistenza, con riferimento ai criteri di cui al paragrafo 3.2.4 del presente Piano sanitario regionale;
- 9) la regolamentazione della compartecipazione finanziaria dell'assistito relativamente agli interventi socio-sanitari, anche in attuazione della normativa emanata in materia di integrazione socio sanitaria, attivando nel merito appropriati tavoli di concertazione;
- 10) il completamento della rete dei posti letto di alta specialità, tenuto conto delle esperienze maturate nel settore e dei progetti predisposti dalle aziende sanitarie.

b) *I percorsi assistenziali di alta specialità riabilitativa*

La Giunta regionale, nell'arco di vigenza del presente Piano sanitario regionale, definisce i percorsi assistenziali riabilitativi di alta specialità previsti dal precedente Piano sanitario regionale, al fine di favorire lo sviluppo di comportamenti omogenei sul territorio regionale, avvalendosi anche della collaborazione delle associazioni rappresentative dell'utenza.

I percorsi assistenziali di alta specialità riguardano le attività riabilitative rivolte alle seguenti menomazioni che necessitano di riabilitazione:

- 1) le lesioni midollari, per 50 posti letto;
- 2) le gravi cardiopatie, per 10 posti letto;

- 3) le gravi cerebrolesioni acquisite, per 45 posti letto;
- 4) le patologie neurologiche degenerative, per 30 posti letto;
- 5) le gravi disabilità dell'età evolutiva, ad integrazione delle previsioni del precedente Piano sanitario regionale, per 10 posti letto.

La Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente Piano sanitario regionale, provvede a determinare per ciascun processo riabilitativo:

- a) la localizzazione delle strutture dove devono essere svolte le predette attività, sulla base dei criteri previsti dal precedente Piano sanitario regionale;
- b) le funzioni operative che presidiano i processi riabilitativi e i livelli di responsabilità ivi compresa la definizione delle modalità di rilevazione e valorizzazione delle prestazioni e delle dotazioni strutturali;
- c) le modalità di accesso ai percorsi assistenziali.

Coerentemente con le azioni del presente Piano sanitario regionale, al fine di garantire un servizio sanitario e sociale integrato nelle diverse fasi della malattia e in maniera omogenea sull'intero territorio regionale e di prevenire lo sviluppo e l'aggravamento dell'invalidità e di favorire autonomia e piena partecipazione alla vita sociale dei cittadini ammalati, si indicano di seguito le linee di indirizzo generale per la predisposizione dei predetti percorsi assistenziali:

- 1) offrire una risposta ai bisogni con percorsi assistenziali differenziati nelle diverse fasi della malattia;
- 2) individuare e potenziare le strutture di alta specialità di assistenza e ricerca presso le tre aziende ospedaliere regionali o presso strutture ospedaliere di adeguata qualificazione a valenza regionale, tra i quali i centri di prevenzione e riabilitazione visiva di cui alla legge 28 agosto 1997, n. 284 (Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati);
- 3) garantire un intervento interdisciplinare nell'ambito di un approccio globale e della integrazione socio sanitaria;
- 4) promuovere la formazione specifica del personale dedicato.

#### *c) I percorsi assistenziali a livello di azienda sanitaria*

Le aziende sanitarie si impegnano a realizzare tutti gli interventi necessari:

- a) per sostenere e sviluppare la rete integrata dei servizi territoriali di assistenza riabilitativa, tra cui i centri di prevenzione e riabilitazione visiva, di cui alla legge 287/1997, prevedendo anche:
  - modalità di raccordo tra i diversi regimi di erogazione delle prestazioni e all'interno di questi, tra le strutture previste dal percorso assistenziale, al fine di assicurare la continuità assistenziale;
  - rilevazione del percorso assistenziale in termini di processo e di prodotto fornito;
- b) per assicurare un ricovero ospedaliero appropriato in caso di necessità, con riferimento in particolare ai soggetti portatori di disabilità neuropsichiche. A tal fine le aziende unità sanitarie locali prevedono, all'interno dei reparti ospedalieri, spazi di ricovero specificatamente dedicati e riservati all'utente e all'eventuale assistente personale;
- c) per assicurare una adeguata assistenza specialistica. Anche per l'erogazione di prestazioni specialistiche l'azienda unità sanitaria locale regola l'accesso alle stesse, prevedendo canali preferenziali a favore di soggetti portatori di disabilità neuropsichiche;
- d) per assicurare che le attività riabilitative per i minori con disabilità neuropsichiche siano erogate con l'apporto delle competenze necessarie ed il coinvolgimento dell'Unità funzionale infanzia e adolescenza del Dipartimento di Salute Mentale.

La dotazione complessiva di posti letto di riabilitazione (cod.56) è pari allo 0,20 ogni mille abitanti a livello regionale e come totale per ciascuna delle tre aree vaste. Alla dotazione così definita, riportata nella colonna C della tabella seguente, si perviene secondo le seguenti modalità:

1. Nelle aree vaste ove la dotazione attuale sia, per tutte le aziende unità sanitarie locali, inferiore allo standard, è consentito alle aziende medesime l'allineamento allo stesso, decurtato dei posti letto eventualmente attivati nell'azienda ospedaliera di riferimento. A

tal fine le iniziative di attivazione o sviluppo dei letti di riabilitazione costituiscono oggetto di concertazione di area vasta.

2. Nelle aree vaste in cui i posti letto esistenti siano complessivamente superiori allo 0,20 per mille abitanti, alle singole aziende unità sanitarie locali con dotazione inferiore allo standard di 0,14 posti letto ogni mille abitanti definito dal precedente Piano sanitario regionale è consentito l'allineamento a tale standard. Nelle aziende unità sanitarie locali ove la dotazione attuale sia superiore allo 0,20 per mille la dotazione massima dei posti letto è definita fino alla concorrenza dello 0,20 a livello complessivo di area vasta, così come indicato nella colonna C della tabella. Le iniziative di attivazione, sviluppo o riduzione dei letti di riabilitazione costituiscono oggetto di concertazione di area vasta e tengono conto dei letti presenti nelle aziende ospedaliere di riferimento da conteggiarsi nel totale.

La creazione o l'incremento di posti letto programmati in applicazione di quanto sopra è consentita solo in sostituzione di un pari numero di posti letto riabilitativi esistenti in forma distribuita in reparti per acuti ovvero di pari numero di letti per acuti.

Le indicazioni di cui ai paragrafi 1 e 2 precedenti costituiscono integrazione e modifica di quanto prescritto dalla Deliberazione del Consiglio regionale del 1 febbraio 2000, n. 29 (Determinazioni degli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva ai sensi dell'articolo 8 ter, comma 3 e 5 lett. b) del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229) in materia di autorizzazione delle strutture di riabilitazione ospedaliera di secondo livello.

**Tabella**

DOTAZIONE DI POSTI LETTO OSPEDALIERI DI RIABILITAZIONE DI 2^ LIVELLO (cod.56)						
AZIENDE SANITARIE	Posti letto esistenti			A	B	C
	Pubblici	Privati	Totale	Posti letto obiettivo (0,14 x mille abitanti)	Posti letto obiettivo (0,20 x mille abitanti)	posti letto ammessi
3 – Pistoia	0	0	0	38	55	38
4 – Prato	24	0	24	32	46	32
10 – Firenze	55	274	329	117	168	211
11 – Empoli	0	0	0	31	44	31
<b>Area Firenze</b>	<b>79</b>	<b>274</b>	<b>353</b>	<b>218</b>	<b>312</b>	<b>312</b>
1 – Massa Carrara	0	0	0	29	41	29
2 – Lucca	24	0	24	31	44	31
5 – Pisa	120	0	120	46	66	120
6 – Livorno	0	0	0	49	70	49
12 – Viareggio	40	30	70	23	32	70
<b>Area Pisa</b>	<b>184</b>	<b>30</b>	<b>214</b>	<b>178</b>	<b>253</b>	<b>299</b>
7 – Siena	0	0	0	36	52	52
8 – Arezzo	8	0	8	45	65	65
9 – Grosseto	0	0	0	31	44	44
<b>Area Siena</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>112</b>	<b>161</b>	<b>161</b>
<b>TOT.REGIONE</b>	<b>271</b>	<b>304</b>	<b>575</b>	<b>508</b>	<b>726</b>	<b>771</b>

*d) Il polo riabilitativo di Volterra*

Il polo riabilitativo nasce e si sviluppa attraverso la collaborazione dell'azienda unità sanitaria locale 5 di Pisa, anche nelle forme societarie della specifica sperimentazione gestionale alla quale l'azienda unità sanitaria locale partecipa, dell'azienda ospedaliera pisana con la quale sono stabiliti specifici rapporti di collaborazione per i settori clinici specialistici e della riabilitazione di terzo livello, dell'INAIL attraverso il Centro di riabilitazione motoria di Volterra e le competenze acquisite dall'Istituto nazionale, anche nel settore della ricerca e sviluppo di dispositivi ed ausili riabilitativi.

L'azienda unità sanitaria locale di Pisa è impegnata a presentare, entro tre mesi dall'approvazione del presente Piano sanitario regionale, congiuntamente all'INAIL e con la collaborazione dell'azienda ospedaliera pisana, apposito progetto per lo sviluppo del predetto polo riabilitativo sulla base dei seguenti indirizzi:

1. il polo di riabilitazione con sede in Volterra svilupperà attività riabilitative, protesiche e di ricerca;
2. alla dotazione di posti letto di riabilitazione ospedaliera concorrono:
  - per il secondo livello, un totale di 175 posti letto, articolati nei 100 posti letto attribuiti all'INAIL nel Piano sanitario regionale 1999 – 2001 (in tale dotazione sono compresi i 30 posti letto già accreditati e convenzionati con il servizio sanitario regionale) e nei 75 posti letto già attivati presso l'azienda unità sanitaria locale e l'*Auxilium Vitae*;
  - per il terzo livello, quelli di neuroriabilitazione nella misura di 15 posti letto, già parzialmente attivati dall'azienda unità sanitaria locale;
  - partecipano altresì al progetto anche i 15 posti letto di terzo livello riabilitativo da allestire a cura dell'azienda ospedaliera pisana;
3. nel progetto l'INAIL si impegna ad apportare investimenti strutturali ed impiantistici e nelle più avanzate tecnologie diagnostiche e di trattamento riabilitativo;
4. tutti i soggetti che partecipano al progetto si impegnano a sostenere l'iniziativa con le migliori risorse professionali, cliniche e riabilitative, al fine di conferire al polo un livello d'eccellenza clinico, scientifico e professionale, con livelli qualitativi allineati a quelli dei centri internazionali d'eccellenza;
5. potranno concorrere alla realizzazione del polo Università, enti e soggetti, pubblici e privati, con particolari competenze specialistiche nel campo riabilitativo e della ricerca.

La Giunta regionale, previa valutazione positiva del progetto, promuove la sottoscrizione di apposito protocollo d'intesa tra tutti i soggetti interessati per la realizzazione del nuovo polo riabilitativo di Volterra.

*e) Percorso assistenziale per l'assistenza odontoiatrica ai soggetti disabili non cooperanti*

Un'attenzione specifica deve essere dedicata all'assistenza odontoiatrica dei cittadini disabili non cooperanti. A tale fine, la Giunta regionale entro il primo anno di vigenza del presente Piano sanitario regionale individua e promuove lo sviluppo di servizi qualificati per la diagnosi e la cura delle patologie odontoiatriche garantendo uniforme distribuzione sul territorio regionale e tenuto conto dalle esperienze consolidate.

*f) L'assistenza protesica.*

Al fine di una piena attuazione delle indicazioni programmatiche contenute nel precedente Piano sanitario regionale, ed in relazione ai principi di razionalizzazione della spesa e di efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate, la Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, adotta provvedimenti al fine di:

- ridefinire, anche sulla base delle direttive ministeriali, la normativa relativa alle modalità di fornitura dei dispositivi per ricondurre la prestazione protesica nell'ambito del progetto riabilitativo globale;
- attuare la formazione del personale incaricato della prescrizione protesica ai fini dello sviluppo dell'appropriatezza;
- monitorare a livello d'azienda unità sanitaria locale le procedure pubbliche d'acquisto dei dispositivi protesici prodotti in serie, di cui all'elenco n. 2, allegato al decreto del Ministero sanità 332/1999;
- monitorare le attività dei centri di consulenza e documentazione ausili realizzati dalle aziende unità sanitarie locali, anche in relazione con gli impegni assunti nel settore degli ausili elettronici ed informatici legati alla comunicazione, all'apprendimento e al controllo ambientale nei confronti di persone in situazioni di disabilità;
- consolidare, sulla base del monitoraggio di cui al punto precedente, le attività dei predetti centri;

E' da notare inoltre che l'attuale regime di erogazione dell'assistenza protesica, di cui al decreto Ministero sanità 332/1999 presenta aree di problematicità, soprattutto in quanto non sono sempre ben distinti gli interventi sanitari, quelli a carattere socio - sanitario e quelli sociali, come anche non sono sempre ben definite le competenze per l'integrazione lavorativa, scolastica e professionale. Inoltre, nell'ambito degli interventi sanitari, non sono ben definiti quelli connessi ad un programma terapeutico - riabilitativo e quelli legati alle situazioni di cronicità.

Tali criticità comportano difficoltà sia dal punto di vista dell'appropriata erogazione delle prestazioni, sia della definizione della competenza economica. A tal fine la Giunta regionale, entro

il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, provvede ad approfondire le problematiche sopra evidenziate al fine di una ridefinizione dell'assistenza protesica, individuando soluzioni appropriate per ciascuna categoria assistenziale, nonché a favorire collaborazioni interaziendali e partecipazioni di produttori privati, anche in forme sperimentali, in attività di personalizzazione e produzione di ausili, ortesi e protesi e di gestione delle attività di ricondizionamento degli stessi ai fini del loro riutilizzo.

#### *g) La riabilitazione / abilitazione neuropsichica*

Il Piano sanitario regionale riconosce e fa proprio il rinnovamento dell'approccio al disabile, che si evince nelle più recenti classificazioni internazionali, che tiene conto soprattutto delle abilità esistenti o residue piuttosto che delle disabilità; pertanto per le patologie neuropsichiche, in continuità con il precedente Piano sanitario regionale, si coniuga il termine riabilitazione con quello di abilitazione, riconoscendo l'importanza dell'intervento precoce per ridurre le conseguenze della disabilità.

La Regione attribuisce un ruolo determinante agli interventi terapeutici, continuativi e protratti nel tempo, erogati in favore delle persone disabili, sia per consentire loro di raggiungere più alti livelli di abilità che di impedirne o ritardarne il declino, assumendo un quadro di riferimento, da sviluppare con il presente Piano sanitario regionale, delineato dagli accordi con i centri di riabilitazione, attuativi delle disposizioni dei precedenti Piani sanitari regionali.

Le aziende unità sanitarie locali, sulla base degli indirizzi della Giunta regionale, concordano annualmente con le strutture del proprio territorio tipologia e quantità di prestazioni riabilitative/abilitative, in un quadro strategico pluriennale di integrazione dei servizi definito dalla programmazione regionale.

#### **5.3.2.9. L'assistenza termale**

Per il triennio di vigenza del presente Piano sanitario regionale si confermano le disposizioni previste dal precedente Piano sanitario regionale.

Lo sviluppo delle politiche di salute della Regione nei confronti del termalismo viene perseguito attraverso:

- l'individuazione di prestazioni riabilitative per le quali esistono evidenze scientifiche d'efficacia se erogate in ambiente termale; i regimi assistenziali d'erogazione delle prestazioni sono quello diurno e quello ambulatoriale;
- l'inserimento, per quanto riguarda le indicazioni e le prestazioni di cui sopra, degli stabilimenti termali nel percorso assistenziale riabilitativo regionale di cui al presente Piano sanitario regionale;
- il coinvolgimento e la collaborazione delle aziende termali per la realizzazione di indagini e ricerche di rilevanza statistiche ed epidemiologiche, mirate ad obiettivi di interesse sanitario;
- l'individuazione, per le attività di prevenzione di interesse termale, di percorsi e tipologie di prestazioni, adeguate a garantire efficacia dei trattamenti;
- l'inserimento degli stabilimenti termali fra le strutture che erogano prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione di cui al nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche;
- la definizione d'apposite procedure d'autorizzazione ed accreditamento per gli stabilimenti termali, provvisoriamente accreditati con deliberazione della Giunta regionale dell'8 luglio 1996, n. 842 (Prestazioni terapeutiche, stabilimenti termali: procedure attuative art. 8 D.L. GSL 502/92 e regime transitorio anno 1996), fermo restando che per le prestazioni di medicina e riabilitazione fisica gli stabilimenti termali sono soggetti alle procedure di cui alla legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 (Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedure di accreditamento);
- l'inserimento degli stabilimenti termali nel processo d'integrazione delle medicine non convenzionali negli interventi per la salute;
- l'applicazione delle previsioni dell'articolo 5 della legge 323/2000 promuovendo l'estensione alla mutualità solidale ed integrativa dei regimi termali speciali INPS.

Le aziende termali partecipano alle procedure di contrattazione con le aziende unità sanitarie locali al fine dell'erogazione di pacchetti di prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione di cui al nomenclatore regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, anche sulla base del vigente accordo nazionale per le prestazioni termali. Tale contrattazione avviene con riferimento al bisogno valutato dalle aziende unità sanitarie locali e prevede l'attivazione di procedure di monitoraggio della qualità delle prestazioni. Le linee di sviluppo sopra descritte si attuano attraverso l'attivazione di idonei tavoli di concertazione tra i comuni, le aziende termali e le aziende unità sanitarie locali.

### 5.3.2.10. L'emergenza – urgenza

L'attuazione delle previsioni del precedente Piano sanitario regionale nel settore della emergenza - urgenza ha permesso di realizzare importanti risultati:

- la costituzione su tutto il territorio regionale dei dipartimenti di emergenza urgenza,
- l'attivazione di tutte le centrali operative 118 con numero unico regionale;
- l'attivazione del servizio regionale d'elisoccorso;
- l'attuazione, con la legge regionale 22 maggio 2001, n. 25 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario), della razionalizzazione del sistema del trasporto sanitario e il trasferimento della potestà autorizzativa ai comuni;
- la predisposizione degli indirizzi per l'implementazione del sistema di emergenza-urgenza (intra ed extra-ospedaliero);
- l'attuazione della previsione della l.r. 22/2000 in merito alla responsabilità delle attività di pronto soccorso nella figura dello specialista di medicina e chirurgia d'accettazione e urgenza;
- l'adeguamento dei requisiti per l'accreditamento delle strutture di pronto soccorso.

Con il Piano sanitario regionale sono confermati i contenuti dell'azione programmata di cui al precedente Piano sanitario regionale e dei relativi provvedimenti d'attuazione.

Con lo scopo di offrire ai cittadini toscani l'accesso certo e programmato ad una assistenza tempestiva, omogenea ed efficace in caso d'emergenza a domicilio o in ospedale, la Giunta regionale procede, entro i primi dodici mesi di vigenza del presente Piano sanitario regionale, alla realizzazione dell'azione programmata sulla base dei seguenti indirizzi:

- integrazione fra le attività del dipartimento di emergenza-urgenza;
- diffusione di livelli omogenei d'assistenza;
- realizzazione di percorsi assistenziali territoriali ed ospedalieri integrati, con particolare riferimento al trattamento del paziente traumatizzato ed al *triage*, anche attraverso l'individuazione delle modalità di coordinamento ed integrazione delle correlate strutture territoriali ed ospedaliere nell'ambito dei DEU;
- realizzazione del servizio assistenziale integrato intraospedaliero come pronto intervento interno, attivabile a seguito di situazioni critiche nei vari reparti consistente in azioni immediate assicurate con Medici Specialisti qualificati (Anestesisti Rianimatori, Medici e Chirurghi d'Urgenza) addetti all'emergenza e sempre presenti in Ospedale;
- impegno organizzativo ed operativo per fronteggiare le situazioni critiche in regime di ricovero ai vari livelli (Rianimazione, Terapia Intensiva, Terapia Subintensiva) anche nell'ambito dell'area vasta, tenendo presenti i differenti livelli di impegno assistenziale;
- implementazione e sviluppo delle strutture della centrale operativa, anche attraverso l'individuazione della medesima tra le strutture "complesse";
- sviluppo dei supporti logistici del sistema territoriale, anche in riferimento all'adeguamento delle infrastrutture legate al servizio dell'elisoccorso;
- riconoscimento dell'elisoccorso quale servizio ad alta tecnologia che garantisce prestazioni ad elevati livelli qualitativi nei casi di soccorsi primari, di soccorsi in occasione di eventi catastrofici, di trasferimenti secondari assistiti di pazienti critici che necessitano della continuità delle cure intensive specialistiche;

- razionalizzazione della rete di soccorso territoriale, con possibile utilizzo di mezzi o soluzioni alternative, anche attraverso la regolamentazione dell'utilizzo di tecnologie sanitarie quali ad esempio il defibrillatore;
- sviluppo della collaborazione e dell'integrazione con altri soggetti istituzionali che svolgono interventi di soccorso;
- promozione dell'integrazione fra i medici dell'emergenza sanitaria territoriale (118) e il pronto soccorso ospedaliero, anche attuando iniziative sperimentali;
- sviluppo delle iniziative sopra indicate, anche al fine di attuare il passaggio alla dipendenza dei medici convenzionati dell'emergenza sanitaria territoriale, secondo le disposizioni di cui all'articolo 8, comma 1-*bis*, del d.lgs. 502/1992, come recepito nell'ordinamento regionale;
- completamento della riorganizzazione del pronto soccorso ospedaliero, anche in relazione al riconoscimento della specialità di medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza;
- disegno e promozione di un sistema informativo integrato per l'emergenza – urgenza;
- completamento dei programmi di formazione degli operatori del sistema.

La funzione di coordinamento tecnico per le attività di emergenza - urgenza di cui al paragrafo 2.4.2 è attivata, anche su iniziativa della Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale.

### **5.3.2.11. Il Piano Sangue**

Il presente Piano sanitario regionale conferma l'obiettivo generale di creare le condizioni economiche, organizzative e gestionali affinché sia possibile:

- perseguire l'autosufficienza di sangue, plasma ed emoderivati;
- contribuire anche agli obiettivi di autosufficienza nazionali;
- perseguire il massimo livello di qualità e sicurezza dei prodotti e delle prestazioni del servizio trasfusionale.

L'elemento sangue è infatti elemento non sostituibile in molti percorsi assistenziali, con particolare riferimento a quelli chirurgici, onco - ematologici, trapiantologici e, più in generale, nell'area dell'emergenza - urgenza.

L'obiettivo generale deve essere perseguito con il contributo di tutti gli attori del sistema (associazioni del volontariato, istituzioni, tecnici), sulla base di una specifica attività di programmazione, pianificazione e controllo, anche indipendentemente dalle logiche economico - finanziarie delle singole aziende sanitarie ed in coerenza con le indicazioni del Piano nazionale sangue e plasma, di cui al decreto ministeriale 1° marzo 2000 (Adozione del progetto relativo al piano nazionale sangue e plasma per il triennio 1999/2001).

L'incremento quantitativo, ma soprattutto qualitativo, delle prestazioni offerte dalle aziende sanitarie toscane ha prodotto un significativo aumento dei consumi di emocomponenti, che ha reso evidente un significativo cedimento del grado d'autosufficienza regionale, sostanziato da un progressivo scostamento tra produzione e consumi, anche se l'azione sinergica del volontariato, dei tecnici e delle istituzioni, garantisce una produzione ogni anno in modesto aumento.

Ne deriva che il sistema sangue toscano, nell'attuale assetto, non risulta complessivamente in grado d'assicurare una risposta costante ed adeguata ai fabbisogni quali - quantitativi generati dal miglioramento continuo di molti ed importanti percorsi assistenziali. Si rende pertanto necessario definire metodi e strumenti di gestione del settore trasfusionale che siano in grado di colmare tale disequilibrio, in particolare superando le dinamiche locali e concentrando sul settore una forte attività di programmazione di livello regionale.

#### *Linee di sviluppo ed impegni per il triennio*

A tal fine è necessario procedere ad una attenta valutazione dell'opportunità di definire un nuovo modello organizzativo del sistema trasfusionale regionale, finalizzato a garantire il conseguimento ed il mantenimento dell'autosufficienza, assicurando, al contempo, elevati livelli di qualità e sicurezza di prodotti e servizi, nonché a rispondere con efficienza ed efficacia alla rapida e complessa evoluzione tecnico - scientifica della medicina trasfusionale.

La Giunta regionale avvia pertanto un processo di razionalizzazione del sistema trasfusionale, che esprima prioritariamente un forte ed efficiente coordinamento e governo del sistema stesso, sia a livello regionale che locale, e che, oltre a prevedere specifici interventi già nel corso del 2002, consenta di:

- a) garantire un margine costante e sicuro di autosufficienza;
- b) assicurare livelli e percorsi assistenziali omogenei;
- c) assicurare l'integrazione tra gli attori del sistema a vario titolo coinvolti (associazioni del volontariato, istituzioni, aziende sanitarie, componente tecnica);
- d) presidiare e sviluppare gli aspetti di indirizzo tecnico - scientifico ed organizzativo della medicina trasfusionale;
- e) migliorare in continuo la qualità e la sicurezza dei prodotti e delle prestazioni;
- f) assicurare il funzionamento in rete del sistema trasfusionale regionale.

Fino alla definizione di eventuali nuovi modelli organizzativi a livello regionale ed aziendale, sono confermate le indicazioni del precedente Piano sanitario regionale. I nuovi modelli dovranno comunque risultare coerenti con le finalità elencate e rappresentare concretamente una positiva evoluzione degli attuali assetti.

### **5.3.2.12. Le cure palliative**

Secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, le cure palliative sono rappresentate da una serie di interventi finalizzati alla cura attiva e totale di malati, la cui patologia non risponde più a trattamenti specifici. Fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi e, in generale, l'intervento sui problemi psicologici, sociali e spirituali.

La Regione Toscana, al fine di migliorare l'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita, con deliberazione del Consiglio regionale 29 febbraio 2000, n. 128 (Programma per la realizzazione dei centri residenziali per le cure palliative) e, in attuazione, con la deliberazione della Giunta regionale 26 settembre 2000, n. 996 (Linee guida assistenziali ed indirizzi organizzativi per lo sviluppo della rete di cure palliative), ha individuato i valori etici e gli elementi organizzativi, che costituiscono fondamento della terapia palliativa.

Parallelamente il processo è stato supportato da idonei percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari interessati e definiti con apposite direttive della Giunta regionale.

#### *a) Le linee organizzative ed il percorso assistenziale per l'assistenza ai malati terminali*

Si confermano i contenuti organizzativi attuati sulla base degli indirizzi regionali, da realizzarsi secondo il modello seguente:

- criterio terapeutico (assenza, esaurimento, non opportunità di trattamenti curativi specifici o scelta consapevole da parte del paziente);
- criterio sintomatologico (presenza di sintomi invalidanti che condizionano la riduzione di performance al di sotto del 50% della scala Karnofsky);
- criterio temporali (rapida evolutività clinica con attesa di decesso imminente).

Il *team* multiprofessionale e multidisciplinare, che costituisce il riferimento per ogni richiesta di cure palliative, è definito "Unità di Cure Palliative" (UCP).

A livello di azienda sanitaria è compito del direttore generale nominare il coordinatore del *team*, individuando i componenti fra operatori con specifica esperienza, ed indicare la sede fisica di riferimento per l'attività, commisurando l'impegno e le risorse ai bisogni attesi nel proprio territorio di riferimento. Qualora l'azienda sanitaria non disponga delle figure professionali richieste, saranno attivate convenzioni con altre aziende sanitarie o con soggetti esterni. Le modalità organizzative a regime sono definite negli atti di programmazione aziendale e nei programmi annuali d'attività.

#### *b) I compiti della UCP.*

La UCP è coordinata dal medico esperto in cure palliative ed opera come segue:

- assicura il trattamento appropriato ai bisogni del paziente in fase terminale;
- utilizza la metodologia dell'*audit*, allo scopo di migliorare i programmi terapeutici individuali e di valutare l'attività svolta;

- svolge un'attività costante di informazione e formazione per gli operatori coinvolti, per i soggetti interessati e per i familiari sulle modalità assistenziali opportune, e promuove interventi specifici di supporto psicologico e motivazionale;
- implementa un sistema di rilevazione dei dati relativi all'attività, sulla base di quanto indicato a livello regionale;
- assicura ai pazienti ed agli operatori coinvolti una consulenza specialistica, anche telefonica, per ogni eventuale urgenza o necessità.

Il *coordinatore della UCP* costituisce il riferimento tecnico delle figure coinvolte nell'assistenza al malato terminale, a tal fine si avvale e coinvolge, quando necessario, altre figure e competenze professionali o altri attori individuati dagli atti di programmazione regionale.

#### c) *L'attivazione dell'Unità di cure palliative*

L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per il paziente e la sua famiglia.

L'intervento dell'UCP è attivato dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta o dal medico specialista, ospedaliero o territoriale di riferimento della patologia del paziente. Congiuntamente è valutata la corrispondenza dei requisiti di accesso e, nei casi opportuni, è predisposto il piano terapeutico personalizzato ed è individuata la modalità assistenziale più adeguata (ospedale, domicilio o centro residenziale di cure palliative).

#### d) *Le cure palliative in una logica di rete*

La UCP rappresenta un'articolazione della rete d'assistenza e garantisce la propria operatività a livello ospedaliero, a livello domiciliare e nelle sedi sostitutive del domicilio del malato ivi compreso il *centro residenziale di cure palliative o hospice*.

A tal fine la UCP si rapporta con le altre figure professionali coinvolte:

- a livello ospedaliero, con lo specialista di riferimento per la patologia che ha attivato la terapia palliativa. In particolare, per i pazienti oncologici, la UCP è strumento operativo del COD e del dipartimento oncologico. Al momento della dimissione, lo specialista, il medico di medicina generale dell'assistito, il pediatra di libera scelta e la UCP concordano con il paziente e, su indicazione dello stesso, con la sua famiglia, il programma terapeutico personalizzato e la modalità assistenziale più adeguata. Nel caso la UCP di riferimento territoriale del paziente sia diversa da quella ospedaliera, la UCP, che opera a livello ospedaliero, si rapporta con quella territoriale per garantire la continuità terapeutica tra ospedale e territorio;
- a livello domiciliare, la responsabilità del paziente è del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, che attiva, quando necessario, la UCP di riferimento. La UCP fornisce la consulenza e, nelle situazioni di particolare impegno, garantisce un intervento permanente. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta e la UCP verificano costantemente le indicazioni terapeutiche ed il monitoraggio del trattamento. L'assistenza domiciliare è erogata, in termini di organizzazione e modalità di intervento, a livello di zona-distretto, nell'ambito del presidio territoriale o delle sue articolazioni decentrate, come previsto al paragrafo 2.2.. La zona-distretto coordina l'intervento delle figure, che attuano l'assistenza sul territorio, ivi comprese quelle del volontariato, garantisce l'assistenza infermieristica domiciliare ed il materiale necessario per le cure palliative domiciliari, con particolare riferimento ai presidi e ai farmaci. Il paziente o i familiari possono richiedere, attraverso il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, l'attivazione dell'UCP che avviene secondo le modalità prima descritte. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta ovvero il coordinatore dell'UCP, nel caso il suo intervento sia permanente, costituiscono riferimento costante del paziente e dei familiari per ogni necessità legata all'assistenza.

#### e) *Il gruppo regionale di valutazione e proposta*

Si costituisce un gruppo regionale di valutazione dei servizi di cure palliative, che comprende il funzionario regionale competente e, per ciascuna azienda sanitaria, il coordinatore dell'UCP.

Tale gruppo ha il compito di:

- monitorare il grado d'applicazione delle indicazioni regionali;
- definire indicatori qualitativi e quantitativi per la valutazione dell'attività svolta, degli esiti della stessa, dei processi attivati e della soddisfazione dell'utenza, utilizzando a tale fine le rilevazioni previste dallo specifico sistema informativo già attivato;
- produrre una relazione annuale sullo stato d'attuazione della presente azione.

Il gruppo ha altresì il compito d'elaborare, sulla base delle analisi e valutazioni che emergono dal monitoraggio, una proposta di eventuale riorganizzazione. La Giunta regionale adotta entro i primi sei mesi di vigenza del Piano sanitario regionale, un'eventuale proposta al Consiglio regionale di riassetto del settore.

#### *f) L'ospedale senza dolore*

Specifici provvedimenti organizzativi e curativi consentono di far fronte alla realizzazione di un efficace controllo del dolore in tutte le situazioni nelle quali si può manifestare. Il cosiddetto progetto "Ospedale Senza Dolore", che è uno dei programmi internazionali *Health Promoting Hospital* (HPH) a cui la Regione Toscana ha aderito, sarà sviluppato attuando le seguenti azioni:

- individuare in ogni azienda un referente medico;
- individuare in ogni reparto almeno un referente medico ed uno infermieristico;
- promuovere l'analisi e la valutazione delle conoscenze attuali sul dolore da parte del personale curante;
- identificare e predisporre gli strumenti di rilevazione del dolore, predisponendo appositi spazi di registrazione nelle cartelle cliniche;
- programmare le idonee attività formative;
- elaborare nelle varie aree ospedaliere protocolli di trattamento;
- rendere disponibili in tutti i reparti i farmaci analgesici nelle differenti confezioni, con particolare attenzione alla morfina;
- attivare strumenti di valutazione periodica dei risultati;
- predisporre adeguati programmi informativi all'interno dell'ospedale, in maniera che ogni paziente sia informato sull'importanza della valutazione del dolore e sulla possibilità di tenerlo sotto controllo nelle diverse situazioni cliniche.

La gestione e l'impegno per il controllo del dolore è multidisciplinare, tenendo presente il ruolo dei medici specialisti anestesisti rianimatori nell'inquadramento fisiopatologico e nella pratica del controllo farmacologico e strumentale del dolore.

### **5.3.2.13 L'assistenza all'insufficienza respiratoria cronica**

#### *Il quadro di riferimento*

Tutte le malattie croniche dell'apparato respiratorio portano, con la loro evoluzione spontanea, all'insufficienza respiratoria cronica che determina uno stato d'invalidità ingravescente, limitando le capacità lavorative dei soggetti e, a lungo termine, lo svolgimento di una normale vita di relazione.

Le implicazioni socio - economiche di questa sofferenza cronica sono enormi sia in termini di costi previdenziali, che di spesa sanitaria in termini di farmaci e d'ospedalizzazione, e si accompagnano, cosa di particolare rilievo umano, ad un progressivo deterioramento psicologico dell'ammalato che percepisce la propria inabilità assoluta, l'ineluttabilità della malattia ed il distacco dal proprio nucleo familiare e dalle sue abitudini di vita.

Allo stato attuale pur disponendo di risorse terapeutiche (ossigenoterapia a lungo termine, ventiloterapia domiciliare) che se attuate in modo precoce possono controllare e/o ritardare l'evoluzione della malattia, non esiste tuttavia un programma integrato d'intervento sul territorio regionale, finalizzato ad assicurare una corretta gestione dei vari livelli di gravità della patologia.

Un fatto di particolare rilevanza da un punto di vista prognostico è lo sviluppo di una insufficienza respiratoria acuta in corso d'insufficienza respiratoria cronica. Il trattamento tradizionale di questo evento prevede l'impiego di ventilazione meccanica invasiva, responsabile di complicazioni ed effetti secondari con ripercussione negative sulla prognosi a breve e a lungo termine e sulla qualità di vita dei pazienti.

L'impiego di tecniche ventilatorie non invasive in ambienti pneumologici specializzati nel trattamento dell'insufficienza respiratoria (terapie Intensive mono - organo) ha notevolmente modificato il decorso di tale condizione patologica anche con consistenti riscontri di tipo economico.

Attualmente sul territorio della Regione Toscana circa 200.000 pazienti, pari al 5.7% della popolazione, risultano affetti da malattie croniche dell'apparato respiratorio che esitano nella stragrande maggioranza dei casi in insufficienza respiratoria cronica. Il numero di ricoveri anno per tale patologia risulta di circa 30.000, con un tasso di mortalità riferita di 5.9%. Le previsioni per un prossimo futuro sono per un graduale incremento d'incidenza legato principalmente ai seguenti fattori:

- persistenza all'abitudine al fumo;
- innalzamento dell'età media;
- incremento del rischio d'inquinamento ambientale;
- accresciuta incidenza di alcune patologie respiratorie.

#### *Linee generali per la riorganizzazione del settore*

La Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del presente Piano sanitario regionale, adotta apposita azione programmata per l'organizzazione di una rete di strutture per la terapia delle malattie croniche dell'apparato respiratorio, attraverso la realizzazione di apposite unità di trattamento che costituiscono il "Servizio assistenza insufficienza respiratoria cronica" (S.A.I.R.C.), sulla base dei seguenti indirizzi:

- realizzazione di uno specifico percorso assistenziale a tutela dei portatori d'insufficienza respiratoria cronica;
- uniformità dell'assistenza su tutto il territorio regionale attraverso la previsione di un sistema a rete;
- articolazione su livelli organizzativi differenziati al fine di garantire l'adeguato raccordo tra le cure primarie ed il livello specialistico ospedaliero d'azienda unità sanitaria locale o d'area vasta, attraverso la definizione di linee guida e specifici protocolli;
- unità di trattamento ospedaliero nella fase acuta così articolate:
  - a) unità di terapia intensiva respiratoria, unica in area vasta collocata di norma presso le aziende ospedaliere di riferimento;
  - b) trattamento sub intensivo presso il reparto pneumologico o di medicina generale organizzazione dell'assistenza territoriale che si faccia carico sia delle terapie d'assistenza respiratorie che della fase riabilitativa.

Sulla base delle evidenze epidemiologiche esiste una correlazione tra incidenza della patologia, inquinamento ambientale e abitudine al fumo. L'azione programmata deve pertanto prevedere:

- iniziative di coinvolgimento delle comunità locali sulla rilevanza di progetti di salute legati alla riduzione dei livelli d'inquinamento dell'aria;
- campagne d'informazione e sensibilizzazione della popolazione sugli effetti dell'abitudine al fumo e sul potenziamento di tali effetti in presenza di altri fattori di rischio;
- organizzazione del servizio antifumo.

#### **5.3.2.14. Le malattie reumatiche**

In considerazione del grande impatto sanitario e sociale delle malattie reumatiche, occorre definire linee organizzative d'un intervento sanitario pubblico, rivolto alla prevenzione, alla diagnosi ed alla cura del paziente affetto da malattie reumatiche.

Gli indirizzi generali della presente azione non possono prescindere dalla consapevolezza, epidemiologica e clinica, che le malattie reumatiche si caratterizzano sostanzialmente per due aspetti:

1. malattie meno frequenti, ma ad alto impatto diagnostico e d'elevata competenza specialistica, che necessitano di ricerca scientifica o di complessi livelli organizzativi o di alta tecnologia, per consentire la sopravvivenza e/o la prevenzione di gravi invalidità;
2. malattie molto frequenti, a minore impatto diagnostico, ma estremamente diffuse, che necessitano di una corretta gestione per minimizzare il rischio di salute, ottimizzare la qualità di vita e le risorse disponibili. Queste forme richiedono interventi prevalentemente territoriali, coordinati e capillarmente distribuiti.

Un piano concreto d'intervento nell'assistenza reumatologica si muove secondo principi, che, da una parte, mettano al centro della organizzazione il malato reumatico e, dall'altra, realizzino azioni di coordinamento ed integrazione tra i vari livelli d'assistenza, che consentano una maggiore razionalizzazione delle risorse ed una maggiore omogeneità dei servizi erogati.

L'obiettivo primario s'identifica nel miglioramento della qualità di vita del malato reumatico attraverso la diagnosi precoce, la terapia appropriata e personalizzata, la prevenzione, che faccia leva anche su una diffusa educazione sanitaria.

Obiettivi secondari, ma necessari al conseguimento dei primari, sono la predisposizione di soluzioni organizzative interaziendali per una maggiore omogeneità qualitativa e per il coordinamento tra Centri di riferimento, strutture ospedaliere e territoriali delle aziende unità sanitarie locali, in modo da garantire la continuità del percorso assistenziale ed il monitoraggio epidemiologico di patologie di ampia rilevanza sociale.

Per il raggiungimento degli obiettivi occorre realizzare una rete assistenziale integrata, diffusa omogeneamente in tutto l'ambito regionale, articolata nella realtà dell'area vasta e che integri:

- le *strutture di riferimento di alta specializzazione, di norma collocate nelle aziende ospedaliere*;
- le *strutture delle aziende unità sanitarie locali, a valenza ospedaliera nell'ambito dell'area medica, con funzione di raccordo e filtro tra la struttura di riferimento d'area vasta e di territorio*;
- il *medico di famiglia e l'ambito distrettuale*.

La struttura di riferimento è la sede indispensabile per affrontare gli aspetti più complessi delle malattie reumatiche, soprattutto di quelle più rare, per le quali occorre concentrare la casistica, gli indirizzi di ricerca scientifica avanzata e gli interventi terapeutici e di alta tecnologia o d'elevata complessità.

La struttura di reumatologia, da istituire sotto forma di sezione in ogni unità sanitaria locale, è il riferimento specialistico di tutto il territorio aziendale. L'ambito naturale di tale struttura è l'area medica sia per la natura delle patologie reumatiche, spesso multiviscerali nelle forme più gravi, sia per i collegamenti con altre specialità mediche; la struttura opera, per quanto di competenza, nella gestione delle degenze ospedaliere, in regime ordinario e di *day hospital*, e svolge una funzione di coordinamento multidisciplinare. Il coordinamento coinvolge numerose figure professionali, come il terapeuta della riabilitazione, l'ortopedico, il nefrologo, lo pneumologo, lo psicologo.

Il collegamento tra la sezione e la struttura di riferimento nell'area vasta si attua attraverso lo strumento della concertazione, che è finalizzato al raggiungimento degli obiettivi della qualità, della continuità delle cure e dell'ottimizzazione dei servizi erogati. Il collegamento fra le strutture d'area vasta consente un'azione di filtro dalla periferia ai centri di vario livello, garantendo al malato il percorso assistenziale a partire dalla valutazione del medico di medicina generale.

Il rapporto della sezione con il medico di medicina generale è centrale ed obbligato in relazione ad una serie di legami, necessari ed inevitabili, che occorre istituire per il raggiungimento degli obiettivi primari. Questo rapporto si concretizza nell'offerta di consulenza o, in modo più efficace, nella realizzazione di momenti unitari di valutazione clinica, di programmazione e d'integrazione degli interventi terapeutici, da espletare anche in sede domiciliare. La collaborazione con il medico di medicina generale offre, inoltre, la possibilità di razionalizzare gli accessi ai servizi, di dare maggiore appropriatezza all'impiego delle risorse disponibili, di avere un contatto diretto con la realtà delle malattie reumatiche a partire dal territorio.

L'attività reumatologica è in larga parte ambulatoriale e trova appropriata collocazione anche in sede di zona-distretto, dove, avvalendosi anche di mezzi strumentali, può realizzare un'integrazione socio-sanitaria, così da offrire una gamma più ampia di competenze.

Compete alla sezione *l'educazione sanitaria*, che, oltre ai temi specifici delle singole affezioni reumatiche, deve diffondere una cultura della salute relativamente ai comportamenti e agli stili di vita, in particolare, per l'alimentazione e l'attività fisica, che esercitano un rilevante impatto sulle forme di patologia reumatica di più ampia diffusione, come l'artrosi e la frattura osteoporotica. La spinta educativa, da promuovere attraverso iniziative locali, diffuse, può essere coordinata ed integrata a livello interaziendale e d'area vasta.

La sezione, per la sua collocazione, bidirezionale verso l'area vasta e verso il territorio, svolge una funzione di raccordo e di coordinamento per il *rilevamento dei dati epidemiologici* e per lo *sviluppo di modelli assistenziali*, che introducano, promuovano e mettano in atto la cultura dell'approccio globale alla persona malata. In questo ambito è imprescindibile un rapporto costante, fattivo e disinteressato, con le associazioni dei malati, che operano nelle realtà locali.

La concertazione si realizza con la messa a punto di strumenti per il raggiungimento degli obiettivi:

- *linee guida* condivise;
- adozione di *protocolli comuni* di screening nell'ambito di alcune patologie reumatiche;
- definizione dei *percorsi clinici*, concordati fra i vari punti d'erogazione nei quali si sviluppa il *percorso assistenziale*.

Si potrà così ottenere una condotta corretta ed omogenea riguardo la *diagnosi precoce*, l'*appropriatezza* e l'*integrazione* dei vari momenti d'intervento. L'elaborazione di questi strumenti si avvale delle opportunità di comunicazione e dell'informatizzazione degli strumenti ad ogni livello della rete integrata di reumatologia.

### **5.3.2.15. Le medicine non convenzionali**

L'indagine Multiscopo evidenzia, a livello nazionale, il costante aumento del numero di persone che ricorrono a tipologie di cura non convenzionali. Nel 1999 il 15.6% della popolazione ha fatto ricorso a medicine non convenzionali (MNC). Nel centro Italia 1 persona su 6 ha utilizzato almeno una MNC negli ultimi anni.

Già il precedente Piano sanitario regionale ha sviluppato azioni tese a promuovere la conoscenza sulle MNC e la loro integrazione negli interventi per la salute. A tal fine è stata costituita un'apposita Commissione regionale, di cui fanno parte rappresentanti della medicina convenzionale e non convenzionale, ed è stato previsto uno specifico fondo per favorire lo sviluppo della ricerca e sostenere le esperienze delle aziende unità sanitarie locali in questo ambito.

#### *Linee di sviluppo ed impegni per il triennio 2002/2004*

In assenza di una regolamentazione nazionale sulle MNC, verificata la carenza di strumenti per favorire l'incontro e l'integrazione tra cure diverse che condividono lo scopo di migliorare la salute, il presente Piano sanitario regionale promuove ulteriormente il confronto e lo scambio di conoscenze fra la medicina ufficiale e quella non convenzionale, tenendo conto anche delle relazioni interculturali necessarie ad una società culturalmente differenziata e multietnica.

L'impegno sulle MNC risulta coerente con i principali obiettivi del Piano sanitario regionale 2002-2004 in termini di valorizzazione della soddisfazione del cittadino, umanizzazione e personalizzazione degli interventi, riduzione degli effetti collaterali e promozione di stili di vita per la salute.

Il Piano sanitario regionale si pone l'obiettivo di:

- promuovere iniziative per il conseguimento di standard qualitativi adeguati nell'uso di farmaci non convenzionali e per lo studio di misure di farmacovigilanza;
- sviluppare forme d'integrazione fra la medicina ufficiale e alcune MNC in campo umano ed animale, scelte sulla base della loro diffusione in ambito regionale, e degli studi scientifici sulla efficacia, anche in relazione a specifiche problematiche; si delega a tal fine la Commissione regionale ad individuarne la tipologia;
- promuovere la qualità delle prestazioni professionali di MNC in ambito pubblico e privato, a tutela della salute dei cittadini e della popolazione animale, attraverso il coinvolgimento degli organismi competenti in ambito di accreditamento, formazione e aggiornamento professionale, nonché la realizzazione di albi o registri professionali tenuti, per quanto attiene agli operatori medici, dai relativi ordini professionali;

- garantire la diffusione dell'informazione sulla disponibilità di MNC presenti nel sistema sanitario regionale, affinché i cittadini possano esercitare il loro diritto di scelta terapeutica in maniera consapevole, con riferimento a criteri d'efficacia, di rispetto della persona, di ridotta invasività e di contenimento dei costi;
- promuovere progetti delle aziende unità sanitarie locali volti ad offrire all'utenza la possibilità d'utilizzo di medicine non convenzionali, anche in funzione di tutela della salute delle minoranze etniche;
- valutare, nella stesura delle linee guida a livello regionale, l'appropriatezza di uso di MNC riconosciute efficaci come terapia sostitutiva, complementare, alternativa accettabile per indicazioni specifiche;
- prevedere la possibilità di utilizzo di MNC in casi specifici, come la tossicità o intolleranza alle pratiche tradizionali o la non disponibilità di strategie terapeutiche tradizionali efficaci, nonché l'utilizzo complementare finalizzato alla riduzione della tossicità o alla riduzione dell'uso di farmaci o di altri presidi terapeutici. A titolo di esempio appartengono a queste tipologie l'uso di MNC negli anziani per la riduzione del consumo farmacologico e per la riabilitazione, nel trattamento delle turbe mestruali e dei disturbi della menopausa in sostituzione del trattamento farmacologico, nei malati terminali a scopo palliativo, nelle dipendenze, quali sostituitivi dei farmaci psicotropi minori e per ridurre il consumo farmacologico nella salute mentale;
- valorizzare il ruolo del medico di medicina generale come elemento d'informazione e d'integrazione delle MNC nelle politiche per la salute.

La Giunta regionale assume opportuni provvedimenti per promuovere e realizzare a cura delle aziende sanitarie:

- studi sulla popolazione che pratica le MNC, valutando l'andamento degli esiti di salute, dei consumi farmacologici e, più in generale, della spesa sanitaria;
- l'inserimento nella Carta dei servizi delle aziende unità sanitarie locali di informazioni, impegni e *standard* sulla disponibilità di MNC;
- la formazione di appositi registri di operatori sanitari che esercitano MNC, da tenersi a cura degli ordini professionali;
- elementi di conoscenza sulle MNC da offrire ai medici di medicina generale, ai farmacisti ed agli operatori sanitari;
- iniziative culturali, in collaborazione con le scuole di MNC esistenti sul territorio;
- iniziative di formazione specialistica che prevedano un'adeguata pratica clinica di MNC presso i presidi ambulatoriali pubblici;
- iniziative di formazione ed aggiornamento continuo degli operatori che svolgono le attività di MNC in ambito pubblico, in collaborazione con le scuole di MNC;
- lo sviluppo di convenzioni con le strutture pubbliche e private di MNC.

La Giunta regionale procede entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale:

- al rinnovo della Commissione regionale a composizione mista, con esperti in MNC ed esperti designati dal Consiglio sanitario regionale, con la finalità di promuovere l'attuazione della presente azione;
- all'individuazione, su proposta della Commissione mista, di eventuali situazioni e condizioni cliniche per le quali prevedere il rimborso delle spese per prestazioni di MNC;
- alla definizione delle attività della struttura di riferimento regionale, per la individuazione degli standard di qualità delle prestazioni di MNC effettuate, in ambito pubblico e privato, e, in collaborazione con gli ordini professionali, per la definizione delle procedure di formazione, aggiornamento ed accreditamento dei professionisti e delle strutture;
- all'attribuzione del finanziamento finalizzato al sostegno delle attività di MNC delle aziende unità sanitarie locali ed al funzionamento della struttura regionale di riferimento;
- alla definizione di un nomenclatore delle attività di agopuntura, come settore del nomenclatore delle attività territoriali, sulla base del quale si procederà alla valorizzazione delle prestazioni e dei programmi assistenziali;

- all'individuazione delle tariffe per l'espletamento delle attività di MNC non comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), a copertura dell'impegno economico sostenuto dalle aziende unità sanitarie locali che le erogano.

### 5.3.2.16. Gli interventi di cooperazione internazionale

L'attività di cooperazione internazionale a favore di comunità in condizioni di povertà o interessate da eventi bellici, costituisce uno dei punti qualificanti del programma di governo della Regione Toscana, con l'obiettivo di costituire un sistema regionale della cooperazione internazionale teso a promuovere nelle aree geografiche d'intervento lo sviluppo umano sostenibile su scala locale ed il rafforzamento della società civile. Si conferma così la vocazione solidaristica della Regione e si valorizza lo scambio fra culture diverse.

In questa prospettiva, l'assistenza sanitaria riveste un ruolo decisivo e di particolare significato, sia per la valenza altamente umanitaria degli interventi sia per il peculiare livello d'attenzione e disponibilità già in tal senso evidenziato dal nostro sistema sanitario regionale.

Nel corso degli ultimi anni sono state numerose le esperienze di aziende sanitarie toscane che hanno attivamente contribuito, direttamente o tramite la partecipazione a progetti promossi da soggetti terzi, ad iniziative di cooperazione sanitaria in ambito internazionale.

In una logica non solo di continuità di un patrimonio di esperienze e di valori, ma di deciso rafforzamento di un settore la cui rilevanza strategica deve tradursi nel quadro di una programmazione a livello di sistema, la Regione ha delineato compiutamente il quadro di riferimento della politica regionale di cooperazione internazionale in campo sanitario, individuando contesto, attori e definendo un sistema stabile e strutturato di relazioni sia tra i diversi livelli istituzionali coinvolti, che tra i livelli decisionali e d'intervento individuati in ambito infraregionale.

Saranno consolidati i rapporti di collaborazione con quegli organismi non governativi, come *Emergency* e *Médecins Sans Frontières*, che hanno per finalità l'intervento sanitario su scenari di guerra, povertà e sottosviluppo, anche allo scopo di contribuire alla costruzione di un sistema internazionale equo e solidale nell'accesso ai farmaci e alle cure necessarie per la sopravvivenza e lo sviluppo umano di tutti i popoli.

La Giunta regionale in particolare:

- si è impegnata a sviluppare le iniziative di cooperazione internazionale in campo sanitario in coerenza con gli obiettivi generali della strategia regionale complessiva di cooperazione internazionale;
- ha individuato i seguenti settori prioritari d'intervento:
  - a) erogazione di prestazioni in regime di ricovero ordinario e/o di *day hospital* a favore di soggetti stranieri prevalentemente in età pediatrica con oneri a carico del servizio sanitario regionale, entro un numero massimo di prestazioni annualmente determinato;
  - b) scambio di esperienze professionali mediante azioni di formazione e di aggiornamento di operatori sanitari dei paesi interessati svolte sia in loco che presso le aziende sanitarie toscane;
  - c) invio di medicinali in paesi colpiti da emergenze belliche o sanitarie;
- ha riconosciuto la necessità di ricondurre tutte le iniziative di cooperazione sanitaria a una logica unitaria ed integrata di sistema, individuando nell'azienda ospedaliera Meyer di Firenze il Centro di coordinamento di tutti gli interventi a livello regionale;
- ha definito criteri e direttive di carattere generale per la realizzazione delle azioni di cooperazione sanitaria, demandando contestualmente al Comitato per la cooperazione sanitaria, appositamente istituito, la predisposizione delle linee operative d'intervento.

Il Piano sanitario regionale conferma in pieno l'impegno del governo regionale ad una forte iniziativa di potenziamento e razionalizzazione del settore in questione.

L'obiettivo nel triennio è quello di affinare le soluzioni organizzativo - procedurali che consentano di tradurre operativamente le strategie d'intervento nel settore della cooperazione sanitaria secondo principi di:

- condivisione delle azioni con i soggetti interessati;
- concreta valorizzazione ed integrazione di tutte le competenze coinvolte;
- accettazione del lavoro in rete come modalità principale d'interazione tra i soggetti.

La Giunta regionale individua modalità e strumenti per l'effettivo coinvolgimento dell'intero sistema sanitario regionale, attraverso la rete integrata dei presidi delle aziende ospedaliere, delle aziende unità sanitarie locali, degli Enti di ricerca, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, delle strutture sanitarie private e delle associazioni di volontariato del territorio di competenza, al fine di garantire tempestività ed efficacia all'azione, flessibilità alle risposte in relazione ai bisogni, coerenza tra le attività programmate ed i bisogni stessi e di ricondurre le iniziative di cooperazione in una logica di sistema regionale e di area vasta.

### **5.3.2.17. Conservazione e valorizzazione del patrimonio scientifico, documentario ed artistico delle aziende sanitarie**

#### *Obiettivi*

La l.r. 22/2000 ha previsto l'utilizzo da parte delle aziende sanitarie di alcuni strumenti operativi finalizzati ad interventi di supporto alle iniziative di conservazione, tutela e valorizzazione del patrimonio storico culturale e scientifico di rilievo ai fini della documentazione dell'evoluzione storico – culturale e scientifica della sanità pubblica.

La presente azione di Piano sanitario regionale intende concretizzare tale impegno finalizzato specificamente a:

- valutare, selezionare e conservare, in stretta connessione con le Sovrintendenze archivistiche, la documentazione amministrativa, storica e sanitaria delle singole aziende;
- favorire, tramite i predetti interventi, la corretta distruzione di documentazione di cui non necessita la conservazione.
- favorire la conservazione e lo studio della strumentazione scientifica, non più in utilizzo, attuando adeguati criteri di selezione – anche in relazione all'esistenza di analoghe testimonianze a livello regionale e nazionale;
- favorire, tramite le predette azioni, una corretta ed efficace derubricazione inventariale di attrezzature fuori uso e un'aggiornata compilazione inventariale del patrimonio storico sanitario in aggiunta al preesistente;
- promuovere lo studio e la documentazione degli edifici ad uso ospedaliero e sanitario – mantenendo gli opportuni contatti con le autorità competenti in materia di beni ambientali e architettonici. Tale opera dovrà essere particolarmente attenta in riferimento agli interventi di restauro e ristrutturazione attuate dalle aziende sanitarie;
- promuovere, fra gli operatori e nella popolazione, un'azione di conoscenza e sensibilizzazione sulla storia della sanità e dell'assistenza nella realtà Toscana.

#### *Modalità di intervento*

La Giunta regionale entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, adotta la presente azione programmata sulla base dei seguenti indirizzi:

- 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;
- viene valorizzata la funzione di promozione esercitata a livello d'area vasta dalle commissioni tecniche di cui all'articolo 105, comma 8, della l.r. 22/2000, secondo gli indirizzi della Giunta regionale. Preso atto dell'avvenuta costituzione presso l'azienda unità sanitaria locale 8 di Arezzo della commissione prevista per l'area vasta senese, per le aree vaste pisana e fiorentina partecipano all'attività delle predette commissioni rispettivamente:
  - il "Centro di documentazione e valorizzazione del patrimonio culturale e scientifico della sanità pubblica", costituito presso l'azienda ospedaliera Pisana;
  - l'associazione costituita per le aziende sanitarie dell'area fiorentina denominata "Centro di documentazione per la storia dell'assistenza e della sanità fiorentina";

- sono attuati interventi d'incentivazione e sostegno delle aziende per le iniziative di seguito riportate:
  - aggiornamento del personale delle aziende sanitarie preposto alle attività previste, anche al fine di promuovere le predette attività di divulgazione;
  - documentazione della conoscenza del patrimonio culturale di proprietà delle aziende sanitarie, in collaborazione con le competenti strutture della Regione, anche attraverso l'istituzione di apposite borse di studio in riferimento alla storia degli edifici ed alla catalogazione e studio della documentazione storica;
  - promozione di iniziative di divulgazione della cultura scientifica in un quadro d'evoluzione storica, rivolte agli operatori, ai cittadini e al mondo della scuola (pubblicazione di inventari e stampa di fondi archivistici di rilievo, anche nell'apposita collana della Regione Toscana; messa a punto di progetti per la salvaguardia di beni strumentali archivistici, librari, storico artistici, come ad esempio quanto pubblicato dalla Regione Toscana in "Ricognizione del patrimonio storico-sanitario toscano").

Per la realizzazione le iniziative sopra richiamate ed al fine di promuovere, incrementare e sviluppare la donazione, come strumento di partecipazione del singolo e della comunità civile allo sviluppo della qualità dei servizi, nonché per la gestione delle iniziative medesime, anche nel settore museale e della promozione della cultura, le aziende sanitarie possono costituire forme di compartecipazione con altri soggetti istituzionale, pubblici e privati, delle Istituzioni accademiche e culturali, aggregando tali risorse in ambiti aziendali d'area vasta.

### **5.3.2.18. Le malattie rare**

Il Parlamento Europeo e la Commissione, con decisione del 29 aprile 1999, n. 1295 (Adozione di un programma d'azione comunitaria sulle malattie rare nel quadro dell'azione nel settore della sanità pubblica-1999/2003), hanno adottato un programma d'azione comunitaria sulle malattie rare nel quadro dell'azione di sanità pubblica.

La Commissione ha individuato circa 5000 forme morbose le cui diagnosi, a causa della complessità e della bassa incidenza della patologia, sono possibili solo in una fase molto avanzata, quando il danno è ormai grave ed irreparabile. Tali patologie, rare nella specifica incidenza, sono fonte di problematiche mediche complesse in considerazione del loro numero elevato, con ricadute d'imponente rilievo sia sociale che economico.

L'istituenda rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi precoce e la terapia delle malattie rare beneficerà di modalità d'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni d'assistenza sanitaria incluse nei livelli d'assistenza.

Nella regione operano qualificati centri, primi fra tutti quelli relativi ai dismetabolismi congeniti, in grado d'assicurare adeguati percorsi assistenziali per alcune singole malattie.

La Giunta regionale è impegnata, nell'arco del triennio, ad intraprendere le seguenti iniziative in collaborazione con l'ARS ed il Consiglio sanitario regionale:

- costituire una rete integrata per l'informazione, la formazione, la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapie delle malattie rare, anche attraverso l'individuazione di funzioni regionali di riferimento, tenendo in adeguata considerazione le competenze specialistiche già esistenti a livello del sistema regionale;
- realizzare a livello regionale una mappatura delle malattie rare, avvalendosi delle competenze clinico – epidemiologiche presenti e della collaborazione dell'Agenzia regionale di sanità;
- individuare idonei percorsi diagnostici e terapeutici per ogni singola malattia individuata;
- approfondire le conoscenze dei bisogni reali dei pazienti affetti da patologie rare;
- promuovere uno sviluppo sinergico delle attività d'assistenza attraverso una adeguata integrazione tra presidi ospedalieri e tra questi e le zone distretto.

### **5.3.2.19. L'assistenza religiosa**

Per il triennio di vigenza del Piano sanitario regionale sono confermate le disposizioni recate dal precedente Piano sanitario regionale di cui alla Parte II “I risultati programmati per il triennio 1999 – 2001”, capitolo IV “Le politiche di settore”, lettera L “Assistenza religiosa”.

A tal fine la Giunta regionale aggiorna, entro due mesi dalla vigenza del Piano sanitario regionale, d’intesa con la Conferenza Episcopale Toscana, lo schema tipo di convenzione adottato nell’ambito del precedente Piano sanitario regionale e ne dà comunicazione al Consiglio regionale.

## **Allegato 1 - I livelli di assistenza**

### **CLASSIFICAZIONE DEI 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
  - 1.4.2. 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
- 1.6. Medicina legale
- 1.7. Medicina dello sport

#### **2. Assistenza territoriale**

- 2.1. Assistenza sanitaria 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 distrettuale
  - 2.3.1. Ambulatoriale e domiciliare
  - 2.3.2. Emergenza sanitaria territoriale
- 2.4. Riabilitazione
  - 2.4.1. Riabilitazione funzionale
  - 2.4.2. Disabilità
  - 2.4.3. Assistenza protesica
  - 2.4.4. Assistenza termale
- 2.5. Assistenza ai non autosufficienti
- 2.6. Assistenza specialistica ambulatoriale
  - 2.6.1. Specialistica
  - 2.6.2. Diagnostica strumentale
- 2.7. Salute mentale
- 2.8. Dipendenze
  - 2.8.1. Tossicodipendenze
  - 2.8.2. Alcoolismo

#### **3. Assistenza ospedaliera**

- 3.1. Ricovero
- 3.2. Emergenza urgenza

# 1. PREVENZIONE COLLETTIVA

## 1.1 - PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigilanza vaccinazioni obbligatorie; vaccinazioni raccomandate e facoltative nell'ambito di progetti autorizzati dalla regione</li><li>• Controllo malattie infettive e bonifica focolai</li><li>• Interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive</li><li>• Medicina del viaggiatore</li><li>• Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione</li></ul>

## 1.2 - TUTELA DAI RISCHI SANITARI CONNESSI ALL'INQUINAMENTO AMBIENTALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• Verifica degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico</li><li>• Verifica degli effetti sulla salute da impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani</li><li>• Verifica degli effetti sulla salute da detenzione e smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi</li> <li>• Sorveglianza sulla qualità delle acque destinate al consumo umano</li><li>• Sorveglianza sulle piscine pubbliche o di uso pubblico</li><li>• Sorveglianza sulle acque di balneazione</li><li>• Verifica degli effetti sulla salute da scarichi civili, produttivi e sanitari</li></ul>

## 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'
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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</li><li>• Controllo e sicurezza di impianti negli ambienti di vita di cui all'articolo 4, comma 1 della l.r. 66/95</li><li>• 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</li><li>• Formulazione di mappe di rischio territoriale</li><li>• 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</li><li>• Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico</li><li>• Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali</li><li>• Vigilanza e controllo sui cosmetici</li><li>• Controllo sui farmaci, stupefacenti, sostanze psicotrope, presidi medico chirurgici.</li><li>• Controllo sulla produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici.</li><li>• Controllo sull'uso delle radiazioni ionizzanti e non negli ambienti confinati con l'esclusione delle attività svolte nell'ambito della fisica sanitaria</li><li>• Accertamenti sanitari di medicina legale ai fini di prevenzione e di tutela della salute pubblica e per l'espletamento dei compiti di polizia mortuaria.</li><li>• Vigilanza e controllo delle sostanze e dei preparati pericolosi e sulla loro etichettatura</li></ul>

### 1.3.2. AMBIENTI DI LAVORO

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• Individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di lavoro anche attraverso la formulazione di mappe di rischio.</li><li>• Determinazione qualitativa e quantitativa e controllo dei fattori di rischio di tipo chimico, fisico, biologico ed organizzativo presenti negli ambienti di lavoro.</li><li>• Controllo della sicurezza e delle caratteristiche ergonomiche e di igiene di ambienti, macchine, impianti e postazioni di lavoro.</li><li>• Sorveglianza epidemiologica e costruzione del sistema informativo su rischi e danni da lavoro.</li><li>• Indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro.</li><li>• Verifica della compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative e in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori.</li><li>• Attuazione dei compiti di vigilanza relativi alle aziende con rischi di incidenti rilevanti .</li><li>• Controllo della salute dei minori e adolescenti ed educazione alla salute in relazione alla loro collocazione al lavoro.</li><li>• Valutazione della idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge.</li><li>• Elaborazione e conduzione di programmi di ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute e di igiene e sicurezza del lavoro.</li><li>• Indagini per infortuni e malattie professionali.</li><li>• Controllo sull'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambiente di lavoro finalizzato alla tutela della salute dei lavoratori</li><li>• Informazione all'utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.</li><li>• Formazione ed educazione alla salute.</li><li>• Tutela della salute delle lavoratrici madri.</li></ul>

## 1.4 - SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

### 1.4.1 SANITA' ANIMALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali</li><li>• Prevenzione e controllo delle zoonosi</li><li>• Interventi di polizia veterinaria</li><li>• Vigilanza sui concentramenti e spostamenti animali, compresa l'importazione e l'esportazione, e sulle relative strutture ed attrezzature</li><li>• Igiene urbana veterinaria</li><li>• Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina</li><li>• Controllo delle popolazioni sinantropiche e selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente</li></ul>

### 1.4.2 TUTELA IGIENICO-SANITARIA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ispezione negli impianti di macellazione</li><li>• Controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale</li><li>• Vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente preveda il veterinario ufficiale</li><li>• Disposizioni di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti.</li><li>• Valutazione degli esiti analitici ed informazione dei conduttori degli stabilimenti, dei risultati degli esami e degli eventuali accorgimenti da adottare.</li><li>• Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari.</li><li>• Monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale</li></ul>

### 1.4.3 IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li><li>• Controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi</li><li>• Controllo e vigilanza sulla riproduzione animale</li><li>• Controllo sul latte e sulle produzioni lattiero-casearie</li><li>• Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione</li><li>• Protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica</li><li>• Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione</li></ul>

### 1.5 - TUTELA IGIENICO-SANITARIA DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• Controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali</li><li>• Campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande</li><li>• Controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi, coloranti ed altro</li><li>• Controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia</li><li>• Controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande</li><li>• Autorizzazioni e certificazioni sanitarie su fitofarmaci, additivi alimentari e sulla produzione, commercio, trasporto, vendita e somministrazione di alimenti e bevande</li><li>• Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare</li><li>• Informazione ed educazione sanitaria agli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande</li><li>• Prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi</li></ul>

### 1.6 - MEDICINA LEGALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• Attività di consulenza specialistica per finalità pubbliche</li><li>• Attività di accertamento e certificazione in materia di idoneità per finalità di sicurezza sociale</li><li>• 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</li><li>• Medicina necroscopica</li><li>• 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</li></ul>

### 1.7 - MEDICINA DELLO SPORT

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• Certificazioni di idoneità allo sport agonistico rilasciate ai minori di anni 18 secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente</li><li>• Attività di consulenza specialistica per finalità pubbliche inerenti i compiti del Servizio sanitario regionale</li><li>• Interventi di educazione alla salute indirizzati alla promozione dello sport e all'adozione di stili di vita sani</li><li>• Attività di consulenza specialistica per la promozione delle attività motorie sportive organizzate da istituzioni locali ed associazioni sportive</li><li>• Valutazione funzionale di categorie a rischio per le quali una regolare attività sportiva può contribuire ad integrare un piano terapeutico</li><li>• Protocolli per la valutazione medico sportiva</li><li>• Informazione e valutazione degli effetti dei farmaci usati dagli sportivi e controllo antidoping</li><li>• Vigilanza sul corretto rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico e non agonistico</li><li>• Vigilanza sugli ambulatori privati che operano nel campo della medicina dello sport</li></ul>

## 2. ASSISTENZA TERRITORIALE

### 2.1 - ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

#### 2.1.1 MEDICINA GENERALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• Visita medica, ambulatoriale e domiciliare, anche con carattere di urgenza, con il rilascio, quando richiesto, di certificazioni mediche obbligatorie ai sensi della normativa vigente</li><li>• Prescrizione di farmaci, di prestazioni di assistenza integrativa, di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale; proposta di cure termali</li><li>• Richiesta di visite specialistiche, anche per eventuale consulto</li><li>• Proposta di ricovero in strutture di degenza, anche a ciclo diurno</li><li>• Accesso del medico presso gli ambienti di ricovero</li><li>• Partecipazione alla definizione e gestione del piano di trattamento individuale domiciliare in pazienti non deambulanti ed anziani</li><li>• Visita occasionale ai non domiciliati sanitariamente nei casi e secondo le modalità previste</li><li>• Assistenza programmata 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</li><li>• Assistenza integrata domiciliare al fine di evitare ricoveri impropri</li><li>• Prestazioni aggiuntive a domicilio dell'assistito o nello studio professionale del medico</li><li>• Vaccinazioni antiinfluenzali nell'ambito di campagne promosse e organizzate dalle aziende unità sanitarie locali rivolte alla popolazione a rischio</li><li>• Altri compiti indicati dall'accordo collettivo nazionale e da altre disposizioni nazionali e regionali</li></ul>

#### 2.1.2 PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• Presa in carico del neonato in tempi e modalità previsti dalle disposizioni vigenti</li><li>• Visite domiciliari ed ambulatoriali, a scopo diagnostico e terapeutico e preventivo individuale, nelle forme previste dalle disposizioni vigenti</li><li>• Controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e 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.</li><li>• Profilassi generica e specifica delle malattie infettive con vaccinazioni obbligatorie e facoltative eseguibili dallo specialista</li><li>• Esecuzione degli screening previsti da programmi regionali o aziendali</li><li>• Controlli profilattici e relative certificazioni per le ammissioni e riammissioni di legge alle collettività infantili e scolastiche</li><li>• Certificazione di malattia richiesta dai familiari per gli usi consentiti dalla legge</li><li>• Valutazione e certificazione sanitaria della idoneità generica sportiva e dell'attitudine alle pratiche sportive</li><li>• Compilazione libretto pediatrico</li><li>• Interventi di educazione sanitaria, nell'ambito di programmi, nei confronti dei propri assistiti rispetto ai rischi prevalenti per l'età evolutiva</li><li>• Accesso dello specialista presso gli ambienti di ricovero</li><li>• Consulto con altri specialisti</li><li>• Prescrizione di farmaci, di prestazioni di assistenza integrativa, di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale; proposta di cure termali</li><li>• Prestazioni aggiuntive a domicilio dell'assistito o nello studio professionale del medico</li><li>• Assistenza programmata in favore di assistiti non ambulabili al loro domicilio privato familiare o individuale o nelle strutture residenziali o nelle collettività, in collegamento con i servizi specialistici o sociali</li><li>• Assistenza al bambino con patologia cronica nelle forme previste dalle disposizioni vigenti</li><li>• Altri compiti indicati dall'accordo collettivo nazionale e da altre disposizioni nazionali e regionali</li></ul>

### 2.1.3 CONTINUITA' ASSISTENZIALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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:<ul style="list-style-type: none"><li>- gli interventi richiesti direttamente dall'utente oppure dalla centrale operativa;</li><li>- 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;</li><li>- proposte di ricovero;</li><li>- 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;</li></ul></li><li>• Prestazioni aggiuntive a domicilio dell'assistito</li><li>• Assistenza stagionale ai turisti</li></ul>

## 2.2 - ASSISTENZA FARMACEUTICA

### 2.2.1 FARMACEUTICA AZIENDALE E ASSISTENZA INTEGRATIVA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li><li>• Approvvigionamento, controllo e distribuzione di farmaci, ausili medici e altri prodotti sanitari, per l'impiego sia in fase di dimissione dai presidi sanitari che in ambito domiciliare o residenziale (sanitario e sanitario assistenziale) sostitutivo del domicilio</li><li>• Supporto farmaceutico nei programmi di vaccinazione, cure palliative, nutrizione domiciliare, ossigenoterapia domiciliare e altre forme di assistenza domiciliare</li><li>• Vigilanza e controllo sulle attività farmaceutiche da esercitarsi secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti</li><li>• Supporto, analisi e valutazioni sulle attività e sulle prescrizioni farmaceutiche da esercitarsi secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti</li><li>• Partecipazione allo sviluppo delle procedure e delle attività di farmacovigilanza</li><li>• 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</li><li>• Partecipazione alla programmazione di modelli innovativi in medicina generale e a sperimentazioni gestionali di tipo budgettario, in ambito di zona – distretto</li></ul>

### 2.2.2 FARMACEUTICA CONVENZIONATA E INTEGRATIVA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li><li>• Partecipazione ai programmi di assistenza farmaceutica delle aziende unità sanitarie locali attraverso l'erogazione di farmaci, dispositivi medici ed altri prodotti sanitari, per garantire i livelli di assistenza previsti da disposizioni nazionali, regionali o dalla programmazione locale</li></ul>

## 2.3 - DISTRETTUALE

### 2.3.1 ATTIVITA' DISTRETTUALI

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<p><b><i>Educazione sanitaria mediante interventi rivolti al singolo o alle comunità, anche in ambito consultoriale</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Assistenza infermieristica ambulatoriali e domiciliari, anche su prescrizione del medico di medicina generale</li><li>• Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) per l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie e socio - assistenziali</li><li>• Medicina legale per la persona relativamente agli accertamenti preventivi di idoneità o inidoneità previsti da leggi e regolamenti.</li><li>• Profilassi delle malattie infettive e diffuse mediante vaccino - profilassi e relative certificazioni</li><li>• Polizia mortuaria relativamente all'attività necroscopica ed alle altre prestazioni medico legali ,previste dal decreto del Presidente della Repubblica del 10 agosto 1990, n. 285 (Approvazione del nuovo regolamento di polizia mortuaria)</li><li>• Prelievo per le analisi chimico - cliniche e microbiologiche</li><li>• Raccolta del sangue</li><li>• Assistenza odontoiatrica a livello territoriale</li><li>• Prestazioni di riabilitazione funzionale ambulatoriali e domiciliari</li><li>• Prestazioni dietetiche ambulatoriali e domiciliari su richiesta medica</li><li>• Certificazione di idoneità allo sport agonistico, rilasciata gratuitamente dalle strutture di cui alla l.r. 94/1994 solo ai minori di anni 18</li><li>• Interventi socio - assistenziali di rilievo sanitario di cui al d.p.c.m.14/2001, attivati a sostegno delle prestazioni sanitarie del presente livello.</li></ul> <p><b>ATTIVITA' CONSULTORIALI</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Attività di promozione della salute e di assistenza nell'ambito dei servizi consultoriali:<ul style="list-style-type: none"><li>- educazione sessuale</li><li>- assistenza sociale</li><li>- assistenza psicologica</li><li>- consulenza e visite specialistiche ostetrico - ginecologiche</li><li>- assistenza pediatrica in carenza di pediatra di libera scelta</li><li>- attività in ambito pediatrico (vaccinazioni, screening) non affidate ai pediatri di libera scelta</li><li>- interventi di prevenzione per l'individuazione precoce dei tumori femminili.</li></ul></li></ul>

### 2.3.2 EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• Interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni all'ospedale, con mezzo attrezzato compreso eliambulanza</li><li>• Interventi di assistenza presso i punti di primo soccorso</li><li>• Attività assistenziali e organizzative in occasione di maxi emergenze</li><li>• Trasferimento degli assistiti con mezzo attrezzato</li><li>• Attività presso le centrali operative 118</li><li>• Attività di primo intervento nelle strutture di pronto soccorso</li></ul>

## 2.4 - RIABILITAZIONE

### 2.4.1 RIABILITAZIONE FUNZIONALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Predisposizione del progetto riabilitativo individuale e dei relativi programmi</b></li></ul>

- Trattamenti riabilitativi di contenuto generico o specifico, a seconda delle necessità conseguenti alla patologia anche consolidata, erogati in regime domiciliare, ambulatoriale semiresidenziale e residenziale. Escluse le attività riabilitative e terapeutico riabilitative comprese in altri livelli del macro livello "assistenza territoriale"

#### 2.4.2 DISABILITA'

##### PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Accertamento di persona handicappata ai sensi dell'articolo 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), secondo le modalità di cui all'articolo 4 della medesima legge ed accertamento di invalidità ai sensi della legge 15 ottobre 1990, n. 295 (Modifiche ed integrazioni all'articolo 3 del D.L. 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti);
- 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, riabilitazione funzionale, di consulenze specialistiche, in ambito domiciliare (individuale e collettivo), ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, ed in altri spazi di vita;
- Interventi socio - assistenziali di rilievo sanitario di cui al d.p.c.m. 14/2001, attivati a sostegno delle prestazioni sanitarie del presente livello.

#### 2.4.3 ASSISTENZA PROTESICA

##### PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Fornitura delle protesi e degli ausili tecnici inclusi nel Nomenclatore – tariffario, di cui all'ultimo comma dell'art. 26, legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) e all'articolo 8, comma 5, della legge 449/1997,

#### 2.4.4 ASSISTENZA TERMALE

##### PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Prestazioni idrotermali, 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

### 2.5 - ASSISTENZA AI NON AUTOSUFFICIENTI

##### PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Valutazione della condizione di non autosufficienza
- 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
  - altre consulenze specialistiche
 rese al domicilio, individuale o collettivo, in ambito ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale
- Interventi socio - assistenziali di rilievo sanitario di cui al d.p.c.m.14/2001, attivati a sostegno delle prestazioni sanitarie del presente livello.

### 2.6 - SPECIALISTICA AMBULATORIALE

##### PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Visite, prestazioni specialistiche ed 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  
Le prestazioni sono erogate nelle diverse sedi in ottemperanza alle disposizioni vigenti in materia di autorizzazione e accreditamento

### 2.6.1 SPECIALISTICA

#### PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Tutti gli interventi di natura diagnostica e terapeutica non compresi in altri livelli del macro-livello "assistenza distrettuale" rientranti nell'area medica o chirurgica effettuabili a livello ambulatoriale anche attraverso cicli di cura, sotto forma di consulenze, consulti, visite di controllo o per presa in carico diretta del paziente. 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

### 2.6.2 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
- Attività di laboratorio:
  - prelievo e raccolta campioni
  - esecuzione di accertamenti analitici e relativa refertazione

## 2.7 - SALUTE MENTALE

#### PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Attività prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici, in tutte le fasce d'età
- Prevenzione:
  - interventi di primo sostegno e di orientamento per l'utente e per la famiglia;
  - attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione, anche per gruppi omogenei o per fasce di età.
- Accoglienza e valutazione della domanda
- 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 ed ai pediatri di libera scelta e ad agenzie pedagogico - educative.
- Interventi socio - assistenziali di rilievo sanitario di cui al d.p.c.m. 14/2001, attivati a sostegno delle prestazioni sanitarie del presente livello.

## 2.8 - DIPENDENZE

### 2.8.1 TOSSICODIPENDENZE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della tossicodipendenza.</li> <li>• Prevenzione: <ul style="list-style-type: none"> <li>- intervento di primo sostegno e di orientamento all'utente ed alle famiglie</li> <li>- attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione, anche per gruppi omogenei o per fasce di età</li> </ul> </li> <li>• Accoglienza della domanda e organizzazione degli interventi</li> <li>• Interventi in situazioni di emergenza ed urgenza garantiti nell'arco delle 24 ore, sulla base di protocolli operativi definiti con il DEU.</li> <li>• Interventi diagnostici</li> <li>• Certificazione dello stato di tossicodipendenza, anche su richiesta dell'autorità giudiziaria e degli organi dello Stato</li> <li>• Interventi terapeutici e socio riabilitativi</li> <li>• Interventi di cura e riabilitazione a favore di tossicodipendenti detenuti, in collaborazione con il servizio sanitario penitenziario</li> <li>• Attività residenziale e semiresidenziale a carattere socio riabilitativo e pedagogico educativo</li> <li>• Attività di sostegno psicologico, sociale e sanitario per i soggetti tossicodipendenti in trattamento, in ordine alle problematiche AIDS</li> <li>• Interventi socio - assistenziali di rilievo sanitario di cui al d.p.c.m.14/2001, attivati a sostegno delle prestazioni sanitarie del presente livello.</li> </ul>

### 2.8.2. ALCOLISMO

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi prevenzione, cura e reinserimento sociale in materia di alcolodipendenza e problematiche alcolcorrelate</li> <li>• Consulenza, informazione, sensibilizzazione al riconoscimento dei problemi, rivolte alla popolazione, anche per gruppi omogenei e per fasce di età</li> <li>• Prevenzione dell'uso improprio e dell'abuso delle sostanze alcoliche</li> <li>• Accoglienza, osservazione e diagnosi</li> <li>• Definizione , attuazione e verifica di progetti terapeutici e riabilitativi individualizzati</li> <li>• Interventi socio - assistenziali di rilievo sanitario di cui al d.p.c.m.14/2001, attivati a sostegno delle prestazioni sanitarie del presente livello.</li> </ul>

## 3. ASSISTENZA OSPEDALIERA

### 3.1 - RICOVERO

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trattamento di patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, nonché di condizioni patologiche di lunga durata che richiedano un trattamento diagnostico - terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera, presenti nella classificazione in R.O.D. ai fini tariffari, tramite: <ul style="list-style-type: none"> <li>- visite mediche</li> <li>- assistenza infermieristica</li> <li>- ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica, riabilitativa e di supporto necessari per risolvere i problemi di salute del paziente degente e compatibili con il livello di dotazione tecnologica delle singole strutture</li> </ul> </li> <li>• Le prestazioni sono erogate negli ospedali in ottemperanza alle disposizioni vigenti in materia di autorizzazione e accreditamento</li> <li>• I trattamenti sono erogati secondo le seguenti modalità di accesso:</li> </ul>

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- in forma di ricovero ordinario programmato anche a ciclo diurno</li><li>- in forma di ospedalizzazione domiciliare</li></ul> |
|--|

### **3.2 - EMERGENZA E URGENZA**

PRESTAZIONI O ATTIVITA'
-------------------------

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Trattamento in sede ospedaliera di condizioni patologiche che necessitino di interventi diagnostico - terapeutici in condizioni di emergenza o di urgenza, anche non seguiti da ricovero</li></ul> |
|--|



## **Allegato 2 - ORIENTAMENTI GENERALI PER LA COSTITUZIONE DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI AZIENDALI.**

### **1) Le funzioni operative**

L'articolo 2, lettera i) della l.r. 22/2000 definisce la "*funzione operativa*" come l'insieme delle attività 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.

### **3) Le soglie operative**

Il presente allegato individua le *soglie operative* di costituzione delle relative strutture organizzative professionali ai sensi dell'articolo 22, comma 1, lettera n) della l.r. 22/2000.

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.

## 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 è 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 aziende ospedaliere di una propria struttura organizzativa professionale.

Per particolari funzioni operative di alta specializzazione, ma di diffuso impatto diagnostico, con particolare riferimento alla genetica medica, all'immunologia ed

allergologia clinica, all'angiologia, alla diabetologia, alla gastroenterologia, la Giunta regionale, sentito il Consiglio sanitario regionale, avvalendosi dell'ARS, entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, propone al Consiglio regionale un'integrazione al Piano sanitario regionale per la riorganizzazione funzionale delle relative strutture, nel rispetto dei principi organizzativi previsti per le funzioni operative ospedaliere regionali e nel rispetto dei seguenti criteri:

- differenziazione tra attività clinica di riferimento e servizi di consulenza e di diagnostica;
- integrazione funzionale e operativa tra le strutture di riferimento, regionale o di area vasta, e quelle aziendali;
- organizzazione a rete del percorso assistenziale;
- tutela e valorizzazione dell'autonomia funzionale.

- **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.

Rilevante risulta l'impegno aziendale nel settore delle malattie infettive, sia in relazione alle nuove problematiche legate al settore specifico che, sebbene non raggiungano i livelli di criticità propri dell'AIDS, rappresentano un'emergenza specifica in termini quantitativi e di diffusione sociale in correlazione ai fenomeni emergenti, (immigrazione, marginalità). In aggiunta emergono problematiche legate alle infezioni ospedaliere che sono tali da incidere in modo significativo sul regolare decorso ospedaliero, configurandosi come criticità a forte impatto trasversale a diversi settori organizzativi. Si presenta quindi necessario, nel settore delle infezioni ospedaliere, adottare specifico intervento della Giunta regionale volto a costituire un sistema integrato di rilevazione e monitoraggio, che integri i professionisti che operano nei settori delle malattie infettive con i diversi contesti organizzativi e professionali (direzioni sanitarie, responsabilità dei presidi ospedalieri).

#### ***D) Le funzioni operative del Centro tecnico direzionale e le funzioni di supporto alla zona – distretto***

- **L'area amministrativa e tecnica**

Al punto 5 a) e b) della successiva Tabella sono individuate le funzioni operative presenti nel Centro tecnico direzionale a livello amministrativo e tecnico. La Tabella definisce altresì i criteri per l'attivazione delle relative unità operative. Tali criteri hanno carattere puramente indicativo e non inibiscono le eventuali diverse determinazioni delle aziende sanitarie. Le aziende sono tenute ad esplicitare i criteri alternativi assunti, garantendo comunque le corrispondenti funzioni.

- **Gli staff della direzione aziendale e della direzione sanitaria**

La Tabella al punto 5 c) individua le funzioni operative che devono essere obbligatoriamente assicurate. L'azienda sanitaria può prevedere ulteriori funzioni operative che ritiene necessarie. L'azienda deve formalizzare in uno specifico atto i criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali afferenti sia in relazione con le funzioni operative obbligatorie, sia con le altre eventuali funzioni operative attivate. Per

quanto riguarda la funzione operativa di Epidemiologia, può eventualmente essere attivata presso il Dipartimento di Prevenzione, sulla base di specifiche scelte e necessità aziendali.

- **Il supporto tecnico-amministrativo di zona - distretto**

Per le aziende unità sanitarie locali la Tabella prevede al punto 6 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 all'articolo 60 della l.r. 22/2000.

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 Coordinatori infermieristico e tecnico - sanitario di cui all'articolo 53, comma 6, della l.r. 22/2000, 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 Coordinatori in oggetto nelle forme e con le modalità definite dall'azienda. I Coordinatori partecipano alle strutture di coordinamento delle attività svolte dall'azienda sanitaria in forma dipartimentale.

Le aziende sanitarie disciplinano, in relazione alla rilevanza dell'attività svolta, nello statuto aziendale il conferimento di incarichi dirigenziali ai direttori delle unità operative professionali, con particolare riferimento ai modelli organizzativo innovativi di sviluppo della professionalità e del coordinamento dei processi assistenziali, previsti dalla legge 251/2000.

Per l'espletamento delle loro funzioni, i due coordinatori si avvalgono dei direttori delle unità operative afferenti ai settori di competenza, dei coordinatori, di cui all'articolo 59, comma 8, ed all'articolo 57, comma 3, della l.r. 22/2000, e dei dirigenti preposti all'attività di formazione e di aggiornamento; l'azienda valuta l'opportunità di una specifica struttura di staff per lo svolgimento del coordinamento infermieristico e tecnico sanitario.

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:

- 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.

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.

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.

**TABELLA. REPERTORIO DELLE FUNZIONI OPERATIVE, STRUTTURE ORGANIZZATIVE E SOGLIE CORRISPONDENTI NELLE DIVERSE CLASSI E SOTTOCLASSI DI FUNZIONE OPERATIVA.**

1) I servizi territoriali

<b>Funzioni operative</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
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 <b>30.000</b> abitanti; una per le aziende ospedaliere e per i presidi ospedalieri con un numero di posti letto superiore a 400
Psicologia, anche in ambito ospedaliero	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	Centrale operativa 118	Una a livello aziendale

2) La prevenzione  
a) in ambito regionale

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
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 zoonofestazioni 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 locale 7 Siena)

2) La prevenzione  
b) in ambito aziendale\*

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
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.

3) Le funzioni comuni ai servizi territoriali ed ai servizi di prevenzione

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
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

4) L'ospedale in ambito regionale

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>
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	Diabetologia
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

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>
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) L'ospedale in ambito aziendale

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
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
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
Geriatria anche in ambito extraospedaliero	Geriatria	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	Pronto soccorso	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,	Ortopedia	80.000 abitanti

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
compresa riabilitazione ortopedica		
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
Radiodiagnostica e radiologia vascolare e interventistica	Radiologia	80.000 abitanti
Radioterapia	Radioterapia	200.000 abitanti
Urologia	Urologia	200.000 abitanti

- 5) Il Centro tecnico direzionale  
a) a livello amministrativo

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
Gestione acquisti	Acquisizione beni e servizi	Una a livello aziendale
Affari legali, contratti, convenzioni, gestione ed alienazione del patrimonio da reddito	Affari legali e contratti	Una a livello aziendale
Gestione giuridica ed economica del personale, concorsi	Gestione del personale	Una a livello aziendale
Gestione magazzini, attività economiche e servizi logistici	Gestione magazzini ed attività economiche	Una a livello aziendale
Gestioni economiche e finanziarie, politiche di bilancio	Gestioni economiche e finanziarie	Una a livello aziendale
Affari generali, atti e segreteria	Affari generali	Una a livello aziendale

- 5) Il Centro tecnico direzionale  
b) a livello tecnico

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
Manutenzione patrimonio immobiliare	Manutenzione immobili	Una a livello aziendale
Sviluppo edilizio, progettazione nuove opere	Nuove opere	Una a livello aziendale
Programmi acquisto e rinnovo tecnologie sanitarie, manutenzione controllo e sicurezza attrezzature ed impianti	Tecnologie sanitarie	Una a livello aziendale

- 5) Il Centro tecnico direzionale  
c) **lo staff della direzione aziendale, della direzione sanitaria e della direzione dei servizi sociali**

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
Centro elaborazione dati, progettazione e gestione procedure informatizzate	Tecnologie e procedure informatiche	Una a livello aziendale
comunicazione, relazioni esterne, relazioni con l'utenza e tutela, ufficio stampa	Relazioni pubbliche	Una a livello aziendale
Controlli di gestione	Controlli di gestione	Una a livello aziendale
Coordinamento tecnico dei servizi sociali	Coordinatore sociale	A livello aziendale
Direzione delle attività infermieristiche e di supporto	Coordinatore infermieristico	Una a livello aziendale

all'assistenza		
Direzione delle attività tecnico-sanitarie	Coordinatore tecnico sanitario	Una a livello aziendale
Educazione e promozione della salute ed educazione sanitaria	Educazione e promozione della salute	Una a livello aziendale
Epidemiologia <sup>1</sup>	Epidemiologia	Una a livello aziendale
Formazione delle competenze, formazione per l'accesso ai profili, formazione continua	Formazione	Una a livello aziendale
Gestione sistema informativo	Sistema informativo	Una a livello aziendale
Igiene ed organizzazione dei servizi sanitari	direzione sanitaria	Una a livello aziendale
Integrazione e coordinamento delle politiche del farmaco	Politiche del farmaco	Una a livello aziendale
Prevenzione e protezione dai fattori di rischio per la sicurezza dei dipendenti delle aziende sanitarie	Sistema di prevenzione e protezione	Una a livello aziendale
Sviluppo di un sistema di valutazione e miglioramento della qualità di tutte le attività aziendali e accreditamento istituzionale	Assicurazione qualità	Una a livello aziendale
Sviluppo organizzativo, acquisizione delle risorse umane, valutazione e sistema premiante, relazioni sindacali	Politiche del personale	Una a livello aziendale

6) Il Centro direzionale di zona-distretto ed il supporto tecnico-amministrativo

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
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.

<sup>1</sup> La Funzione operativa di Epidemiologia di norma collocata nell'ambito della direzione sanitaria può invece essere collocata nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, sulla base di esigenze aziendali

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 SSN	A CARICO DEL COMUNE (salva eventuale compartecipazione utente)
MATERNO INFANTILE	Assistenza sanitaria e sociosanitaria 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	a) prestazioni di medicina generale, di pediatria di libera scelta, ADI e ADP minori	l. 833/1978 articolo 25	100%	
		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)	l. 405/1975 d.m. sanità 24 aprile 2000 "Progetto obiettivo materno infantile"	100%	
		c) prestazioni assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza mediante attività mediche, sociali e psicologiche	l. 194/1978	100%	
		d) protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi ed adozioni	Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi e adozioni nazionali ed internazionali	100% prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie	100% indagini e verifiche socio familiari sulle famiglie adottive e affidatarie e azioni di sostegno alle famiglie
		e) interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazioni di disagio, di disadattamento e di devianza	l. 285/1997		100% prestazioni di supporto sociale ed economico alle famiglie, di supporto educativodomiciliare e territoriale ai minori, compresa l'indagine sociale sulla famiglia
		f) interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi			100% accoglienza in comunità educative o familiari
		g) interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi  accoglienza in comunità a seguito di provvedimenti dell'autorità competente	l. 66/1996 l. 269/1998 d.m. sanità 24 aprile 2000 "Progetto obiettivo materno infantile"	100%	100%

AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI NORMATIVE	ONERI FINANZIARI (% di attribuzione della spesa)	
				A carico SSN	A carico del Comune (salva eventuale compartecipazione utente)
SALUTE MENTALE	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	a) prestazioni ambulatoriali e domiciliari, riabilitative e socio riabilitative, secondo il piano di intervento individualizzato	d.p.r. 10 novembre 1999 "Progetto obiettivo tutela della salute mentale 1998/2000"	100%	
		b) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime semiresidenziale nella fase intensiva ed estensiva, secondo il piano di intervento individualizzato		100%	
		c) prestazioni in regime semiresidenziale nella fase di lungoassistenza: - prestazioni diagnostiche e terapeutiche - prestazioni riabilitative e socio riabilitative secondo il piano di intervento individualizzato		100% dal 60% al 75% in base al grado di autonomia	dal 40% al 25%
		d) prestazioni diagnostiche terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale nella fase intensiva ed estensiva, secondo il piano di intervento individualizzato		100%	
		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:  - prestazioni afferenti funzioni sanitarie  - assistenza tutelare e sostegno riabilitativo/educativo per percorsi di reinserimento sociale e lavorativo  - assistenza alberghiera		100%  Fino al 60%  Fino al 20%	Almeno il 40%  Almeno l'80%
		N.B. 1) 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. 2) 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. 3) Per le situazioni pregresse, transitate 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.			



AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI NORMATIVE	ONERI FINANZIARI (% di attribuzione della spesa)		
				A carico SSN	A carico del Comune (salva eventuale compartecipazione utente)	
Segue DISABILI FISICI, PSICHICI, SENSORIALI		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. 833/1978 articolo 26 Prov. Conf. Stato-Regioni 7 maggio 1998 "Linee guida per le attività di riabilitazione"	100%	<b>Possibile compartecipazione alla spesa, sulla base del piano d'intervento, fino ad una misura del 20% e comunque nei limiti dell'assegno d'accompagnamento</b>	
		i) prestazioni terapeutiche e socio riabilitative, in regime residenziale, nella fase di lungoassistenza 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	I. 104/1992 I. 162/1998	100%		Almeno il 30%
		l) assistenza sociale, scolastica ed educativa e programmi di inserimento sociale e lavorativo		Fino al 70% Fino al 20%		Almeno l'80%
		N.B. 1) L'applicazione dei parametri nell'ambito delle oscillazioni previste è da rapportarsi alle differenti situazioni di disabili gravi o disabili con parziale autonomia e alla conseguente caratterizzazione del servizio. 2) 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. 3) Per le situazioni pregresse ex art. 26 già a carico del S.S.N. per il 100%, limitatamente alle situazioni consolidate <b>della fase estensiva</b> , 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. 4) <b>La fase di lungoassistenza e le prestazioni in essa contenute dovranno essere concertate unitamente alla definizione dei percorsi assistenziali per le persone disabili</b>				

AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI NORMATIVE	ONERI FINANZIARI	
				A carico SSN	A carico del Comune (salva eventuale compartecipazione utente)
ANZIANI	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani e persone non autosufficienti	a) prestazioni, ambulatoriali e domiciliari, di medicina generale, di medicina specialistica, di assistenza infermieristica, di riabilitazione e di recupero funzionale di soggetti non autosufficienti	l. 833/1978 articolo 25 Progetto obiettivo Anziani	100%	
		b) assistenza domiciliare integrata (ADI) e assistenza programmata, secondo il piano individualizzato: - prestazioni afferenti funzioni sanitarie, quali assist. programmata di medicina generale, medicina specialistica, infermieristica, riabilitativa, farmaceutica ove prevista fornitura a domicilio, fornitura di protesi, ausili e materiale sanitario  - prestazioni di assistenza diretta alla persona (assistenza tutelare)  - prestazioni educative/organizzative fornite come sostegno all'organizzazione familiare e/o al contesto domiciliare (servizi di auto-aiuto, sostituzione a tempo dei familiari, disbrigo pratiche, fornitura pasti, aiuto domestico)		100%	Almeno il 40%
		c) prestazioni in regime semiresidenziale: - prestazioni diagnostiche e terapeutiche - prestazioni di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, ivi compresi interventi di sollievo	Linee guida Ministero sanità 31 marzo 1994 l. 67/1988 l. 451/1998 d.lgs. 229/1999 d.p.r. 23 luglio 1998 "Piano sanitario 1998-2000	Dal 50% al 75%	Dal 25% al 50%
		d) prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in regime residenziale nella  Fase Intensiva  Fase Estensiva  Sulla base del piano individualizzato ed entro termini temporali definiti		100%	Possibile compartecipazione alla spesa nei limiti dell'assegno di accompagnamento, sulla base del piano di intervento, fino al 20%
		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: - 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  N.B. l'applicazione dei parametri nell'ambito dell'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.		100%	Fino al 40%
	Almeno il 60%	Almeno l'80%			
		Fino al 20%	100%		

AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI NORMATIVE	ONERI FINANZIARI (% di attribuzione della spesa)	
				A carico SSN	A carico del Comune (salva eventuale compartecipazione utente)
DIPENDENZE DA DROGA, ALCOOL E FARMACI	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore dei tossici e alcolodipendenti	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 21.1.199	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, allorchè sia superata la fase di dipendenza			100%
INFEZIONI DA HIV	Attività sanitaria e sociosanitaria 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 socioriabilitative in regime semiresidenziale e residenziale nella fase intensiva ed estensiva		100%	
		c) prestazioni di cura e di riabilitazione nella fase di lungoassistenza e accoglienza in regime residenziale		Fino al 60%	Almeno il 40%
		d) programmi di reinserimento sociale e lavorativo		100%	
PAZIENTI TERMINALI	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore dei pazienti terminali	Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliari, semiresidenziale, residenziale	L. n. 39/99	100%	

**ALLEGATO 4 – PESI ATTRIBUITI ALLE CLASSI DI ETÀ PER LIVELLO E SOTTOLIVELLO DI ASSISTENZA**

Composizione % F.S.R.	PREVENZIONE	ASSISTENZA TERRITORIALE								ASSISTENZA OSPEDALIERA
	5,00	52,00								43,00
Livello Sottolivello		6,00	14,00	3,50	6,00	3,00	13,50	4,50	1,50	
Classi di età		Convenzioni mediche nazionali	farmaceutica	anziani residenziale	distrett. e dom.,	riabilitazione	Specialistica	salute mentale	Dipendenze	
0 – 4	2,500	1,000	0,427	0,000	1,500	1,500	0,520	0,300	0,000	1,117
5 – 9	2,500	1,000	0,333	0,000	1,500	1,500	0,385	1,000	0,000	0,252
10 - 14	2,500	1,000	0,267	0,000	1,500	1,500	0,446	1,000	0,500	0,237
15 - 19	2,500	1,000	0,295	0,000	1,000	1,000	0,541	1,000	3,000	0,324
20 - 24	1,500	1,000	0,306	0,000	1,000	1,000	0,559	1,000	3,000	0,401
25 - 29	1,500	1,000	0,333	0,000	1,000	1,000	0,624	1,000	3,000	0,467
30 - 34	1,500	1,000	0,377	0,000	1,000	1,000	0,679	1,000	3,000	0,541
35 - 39	1,500	1,000	0,435	0,000	1,000	1,000	0,659	1,000	3,000	0,496
40 - 44	1,500	1,000	0,523	0,000	1,000	1,000	0,704	1,000	3,000	0,494
45 - 49	1,500	1,000	0,684	0,000	1,000	1,000	0,840	2,000	3,000	0,604
50 - 54	1,500	1,000	0,962	0,000	1,000	1,000	1,015	2,000	1,000	0,734
55 - 59	1,500	1,000	1,238	0,000	1,000	1,000	1,161	2,000	1,000	0,986
60 - 64	1,500	1,000	1,619	0,000	1,000	1,000	1,396	2,000	1,000	1,245
65 - 69	1,000	1,000	2,058	1,000	2,000	2,000	1,859	1,000	1,000	1,712
70 - 74	1,000	1,000	2,387	1,000	2,000	2,000	2,003	1,000	1,000	2,192
75 - 79	1,000	1,000	2,544	2,000	3,000	3,000	2,025	0,500	1,000	2,584
80 - 84	1,000	1,000	2,546	2,000	3,000	3,000	1,685	0,500	1,000	3,031
Oltre 84	1,000	1,000	2,068	3,000	4,000	4,000	1,191	0,300	1,000	3,070



## **Allegato 5 – Stato di attuazione del programma regionale di investimenti**

Le dinamiche generali della riorganizzazione delle strutture sanitarie sono orientate ai seguenti obiettivi:

- meno ricoveri ospedalieri;
- ricoveri più qualificati perché limitati alla fase acuta della patologia;
- più servizi sul territorio, residenziali, domiciliari, distrettuali;
- più servizi di prevenzione e di educazione alla salute.

Il programma di investimenti nel settore sanitario è finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- La semplificazione della rete dei presidi ospedalieri;
- La riorganizzazione funzionale degli ospedali portanti delle aziende unità sanitarie locali e la qualificazione dei presidi delle aziende ospedaliere;
- Il riordino dei presidi territoriali.

La riorganizzazione interna dei presidi ospedalieri privilegia il potenziamento delle attività specialistiche e di quelle di ricovero diurno, il miglioramento delle procedure di selezione e di filtro per il ricovero, la riorganizzazione delle strutture di pronto soccorso, lo sviluppo di moduli di degenza per aree funzionali.

L'obiettivo sarà raggiunto soprattutto attraverso l'attivazione di nuove strutture ospedaliere, la qualificazione dei presidi delle aziende ospedaliere e la profonda riorganizzazione degli ospedali portanti delle reti. La complessità del programma è rappresentata dalle seguenti cifre:

- situazione iniziale: 93 ospedali, il 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 1.000 abitanti;
- situazione obiettivo: 41 ospedali nuovi o completamente rinnovati, con un'offerta di 13.500 posti letto, pari a 3,8 posti letto ogni 1.000 abitanti, riferito al fabbisogno espresso dai residenti in Toscana.

Di seguito si riporta un quadro generale degli interventi e delle realizzazioni conseguite nonché delle risorse finanziarie acquisite e impegnate; nella relazione e nei quadri allegati gli importi sono in migliaia di Euro (meuro) e milioni di Lire (milioni).

Di seguito non sono invece indicate le somme utilizzate ordinariamente a bilancio dalle aziende sanitarie e finalizzate ad investimenti, che mediamente negli ultimi dieci anni hanno impegnato annualmente circa 30.000 meuro.

### **1. La semplificazione della rete dei presidi ospedalieri**

#### **1.1 I NUOVI OSPEDALI (VEDI ALLEGATO A AL PRESENTE ALLEGATO)**

Nel quadro generale di riorganizzazione della rete ospedaliera, in questi anni è stato attivato in Toscana un grande processo di ristrutturazione che si completerà con l'attivazione dei seguenti nuovi ospedali:

1. Val di Cecina
2. Alta Val d'Elsa
3. Val di Chiana Senese
4. Valdarno
5. Versilia
6. Val di Chiana Aretina
7. Orbetello
8. Arezzo
9. Empoli

I nuovi ospedali della Val di Cecina, dell'Alta Val d'Elsa e della Valdichiana Senese sono già stati attivati, quelli del Valdarno e della Versilia, sono in corso di attivazione, mentre quello della Val di Chiana Aretina sarà attivato nel 2002.

Gli interventi per Orbetello ed Arezzo sono in fase di completamento, nel caso di Arezzo con un utilizzo progressivo del complesso.

L'intervento di Empoli è in corso di cantierabilità.

E' stata individuata da parte della Conferenza dei Sindaci anche la localizzazione del nuovo ospedale delle Apuane.

## **1.2 GLI OSPEDALI SOSTITUITI**

A regime il processo consentirà la dismissione programmata di oltre 30 piccoli ospedali, alcuni dei quali ormai riconvertiti ad altra finalità sanitaria o in corso di alienazione.

*2. La riorganizzazione funzionale degli ospedali portanti delle aziende unità sanitarie locali e la qualificazione dei presidi delle aziende ospedaliere (Vedi Allegato B al presente allegato)*

### **2.1 AZIENDE OSPEDALIERE**

Si tratta di impegnativi programmi di riorganizzazione complessiva degli ospedali, che comprendono interventi di nuova edificazione, ampliamento delle strutture esistenti, ristrutturazione e riordino generale, che interessano tutte le strutture delle aziende ospedaliere ad eccezione di quella Senese.

- ◆ Riorganizzazione aziende ospedaliere Careggi
- ◆ Trasferimento dell'Ospedale pediatrico Meyer in Villa Ognissanti in Firenze
- ◆ Riorganizzazione aziende ospedaliere Pisana

Interventi già attivati

- ◆ Dipartimento cardio – toracico - chirurgico dell' aziende ospedaliere Pisana
- ◆ Piastra servizi ed infettivi dell' aziende ospedaliere Careggi

Interventi in corso di realizzazione

- ◆ Riorganizzazione e ampliamento Padiglione Chirurgie, riorganizzazione funzionale e ampliamento Padiglione San Luca e CTO, nuovo centro direzionale dell' azienda ospedaliere Careggi
- ◆ Riorganizzazione funzionale e ampliamento di Cisanello dell' azienda ospedaliere Pisana
- ◆ Trasferimento dell'ospedale pediatrico Meyer in Villa Ognissanti in Firenze.

### **2.2 PROGETTO AIDS**

Consiste nella riorganizzazione e ampliamento degli spazi di ricovero per malattie infettive e delle pertinenti strutture di supporto, negli ospedali di:

- 1. Lucca
- 2. Pistoia
- 3. Prato
- 4. Livorno
- 5. Arezzo
- 6. Grosseto
- 7. Pisa – Cisanello
- 8. Siena – Le Scotte
- 9. Careggi
- 10. Meyer – nuova sede Villa Ognissanti

Interventi già attivati

- ◆ Piastra servizi ed infettivi dell'azienda ospedaliera Careggi
- ◆ Ospedale di Arezzo

Interventi in fase di ultimazione

- ◆ Ospedale di Grosseto
- ◆ Ospedale di Prato
- ◆ Ospedale di Lucca
- ◆ Ospedale di Livorno
- ◆ Pisa – Cisanello

Interventi in corso di realizzazione

- ◆ Ospedale di Pistoia
- ◆ Siena – Le Scotte

Per quanto concerne l'intervento relativo al Meyer il reparto infettivi è collocato all'interno del trasferimento dell'ospedale nella nuova sede di Villa Ognissanti.

### **2.3 GLI ALTRI OSPEDALI PORTANTI DELLE AZIENDE UNITÀ SANITARIE LOCALI**

A parte le realtà di Massa e Carrara, quelle della Versilia, di Empoli e di Arezzo, già indicate in precedenza, nonché la positiva esperienza di programmazione che ha consentito la creazione di un nodo portante negli ospedali di Piombino, Cecina e Portoferrario connessi in rete, tutti gli ospedali di riferimento provinciale sono interessati da questo programma di riordino complessivo.

- 1. Lucca
- 2. Pistoia e Pescia
- 3. Prato
- 4. Pontedera
- 5. Livorno
- 6. Grosseto
- 7. S. Maria Nuova – Firenze
- 8. S. Giovanni di Dio – Firenze
- 9. I.O.T. - Firenze
- 10. S. Maria Annunziata – Bagno a Ripoli

Fanno parte del programma anche gli interventi in corso presso gli ospedali di Abbadia S. Salvatore, Bibbiena, Massa Marittima e Pitigliano.

Interventi già realizzati

- ◆ Prima fase degli interventi relativi a Lucca, Prato e Grosseto
- ◆ Ampliamento di S. Maria Annunziata a Firenze.

Interventi in corso di realizzazione

- ◆ Riorganizzazione degli ospedali di Pistoia, Pescia, Pontedera, Livorno
- ◆ Seconda fase di riorganizzazione degli ospedali di Lucca e Grosseto
- ◆ Completamento del nuovo ospedale di Bibbiena
- ◆ Realizzazione della piastra servizi e riorganizzazione funzionale S. Giovanni di Dio
- ◆ Riorganizzazione dell'I.O.T. e di S. Maria Nuova.

### **2.4 PROGETTO MATERNO INFANTILE: RETE OSPEDALIERA**

Si tratta di un programma finanziato con risorse del Piano sanitario nazionale, finalizzate alle strutture deputate al Dipartimento Materno Infantile, con interventi in corso di attuazione.

- ◆ dipartimento materno infantile e punto nascita dell'azienda unità sanitarie locali 1 di Massa e Carrara

- ◆ dipartimento materno infantile e servizi assistenza al parto dell'azienda unità sanitarie locali 8 di Arezzo
- ◆ nuova struttura di assistenza alla nascita dell'azienda ospedaliera Careggi.

### **2.5 ADEGUAMENTO DELLE SALE OPERATORIE**

Per l'adeguamento alla normativa vigente delle strutture operatorie sono stati realizzati interventi urgenti per un costo complessivo di 16.463,10 meuro (L. 31.877 milioni), di cui 11.878,51 meuro (L.23.000 milioni) a carico di risorse regionali.

### **2.6 PIANO SANGUE REGIONALE**

Si tratta dell'attuazione delle previsioni programmatiche del Piano sanitario regionale 1999/2001 relativamente a programmi interaziendali di interesse regionale, individuate dal Piano medesimo con risorse specificamente dedicate ad interventi strutturali e strumentali.

## **3. Il riordino dei presidi territoriali (Vedi Allegato C al presente allegato)**

Gli interventi presenti in questo obiettivo del programma riguardano, in prevalenza, la realizzazione delle componenti residenziali della rete territoriale – Residenze sanitarie assistenziali e altre strutture residenziali e semiresidenziali – ed il completamento della riorganizzazione dei presidi multizonali di prevenzione. Il processo di realizzazione delle Residenze sanitarie assistenziali privilegia l'utilizzo di strutture polifunzionali che aggregano moduli residenziali e servizi territoriali, in particolare distretti e poliambulatori, consentendo pertanto anche la realizzazione integrata di varie funzioni territoriale. Il programma generale è pertanto articolato in settori in funzione della tipologia e della finalità degli interventi.

### **3.1 LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI**

- ◆ Residenze sanitarie assistenziali (di seguito RSA) con un numero di 74 strutture per un totale di 3.262 posti residenziali per non autosufficienti, costantemente integrate da centri diurni e, in molti casi, da servizi territoriali

Interventi ultimati

- ◆ 32 RSA, per un totale di 1.480 posti residenziali per anziani non autosufficienti

Interventi in corso di realizzazione

- ◆ 42 RSA, per un totale di 1.782 posti residenziali per anziani non autosufficienti.

### **3.2 LE STRUTTURE PER DISABILI**

- ◆ Residenze per dimessi dagli ospedali psichiatrici, funzionali alla totale riconversione delle medesime strutture attraverso il completamento della rete di strutture alternative
- ◆ strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche e per disabili

Anche gli interventi presenti in questo settore hanno un gradiente di realizzazione tra interventi ultimati, in corso di realizzazione e di attuazione nell'accordo di programma per gli anni 2000 e 2001.

### **3.3 ALTRE STRUTTURE TERRITORIALI**

Rientrano in questa categoria opere relative a

- ◆ Altre strutture sanitarie territoriali – distretti, centri polifunzionali, centri organizzativi amministrativi
- ◆ Rete regionale di strutture della prevenzione collettiva

Interventi ultimati

- ◆ Nuovi presidi multizonali di prevenzione di Livorno e Siena

Interventi in corso di ultimazione

- ◆ Nuovo presidio di prevenzione di Borgo S. Lorenzo

Interventi in corso di realizzazione

- ◆ Altre strutture sanitarie
- ◆ Presidio multizonale di prevenzione di Firenze
- ◆ Completamento delle altre strutture della rete.

### **3.4 PROGETTO MATERNO INFANTILE: RETE CONSULTORIALE**

Si tratta di un programma finanziato con risorse del Piano sanitario nazionale, finalizzate alla realizzazione della rete delle strutture territoriali del Dipartimento Materno Infantile, con particolare riferimento ai consultori, con interventi su tutto il territorio regionale.

#### **4. Interventi a corredo del programma generale**

Affianca e sostiene il programma generale di investimenti sanitari una nutrita schiera di ulteriori iniziative assunte dalla Regione, che di seguito si riporta.

L'ammontare complessivo delle risorse comunque impegnate è pari a circa 826.331,04 meuro (circa 1.600.000 milioni di lire), tutte stanziare e disponibili per la realizzazione delle opere programmate.

#### **4.1 Piano straordinario per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nell'area fiorentina (articolo 71 legge 448/1998)- (Vedi Allegato D al presente allegato)**

Il "Piano straordinario per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nell'area fiorentina", approvato con deliberazione del Consiglio regionale del 29 febbraio 2000, n. 126 (Applicazione dell'art. 71 della legge 23 dicembre 1999, n. 448. Approvazione del piano straordinario per la qualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani), si pone l'obiettivo generale del completamento, all'interno dell'area metropolitana fiorentina, della riorganizzazione dei servizi sanitari sia extra ospedalieri che di ricovero, con scelte inerenti sia la programmazione strutturale che funzionale. Esso si sviluppa in 9 sottoprogetti principali:

1. riduzione dei tempi di attesa e istituzione del CUP unificato dell'area metropolitana;
2. riorganizzazione della rete distrettuale con interventi nella città e nei comuni immediatamente adiacenti;
3. riorganizzazione del sistema di emergenza e urgenza e istituzione di punti di primo soccorso;
4. riorganizzazioni delle strutture ospedaliere in termini di accessibilità e fruibilità;
5. recupero alla città dell'area dell'ex ospedale psichiatrico di S. Salvi;
6. sistemi di accesso e viabilità nell'area delle aziende ospedaliere Careggi e Meyer;
7. attivazione del Dipartimento interaziendale materno infantile metropolitano;
8. potenziamento ed adeguamento dei servizi di diagnosi precoce e del day hospital oncologico;
9. monitoraggio generale dell'efficacia degli interventi del progetto metropolitano.

Le risorse che concorrono alla copertura del Programma sono da suddividersi in una parte a carico dello Stato, di cui all'articolo 71 legge 448/1998, e in un insieme di quote di cofinanziamenti da parte dei soggetti interessati e coinvolti nei singoli progetti (cofinanziamenti diretti) o che concorrono al sostegno complessivo del programma stesso (cofinanziamenti indiretti).

- Finanziamento art. 71 l. 448/98 83.387,65 meuro (£. 161.461 milioni)
- Cofinanziamenti diretti 23.344,37 meuro (£. 45.201 milioni)

• Cofinanziamenti indiretti	36.260,44 meuro (£. 70.210 milioni)
<b>Totale finanziamento</b>	<b>142.992,45 meuro (£. 276.872 milioni)</b>

Viene rispettato il mandato programmatico di migliorare l'inserimento nel tessuto urbano degli interventi di cui all'articolo 20 legge 67/1988. A tale proposito sono significativi gli interventi di miglioramento dell'accessibilità alle strutture con la previsione di parcheggi e percorsi specifici.

Il progetto coinvolge più aree di offerta e le integra fra loro favorendo una organizzazione a rete dei servizi sociosanitari e migliorandone la fruibilità. Esso cerca altresì di integrare, a beneficio dell'utente, le diverse risposte sanitarie con la rete di servizi sociali. In questo senso appaiono significativi fra gli altri, il raccordo del progetto con il Piano di Settore del comune di Firenze, la realizzazione del CUP interaziendale, il completamento e potenziamento della rete distrettuale, la previsione di un Dipartimento Materno-infantile. Risulta significativa anche l'integrazione dei medici di medicina generale in una azione di filtro e di orientamento della domanda sociosanitaria tesa ad evitare l'ospedalizzazione impropria.

L'apposita Commissione paritetica Ministero della Sanità – Regioni – Associazione Nazionale comuni italiani, istituita con decreto del Ministro 16 giugno 2000 per la fase istruttoria di valutazione dei progetti elaborati dalle Regioni, ha concluso i lavori nel dicembre 2000 esprimendo parere ampiamente favorevole sul piano in oggetto.

Il Ministero della Sanità con proprio decreto ha già assegnato l'intero finanziamento.

Alcuni degli interventi sono comunque già avviati (con anticipazioni regionali), altri sono in corso di aggiudicazione e per altri ancora si stanno concludendo le progettazioni esecutive.

**4.2. Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative [legge 26 febbraio 1999, n. 39 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000)] (Vedi Allegato D al presente allegato)**

La legge n. 39/1999 stanziava risorse per la realizzazione di un programma nazionale nel settore specifico, attribuendo alle regioni risorse in conto capitale finalizzate alla realizzazione di centri residenziali di cure palliative. In particolare per la Regione Toscana stanziava risorse pari a 9.941,80 meuro (L. 19.250 milioni).

Il programma è stato approvato con deliberazione del Consiglio regionale 29 febbraio 2000, n. 128 (Legge 26 febbraio 1999, n. 39. Approvazione del Programma per la realizzazione di Centri residenziali di cure palliative) e prevede la realizzazione di 10 centri su tutto il territorio regionale.

Con proprio decreto, il Ministero della Sanità ha assegnato i finanziamenti per permettere l'avvio degli interventi che sono nella fase conclusiva della progettazione esecutiva.

La Giunta Regionale ha inoltre recentemente impartito apposite direttive alle aziende sanitarie per la programmazione relativa ad una ulteriore quota di finanziamento, pari a 5.563,27 meuro (L.10.772 milioni), per il completamento del programma di realizzazione di centri residenziali di cure palliative.

**4.3. Programma per la realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libero professionale intramuraria. [decreto legislativo del 28 luglio 2000, n. 254 (Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari)] (Vedi Allegato D al presente allegato)**

Il programma regionale, approvato con deliberazione del Consiglio regionale 28 dicembre 2000, n. 284 (Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254. Approvazione del programma per la realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libero professionista intramuraria), si inserisce in un contesto maturo sul versante organizzativo e già in presenza di una mobilitazione di risorse per la realizzazione di spazi per la libera-professione intramuraria.

Il finanziamento complessivo è pari a 81.140,54 meuro (L.157.110 milioni) di cui 76.107,15 meuro (L.147.364 milioni) a carico dello Stato e 4.723,51 meuro (L.9.146 milioni) a carico di risorse aziendali, anche attraverso l'alienazione del patrimonio.

Con proprio decreto, il Ministero della Sanità ha assegnato i finanziamenti per permettere l'avvio degli interventi che sono in gran parte nella fase della progettazione esecutiva.

#### **4.4 RISORSE REGIONALI**

##### **4.4.1 Risorse di bilancio regionale (Vedi Allegato D al presente allegato)**

Nell'ambito dei piani regionali sanitari, va sottolineato l'impegno sostenuto dalla Regione per l'attribuzione alle aziende sanitarie di risorse proprie regionali aggiuntive, finalizzate al sostegno ed all'integrazione del programma più generale degli investimenti, pari a 157.519,35 meuro (L. 305.000 milioni) fino al 1998 e pari a 142.025,65 meuro (L. 275.000 milioni) dal 1999 al 2001; in particolare per:

- ◆ il mantenimento strumentale e strutturale del patrimonio
- ◆ l'adeguamento ai requisiti minimi per l'accreditamento.

Merita particolare attenzione l'impegno finanziario della Regione di 92.962,24 meuro (L.180.000 milioni) relativamente all'anno 2001 per le finalità già indicate e in particolare per:

- ◆ nuove tecnologie sanitarie di grosso impegno finanziario, tenuto conto della necessità di un contestuale rinnovo della base tecnologica esistente e del potenziamento connesso con l'obiettivo prioritario della riduzione delle liste d'attesa.

##### **4.4.2 Le risorse finalizzate nel Piano sanitario regionale 1999/2001**

Si tratta dell'attuazione delle previsioni programmatiche del precedente Piano sanitario regionale 1999/2001 che individua risorse finalizzate a programmi e progetti di interesse regionale, così articolate:

- risorse finalizzate alla diffusione dell'innovazione nelle aziende ospedaliere;
- risorse finalizzate ai programmi interaziendali, in particolare per la specificità dell'area fiorentina;
- risorse finalizzate alla valorizzazione e qualificazione dell'assistenza sanitaria nelle zone insulari e montane;
- risorse finalizzate allo sviluppo dei servizi territoriali.

Molti di questi programmi e progetti, ad oggi in fase di avanzata realizzazione, impegnano risorse dedicate ad investimenti strutturali e strumentali nelle aziende sanitarie per un impegno finanziario di oltre 51.645,69 meuro (L.100.000 milioni).

#### **4.4.3 Risorse del Fondo Sanitario in conto capitale**

Il ritardo determinatosi a livello nazionale per il passaggio alla seconda fase del programma di cui all'articolo 20 della legge 67/1988 a fronte dell'avanzato stato di esecuzione di taluni progetti del programma Regionale articolati in più trienni, ha dato luogo alla necessità di reperire risorse finanziarie proprie del bilancio regionale per circa 61.974,83 meuro (L. 120.000 milioni) per scongiurare l'interruzione dei cantieri.

Il recupero di queste risorse è stato possibile a seguito di assegnazioni finanziarie statali alla Toscana sulle somme residue della prima fase del programma nazionale ex articolo 20, non attribuite alle altre Regioni.

Dal recupero ottenuto delle somme anticipate la Regione:

- ◆ ha assegnato risorse alle aziende sanitarie in anticipazione a valere sul ricavato derivante dalle alienazioni;
- ◆ ha istituito un fondo di rotazione di circa 46.481,12 meuro (L. 90.000 milioni) assegnato alle aziende sanitarie, su interventi immediatamente cantierabili, in attesa della effettiva disponibilità delle risorse statali.

Ad oggi, come già detto, tutte le risorse statali sono state assegnate.

#### **4.5 Autofinanziamento aziendale esclusivo**

La gran parte delle risorse aziendali a sostegno dei programmi di investimento, derivano dalla alienazione dei beni da reddito o di quelli non più utilizzati a fini sanitari. In tutte le aziende sanitarie sono state attivate le procedure connesse all'alienazione. Oltre alle possibilità offerte dall'utilizzo del patrimonio, l'autofinanziamento aziendale è ricavato dal ricorso al mercato finanziario attraverso il credito bancario e assicurativo per un importo complessivo di circa 206.582,76 meuro (circa 400.000 milioni di lire).

#### **4.6 Utilizzo di risorse di provenienza INAIL**

La Regione Toscana, relativamente alla destinazione dei fondi INAIL per immobilizzazioni nel settore sanitario, ha ottenuto la realizzazione del nuovo presidio ospedaliero di Orbetello, ricompreso comunque nella parte generale del programma al capitolo dei nuovi ospedali.

Sono altresì previsti con tali risorse

- il recupero dell'ex ospedale S. Maria di Sinalunga per l'attivazione di un centro residenziale per adulti e anziani in stato di grave dipendenza;
- la realizzazione di un centro sanitario per attività di riabilitazione presso l'ex ospedale di Terranuova Bracciolini;
- la realizzazione di un centro di riabilitazione nel Nuovo Ospedale Unico del Valdarno;
- la realizzazione di un centro di riabilitazione funzionale e di attività sanitarie nel comune di Stia;
- l'acquisto e la ristrutturazione dell'immobile ex convento delle Oblate dell'azienda ospedaliera di Careggi.

E' inoltre in corso la vendita all'INAIL dell'ex ospedale Banti a Vaglia, che verrà utilizzato al fine di realizzare il Centro di riferimento per l'aggiornamento manageriale del personale del Servizio Sanitario.

### **5. Le risorse acquisite e le realizzazioni**

#### **5.1 Le risorse acquisite**

Riguardo gli obiettivi sopra definiti, fino al 1998, la Regione ha attivato ed in parte concluso interventi per 873.227,91 meuro (L. 1.690.805) milioni di cui:

- 564.414,05 meuro (L.1.092.858 milioni) a carico dello Stato;

- 308.813,85 meuro (L.597.947 milioni), risorse regionali ed autofinanziamento aziendale, quest'ultimo anche attraverso l'alienazione del patrimonio.

Dal 1999 al 2001, anche in attuazione dell'accordo di programma quadro per gli investimenti sanitari sottoscritto il 3 Marzo 1999 tra Governo e Regione Toscana, sono stati attivati interventi per 847.878,65 meuro (L. 1.641.722 milioni) di cui:

- 523.548,89 meuro (L.1.013.732 milioni) a carico dello Stato

324.329,77 meuro (L.627.990 milioni), risorse regionali e autofinanziamento aziendale, anche attraverso l'alienazione del patrimonio.

### **5.1.1 Finanziamenti a carico dello Stato**

La decisa capacità di programmazione e di spesa della Regione Toscana ha permesso di ottenere una assegnazione statale negli anni 1999/2001 di complessive 523.548,89 meuro (L.1.013.732 milioni) di gran lunga superiore a quella fissata da indici di ripartizione dei fondi sanitari in conto capitale per investimenti.

La Regione Toscana è l'unica regione ad aver già ottenuto, al gennaio 2001, tutte le risorse relative alla propria quota di accesso riguardo la somma complessiva di 15.493.706,97 meuro (L.30.000.000 milioni), stanziata dall'articolo 20 della legge finanziaria 1988.

La prosecuzione del programma e la continuità dei cantieri in atto è stata comunque resa possibile soprattutto attraverso i meccanismi sopra indicati di anticipazione di risorse proprie

### **5.2 Le realizzazioni conseguite nell'attuazione dei piani sanitari regionali**

In termini generali il quadro di attuazione del programma di investimenti è definito all'interno dei singoli capitoli del medesimo. Di particolare rilievo, in termini di avvio del processo di riorganizzazione del servizio sanitario regionale, risultano gli obiettivi conseguiti sul versante della deospedalizzazione e dello sviluppo dei servizi territoriali:

- ◆ gli interventi realizzati hanno sicuramente contribuito a qualificare la rete dei servizi sanitari. Particolare significato assume, in tal senso, l'attivazione di 1.480 posti residenziali ed altri 1.782 in corso di avanzata realizzazione che, unitamente al rafforzamento dei servizi territoriali, distrettuali e domiciliari, ha favorito e consolidato il processo di deospedalizzazione attraverso una risposta più appropriata ai bisogni assistenziali;
- ◆ Il potenziamento e l'ammodernamento dei presidi ospedalieri, realizzati in attuazione del programma regionale di investimenti e con il concorso diretto delle aziende sanitarie, nonché la dismissione già avvenuta di alcuni stabilimenti, alcuni dei quali ormai riconvertiti ad altra finalità sanitaria o in corso di alienazione, hanno solidamente avviato il processo di riordino della rete ospedaliera regionale. Occorre infatti ricordare che, alle strutture ospedaliere riconvertite a seguito della realizzazione del programma, si aggiungono anche quelle disattivate o riconvertite per autonomi processi di riorganizzazione.

Nel frattempo sono già avvenute le seguenti dismissioni:

- azienda unità sanitaria locale 1: Civico;
- azienda unità sanitaria locale 2: Carignano;
- azienda unità sanitaria locale 6: Sanatorio, Cecina, Rosignano, Piombino (centro) e Campiglia Marittima;
- azienda unità sanitaria locale 7: San Gimignano, Poggibonsi, Colle Val d'Elsa, Torrita di Siena, Chiusi, Sinalunga, Montepulciano, Sarteano, Chianciano e Montalcino;
- azienda unità sanitaria locale 8: Foiano della Chiana, Terranuova Bracciolini, Monte S. Savino, Garbasso, S.Maria Sopra i Ponti, Stia e Subbiaco.

- azienda unità sanitaria locale 9: Manciano, Scansano e Pizzetti;
- azienda unità sanitaria locale 10: Villa Basilewsky, Camerata, S. Antonino, Orbetello, Oftalmico, Marradi e Banti;
- azienda ospedaliera Senese: S. Maria della Scala, Pediatrico, Salus e Sclavo.

Ad oggi sono in corso di dismissione:

- azienda unità sanitaria locale 8: Cortona, Castiglion F.no, Montevarchi e S. Giovanni V.no;
- azienda unità sanitaria locale 9: Orbetello (vecchio ospedale)
- azienda unità sanitaria locale 11: P.O. S. Giuseppe
- azienda unità sanitaria locale 12: Seravezza, Pietrasanta, Camaiore e Viareggio.

## **6. Conclusioni**

L'ammontare complessivo delle risorse per investimenti nel settore sanitario mobilitate a partire dalla prima fase attuativa del programma nazionale ex articolo 20 della legge n. 67/1988, ovvero dall'anno 1992, raggiunge un livello complessivo di 1.241.823,20 meuro, pari ad oltre 2.400.000 milioni di lire. Se a questa somma si aggiungono le somme impegnate a corredo del programma generale, pari a circa 826.331,04 meuro, oltre 1.600.000 milioni di lire, si raggiunge il livello complessivo di 2.014.181,91 meuro, pari ad oltre L.3.900.000 milioni, di rilievo assoluto anche se riferita alla consistenza complessiva del patrimonio sanitario.

Per una valutazione complessiva vanno considerate anche le risorse impegnate dalle aziende sanitarie sul bilancio ordinario per interventi comunque ascrivibili a manutenzioni del patrimonio o sostituzione del parco strumentale. Le somme corrispondenti pari a circa 300.000 meuro ovvero ad oltre 600.000 milioni, fanno ammontare gli interventi complessivi ad oltre 2.314.181,91 meuro ovvero 4.500.000 milioni.

Anche facendo riferimento solo all'ultimo triennio, le somme complessivamente acquisite per investimenti raggiungono il valore complessivo di oltre 1.277.850,87 meuro (oltre 2.480.000 milioni di lire), che rappresentano circa il 10% di quelle totali acquisite nello stesso periodo a carico del fondo sanitario regionale per spese correnti di esercizio.

Anche sulla base dell'esperienza maturata nell'attuazione del Programma decennale di investimenti, di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988, e degli interventi a sostegno e corredo del programma medesimo, si possono evidenziare i seguenti elementi di valutazione del fabbisogno finanziario:

- una prima valutazione scaturisce dal rapporto consolidato nel periodo tra spese di gestione corrente e volume di investimenti, che è caratteristica di un settore di alta tecnologia ed in forte sviluppo, come quello in esame. Tale rapporto percentuale nelle esperienze di programmazione è sempre stato assestato ad un valore di almeno il 5%, che riferito ad un quadro attuale di risorse determina un fabbisogno annuale attualizzato pari a circa 250.000 meuro, ovvero 750.000 meuro nel triennio di Piano sanitario regionale;
- una seconda valutazione è riferibile alle risorse complessivamente impegnate per le due componenti dell'investimento, mantenimento ed innovazione, prima valutate negli ultimi dieci anni in 231.418,19 meuro ogni anno, che confermano l'attendibilità della stima sopra riportata.

Occorre evidenziare valutazioni sul fabbisogno specifico per gli investimenti sanitari non sono state effettuate in occasione delle determinazioni del fabbisogno di settore nell'ambito della concertazione Stato – Regioni riferito al tasso di incremento della spesa compatibile al patto di stabilità dell'ambito comunitario. Anche i conseguenti Accordi Stato – Regioni del 3 agosto 2000 ed 8 agosto 2001 non hanno considerato il fabbisogno per investimenti, se si esclude l'impegno presente nell'ultimo Accordo circa l'attivazione di apposito tavolo per condurre tale valutazione, forse per l'ingente mole di risorse ancora non utilizzate a livello nazionale sul Programma decennale di cui all'articolo 20 della legge 67/1988.

La Regione Toscana, che si trova nella condizione di avere già impegnato tutte le risorse del Programma decennale, rivendica pertanto nel triennio la quota annuale di 250.000 meuro.

**ALLEGATO A ALL'ALLEGATO 5**

**1 – La semplificazione della rete dei presidi ospedalieri**

(cifre espresse in migliaia di Euro)

	COSTO TOTALE	FINANZIAMENTO FINO AL 1998		FINANZIAMENTO 1999		FINANZIAMENTO 2000		FINANZIAMENTO 2001	
		Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro
I nuovi ospedali	414.030,07	325.457,19	70.496,88	0,00	18.075,99	0,00	0,00	0,00	0,00

TOTALE 1	414.030,07	325.457,19	70.496,88	0,00	18.075,99	0,00	0,00	0,00	0,00
----------	------------	------------	-----------	------	-----------	------	------	------	------

## ALLEGATO B ALL'ALLEGATO 5

### 2 – La riorganizzazione funzionale degli ospedali portanti delle aziende unità sanitarie locali e la qualificazione

#### Dei presidi delle aziende ospedaliere

(cifre espresse in migliaia di Euro)

		FINANZIAMENTO FINO AL 1998		FINANZIAMENTO 1999		FINANZIAMENTO 2000		FINANZIAMENTO 2001		
		Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	
2.1	aziende Ospedaliere	325.100,84	56.403,81	43.315,24	123.180,14	26.798,95	0,00	0,00	62.835,76	12.566,95
		COSTO TOTALE								
2.2	A.I.D.S.	53.291,12	53.291,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		COSTO TOTALE								
2.3	Altri ospedali portanti aziende unità sanitarie locali	192.621,90	10.057,48	6.287,35	34.809,19	16.423,33	72.723,33	52.321,22	0,00	0,00
		COSTO TOTALE								
2.4	Materno infantile	12.240,03	8.283,45	3.956,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		COSTO TOTALE								
2.5	Sale operatorie	16.463,10	0,00	16.463,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		COSTO TOTALE								
2.6	Piano sangue	7.334,72	0,00	0,00	0,00	3.499,00	0,00	3.155,55	0,00	680,17
		COSTO TOTALE								
<b>TOTALE 2</b>		<b>607.051,70</b>	<b>128.035,86</b>	<b>70.022,26</b>	<b>157.989,33</b>	<b>46.721,27</b>	<b>72.723,33</b>	<b>55.476,77</b>	<b>62.835,76</b>	<b>13.247,12</b>

## ALLEGATO C ALL'ALLEGATO 5

### 3 – Il riordino dei presidi territoriali

(cifre espresse in migliaia di Euro)

		COSTO TOTALE	FINANZIAMENTO FINO AL 1998		FINANZIAMENTO 1999		FINANZIAMENTO 2000		FINANZIAMENTO 2001	
			Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione e Altro
3.1	R.S.A.	174.630,09	87.961,39	19.583,53	12.149,13	2.561,63	0,00	0,00	32.906,05	19.468,36

		COSTO TOTALE	FINANZIAMENTO FINO AL 1998		FINANZIAMENTO 1999		FINANZIAMENTO 2000		FINANZIAMENTO 2001	
			Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione e Altro
3.2	strutture per disabili	17.445,91	10.651,41	819,10	1.668,16	552,61	0,00	0,00	2.728,96	1.025,68

		COSTO TOTALE	FINANZIAMENTO FINO AL 1998		FINANZIAMENTO 1999		FINANZIAMENTO 2000		FINANZIAMENTO 2001	
			Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione e Altro
3.3	Altre strutture territoriali	22.905,38	12.308,20	701,86	0,00	0,00	0,00	0,00	5.351,53	4.543,79

		COSTO TOTALE	FINANZIAMENTO FINO AL 1998		FINANZIAMENTO 1999		FINANZIAMENTO 2000		FINANZIAMENTO 2001	
			Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione e Altro
3.4	Materno infantile rete consultoriale	5.760,04	0,00	0,00	5.760,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

	<b>TOTALE 3</b>	<b>220.741,43</b>	<b>110.921,00</b>	<b>21.104,49</b>	<b>19.577,33</b>	<b>3.114,24</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>40.986,54</b>	<b>25.037,83</b>
--	-----------------	-------------------	-------------------	------------------	------------------	-----------------	-------------	-------------	------------------	------------------

## ALLEGATO D ALL'ALLEGATO 5

### 4 – Interventi a corredo del programma generale: Aree Urbane, Cure palliative, Intramoenia e manutenzione

(cifre espresse in migliaia di Euro)

		FINANZIAMENT O FINO AL 1998		FINANZIAMENT O 1999		FINANZIAMENT O 2000		FINANZIAMENTO 2001		
		COSTO TOTAL E	Stato	Altro	Stato	Altro	Stato	Altro	Stato	Altro
4.1	Aree urbane	106.732,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	83.387,65	23.344,37

		FINANZIAMENT O FINO AL 1998		FINANZIAMENT O 1999		FINANZIAMENT O 2000		FINANZIAMENTO 2001		
		COSTO TOTAL E	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro
4.2	Cure palliative	9.941,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9.941,80	0,00

		FINANZIAMENT O FINO AL 1998		FINANZIAMENT O 1999		FINANZIAMENT O 2000		FINANZIAMENTO 2001 / 2002		
		COSTO TOTAL E	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro	Stato	azienda Regione Altro
4.3	Intramoenia	81.140,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	76.107,15	5.033,39

		FINANZIAMENT O FINO AL 1998		FINANZIAMENT O 1999		FINANZIAMENT O 2000		FINANZIAMENTO 2001		
		COSTO TOTAL E	Stato	Regione	Stato	Regione	Stato	Regione	Stato	Regione
4.4	Manutenzione	299.545,00	0,00	157.519,35	0,00	28.405,13	0,00	20.658,28	0,00	92.962,24
<b>TOTALE 4.1, 4.2, 4.3, 4.4.1</b>		<b>497.359,36</b>	<b>0,00</b>	<b>157.519,35</b>	<b>0,00</b>	<b>28.405,13</b>	<b>0,00</b>	<b>20.658,28</b>	<b>169.436,60</b>	<b>121.340,00</b>

		FINANZIAMENT O ANTE 1998		FINANZIAMENT O 1999		FINANZIAMENT O 2000		FINANZIAMENTO 2001		
		COSTO TOTAL E	Stato	Altro	Stato	Altro	Stato	Altro	Stato	Altro
<b>TOTALE 1, 2, 3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4.1</b>		<b>1.739.182,55</b>	<b>564.414,05</b>	<b>319.142,99</b>	<b>177.566,66</b>	<b>96.316,63</b>	<b>72.723,33</b>	<b>76.135,04</b>	<b>273.258,89</b>	<b>159.624,95</b>

## Allegato 6

Protocollo d'intesa  
tra la Regione Toscana e le Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena  
in attuazione dell'articolo 1, comma 1, del 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)

PREMESSA: PRINCIPI DI UNA FATTIVA COLLABORAZIONE TRA REGIONE E UNIVERSITÀ

Allo scopo di una fattiva collaborazione Regione e Università concordemente:

- definiscono la responsabilizzazione di tutte le componenti interessate nella realizzazione degli obiettivi della programmazione regionale e locale;
- sviluppano metodi e strumenti di collaborazione tra il sistema sanitario regionale ed il sistema formativo universitario tali da rispecchiare 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;
- esplicitano l'obiettivo di perseguire, negli adempimenti e nelle determinazioni di competenza, 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;
- assumono l'impegno della programmazione congiunta delle attività assistenziali delle aziende ospedaliere di riferimento tenuto conto della programmazione delle attività didattiche e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- ribadiscono la comune volontà di dare tempestivo e puntuale adempimento a quanto attribuito alla propria competenza e responsabilità, nel rispetto dei tempi programmati e concordati;
- si impegnano alla reciproca informazione e consultazione in ordine alle determinazioni che abbiano influenza sull'esercizio integrato delle attività di competenza;
- assicurano il rispetto dell'autonomia organizzativa e gestionale delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b) del d. lgs. 517/1999, di seguito denominate aziende ospedaliere - universitarie, e degli organi delle medesime nonché delle altre strutture nelle quali si attua l'integrazione tra attività assistenziale, didattica e di ricerca.

Gli impegni di cui ai precedenti punti debbono essere contemplati nell'Atto aziendale adottato dal direttore generale delle aziende ospedaliere - universitarie, d'intesa con il Rettore dell'Università.

La collaborazione tra Regione e Università può estendersi con modalità da concordare agli apporti formativi e tecnico scientifici 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.

Per garantire alla Facoltà di Medicina e Chirurgia l'inscindibilità tra le funzioni di didattica, ricerca e assistenza e al Servizio sanitario regionale il pieno esercizio delle funzioni proprie, la Regione e l'Università assicurano:

- l'autonomo esercizio delle responsabilità gestionali da parte dell'azienda ospedaliero – universitaria;
- il rispetto dello stato giuridico del personale dei rispettivi ordinamenti;
- 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 e ai risultati gestionali raggiunti, secondo quanto stabilito in applicazione dell'articolo 6 del d.lgs. 517/1999 dalla deliberazione della Giunta regionale del 29 ottobre 2001, n. 1173 (Protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e le Università di Firenze, Pisa e Siena: applicazione degli articoli 5 e 6 del d.lgs n. 517 del 1999 e dell'articolo 15-nonies, comma 2, del d.lgs n. 502 e successive modifiche)

#### Articolo 1 (Oggetto dell'intesa)

##### 1. APPORTO ASSISTENZIALE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Le Università e la Regione, nel rispetto delle reciproche autonomie e delle reciproche finalità istituzionali, convengono che le Università concorrano alla programmazione sanitaria regionale ed al raggiungimento degli obiettivi fissati con le attività assistenziali svolte in connessione con le attività didattiche e di ricerca della Facoltà di Medicina e dei suoi corsi di studio. Tali attività si svolgeranno nelle aziende ospedaliero - universitarie e, secondo specifici accordi, in altre aziende del Servizio sanitario regionale.

##### 2. ATTIVITÀ DIDATTICHE E DI RICERCA FINANZIATE DALLA REGIONE

L'integrazione tra le Università e la Regione riguardo alla funzione formativa e di ricerca e all'attività assistenziale dovrà realizzarsi, oltre che in relazione alle esigenze relative ai corsi di studio, anche nelle altre attività formative previste dal Piano sanitario regionale. Riguardo all'attività di ricerca, le aziende ospedaliero - universitarie sono inserite, come previsto dalla normativa nazionale in tema di finanziamento delle attività sanitarie, nella fascia più elevata di quelle alle quali sono riservati finanziamenti per le funzioni in materia di ricerca scientifica. Regione ed Università con specifici protocolli esecutivi individuano le priorità ed i progetti da attivare nell'ambito degli impegni economici, da assumere rispettivamente. In particolare, le Università concorderanno con la Regione la definizione e l'attuazione di progetti di ricerca finalizzati a sviluppare innovazioni scientifiche, nuovi istituti di gestione anche sperimentali nonché nuovi modelli organizzativi e formativi.

##### 3. PROTOCOLLO D'INTESA E PIANO SANITARIO REGIONALE (PSR): PARTECIPAZIONE UNIVERSITARIA ALLA PROGRAMMAZIONE

Le Università di Firenze, Pisa e Siena contribuiscono, per gli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, all'elaborazione del Piano sanitario regionale nonché alla definizione di indirizzi di politica sanitaria e di ricerca, di programmi di intervento e all'applicazione dei nuovi modelli organizzativi delle strutture e delle

attività di cui al comma precedente. In sede di adozione o di adeguamento del Piano sanitario regionale, la Regione Toscana acquisisce formalmente, in ordine alle materie di cui al presente comma, il parere delle Università sedi della Facoltà di Medicina e Chirurgia ubicate nel proprio territorio. Il Piano sanitario regionale tiene, altresì, conto dell'intesa raggiunta tra la Regione e le Università per le attività di didattica e di ricerca, programmate dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia, che interessino i rispettivi territori. Il parere delle Università è reso direttamente o attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento delle Università di cui all'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 27 gennaio 1998, n. 25 (Regolamento recante disciplina dei procedimenti relativi allo sviluppo ed alla programmazione del sistema universitario, nonché ai comitati regionali di coordinamento, a norma dell'articolo 20, comma 8, lettere a) e b), della legge 15 marzo 1997, n. 59). Il parere si intende espresso in senso favorevole qualora non pervenga entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta. I pareri e le intese previste al presente comma, ovvero l'attestazione della mancata espressione del parere nei termini indicati, sono allegati allo schema o progetto di Piano sanitario regionale da trasmettere al Ministro della Sanità ai sensi dell'articolo 1, comma 14, del d.lgs. 502/1992. Per le materie che implicano l'integrazione tra attività assistenziali, didattiche e di ricerca, la Regione e l'Università prevedono, con atto specifico, forme di collaborazione nell'elaborazione e nella stesura di proposte per la formulazione del Piano sanitario regionale o di altri documenti o progetti concernenti la programmazione attuativa regionale e locale, tenendo conto dei programmi di sviluppo delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, già deliberati dalle stesse e approvati dagli organi dell'ateneo, trasmessi alla Regione ed alle aziende. Per quanto concerne l'individuazione di strutture assistenziali essenziali per le finalità istituzionali della Facoltà di Medicina e Chirurgia, il presente protocollo può essere integrato o rimodulato anche prima della sua scadenza con apposite intese tra la Regione e le Università, qualora se ne ravvisino le ragioni d'urgenza sotto il profilo assistenziale e di opportunità didattico - scientifica. Le modifiche devono seguire lo stesso iter applicativo previsto dal presente protocollo.

## Articolo 2 (Parametri per l'individuazione delle attività assistenziali integrate con le funzioni di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia)

1. Le tipologie delle attività assistenziali necessarie alle attività di formazione e ricerca svolte all'interno dell'azienda ospedaliero - universitaria sono definite nell'atto aziendale di cui all'articolo 6, in relazione all'organizzazione dipartimentale individuata ai sensi dell'articolo 4, comma 7, sulla base dei seguenti principi generali:
  - a) favorire la massima integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca;
  - b) valutare gli esiti dei procedimenti di concertazione di area vasta, l'evoluzione del processo di deospedalizzazione e l'andamento dell'attività legata alla mobilità ospedaliera interregionale;
  - c) valutare le necessità connesse con le funzioni di supporto allo svolgimento dei corsi di laurea sanitari;
  - d) agire nell'ambito della programmazione regionale e aziendale e di quella universitaria.

Salvo diverse risoluzioni assunte nell'atto aziendale, il numero complessivo dei posti letto riferito alle attività assistenziali necessarie a quelle didattiche e di ricerca è determinato, di norma, dalla somma di quelli correlati al:

- numero degli immatricolati al primo anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, nel rapporto di 3 posti letto per ciascun studente;
  - numero degli immatricolati al primo anno delle Scuole di specializzazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia, nel rapporto di 1 posto letto per ciascuna borsa di studio bandita per specializzazioni cliniche.
2. Le strutture aziendali sono:
- a) i Dipartimenti;
  - b) le altre strutture assistenziali complesse;
  - c) le strutture semplici;
  - d) le articolazioni funzionali interne alle strutture di cui alla lettera b);
- secondo quanto individuato nell'atto aziendale di cui all'articolo 6 del presente protocollo.  
Sono altresì attivabili i programmi di cui all'articolo 5, comma 4, del d.lgs. 517/1999.
3. Nell'azienda ospedaliero – universitaria deve essere prevista la presenza, nelle strutture aziendali di cui al comma 2, delle attività assistenziali a responsabilità universitaria, inerenti tutte le discipline previste nei regolamenti didattici di Ateneo per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia.
4. Per lo svolgimento integrato delle attività didattiche le Università si impegnano ad individuare, secondo le disposizioni normative vigenti, di concerto con le aziende ospedaliere - universitarie e nell'ambito della programmazione regionale e locale, sedi di attività formativa, relativa alle lauree sanitarie e alle scuole di specializzazione, anche presso le strutture ospedaliere e territoriali delle aziende unità sanitarie locali delle aree vaste di rispettiva competenza; qualora per specifiche attività formative non siano disponibili sedi presso l'azienda ospedaliera - universitaria o le predette strutture delle aziende unità sanitarie locali, con le stesse modalità e di concerto con la medesima azienda ospedaliera – universitaria, è consentito individuare sedi anche presso strutture private accreditate. Il conseguente rapporto viene stipulato d'intesa con l'azienda ospedaliera - universitaria ed entro i limiti del rapporto contrattuale vigente fra l'azienda unità sanitaria locale e la medesima istituzione privata.

### Articolo 3 (Finanziamento delle aziende)

1. Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dalle aziende ospedaliero - universitarie concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università sia dal Fondo sanitario regionale. Queste ultime comprendono:
  - a) corrispettivo delle prestazioni prodotte, secondo i criteri di finanziamento dell'assistenza ospedaliera stabiliti dalla Regione;
  - b) altri finanziamenti per l'attuazione di programmi di rilevante interesse regionale, definiti di comune accordo tra Regione e Università, non finanziati secondo quanto previsto alla lettera a). Si conviene che detti finanziamenti siano articolati in due fondi distinti previsti dal Piano sanitario regionale: il primo, denominato *Fondo di sostegno all'attività delle funzioni regionali di riferimento ed all'attività non sufficientemente remunerata delle aziende ospedaliere*, determinato in misura pari allo 0,75% del Fondo sanitario regionale per il triennio di validità del Piano sanitario regionale e attribuito ed impiegato secondo le previsioni ivi contenute; il secondo, denominato *Fondo per la diffusione dell'innovazione nelle aziende ospedaliere*, determinato per il triennio di validità del Piano sanitario regionale in misura pari al 3% della valorizzazione annua dell'attività

assistenziale complessiva di ogni azienda ospedaliero - universitaria una volta che la valorizzazione stessa sia stata decurtata del risparmio corrispondente alla maggiore spesa di personale che avrebbe dovuto sostenere l'azienda per produrre la stessa attività in carenza dell'apporto della componente universitaria, con erogazione dei finanziamenti alle predette aziende nelle modalità indicate nel Piano sanitario regionale 1999 - 2001.

Al fine di ottimizzare quanto previsto al punto b), le Università e la Regione costituiscono un tavolo permanente fra gli Atenei toscani, sedi della Facoltà di Medicina e Chirurgia, il Dipartimento regionale e le direzioni delle aziende ospedaliere.

2. La Regione classifica le aziende ospedaliero – universitarie nella fascia di presidi a più elevata complessità assistenziale e riconosce alle medesime i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca. La Regione corrisponde all'azienda ospedaliero - universitaria un'integrazione pari ad una quota percentuale della valorizzazione annua dell'attività assistenziale complessiva una volta che la valorizzazione stessa sia stata decurtata del risparmio corrispondente alla maggiore spesa di personale che avrebbe dovuto sostenere l'azienda per produrre la stessa attività in carenza dell'apporto della componente universitaria. Tale quota percentuale è determinata nel triennio di validità del Piano sanitario regionale in misura pari al 6% per l'anno 2002, al 7% per l'anno 2003 e all'8% per l'anno 2004 e va a formare il *Fondo di sostegno delle attività delle aziende ospedaliere*. Le risorse corrispondenti sono impiegate nel bilancio aziendale per l'integrazione dell'attività assistenziale con quella didattica e scientifica, secondo programmi concordati fra rettore e direttore generale, in conformità alle previsioni del Piano sanitario regionale.
3. Gli oneri sostenuti dall'Università per la retribuzione del personale universitario inserito nelle attività assistenziali dell'azienda ospedaliero - universitaria e per le immobilizzazioni e le attrezzature universitarie, utilizzate anche per l'assistenza, devono essere rilevati nell'analisi economica e finanziaria delle aziende ed evidenziati nei rispettivi atti di bilancio.
4. Programmi di ricerca biomedica e di innovazione assistenziale ed organizzativa riconosciuti di interesse comune da Regione ed Università sono finanziati dalla Regione attraverso modalità e tempi concordati.

#### Articolo 4 (Organizzazione interna delle aziende ospedaliero–universitarie. Dipartimentalizzazione)

1. Il direttore generale delle aziende ospedaliero - universitarie è nominato dal Presidente della Giunta regionale d'intesa con il Rettore dell'Università. Con separato atto sono disciplinati i procedimenti di verifica dei risultati dell'attività del direttore generale e le relative procedure di conferma e revoca.
2. L'organizzazione delle aziende ospedaliero - universitarie è definita nell'Atto aziendale in modo da assicurare lo svolgimento pieno e integrato delle funzioni assistenziali, didattiche e scientifiche da parte delle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

3. Per ciascuna azienda ospedaliero - universitaria è costituito, nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 4 del d.lgs. 517/1999, l'organo di indirizzo composto da tre membri:
  - a) il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia;
  - b) un membro esperto in materia di organizzazione e di programmazione dei servizi sanitari, nominato dal Presidente della Giunta regionale;
  - c) l'Assessore regionale al diritto alla salute che lo presiede.Partecipano ai lavori dell'organo di indirizzo il direttore generale e il rettore dell'Università.
4. I posti letto per le strutture di degenza, di cui all'articolo 2, e le altre strutture assistenziali, vengono attribuiti all'azienda ospedaliero - universitaria, nonché ad altre aziende sanitarie individuate nel presente protocollo d'intesa, secondo quanto previsto all'articolo 2, comma 4.
5. I dipartimenti ad attività integrata (di seguito indicati come DAI) rappresentano un modello di dipartimento peculiare delle aziende ospedaliero - universitarie. Essi assicurano l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca attraverso una composizione coerente tra attività assistenziali e settori scientifico - disciplinari. Per corrispondere alle esigenze connesse con l'erogazione delle prestazioni sanitarie le aziende possono altresì costituire dipartimenti assistenziali (di seguito indicati come DA).
6. Le aziende ospedaliero – universitarie organizzano le proprie attività assistenziali in forma dipartimentale, con lo scopo di:
  - a) fornire al cittadino percorsi assistenziali coordinati sotto il profilo della gestione dei profili diagnostici, terapeutici e riabilitativi e integrati all'interno della rete ospedaliera regionale;
  - b) garantire il più alto livello possibile di appropriatezza delle cure attraverso l'applicazione di linee – guida tecnico – professionali;
  - c) assicurare coerenza e tempestività nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative.Il modello organizzativo dipartimentale della singola azienda ospedaliero – universitaria nasce dalla necessità di fondere l'esigenza di ottimizzare i processi scientifici e didattici con quella di sviluppare la centralità del cittadino nei processi assistenziali, e si realizza attraverso modalità e forme originali e avanzate che consentano, in ciascuna azienda, di assicurare l'equilibrato sviluppo dei due approcci attraverso specifiche iniziative di riorganizzazione, anche a carattere sperimentale.
7. I dipartimenti aziendali sono individuati nell'ambito del Piano Attuativo Ospedaliero in sede di programmazione concordata tra l'azienda ospedaliero - universitaria e l'Università, sulla base dei seguenti indirizzi:
  - possono essere organizzati secondo le seguenti tipologie:
    - a) per aree funzionali ospedaliere,
    - b) per particolari finalità assistenziali,
    - c) per gruppi di patologie, di organi e di apparati;
  - sono costituiti, di norma, attraverso l'aggregazione funzionale di almeno tre strutture complesse, salvo particolari e specifiche esigenze assistenziali e didattico - scientifiche, e sono attivati sulla base di uno specifico obiettivo assistenziale;

- sono finalizzati a conseguire l'obiettivo predefinito attraverso l'ottimizzando delle risorse impiegate, secondo le previsioni del bilancio aziendale.
8. I DAI e i DA assorbono progressivamente i dipartimenti misti ove esistenti.
  9. I DAI e i DA sono costituiti dalle strutture assistenziali, complesse e semplici, e dalle articolazioni funzionali o moduli, ivi compresi quelli speciali per i programmi di cui all'articolo 5, comma 4, del d. lgs. 517/1999, individuate nell'Atto aziendale, tenuto conto delle esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca. L'atto aziendale individua altresì l'organizzazione di supporto, amministrativo e sanitario, di cui si avvale il direttore del dipartimento per l'esercizio delle proprie funzioni gestionali e direzionali.
  10. Possono essere previsti programmi interdipartimentali, finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca di più dipartimenti con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale.
  11. I direttori dei DAI sono nominati dal direttore generale, d'intesa con il Rettore, tra i responsabili delle strutture complesse di cui si compone il dipartimento, sulla base di requisiti di capacità gestionale ed organizzativa, esperienza professionale e curriculum scientifico. Per i dipartimenti individuati nella programmazione concertata delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, qualificati come essenziali ai fini dell'espletamento delle funzioni assistenziali della Facoltà di Medicina, correlate ai settori scientifico - disciplinari, il direttore è scelto fra i professori universitari, salvo diverse determinazioni previste negli atti aziendali, per specifici casi, ferma restando comunque la titolarità dell'Università per la didattica e la ricerca.
  12. Il dipartimento aziendale è organizzato come centro unitario di responsabilità e di costo, in modo da garantire, nel rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse finanziarie allo stesso assegnate dall'azienda ospedaliero – universitaria attraverso il procedimento di negoziazione del budget, l'unitarietà della gestione, l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca e la flessibilità operativa. Il direttore del dipartimento assume responsabilità di tipo direzionale e gestionale in ordine alla razionale e concreta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, avvalendosi del supporto di cui al comma 9. La valutazione annuale del direttore del dipartimento viene condotta attraverso la verifica del conseguimento dei suddetti obiettivi attribuiti dall'azienda.
  13. L'atto aziendale definisce le modalità e i termini di partecipazione dei dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale all'attività didattica e le forme e le modalità di accesso dei medesimi dirigenti ai fondi di ateneo di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 19 ottobre 1999, n. 370 (Disposizioni in materia di università e di ricerca scientifica e tecnologica), sulla base dei seguenti criteri direttivi:
    - a) il personale del Servizio sanitario regionale partecipa all'attività didattica in varia veste, esercitando docenza, tutoraggio ed altre attività formative, in funzione dell'organizzazione delle didattica prevista dalle strutture didattiche dell'Università;
    - b) l'Università e l'azienda valutano, di concerto, le attività didattiche che possono essere svolte dal personale del Servizio sanitario regionale;

- c) il suddetto personale viene messo a disposizione dall'azienda ospedaliero – universitaria salvaguardando le esigenze relative all'esercizio delle funzioni assistenziali.

#### Articolo 5 (Identificazione, definizione e dimensionamento delle strutture assistenziali complesse)

1. Le attività e le strutture assistenziali complesse, funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei Corsi di studio della Facoltà di Medicina e Chirurgia, sono individuate sulla base di soglie operative, consistenti nei livelli minimi di attività definiti sia secondo criteri di essenzialità, efficacia assistenziale ed economicità nell'impiego delle risorse professionali, sia di funzionalità e di coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca.
2. Per le attività assistenziali tali livelli minimi di attività sono rappresentati da un adeguato numero di casi trattati o da adeguati volumi di attività richiesti dalla programmazione regionale per garantire la qualificazione della struttura. Nelle schede allegate al presente protocollo sono riportati valori indicativi delle soglie operative per le attività di ricovero ospedaliero, da assumere per l'elaborazione dell'atto aziendale. Per le esigenze della didattica e della ricerca, inscindibili da quelle assistenziali, ulteriori parametri essenziali per l'istituzione delle strutture complesse sono altresì il numero di professori e ricercatori universitari assegnati alla struttura, il numero medio di allievi che ad essa ordinariamente afferiscono nonché l'esistenza di coordinamenti e partecipazioni a progetti finanziati da organismi nazionali o internazionali, la disponibilità di laboratori sperimentali e la ricerca svolta nei settori scientifico - disciplinari valutata con parametri oggettivi.
3. Tenuto conto dei valori indicativi delle soglie operative di cui al comma 2, dei dati di attività relativi al triennio precedente e di una stima sulla loro evoluzione, il numero delle strutture complesse viene individuato nell'atto aziendale sulla base delle indicazioni della programmazione di livello regionale e di area vasta e avuto riguardo alla complessità delle prestazioni e dell'impegno assistenziale ed alle esigenze della didattica e della ricerca.  
L'istituzione di una struttura assistenziale complessa, funzionale alle esigenze della didattica e della ricerca delle Facoltà di Medicina, è correlata alla valutazione di parametri scientifici, didattici e clinico - assistenziali, il cui peso relativo può variare a seconda del settore scientifico - disciplinare considerato, fermo restando il fatto che, per tali tipologie di strutture costituisce elemento irrinunciabile, la presenza di adeguati parametri didattici e scientifici di cui al comma 2.
4. Programmi di sviluppo dell'attività assistenziale o della didattica e della ricerca, definiti in sede di programmazione concordata fra l'azienda e l'Università, possono motivare l'aumento nel numero previsto di strutture complesse ovvero la costituzione di nuove strutture, comunque entro limiti massimi di incremento stabiliti nell'atto aziendale. Situazioni di operatività ridotta, discontinua o limitata nel triennio considerato possono altresì determinare, previa opportuna valutazione, la programmazione concordata della riduzione del numero delle strutture complesse individuate o la modifica delle medesime.
5. Ai sensi dell'articolo 52, comma 8, della l.r. 22/2000, le aziende ospedaliero - universitarie possono costituire, in via sperimentale, strutture assistenziali di

particolare interesse per la ricerca. Dette strutture possono essere confermate, in via definitiva, al termine della fase sperimentale.

#### Articolo 6 (Atto aziendale)

1. L'atto aziendale viene adottato dal direttore generale d'intesa con il Rettore dell'Università, previo parere della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 46, comma 6, della l.r. 22/2000; a tal fine il direttore generale, acquisita l'intesa trasmette l'atto alla Giunta regionale. Esso è l'atto di diritto privato necessario per l'esercizio delle attività delle aziende ospedaliero - universitarie e trova fondamento nel presente protocollo d'intesa, diventandone piena attuazione.
2. L'atto aziendale individua:
  - a) i dipartimenti dell'azienda ospedaliero – universitaria, attraverso l'indicazione dei DAI e dei DA, l'elencazione delle strutture che li compongono, l'indicazione di quelle a responsabilità universitaria;
  - b) i professori e ricercatori universitari nonché le figure equiparate di cui all'articolo 16 della legge 19 novembre 1990, n. 341 (Riforma degli ordinamenti didattici universitari), in caso di conferimento di compiti didattici, che svolgono attività assistenziale presso l'azienda ospedaliero – universitaria. I predetti sono individuati, in conformità ai criteri stabiliti dal presente protocollo, dal direttore generale d'intesa con il rettore e sono riportati in apposito elenco ove è indicata la loro afferenza al dipartimento aziendale, assicurando la coerenza fra il settore scientifico - disciplinare di inquadramento e la specializzazione disciplinare posseduta con l'attività del dipartimento, e la modalità di aggiornamento del predetto elenco;
  - c) l'impegno orario minimo di presenza nelle strutture aziendali del personale di cui alla lettera b);
  - d) i rapporti fra dipartimenti aziendali, assicurando nel funzionamento dei DAI e dei DA, piena compatibilità tra attività assistenziali e attività didattiche e scientifiche;
  - e) l'articolazione organizzativa aziendale attraverso l'individuazione delle strutture, complesse e semplici, di riferimento e, fra queste, quelle a direzione universitaria e a direzione del Servizio sanitario nazionale, fermo restando che entrambe possono avere al loro interno l'apporto di personale universitario e di personale del Servizio sanitario nazionale;
  - f) le procedure per l'istituzione, la modifica, la soppressione e le modalità di organizzazione interna dei dipartimenti aziendali e delle strutture assistenziali, semplici e complesse, che li compongono, assicurando, per quanto concerne le attività didattiche e scientifiche, l'intesa fra il rettore e il direttore generale;
  - g) le modalità per l'istituzione, d'intesa fra il Rettore ed il direttore generale, del collegio tecnico per la valutazione e la verifica delle attività svolte dai professori e ricercatori universitari, di cui all'articolo 5, comma 13, del d.lgs. 517/1999;
  - h) la procedura di attribuzione e quella di revoca degli incarichi di direzione dei dipartimenti aziendali, tenendo conto delle esigenze formative e di ricerca oltre che di quelle assistenziali;
  - i) la procedura di attribuzione e quella di revoca degli incarichi di direzione delle strutture assistenziali complesse, di quelli di responsabilità delle strutture semplici, delle articolazioni funzionali o dei moduli nonché di quelli di

natura professionale, effettuata dal direttore generale, d'intesa con il Rettore per il personale di cui alla lettera b), su proposta del responsabile della struttura complessa di riferimento, tenendo conto delle esigenze formative e di ricerca oltre che assistenziali;

- j) la procedura di attribuzione e quella di revoca ai professori e ricercatori universitari della responsabilità e della gestione dei programmi di cui all'articolo 5, comma 4, del d.lgs. 517/1999, effettuata dal direttore generale sentito il Rettore;
- k) la procedura di nomina, d'intesa fra il rettore ed il direttore generale, dei garanti per i procedimenti di sospensione, di cui all'articolo 5, comma 14, del d.lgs. 517/1999;
- l) quant'altro riguardi l'adozione degli atti normativi interni di carattere generale. Ai fini della predisposizione dell'elenco di cui alla lettera b), il direttore generale d'intesa con il rettore provvede con atto ricognitivo ad individuare il personale che, all'entrata in vigore del d.lgs. 517/1999, risultava svolgere attività assistenziale presso le strutture aziendali, con rilevazione delle funzioni di direzione di struttura svolte alla predetta data.

3. Nell'atto aziendale viene rilevato lo stato di funzionamento e la situazione finanziaria e contabile iniziale dell'azienda ospedaliero - universitaria; nel medesimo atto viene altresì definita l'entità finanziaria delle risorse patrimoniali, in beni mobili ed immobili, attrezzature, arredi, dotazioni finanziarie, e delle unità di personale medico e non medico, per la quota parte delle attività di rilevanza assistenziale, conferite alle aziende ospedaliero - universitarie dall'Università, dalla Regione e da altri soggetti. Con l'atto aziendale sono, in particolare:

- a) concessi a titolo gratuito all'azienda ospedaliero - universitaria di riferimento fino a quando rimangono adibiti a tale uso, i beni demaniali o comunque in uso gratuito e perpetuo all'Università, nonché quei beni immobili di proprietà dell'Università, già destinati in modo prevalente alle attività assistenziali. Possono essere altresì concessi a titolo gratuito all'azienda ospedaliero - universitaria i beni mobili di proprietà dell'Università, sempreché destinati in modo prevalente alle attività assistenziali. Le aziende individuano nei propri bilanci i finanziamenti necessari per curarne la manutenzione ordinaria e straordinaria, così come per la sostituzione di attrezzature e l'adeguamento di immobili a nuove finalità;
- b) individuati gli immobili locati per i quali l'azienda succede all'Università nei rapporti di locazione.

4. L'atto aziendale disciplina, nell'ambito di appositi indirizzi e intese di livello regionale, le modalità della partecipazione congiunta delle organizzazioni sindacali universitarie ed ospedaliere al tavolo di relazioni sindacali con l'azienda ospedaliero - universitaria, così come la partecipazione nella delegazione di parte pubblica di una rappresentanza dell'amministrazione universitaria. Per le trattative relative all'area negoziale medica la rappresentanza sindacale universitaria sarà comunque costituita da personale medico. Resta ferma l'autonomia negoziale della dirigenza medica del Servizio sanitario regionale per tutta la normativa contrattuale di specifica pertinenza.

5. L'atto aziendale prevede che, per l'adozione dei piani attuativi ospedalieri, degli atti di programmazione locali, interaziendali e di area vasta, dei piani e programmi pluriennali di investimento e del bilancio economico preventivo e d'esercizio, l'azienda acquisisca, tramite il Rettore, il parere dell'Università. Il parere s'intende

espresso in senso favorevole qualora non pervenga entro 30 giorni dalla trasmissione al rettore della proposta.

Articolo 7 (Collaborazione fra Università e Regione per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale connesse alla formazione degli specializzandi nonché alla formazione infermieristica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione)

1. La collaborazione fra Università e Regione per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale connesse alla formazione degli specializzandi e del personale delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, si attua con l'individuazione delle attività e delle strutture assistenziali funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di studio della Facoltà di Medicina e Chirurgia e tiene conto delle funzioni di supporto allo svolgimento di tali corsi da parte delle strutture delle aziende ospedaliero - universitarie, delle aziende Unità sanitarie locali, e di eventuali altre strutture.
2. Per le esigenze di cui al precedente comma sono individuati, entro sei mesi dalla stipula del presente protocollo, con apposito atto d'intesa tra Università e Regione, che costituisce parte integrante del presente protocollo, specifici parametri in termini di strutture, attrezzature, personale e fondi di funzionamento, rapportati al numero di allievi ammessi alla frequenza in ciascuna struttura, definiti tenendo conto della tipologia e dei volumi dell'attività assistenziale necessaria per la formazione degli specializzandi e del personale sanitario. Per le strutture di degenza nelle quali è prevista la frequenza degli specializzandi e degli studenti dei corsi di studio delle professioni sanitarie, i posti letto sono comunque all'interno di quelli indicati nell'articolo 2.
3. Le strutture del Servizio sanitario nazionale alle quali è attribuita la funzione di coordinamento delle attività svolte in collaborazione con l'Università nella formazione degli specializzandi, nei corsi di laurea (e, in via transitoria, nei corsi di diploma universitario) delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, saranno individuate nell'intesa di cui al comma 2, su indicazione della Regione.

Articolo 8 (Compartecipazione della Regione e delle Università ai risultati di gestione delle aziende)

1. Ferme restando le modalità di compartecipazione ai risultati di gestione delle aziende da parte delle Università, stabilite all'articolo 10 del decreto del Presidente del Consiglio 24 maggio 2001 (Linee guida concernenti i protocolli d'intesa da stipulare tra regioni e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa, ai sensi dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59), in caso di risultati negativi la Regione e l'Università interessata concordano appositi piani di rientro poliennali sulla base delle indicazioni dell'organo di indirizzo di cui all'articolo 4 del presente protocollo. Il piano di cui sopra viene sottoposto alla Giunta regionale e al comitato universitario regionale di Coordinamento. I risultati positivi di gestione dell'azienda ospedaliero - universitaria, dedotte le quote destinate al ripiano di eventuali risultati negativi degli anni precedenti determinate in base ai piani di rientro

concordati, sono utilizzati per il finanziamento di programmi di interesse assistenziale finalizzati alla ricerca e allo sviluppo della qualità delle prestazioni. Le quote di compartecipazione di Regione e Università ai risultati di gestione delle aziende ospedaliero - universitarie sono determinate nell'atto aziendale di cui all'articolo 6 del presente protocollo, sulla base di criteri che tengono conto dei risultati di gestione delle strutture aziendali a direzione ospedaliera ed universitaria, rilevabili dalla contabilità aziendale.

#### Articolo 9 (Norme transitorie e finali)

1. Entro 180 giorni dalla sottoscrizione del presente protocollo, il direttore generale dell'azienda ospedaliero – universitaria trasmette alla Giunta regionale per l'esame di competenza l'atto aziendale di cui all'articolo 6. Trascorso tale termine infruttuosamente, il presidente della Giunta regionale adotta, di concerto con il rettore dell'Università interessata, le determinazioni di competenza.

**ALLEGATO AL PROTOCOLLO D'INTESA****Scheda B1 – Soglie operative Area Medica**

<b>FUNZIONI OPERATIVE DI PIANO</b>	<b>SOGLIA operativa</b>
MEDICINA GENERALE	1.000
CARDIOLOGIA, UTIC, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA, CARDIOLOGIA INVASIVA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA	1.000
PSICHIATRIA	300
NEUROLOGIA, NEUROFISIOPATOLOGIA E RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	800
DERMATOLOGIA	800
MALATTIE INFETTIVE	1.000
NEFROLOGIA E NEFROLOGIA DEI TRAPIANTI	600
RADIOTERAPIA	800
PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA, COMPRESO RIABILITAZIONE	800
EMATOLOGIA ED EMATOLOGIA DEI TRAPIANTI	600
ONCOLOGIA MEDICA	1.200
MEDICINA DEL LAVORO	100
ENDOCRINOLOGIA	500
GASTROENTEROLOGIA	600
IMMUNOLOGIA E ALLERGOLOGIA	300
GERIATRIA	1.200
TOSSICOLOGIA	1.500
INTERVENTI MEDICI DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	400
REUMATOLOGIA	800
DIABETOLOGIA	800
UNITA' SPINALE	600
ALTRE FUNZIONI REGIONALI	800

**Scheda B2 – Soglie operative Area CHIRURGICA**

<b>FUNZIONI OPERATIVE DI PIANO</b>	<b>SOGLIA operativa</b>
CHIRURGIA GENERALE	1.200
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA COMPRESA RIABILITAZIONE ORTOPEDICA	1.500
OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA	2.000
OCULISTICA	2.000
UROLOGIA	1.200
CARDIOCHIRURGIA	800
NEUROCHIRURGIA E NEUROTRAUMATOLOGIA	1.000
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	600
CHIRURGIA TORACICA	600
ALTRE FUNZIONI REGIONALI	1.000

**Scheda B3 – Soglie operative Area MATERNO INFANTILE**

<b>FUNZIONI OPERATIVE DI PIANO</b>	<b>SOGLIA operativa</b>
<b>OSTETRICIA GINECOLOGIA</b>	<b>2.000</b>
<b>PEDIATRIA</b>	<b>1.200</b>
<b>NEUROPSICHIATRIA INFANTILE</b>	<b>800</b>
<b>CHIRURGIA PEDIATRICA</b>	<b>800</b>
<b>TERAPIA INTENSIVA NEONATALE</b>	<b>600</b>
<b>ALTRE FUNZIONI REGIONALI</b>	<b>600</b>

**Scheda B4 – Soglie operative Area TERAPIE INTENSIVE**

<b>FUNZIONI OPERATIVE DI PIANO</b>	<b>SOGLIA operativa</b>
<b>ANESTESIA, RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA POLIFUNZIONALE</b>	<b>400</b>
<b>UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA CORONARICA</b>	<b>400</b>
<b>GRANDI USTIONI</b>	<b>100</b>
<b>ALTRE FUNZIONI REGIONALI</b>	<b>300</b>

## Allegato 7

### PROTOCOLLO D'INTESA IN TEMA DI SALUTE TRA LA REGIONE TOSCANA E LA SCUOLA SUPERIORE *SANT'ANNA DI PISA*

La Regione Toscana, di seguito denominata "Regione",  
e  
La Scuola Superiore Sant'Anna, di 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-interdisciplinare,

#### CONSIDERATO:

- a) che la Regione ha inserito nel proprio Piano sanitario regionale 2002-2004, quali grandi linee programmatiche, il miglioramento della salute e del benessere della popolazione, la soddisfazione e la partecipazione del cittadino e l'efficienza e la sostenibilità del sistema sanitario;
- b) che tra gli obiettivi prioritari di salute del Piano sanitario regionale vi sono: l'approccio etico del servizio sanitario, la qualità dell'ambiente e dell'alimentazione, la sicurezza sulle strade e sul lavoro, la diffusione di una maggiore cultura della prevenzione e della salute e sul lavoro, la diffusione di una maggiore cultura della prevenzione e della salute tra i cittadini, la prevenzione della disabilità e la qualificazione dell'offerta di servizi ad anziani e disabili;
- c) che la Regione ritiene che la ricerca 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 e di formazione di eccellenza presenti nel territorio regionale;
- d) che la Regione identifica nel proprio Piano sanitario regionale quali temi di ricerca prioritari quelli in materia di salute, di organizzazione, di economia e di tecnologia sanitaria, finalizzati a dare impulso a processi di innovazione per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, valutare i modelli assistenziali, l'equità e l'accessibilità dei servizi;
- e) che la Regione ha intenzione di promuovere interventi formativi tendenti a diffondere una cultura organizzativa che oltre ad incentivare l'eccellenza nello specifico settore professionale, contribuisca a diffondere orientamento all'utenza e al servizio, cultura manageriale e organizzativa, cultura relazionale cultura tecnologica;
- f) che la Regione individua quale livello privilegiato del sistema della salute la dimensione interaziendale dell'area vasta e che intende favorire la realizzazione di

- progetti di sperimentazione gestionale i cui risultati possano essere trasferiti anche ad altre aziende del Sistema sanitario regionale;
- g) che la Regione favorisce e incentiva la collaborazione tra soggetti presenti nello stesso territorio e la valorizzazione delle sinergie tra le loro diverse competenze;
  - h) che la Scuola, Istituto di eccellenza di 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, attività di ricerca su tematiche aventi come area di riferimento/applicazione il sistema della salute, partecipando alla gestione e realizzazione di numerosi progetti nazionali (promossi dai Ministeri dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica, della Salute, dell'Ambiente, del Consiglio Nazionale delle Ricerche) ed europei (nei programmi TIDE, ESPRIT, SPRINT, BIOMED);
  - i) 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;
  - j) che la Scuola è un centro di ricerca e formazione che ha tra i propri obiettivi prioritari quello di fornire supporto e sostegno al territorio, anche progettando e gestendo iniziative di sperimentazione gestionale con soggetti pubblici e privati e di trasferimento tecnologico che prevedano concrete ricadute per il territorio;
  - k) che la Scuola è da anni partner dell'INAIL nella ricerca in Bioingegneria della Riabilitazione, e che tale collaborazione ha portato, tra l'altro, alla creazione del Centro INAIL RTR (Centro di Ricerca Applicata in Bioingegneria della Riabilitazione), che svolge attività di ricerca in cinque settori chiave della riabilitazione, quali il Recupero Funzionale, la Sostituzione Funzionale, gli Ausili Tecnologici, la Valutazione Funzionale e la Formazione, collaborando con il Centro INAIL di Riabilitazione Motoria di Volterra ed il Centro Protesi INAIL di Vigoroso di Budrio;
  - l) che la Scuola può vantare una forte collaborazione scientifica con due importanti Centri di Eccellenza di livello internazionale nel settore delle scienze della vita e della salute: l'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa e il Dipartimento di Oncologia, Trapianti, Nuove Tecnologie in Medicina, Sezione di Chirurgia Generale e trapianti, dell'Università degli Studi di Pisa;
  - m) che la Scuola ha attivato da anni numerose iniziative di alta formazione post-laurea, molte delle quali in collaborazione con la Regione, in tema di Economia e Management della Sanità, Management dell'Innovazione, Gestione e Controllo dell'Ambiente, Valorizzazione e Controllo delle Produzioni Agroalimentari di Qualità, Cardiologia, Cardiochirurgia e Anestesiologia, Nuove Tecnologie in Chirurgia, Tecnologie per la Chirurgia Mininvasiva e Laparoscopica, Tecnologia della Riabilitazione, Diritti dell'Uomo, Organizzazione e Gestione delle Organizzazioni del terzo Settore, Bioetica, Danno alla Salute;
  - n) che la Regione e la Scuola, ritenendo che a fronte di una elevata dinamicità del settore della ricerca, dei mercati industriali e del contesto sociale, risulti quanto mai necessario approntare una più efficace organizzazione e un migliore coordinamento delle attività di ricerca e di formazione multi-interdisciplinare nell'area della Salute, capace di consentire il conseguimento e il mantenimento di alti livelli di competitività nella ricerca, nella formazione e nel trasferimento industriale dei risultati della ricerca, intendono ampliare all'intero Sistema della Salute la convenzione quadro stipulata in data 22 marzo 2000 di durata triennale per la "organizzazione/realizzazione di studi, dibattiti e attività di formazione sulle problematiche relative al Settore Sanitario";

*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. La Regione e la Scuola individuano nell'area vasta della Toscana occidentale il territorio all'interno del quale promuovere attività di ricerca e di formazione e progetti di sperimentazione gestionale in materia di salute.
3. La Regione e la Scuola individuano quali aree di approfondimento da sviluppare in via prioritaria per la promozione del Sistema della Salute in Toscana, adottando una prospettiva di natura interdisciplinare e definendo specifici progetti di ricerca, di sperimentazione gestionale e di formazione, le seguenti:
  - area Salute ed Economia e Management,
  - area Salute e Tecnologia,
  - area Salute e Diritto e Bioetica,
  - area Salute e Agraria,
  - area Salute e Medicina.
4. La Regione e la Scuola si impegnano a definire, sulle aree tematiche ricordate nel presente documento, programmi di formazione che consentano il trasferimento dei risultati delle ricerche e delle sperimentazioni svolte e che favoriscano l'affermazione di una cultura organizzativa che, oltre ad incentivare l'eccellenza nello specifico settore professionale, contribuisca a diffondere orientamento all'utenza e al servizio, cultura manageriale e organizzativa, cultura relazionale e cultura tecnologica.
5. La Regione e la Scuola favoriscono il consolidamento e la valorizzazione dei Centri di Eccellenza presenti nell'area vasta della Toscana Occidentale nel campo della Salute, tra cui quelli richiamati alla lettera l) della premessa del presente Protocollo, e ove necessario, promuovono la nascita di nuovi Centri di Eccellenza capaci di aggregare e coordinare competenze multidisciplinari, che consentano di disegnare e realizzare progetti di sperimentazione gestionale e di favorire il trasferimento delle esperienze acquisite ad altre realtà.
6. La Scuola si impegna ad operare con una logica di network, coinvolgendo tutti i soggetti del territorio che abbiano competenze utili ai diversi progetti o che possano ospitare l'attività di sperimentazione.
7. La Scuola si impegna a presentare, entro un mese dalla firma del presente Protocollo, un piano organico e articolato di progetti esecutivi da realizzare o avviare entro il primo anno di validità del Protocollo, in attuazione delle priorità del Piano sanitario regionale, prevedendo la definizione di eventuali iniziative di sperimentazione nell'area vasta della Toscana occidentale, capaci di condurre trasferimento dei risultati e delle esperienze acquisite ad altre realtà della Regione.
8. La Scuola, entro il mese di ottobre di ogni anno di validità del presente Protocollo, si impegna a presentare un piano organico e articolato di progetti esecutivi da realizzare o avviare nell'anno seguente, in attuazione di linee di approfondimento e sviluppo identificate e concordate con la Regione.
9. La Regione si impegna a valutare attentamente le proposte presentatele dalla Scuola con la cadenza individuata ai punti 7) e 8), a fornire formale risposta alla Scuola entro un mese dal ricevimento delle proposte e ad identificare tutte le possibili forme di sostegno, anche finanziario, dei progetti nell'ambito delle risorse

disponibili, con riferimento alle attività connesse alla realizzazione del Piano sanitario regionale.

10. La Regione si impegna a facilitare l'attività di ricerca, di sperimentazione e di formazione sensibilizzando le strutture socio-sanitarie dell'area vasta della Toscana occidentale, al fine di favorirne un adeguato coinvolgimento sulla base di reciproci interessi sia in fase di disegno che di realizzazione dei singoli progetti, affinché questi ultimi rispondano a reali esigenze dei diversi operatori.
11. La Regione e la Scuola si impegnano congiuntamente a identificare, in itinere e al termine delle ricerche e dei progetti di sperimentazione, tutte le modalità attraverso le quali trasferire i risultati e le esperienze acquisite anche alle strutture di altre aree vaste del Sistema sanitario regionale.
12. 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, nazionali o internazionali, ovvero a concorsi, bandi e gare per l'assegnazione di tali progetti.
13. La Regione e 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.
14. 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 della due parti con preavviso di almeno sei mesi.

## Allegato 8

### PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONE TOSCANA E L'ISTITUTO DON GNOCCHI

#### In attuazione

- del Piano sanitario regionale 1996 – 1998, che ha previsto la partecipazione degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e degli enti di ricerca alle attività assistenziali del Servizio sanitario regionale;
- dell'articolo 18 della l.r. 22/2000, che prevede che i rapporti della Regione con i soggetti in questione siano instaurati tramite lo strumento del protocollo d'intesa adottato nell'ambito del Piano sanitario regionale e che i rapporti tra questi ultimi e il Servizio sanitario regionale per le attività assistenziali siano definiti da successivi accordi attuativi per le attività assistenziali instaurati con le competenti aziende sanitarie regionali sulla base degli indirizzi del protocollo d'intesa con la Regione;
- del presente Piano sanitario regionale che al paragrafo 3.7.2.2 individua tra i soggetti che operano nel sistema sanitario regionale l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Don Gnocchi", nella propria sede di Pozzolatico denominata "S. Maria agli Ulivi", e secondo le modalità e gli spazi assistenziali ivi indicati;

tra la Regione Toscana e la Fondazione "Don Gnocchi", si concorda:

- a) le attività assistenziali di riabilitazione ospedaliera per le quali la Fondazione "Don Gnocchi" sede di Pozzolatico ha ottenuto il riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico –IRCCS– sono collocate nel Centro "S. Maria agli Ulivi" e riguardano i settori riabilitativi della fisiopatologia respiratoria, della fisiopatologia del movimento, della fisioterapia e della riabilitazione cardiorespiratoria;
- b) le ulteriori attività riabilitative svolte presso il Centro Santa Maria agli Ulivi si collocano tra gli interventi di riabilitazione intensiva extraospedaliera, remunerati ad MDC, e riguardano la riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisica;
- c) in relazione alla lettera a), subordinatamente all'ottenimento dell'autorizzazione sanitaria da parte della Fondazione Don Gnocchi per la sede di Pozzolatico, tra l'azienda unità sanitaria locale 10 e la Fondazione medesima viene stipulato apposito accordo attuativo che disciplina:
  1. gli apporti del Centro Santa Maria agli Ulivi nel settore assistenziale della riabilitazione ospedaliera;
  2. gli apporti di collaborazione tra il Centro Santa Maria degli Ulivi e l'azienda unità sanitaria locale 10 utili allo sviluppo delle comuni finalità di sviluppo della qualità dell'assistenza sanitaria e della ricerca applicata nel settore specifico;
  3. i rapporti economici intercorrenti per le attività di ricovero ordinario e diurno. Le attività svolte a favore dei soggetti residenti sul territorio regionale, sono remunerate secondo le modalità e gli importi del regime tariffario per le attività di ricovero ospedaliero, determinate dalla Regione, ed entro i volumi finanziari determinati in coerenza con i tetti massimi di attività indicati alla lettera e);

d) per le attività di cui alla lettera b), ed entro i limiti determinati a seguito della nuova organizzazione conseguente all'autorizzazione di cui alla lettera c), l'accordo attuativo con l'azienda unità sanitaria locale 10 di Firenze definisce:

1. l'utilizzazione a regime ai fini assistenziali della struttura;
2. i tempi e le modalità per il suo utilizzo nella fase transitoria;
3. i rapporti economici sono comunque regolati, per i soggetti residenti sul territorio regionale, sulla base del regime tariffario determinato dalla Regione, ed entro i volumi finanziari determinati in coerenza con i tetti massimi di attività indicati alla lettera e);

e) per il triennio di validità del presente Piano sanitario regionale, i volumi massimi di prestazioni erogabili nei confronti dei cittadini residenti in Toscana, rapportati ad anno, sono così determinati:

1. attività di riabilitazione ospedaliera:

- n. 40 posti letto, per un numero massimo di 700 ricoveri complessivi in regime di degenza ordinaria e un numero massimo complessivo di 13.000 giornate di degenza;
- n. 6 posti letto diurni, per un numero massimo di 2.300 accessi in regime di degenza diurna;

2. attività di riabilitazione extraospedaliera:

- n. 94 posti residenziali, per un numero massimo complessivo di 30.000 giornate di presenza;
- n. 10 posti semiresidenziali, per un numero massimo di 2.500 accessi semiresidenziali;

3. per il primo anno di validità del presente protocollo d'intesa il numero complessivo dei ricoveri e delle giornate di degenza, sia nel regime ospedaliero che in quello extraospedaliero, viene rapportato in funzione della data di effettiva stipula della convenzione con l'azienda unità sanitaria locale 10; dopo l'autorizzazione sanitaria di cui alla lettera c) e fino alla sottoscrizione della predetta convenzione, l'attività svolta dalla struttura continua ad essere remunerata in base al regime tariffario relativo alle prestazioni di riabilitazione intensiva extraospedaliera.

f) l'attività da svolgere in forma ambulatoriale viene rideterminata nell'accordo con l'azienda unità sanitaria 10 sulla base dell'effettiva potenzialità delle strutture.

## PIANO SANITARIO REGIONALE 2002-2004

Allegato B deliberazione Consiglio regionale n. 60 del 9 aprile 2002.

### INDICE

<u>1. IL QUADRO DI RIFERIMENTO ISTITUZIONALE E NORMATIVO</u> .....	1
<u>2. LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E IL COORDINAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE DI SETTORE</u> .....	1
<u>3. I CARATTERI DEL PIANO INTEGRATO SOCIALE REGIONALE 2002 - 2004</u> .....	2
<u>4. L'ATTUAZIONE DEL PIANO INTEGRATO SOCIALE REGIONALE TRANSITORIO PER IL 2001</u> .....	3
<u>5. IL PROCESSO DI PARTECIPAZIONE ALLA PROGRAMMAZIONE</u> .....	3
<u>6. LE FUNZIONI DEGLI ENTI</u> .....	4
<u>7. IL FINANZIAMENTO DEL FONDO SOCIALE IN AMBITO LOCALE</u> .....	5
<u>8. GLI OBIETTIVI DEL PIANO INTEGRATO SOCIALE REGIONALE TRIENNALE 2002 – 2004</u> .....	6
<u>8.1 GLI OBIETTIVI STRATEGICI</u> .....	6
<u>8.2 L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA</u> .....	7
<u>9. GLI OBIETTIVI DI PIANO INTEGRATO SOCIALE REGIONALE (GLI ELEMENTI DEL NUOVO SISTEMA)</u> .....	10
<u>9.1 IL SISTEMA DEI DIRITTI DI CITTADINANZA</u> .....	10
<u>9.2 L'INDICAZIONE DI LIVELLI ESSENZIALI</u> .....	10
<u>9.3 MUTUALITÀ INTEGRATIVA</u> .....	11
<u>9.4 I RAPPORTI TRA ENTI PUBBLICI, ORGANIZZAZIONI DEL VOLONTARIATO E DEL NO-PROFIT E IMPRENDITORIA PRIVATA</u> .....	11
<u>10. IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE</u> .....	12
<u>10.1 IL PIANO DI ZONA</u> .....	12
<u>10.2 IL PIANO DEGLI INVESTIMENTI</u> .....	13
<u>11. LA CARTA DI CITTADINANZA</u> .....	14
<u>12. PROFILI PROFESSIONALI</u> .....	15
<u>13. AZIONI REGIONALI PER L'ORIENTAMENTO DEL SISTEMA E IL PERSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DELLA RIFORMA</u> .....	16
<u>14. L'OSSERVATORIO SOCIALE REGIONALE</u> .....	16
<u>14.1 IL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE REGIONALE (SISR)</u> .....	16
<u>14.2 IL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE REGIONALE</u> .....	17
<u>14.3 I PRODOTTI DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE REGIONALE E LE AZIONI DI MONITORAGGIO E DI VALUTAZIONE</u> .....	18
<u>15. ACCORDO CON LE UNIVERSITA' TOSCANE</u> .....	18

## **1. IL QUADRO DI RIFERIMENTO ISTITUZIONALE E NORMATIVO**

L'entrata in vigore della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione), ha definito un nuovo quadro di riferimento politico, istituzionale e tecnico-giuridico nel quale operare per definire il nuovo Piano Integrato Sociale Regionale triennale e per proporre le modifiche della legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72 (Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati).

Il settore dei "servizi sociali", così come individuato e definito dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59), e più generalmente quello dei servizi alla persona risultano tra le materie riservate alla legislazione esclusiva della Regione, essendo riservata allo Stato la sola "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (articolo 117, lettera "m" della Costituzione). Per "servizi sociali" si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

Su queste basi è in elaborazione una proposta di modifica della l.r. 72/1997, per varare un riordino complessivo della legislazione in materia, con la approvazione di un Testo Unico per le politiche sociali; tale testo intenderà riconfermare i principi ispiratori e l'impianto complessivo della l. r. 72/1997 e valorizzare i contenuti e le novità presenti nella legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) in armonia con il nuovo quadro delle responsabilità istituzionali.

Proprio per sostenere l'impianto strategico della l. 328/2000 dovrà essere affrontata la necessità di un nuovo "sistema regionale" per le politiche sociali, fondato sulle competenze della Regione in ambito nazionale ed europeo, sulla ridefinizione di nuovi rapporti tra i livelli istituzionali basati sul pieno riconoscimento del principio di sussidiarietà, del principio di concertazione e del principio di integrazione.

Nella nuova legge sarà riaffermato il diritto dei soggetti alle prestazioni, il pieno e inderogabile rispetto per la libertà e la dignità della persona, la garanzia di qualità della vita, di pari opportunità, di non discriminazione, i diritti di cittadinanza.

Sarà inoltre riaffermato l'orientamento a realizzare un sistema "a rete" dove la protezione sociale sia garantita dal ruolo e dalla partecipazione di tutti i soggetti pubblici e privati, dalle reti informali e familiari, dalle organizzazioni del terzo settore, secondo il principio di una welfare community, che ricostruisce e rafforza i meccanismi di solidarietà, relazionalità, socialità, in un progetto complessivo di azioni per i soggetti svantaggiati.

## **2. LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E IL COORDINAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE DI SETTORE**

Il Piano Integrato Sociale Regionale è il Piano regionale di attuazione (articolo 10 della legge regionale 11 agosto 1999, n. 49 (Norme in materia di programmazione regionale) della strategia sociale come delineata all'interno del Piano sanitario regionale e del DPEF e si raccorda alle scelte di sviluppo delle comunità locali tramite la programmazione realizzata dai comuni con i piani di zona.

Il Piano Integrato Sociale Regionale individua come centrale il principio della integrazione delle politiche socio assistenziali con quelle di ambito sanitario, ma anche con

l'insieme delle politiche che incidono sulla qualità della vita dei cittadini (abitazione, formazione, lavoro), è quindi integrato con altri strumenti della programmazione regionale con i quali condivide strategie comuni.

Il PISR attiva un processo volto alla valutazione dello stato di integrazione delle politiche sociali, con particolare riferimento al grado di interazione raggiunta con i piani di settore della casa, della formazione, del lavoro, dell'educazione e dell'istruzione.

Nella logica della integrazione delle politiche il Piano Integrato Sociale Regionale indica le modalità della integrazione nella programmazione zonale, fissa i principi tesi ad accrescere la qualità degli interventi e l'ottimizzazione delle risorse per l'integrazione dei servizi nella gestione delle attività in ambito locale, impegna gli Enti locali ad assumere nella loro azione detti principi fondamentali.

Il Piano Integrato Sociale Regionale definisce gli strumenti per la cooperazione intersettoriale e interistituzionale, attribuendo al settore sociale il compito di dare impulso al processo e di coordinare e monitorare le azioni.

Tali atti sono già oggi coordinati e allineati nella valenza temporale 2002 – 2004 (Piano sanitario regionale - Piano regionale di indirizzo delle attività educative – legge regionale 14 aprile 1999, n. 22 (Interventi educativi per l'infanzia e gli adolescenti)), in essi possono essere individuate sezioni e capitoli comuni, integrabili e modificabili con i diversi strumenti programmatori.

Analogo coordinamento e riallineamento andrà promosso anche in sede di programmazione decentrata, per gli atti di competenza degli Enti locali (il Piano sociale di zona, il Piano attuativo locale, il Piano zonale per gli Interventi educativi, il Programma integrato delle attività formative, ecc.).

Il Piano Integrato Sociale Regionale individuerà le modalità e le forme della integrazione socio sanitaria per le prestazioni e i servizi socio assistenziali, nell'ambito delle "Società della salute", secondo le sperimentazioni attivate ai sensi del Piano sanitario regionale 2002-2004.

Il raccordo tra il PISR e il PSR punta a stabilire l'importanza di processi metodologici e procedurali in ordine:

- a) al sistema di accesso alle prestazioni basato sulla continuità del percorso assistenziale, nel quale si avvia e si sviluppa il piano individualizzato di intervento;
- b) alla sostenibilità del sistema integrato, che trova determinazione nell'ambito della concertazione e negli accordi di programma, quali strumenti per l'assunzione di responsabilità e di impegno da parte della sanità e del sociale.

La Regione, con il nuovo quadro costituzionale, per le materie di propria competenza legislativa (esclusiva o concorrente) partecipa inoltre anche alla formazione degli atti normativi comunitari ed ha competenza per dare attuazione ed esecuzione (Leggi e Regolamenti) alle decisioni dell'Unione Europea.

### **3. I CARATTERI DEL PIANO INTEGRATO SOCIALE REGIONALE 2002 - 2004**

Le presenti Linee guida tracciano i caratteri essenziali, gli orientamenti strategici, individuano gli strumenti operativi che saranno descritti e analizzati nel Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004.

Il Piano Integrato Sociale Regionale avrà carattere triennale, così come previsto dagli articolo 9 e 10 della l. r. 72/1997.

Il Piano Integrato Sociale Regionale è aggiornato e modificato annualmente in conformità alle previsioni del DPEF e alle novità legislative regionali.

Il primo aggiornamento del Piano Integrato Sociale Regionale per l'anno 2003 potrà recepire le innovazioni contenute nella nuova legge regionale che modificherà (o sostituirà) la l. r. 72/1997.

La Giunta è impegnata a presentare l'aggiornamento del Piano Integrato Sociale Regionale per il 2003 entro il corrente anno.

#### **4. L'ATTUAZIONE DEL PIANO INTEGRATO SOCIALE REGIONALE TRANSITORIO PER IL 2001**

Il Piano Integrato Sociale Regionale sarà accompagnato da una relazione sociale di analisi e valutazione sulla attuazione del Piano transitorio per il 2001, sia relativamente al monitoraggio delle azioni, progetti e programmi operativi approvati con la programmazione locale per il 2001, sia relativamente allo studio dei contenuti, della coerenza e della qualità complessiva dei Piani di zona approvati.

L'analisi dei mezzi impiegati e dei risultati conseguiti nella attuazione del Piano Integrato Sociale Regionale 2001 completerà l'analisi della situazione attuale, con l'indicazione dei principali elementi che si possono trarre dalle esperienze di programmazione in corso e che possono essere di utilità per l'impostazione della strategia e delle modalità di attuazione del nuovo Piano Integrato Sociale Regionale.

Vi sarà una concisa descrizione dei mezzi impiegati e degli interventi realizzati col Piano Integrato Sociale Regionale transitorio, le principali conclusioni sulla pertinenza della strategia finora perseguita e sulle necessità di eventuali modifiche, sull'efficacia degli strumenti di attuazione esistenti e sui fattori che incidono nell'attuazione e nell'efficacia.

#### **5. IL PROCESSO DI PARTECIPAZIONE ALLA PROGRAMMAZIONE**

La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli Enti locali, alle regioni ed allo Stato, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti locali.

Il Piano Integrato Sociale Regionale è adottato dalla Regione.

L'adozione avviene previa attivazione delle forme di concertazione necessarie con i comuni, gli altri Enti locali, le parti sociali, promuovendo in particolare l'integrazione socio-sanitaria in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario regionale, nonché l'integrazione e il coordinamento con le politiche educative, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, abitative.

I comuni e gli altri Enti locali, realizzano la programmazione locale tramite i Piani di zona.

Nel Piano Integrato Sociale Regionale sono indicate le modalità ed i limiti con cui le IPAB, che operano in campo socio assistenziale e socio sanitario, partecipano alla programmazione regionale del sistema integrato di interventi e servizi, in quanto soggetti attivi della rete di servizi e risorsa della comunità locale.

La Regione promuove inoltre, di concerto con gli Enti locali, la partecipazione in ambito locale di soggetti rappresentativi delle realtà sociali del territorio, alla valorizzazione degli apporti di conoscenza dei bisogni del territorio necessari per la programmazione, alla attuazione degli interventi, alla verifica dei risultati, attivando anche forme stabili (Tavoli) di consultazione e concertazione tra i soggetti.

Infatti, pur riconoscendo al rapporto Regione - Enti locali la primaria responsabilità della programmazione, un ruolo sostanziale è riconosciuto al terzo settore nella progettazione e nella gestione dei servizi programmati.

In questo contesto risulta chiara la distinzione tra i diversi livelli di programmazione, quella istituzionale, cui spetta la titolarità della programmazione di governo, e quella partecipata, alla quale sono chiamate le IPAB, i soggetti del terzo settore e del privato sociale, per la costruzione del sistema a rete dei servizi e degli interventi integrati.

Il riferimento regolamentare che disciplina l'apporto del terzo settore a questo processo è assegnato agli indirizzi del Piano integrato sociale 2002-2004 da sottoporre al procedimento di concertazione sui principi generali ispiratori della qualità dei servizi.

## 6. LE FUNZIONI DEGLI ENTI

La Regione conferma il criterio di determinazione degli ambiti territoriali, coincidenti con le zone sanitarie e, ai sensi del Piano sanitario regionale 2002-2004, con i distretti, prevedendo incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali. Per attività a valenza multizonale la Regione individua l'ambito territoriale più appropriato per la loro efficace attuazione.

La Regione definisce nel Piano Integrato Sociale Regionale, i criteri per l'autorizzazione e la vigilanza delle strutture e dei servizi e i requisiti di qualità per la gestione degli stessi, per la definizione delle tariffe da corrispondere ai gestori, i criteri per la concessione dei titoli, quelli per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni.

Le province concorrono alla programmazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali, realizzando le competenze indicate dalla l.r. 72/1997 e quelle di cui alla l.142/1990, e al d.lgs. 112/1998.

In particolare:

- a) partecipazione alla definizione e all'attuazione dei Piani di zona;
- b) raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse, attuazione del sistema informativo dei servizi sociali, analisi dell'offerta assistenziale, (nell'ambito provinciale dell'Osservatorio sociale regionale);
- c) promozione ed attuazione, d'intesa con i comuni, di progetti e interventi in materia di orientamento, preformazione e formazione (professionale di base e aggiornamento);
- d) inserimenti lavorativi rivolti a soggetti in condizione di disagio sociale;
- e) progetti integrati nel settore sociale per problematiche riferite ad area vasta;
- f) promozione e coordinamento operativo dei soggetti (anche tramite la tenuta di Albi e Registri provinciali) che operano nel settore, con particolare riguardo a: cooperazione sociale, organizzazione di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale.

La provincia, per gli interventi di propria competenza, partecipa alle sedute dell'Articolazione zonale della Conferenza di zona, al fine dell'adozione del Piano zonale di assistenza sociale.

Le funzioni amministrative per la gestione del sistema di interventi e prestazioni socio assistenziali sono dalla legge attribuite ai comuni.

I comuni indicano le priorità e i settori di innovazione, organizzano il sistema di erogazione dei servizi, provvedono alle autorizzazioni e alla vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, definiscono i parametri di valutazione ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi.

I comuni associati, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono a definire il Piano di zona, che individua obiettivi strategici, priorità di intervento, modalità

organizzative, risorse, forme di integrazione e coordinamento, modalità per la collaborazione con i soggetti che intervengono nei settori della solidarietà sociale.

Alla comunità montana possono essere delegate le funzioni amministrative in materia di assistenza sociale, quando esistono le condizioni previste dalla legge regionale.

In tal caso alla comunità montana spetta anche l'approvazione del Piano zonale di assistenza sociale.

Ai comuni vengono trasferite le risorse del fondo sociale (regionale e nazionale) per compartecipare il raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza individuati.

Vengono inoltre individuate, tramite la programmazione promossa dai comuni associati in ambito zonale, le sperimentazioni da attivare per il perseguimento di obiettivi strategici individuati dal Piano Integrato Sociale Regionale, nonché le modalità di partecipazione e di cofinanziamento per interventi aventi carattere di innovazione e di sperimentazione.

Il Piano di zona è triennale, ed è adottato attraverso accordo di programma sottoscritto da tutti i comuni della zona socio sanitaria, eventualmente dalla comunità montana, dalle province interessate, dalla azienda unità sanitaria locale.

Il Piano di zona favorisce la formazione di sistemi locali e responsabilizza i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi, qualifica la spesa, definisce i criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri firmatari dell'accordo.

L'accordo di programma può essere integrato da un patto territoriale, ai sensi dell'articolo 27, comma 2 della l. r. 72/1997, cui partecipano i soggetti pubblici nonché i soggetti privati no-profit che attraverso specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

## **7. IL FINANZIAMENTO DEL FONDO SOCIALE IN AMBITO LOCALE**

Ai sensi del Piano Integrato Sociale Regionale le spese da sostenere per l'attuazione del sistema integrato di prestazioni e interventi socio sanitari e socio assistenziali, da parte dei comuni, degli altri Enti locali e della Regione, sono a carico:

- del fondo sociale regionale, costituito dalle risorse regionali nonché dalle risorse assegnate dal fondo nazionale per le politiche sociali, (tale modalità di determinazione del fondo sociale comporta che il trasferimento della quota così detta "a parametro" sia significativamente superiore a quello ripartito con il Piano Integrato Sociale Regionale 2001);
- dalle risorse derivate dai fondi europei;
- dagli autonomi stanziamenti a carico dei bilanci degli Enti locali, questo elemento costituirà anche un parametro per la ripartizione del fondo sociale;
- dalla compartecipazione alle spese dei servizi da parte degli utenti secondo le determinazioni dello stesso Piano Integrato Sociale Regionale e dei regolamenti comunali.

Una quota del fondo sociale regionale è riservata ad investimenti e progetti integrati socio sanitari, realizzati con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere le priorità indicate per interventi di settore secondo gli indirizzi del Piano Integrato Sociale Regionale.

La relazione sociale di accompagnamento ai Piani di zona dovrà contenere elementi di conoscenza e di valutazione della spesa sostenuta per il sistema integrato di interventi e servizi sociali, anche al fine di contribuire alla predisposizione della relazione annuale che la Regione deve presentare al Ministro del Welfare e al Ministro della Salute, dove sia esposto lo stato di attuazione degli interventi e gli obiettivi conseguiti nelle attività svolte, formulando anche eventuali proposte per interventi innovativi.

Il trasferimento delle risorse a parametro dalla Regione agli Enti locali è privo di vincoli e sarà attribuito sulla base di indicatori demografico–sociali e economico-territoriali, per la finalità di assicurare i livelli essenziali di assistenza. Saranno fatte salve le procedure e i modelli adottati ai sensi delle normative ed indirizzi europei.

Quote del fondo sociale potranno essere attribuite a specifici progetti (innovativi) per il raggiungimento degli obiettivi strategici e prioritari di settore indicati dal Piano Integrato Sociale Regionale, concordati nella concertazione interistituzionale.

Tali programmi riguarderanno l'aggiornamento e la ridefinizione degli interventi individuati come strategici e dei relativi strumenti, il perseguimento di finalità di ambito sovrazonale (sovradistrettuale) e regionale, secondo il principio di sussidiarietà istituzionale e funzionale.

I finanziamenti disposti a sostegno dello sviluppo delle politiche sociali di ambito locale hanno natura di contributo e implicano la compartecipazione dei soggetti destinatari, nelle misure stabilite dai relativi piani attuativi e dai progetti.

Il Piano Integrato Sociale Regionale dispone in merito alla individuazione delle risorse da impiegare per gli interventi relativi alle competenze già delle province per attività ora conferite ai comuni ai sensi della l. 328/2000.

Gli incentivi per la forma associata di gestione tra i comuni (e tra comuni ed aziende unità sanitarie locali) saranno coordinati con la specifica normativa regionale. Il Piano Integrato Sociale Regionale indicherà le azioni e gli interventi straordinari cui potranno partecipare i soli enti che hanno attivato la gestione zonale associata.

## **8. GLI OBIETTIVI DEL PIANO INTEGRATO SOCIALE REGIONALE TRIENNALE 2002 – 2004**

### **8.1 GLI OBIETTIVI STRATEGICI**

Gli obiettivi strategici sono articolati in due livelli: il primo inerente l'efficacia degli interventi sui bisogni dei cittadini, il secondo inerente la qualificazione del sistema di offerta e il suo riequilibrio territoriale.

Per il primo livello sono individuati i seguenti obiettivi:

- 8.1.a sviluppare le azioni di prevenzione verso le condizioni di disabilità, di bisogno individuale e familiare, di esclusione sociale;
- 8.1.b. in attuazione del principio universalistico estendere le azioni del sistema integrato di interventi e servizi socio assistenziali e socio sanitari;
- 8.1.c sostenere l'autonomia personale dei soggetti disabili e non autosufficienti;
- 8.1.d promuovere politiche di contrasto delle povertà e per l'inclusione sociale;
- 8.1.e valorizzare le responsabilità familiari, il sostegno alla natalità e i diritti dei minori, nonché la promozione del benessere e il perseguimento della coesione sociale.

Per il secondo livello sono individuati i seguenti obiettivi:

- (a) qualificare la rete dei servizi al fine di rafforzare il sistema dei diritti di cittadinanza;
- (b) organizzare e riequilibrare l'offerta dei servizi e prestazioni per garantire l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza;
- (c) definire e sperimentare soluzioni solidaristiche per quanto attiene i fondi integrativi di cui all'art 9 del 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 all'articolo 26 della l. 328/2000.

A questo scopo il Piano Integrato Sociale Regionale promuove il conseguimento dei traguardi indicati a livello europeo (Carta di Nizza) tramite:

- l'integrazione delle politiche
- lo sviluppo di interventi di integrazione del sistema,

- l'investimento per rafforzare meccanismi di solidarietà, socialità e relazionalità, anche con il sostegno del terzo settore,
- la promozione della partecipazione dei cittadini alle risorse, ai beni, ai servizi, di sviluppo della informazione e della comunicazione, di mobilitazione degli attori del territorio.

Con riferimento agli obiettivi strategici le azioni individuate dal Piano Integrato Sociale Regionale ne concorrono al conseguimento nei seguenti settori:

- responsabilità familiari (compresi gli interventi sui tempi e gli spazi delle città);
- diritti dei minori;
- interventi per le persone anziane;
- azioni di contrasto della povertà;
- interventi per favorire l'inclusione verso le fasce deboli;
- azioni per le azioni di sostegno per l'handicap (gravi in particolare);
- interventi per gli immigrati;
- interventi per le dipendenze;
- interventi per soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali.

Per ciascun settore nel Piano Integrato Sociale Regionale sono indicati:

- (a) obiettivi prioritari
- (b) risultati attesi
- (c) ruolo degli Enti locali e rapporto tra i diversi soggetti istituzionali
- (d) organizzazione dei servizi
- (e) ruolo della comunità
- (f) rapporti con il volontariato e la rete di promozione sociale
- (g) proposte progettuali di interesse regionale per le aree
  - della prevenzione
  - del sostegno
  - della tutela
- (h) politiche fiscali e tariffarie

## 8.2 L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

L'azione di governo regionale affronta il tema della salute attraverso una strategia programmatica articolata per aree di problemi, riconducibili a determinanti sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate.

Le responsabilità in gioco sono molteplici: quelle regionali, quelle delle aziende sanitarie, quelle dei comuni, quelle degli altri soggetti istituzionali e sociali chiamati a realizzare i Piani integrati di salute.

È grazie al governo di queste responsabilità, alla loro collaborazione, alla loro capacità di realizzare progetti unitari di intervento che si potrà:

- conseguire maggiori risultati di salute,
- migliorare il sistema di offerta,
- ottimizzare l'uso delle risorse.

La determinazione dei livelli di assistenza nella integrazione socio-sanitaria e la individuazione delle prestazioni, con la specificazione delle funzioni e degli oneri finanziari, costituiscono orientamento e guida per la concertazione interistituzionale. La garanzia di attuazione ed accesso per il cittadino è affidata pertanto all'assunzione dei rispettivi impegni da parte dei soggetti della concertazione ed alla responsabilità condivisa per la

realizzazione del percorso assistenziale, basato sulle dinamiche del piano individualizzato, condotto nella unitarietà dell'organizzazione funzionale, di norma nel Distretto.

In tale quadro il Distretto assicura la unitarietà dei servizi e delle prestazioni.

Il criterio della unitarietà del servizio sociale e dei servizi e prestazioni integrate sociali e socio-sanitarie afferma il principio della pari dignità e visibilità nell'organizzazione funzionale di tali settori nella zona/distretto.

Il Piano sanitario regionale rappresenta il primo momento di definizione di questa strategia, nell'ottica di un approccio intersettoriale in cui sono definiti il sistema delle responsabilità e le condizioni per affrontare in modo nuovo i problemi. A questo scopo esso individua condizioni per sperimentare nuove soluzioni alla domanda di integrazione istituzionale e operativa, che il territorio esprime in forme sempre più evidenti.

Nel Piano sanitario regionale sono anche identificati i problemi che richiedono di qualificare l'integrazione sociosanitaria, definendo e valorizzando le attività che nel territorio possono garantirla:

- a) dando forte impulso alla programmazione integrata,
- b) prevedendo la sperimentazione di nuovi modelli di gestione unitaria di tutti gli interventi territoriali,
- c) definendo i livelli di assistenza sociosanitaria e le condizioni per realizzarli in ogni zona.

Il Piano Integrato Sociale Regionale rappresenta l'altro momento di definizione del sistema di welfare toscano, ispirato a un modello che si caratterizza per la sua natura solidaristica e universalistica, nonché per la sua capacità di dare risposte unitarie ai bisogni emergenti dal territorio.

Attraverso lo stretto coordinamento, e la tendenziale unificazione, di questi due atti di programmazione regionale si intende dare un unico riferimento alla programmazione locale, che è a sua volta chiamata a diventare momento programmatorio unitario per i diversi soggetti pubblici e sociali che, a diverso titolo, partecipano alla definizione delle scelte o che sono chiamati a collaborare per realizzarle.

La definizione di un'unica strategia programmatoria regionale va quindi vista come opportunità per cadenzare l'assunzione di decisioni che comunque devono avere radici unitarie e che rappresenteranno nel triennio i criteri di riferimento per l'identificazione di un piano regionale dei servizi alle persone (sanitario, sociale, sociosanitario, socioeducativo). Ad esso daranno continuità strategica le scelte locali, evidenziando come affrontare in modo integrato i fattori sanitari e sociali della salute.

Le risorse sanitarie e sociali dovranno essere progressivamente valutate e considerate a livello locale come un fondo unitario per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza, pur considerando la loro diversa origine.

Le sperimentazioni gestionali della Società della Salute, previste dal Piano sanitario regionale, potranno meglio indicare le soluzioni attuative e organizzative e quali proposte sostenere e validare per l'intero territorio regionale.

In questa ottica complessiva, l'azione programmatoria regionale dedica una attenzione particolare all'integrazione sociosanitaria, consapevole che essa è sempre più determinante per affrontare bisogni complessi che richiedono unitarietà di intervento, progetti personalizzati, continuità assistenziale, valutazione multiprofessionale del bisogno, condivisione degli obiettivi, progettazione integrata delle risposte, valutazione partecipata degli esiti.

Il tutto in un sistema di welfare integrato nelle responsabilità e nelle risorse, in cui la Regione, i comuni, gli altri soggetti istituzionali, i soggetti sociali presenti nel territorio, sapranno implementare nuove soluzioni e rispondere più efficacemente ai bisogni e ai diritti delle persone e delle comunità locali.

In raccordo con le indicazioni per l'integrazione socio sanitaria contenute nel Piano sanitario regionale 2002/2004, il Piano Integrato Sociale Regionale definisce:

- il processo di concertazione tra i soggetti istituzionali coinvolti quale strumento su cui si fonda la condivisione delle scelte strategiche e l'assunzione delle reciproche responsabilità, con la messa in campo delle rispettive risorse.

Il procedimento si concretizza:

- (a) a livello regionale, nella definizione degli accordi da parte del tavolo di concertazione tra Regione e Enti locali sui criteri attuativi del dpcm 14 febbraio 2000 e sulle normative relative all'integrazione socio sanitaria, nell'elaborazione condivisa mediante il gruppo di lavoro per l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali degli indirizzi specifici attuativi, nonché nella funzione consultiva della Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria;
- (b) a livello territoriale, nella definizione partecipata dei Piani integrati di salute di cui al paragrafo 3.1.2. del Piano sanitario regionale, con l'individuazione condivisa delle modalità gestionali e delle rispettive risorse messe a disposizione.

Nelle realtà in cui si sperimenta la Società della Salute i Piani integrati di salute sono strumento di programmazione e di gestione unitaria per gli interventi sanitari e sociali.

Nell'assetto gestionale esistente, nella zona/distretto il Piano integrato di salute si realizza mediante il recepimento con accordo di programma tra le amministrazioni interessate delle scelte unitarie di programmazione presenti, come parte costitutiva, nel Piano attuativo locale dell'azienda unità sanitarie locali e nel Piano di zona dei comuni,

- i livelli di assistenza socio sanitaria per le aree dell'alta integrazione, come esplicitati nelle tabelle Allegato n. 3 del Piano sanitario regionale, con le relative indicazioni sulle prestazioni e i servizi per l'assistenza sanitaria e sociale e sui parametri di riferimento per il riparto degli oneri.

Mediante indirizzi specifici, definiti attraverso gli strumenti della concertazione, dovranno essere esplicitate, per le varie aree dell'integrazione socio sanitaria, le modalità applicative dei criteri di riparto degli oneri indicati nelle tabelle. In particolare dovrà essere orientato in modo omogeneo sul territorio regionale, ferme restando le peculiarità e le scelte territoriali, l'utilizzo delle parametrizzazioni che prevedono "range" minimi e massimi.

- i principi che devono orientare necessariamente le modalità di erogazione dell'assistenza nelle aree dell'integrazione socio sanitaria, con richiamo alle indicazioni contenute nel paragrafo 3.2.4.3. del Piano sanitario regionale.

In particolare dovrà essere garantito:

- (a) il percorso di accesso unitario ai servizi per l'accoglienza della domanda;
  - (b) la valutazione multiprofessionale del bisogno attraverso le apposite unità valutative;
  - (c) la definizione del piano personalizzato di intervento in modo condiviso da parte delle componenti delle unità valutative, con conseguente assunzione delle rispettive responsabilità e riparto degli oneri;
  - (d) l'individuazione del responsabile del caso, che segua le diverse fasi attuative del piano personalizzato, svolgendo una funzione di accompagnamento e di garante dell'apporto integrato delle professionalità e dell'accesso ai servizi previsti nel programma assistenziale;
  - (e) la valutazione partecipata degli esiti ai fini dell'articolazione del percorso assistenziale nelle sue possibili fasi.
- gli indirizzi strategici per gli interventi socio sanitari integrati, con richiamo alle indicazioni contenute nel paragrafo 5.3.1. del Piano sanitario regionale, che indica per i progetti obiettivo di alta integrazione le strategie socio sanitarie da perseguirsi.

E' compito dei comuni concorrere con le azioni di propria competenza per il perseguimento degli obiettivi indicati, nell'ambito del sistema complessivo di funzioni, di risorse e di strategie disciplinate dal presente Piano Integrato Sociale Regionale.

## **9. GLI OBIETTIVI DI PIANO INTEGRATO SOCIALE REGIONALE (GLI ELEMENTI DEL NUOVO SISTEMA)**

Con il Piano Integrato Sociale Regionale sono determinati l'accesso alle prestazioni socio sanitarie integrate e alle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi.

Tale indicazione promuove azioni rivolte a favorire la pluralità di offerta dei servizi, garantendo il diritto di scelta fra gli stessi e per consentire, in via sperimentale e su richiesta degli interessati, l'eventuale scelta di servizi sociali in alternativa a prestazioni economiche.

I Regolamenti e gli atti amministrativi dei comuni stabiliranno le modalità di accesso a tali interventi e prestazioni.

Possono usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani, i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, gli stranieri regolarmente soggiornanti nel territorio regionale (d.lgs. 286/1997).

Tutti i dimoranti hanno diritto a prestazioni di urgenza e per il sostegno vitale.

### **9.1 IL SISTEMA DEI DIRITTI DI CITTADINANZA**

Il Piano Integrato Sociale Regionale afferma il carattere di universalità del sistema integrato di interventi e servizi sociali introducendo il principio di esigibilità delle prestazioni indicate nei livelli essenziali di assistenza, sulla base dei criteri definiti dai regolamenti comunali o zionali che disciplinano le modalità di accesso alle prestazioni in base alla valutazione del bisogno e della determinazione del percorso assistenziale.

Il Piano Integrato Sociale Regionale inoltre indica direttamente, o determina gli strumenti con i quali saranno definiti:

- le linee guida per la definizione dei percorsi socio-assistenziali a carattere unitario;
- le modalità di concorso alla spesa da parte degli utenti, sulla base dell'accertamento delle condizioni economiche del richiedente (ISEE);
- i criteri con i quali gli Enti locali dispongono i criteri di compartecipazione per la fruizione delle prestazioni e servizi;
- l'indicazione delle prestazioni per le quali vi è un accesso selettivo o compartecipato.

La Regione Toscana promuove inoltre nuove soluzioni per lo sviluppo di una cultura della cittadinanza sociale valorizzando le potenzialità del nuovo servizio civile volontario (legge 6 marzo 2001, n. 64 "Istituzione del servizio civile nazionale"). Alla luce della modifica del Titolo V della Costituzione, che rende di competenza esclusiva delle regioni la materia del servizio civile volontario, sarà sperimentato il coinvolgimento di giovani che optano per tale servizio.

Il servizio civile volontario assumerà una palestra di nuova cittadinanza, incentivando interventi che facciano acquisire un nuovo concetto di solidarietà, attivando esperienze di cittadinanza partecipata, servizio alla comunità, condiviso fra il volontariato e gli organi istituzionali.

A questo scopo saranno introdotte forme di incentivazione che sensibilizzino i giovani ad una scelta positiva su queste problematiche.

### **9.2 L'INDICAZIONE DI LIVELLI ESSENZIALI**

Sono assicurate specifiche prestazioni in ambito territoriale con riferimento ai livelli essenziali di assistenza indicati in ambito nazionale.

Il Piano Integrato Sociale Regionale indica le modalità di individuazione di livelli ulteriori o più specifici da applicare in ambito regionale, anche diversificate per le differenti tipologie territoriali tali da risultare qualificabili come livelli di “*Cittadinanza sociale*”.

L’individuazione dei livelli essenziali comporta anche la:

- indicazione della modalità di accesso da parte dei cittadini alla stessa prestazione o servizio;
- i criteri e le modalità per la concessione dei titoli, con criteri omogenei a quelli applicati per la determinazione del concorso alla spesa;
- l’individuazione dei criteri per il percorso assistenziale attivo per l’integrazione sociale dei soggetti beneficiari;
- l’indicazione dei criteri per determinare le priorità di accesso ai servizi per i soggetti “deboli” del sistema: (comma 3, art. 2, legge 328/2000).

Il perseguimento di ulteriori livelli essenziali di assistenza (aggiuntivi), definiti in ambito zonale, ovvero forme di copertura della compartecipazione alla spesa per prestazioni determinate (attuazione del sistema dei “titoli”), potranno essere definiti tramite la concertazione territoriale (istituzionale e allargata) prevedendo anche sperimentazioni relative a forme di mutualità integrativa.

Il Piano Integrato Sociale Regionale individua inoltre il quadro degli impegni derivanti dalla sua attuazione in termini di strategie e strumenti nella organizzazione del sistema di servizi e prestazioni sociali.

Sul territorio sono assicurati, a livello di zona/distretto, elementi essenziali di unitarietà del servizio sociale qualunque sia il numero e il carattere dei soggetti gestori pubblici individuati.

In ambito regionale il Piano Integrato Sociale Regionale promuove:

- la verifica dell’organizzazione funzionale dei servizi;
- l’elaborazione di studi e di progetti di fattibilità, da attuarsi a titolo sperimentale in alcune zone;
- l’elaborazione di Linee guida quale strumento omogeneo di riferimento per gli operatori sociali e sanitari del settore;
- l’elaborazione di modelli di regolazione che la Regione dovrà predisporre per tutta la materia dei servizi sociali;
- l’elaborazione di indirizzi.

### **9.3 MUTUALITÀ INTEGRATIVA**

Con l’attuazione del Piano Integrato Sociale Regionale, a titolo sperimentale, saranno valutate e potranno essere sostenute esperienze di mutualità integrativa anche nell’ambito dell’assistenza socio-sanitaria, da realizzare in alcune zone della Toscana, di concerto con gli Enti locali interessati e le organizzazioni sociali, sulla base di un largo coinvolgimento degli operatori pubblici nella tutela socio-sanitaria.

### **9.4 I RAPPORTI TRA ENTI PUBBLICI, ORGANIZZAZIONI DEL VOLONTARIATO E DEL NO-PROFIT E IMPRENDITORIA PRIVATA**

Il sistema di rapporti tra pubblico e privato nelle politiche sociali riguarda oggi unitamente le modalità di erogazione delle prestazioni, la gestione dei servizi, la garanzia dell’accesso; richiede quindi che venga affrontato il tema della qualità sia sul piano direttamente relazionale (erogatore – utente), sia su quello del raccordo funzionale fra domanda e offerta.

Relativamente alla disciplina per l'affidamento dei servizi l'emanazione della Deliberazione del Consiglio regionale 31 ottobre 2001, n. 199, concernente "Deliberazione Consiglio regionale 5 giugno 2001, n. 118 – Approvazione direttive transitorie per l'affidamento dei servizi alla persona" (è prevista l'emanazione di ulteriori strumenti, fra cui quelli relativi a criteri per la coprogettazione) delinea un sistema di affidamento improntato a criteri qualitativi che gli enti pubblici titolari sono chiamati a rispettare. Si deve perseguire la finalità di soddisfare la più ampia gamma di bisogni, con l'utilizzo di indicatori che consentono di misurare l'affidabilità dei soggetti e l'adeguatezza della proposta progettuale in termini tecnico organizzativi e nei confronti della complessa realtà relazionale del soggetto in condizione di bisogno.

In questa prospettiva il rapporto fra pubblico e soggetti del privato (sociale e *for-profit*) non può essere consegnato genericamente ed esclusivamente a processi regolativi di mercato, ma deve manifestarsi sulla base di un sistema complesso di relazioni, di capacità di recepimento delle istanze del territorio, di innovazione.

Si è sviluppato in Toscana un sistema aperto in cui operano con ruoli specifici una pluralità di soggetti in un mix di rapporti complessi, con pratiche non più ascrivibili alla sola dimensione dell'assistenza, in questo quadro si definirà l'insieme delle norme per l'accreditamento, attraverso una interrelazione fra Regione ed Enti locali che si sosterrà in primo luogo sulla sperimentazione per consentire, attraverso verifiche e correzioni, il costante adeguamento del quadro delle prestazioni e degli elementi organizzativi.

Il Piano Integrato Sociale Regionale indica per i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o privata, le modalità e i criteri di autorizzazione da parte dei comuni, le modalità di istituzione dei registri dei soggetti autorizzati all'esercizio delle attività; per quelli già operanti i comuni provvedono a confermare le autorizzazioni esistenti in forma provvisoria.

Tali requisiti prevedono:

- per la Regione di pervenire ad una complessiva definizione dei criteri di progettazione e organizzazione che comprendono tutte le fasi del processo, rese misurabili con una specifica sistemazione di indicatori (apparato tecnico e professionale, modalità di partecipazione dell'utenza, forme di concertazione, procedure amministrative per l'accreditamento);
- per i comuni di considerare la dimensione e articolazione dei servizi, gli ambiti di qualificazione professionale, le forme di coinvolgimento dell'utenza, la scelta le procedure per la gestione amministrativa.

In tale sistema:

- vengono determinate le modalità per attivare forme di coprogettazione con il terzo settore;
- vengono fissati i criteri per la definizione dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi;
- vengono definiti gli standard di qualità per l'accreditamento delle strutture e dei servizi e per la definizione delle tariffe da corrispondere ai soggetti accreditati. Il sistema tariffario è determinato per "percorsi assistenziali".

## **10. IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE**

### **10.1 IL PIANO DI ZONA**

Sul piano istituzionale e nel modello di programmazione integrata è confermato e aggiornato un sistema di programmazione diffusa e di ambito zonale/distrettuale per il quale, nel Piano Integrato Sociale Regionale viene indicata struttura e i contenuti dei Piani di zona, *o dei Piani integrati di salute quando coincidenti*.

*Nel Piano Integrato Sociale Regionale sono inoltre indicate le forme di raccordo coordinamento e integrazione, in ambito locale, con le politiche sociali degli altri atti di programmazione (in particolare di ambito sanitario, dell'istruzione/formazione, della casa).*

Nel Piano Integrato Sociale Regionale sono indicati i processi di costruzione della programmazione (in particolare gli aspetti concertativi e partecipativi, istituzionali e non) che assicurano la partecipazione dei soggetti economici e sociali, secondo le previsioni degli statuti e le norme regionali; (anche per registrare il grado di convergenza verso gli obiettivi individuati, con riferimento ai sistemi informativi, all'uso di strumenti di comunicazione sociale, particolarmente per le funzioni di monitoraggio e valutazione).

Il Piano di zona è triennale, tra i suoi contenuti il Piano Integrato Sociale Regionale indica:

- Il programma di attività, derivato dagli Obiettivi strategici indicati dalla Conferenza dei Sindaci, comprensivo degli interventi, delle attività e dei servizi attivati e finanziati con il complesso delle risorse rese disponibili in ambito zonale;
- I progetti ed i programmi operativi proposti sulla base delle indicazioni e degli indirizzi del Piano Integrato Sociale Regionale;
- Le sperimentazioni di interesse regionale, in caso di modalità di gestione associata.

Tra i diversi soggetti interessati (Regione, comuni, province, aziende unità sanitarie locali) gli esiti della programmazione locale (zonale/distrettuale) saranno assunti tramite la definizione di accordi o patti per l'attuazione dello stesso Piano zonale, prevedendo anche le forme di partecipazione/adesione dei soggetti del terzo settore.

Il Piano è aggiornabile annualmente.

## **10.2 IL PIANO DEGLI INVESTIMENTI**

Il Piano Integrato Sociale Regionale prevede che nel Piano di zona, per il quale viene sostanzialmente confermata la struttura del Piano Integrato Sociale Regionale transitorio 2001, con le integrazioni indicate al paragrafo precedente, sia contenuto anche un "Programma delle strutture semiresidenziali e residenziali per i servizi alla persona" ed un Piano triennale di investimenti.

Il "Programma delle strutture semiresidenziali e residenziali per i servizi alla persona" è orientato anche allo sviluppo di strutture innovative nel settore sociale che prevedono l'ampliamento dell'utenza, la diversificazione e la flessibilità dell'offerta, la diffusione nelle zone che ne sono carenti, l'integrazione delle politiche e l'ottimizzazione delle risorse nell'ottica di una maggiore qualità dei servizi - nei seguenti obiettivi specifici:

1. progetti innovativi relativi a strutture destinate ai giovani ;
2. progetti di sviluppo di strutture destinate agli immigrati ed alle aree di disagio;
3. progetti sperimentali per riconversione strutture residenziali in centri per l'assistenza ai disabili;
4. interventi su strutture sociali pubbliche per l'adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali, queste ultime in fase di emanazione, per l'attivazione delle procedure di accreditamento di cui al decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 308 (Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a norma dell'articolo 11 della l. 8.11.00, n. 328).

Il "Programma delle strutture semiresidenziali e residenziali per i servizi alla persona" individua gli strumenti e le procedure necessarie per la rilevazione delle strutture pubbliche e private (autorizzate o comunicate) che sono attive nella zona socio-sanitaria e comprende il Piano triennale degli investimenti; Il Piano Integrato Sociale Regionale definisce, attraverso la contrattazione Regione – Enti locali, le modalità dei Patti locali di investimento per l'attivazione dei progetti di investimento finanziabili.

Il Piano Integrato Sociale Regionale individua le tipologie ed i criteri relativi agli adempimenti coerenti con il processo di accreditamento delle strutture sociali e degli interventi conseguenti alla loro messa a norma, nonché appropriati metodi e strumenti per il monitoraggio delle azioni.

I criteri per formulare tale Piano seguiranno le seguenti indicazioni:

10.2.a il Piano di zona triennale 2002 – 2004 include il “Programma delle strutture semiresidenziali e residenziali per i servizi alla persona”; nel quale sono indicate le strutture pubbliche e private (autorizzate o comunicate) attive nella zona;

10.2.b al “Programma delle strutture semiresidenziali e residenziali per i servizi alla persona” è allegato anche il Piano triennale degli investimenti. Il Piano è cofinanziabile con risorse del Piano Integrato Sociale Regionale. Gli interventi previsti dagli Enti locali devono essere inclusi nel Piano triennale delle opere pubbliche;

10.2.c saranno definite le priorità di intervento (tipologie);

10.2.d saranno definite la modalità di “selezione” delle proposte per le quali viene richiesto il cofinanziamento regionale:

10.2.d.1 selezione regionale di progetti presentati su “Bando”;

10.2.d.2 contrattazione, previa definizione di un budget, Regione – Enti locali per definizione di Patti territoriali di investimento.

Il Piano Integrato Sociale Regionale prevede di poter concorrere a sostenere tali programmi di investimento tramite risorse derivanti da:

- FRAS per investimenti;
- Programma straordinario di investimenti;
- DOCUP Ob. 2 + Sostegno Transitorio (*Phasing Out*) che utilizza il fondo strutturale FESR della U.E.;
- Risorse statali finalizzate.

Si sottolinea la valenza strategica degli interventi, in applicazione della l. 328/2000, della l. r. 72/1997, del decreto ministeriale 308/2001.

## 11. LA CARTA DI CITTADINANZA

L'analisi delle Carte realizzate nei servizi pubblici, della relativa normativa e delle esigenze poste dal miglioramento della qualità dei servizi sociali alla persona, coniugata con gli aspetti fortemente innovativi introdotti dalla l.r. 72/1997, ha posto la necessità di prevedere uno sviluppo più completo e coerente degli strumenti di tutela e di partecipazione utilizzabili dai cittadini.

Da qui l'individuazione di un percorso progettuale denominato “Carta per la cittadinanza sociale” che appare in grado di perseguire, anche per i risultati già conseguiti in ambiti sperimentali, gli obiettivi di promozione di esperienze di cittadinanza attiva, sociale consapevole, nella popolazione, nelle istituzioni e nei servizi.

Il Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004 si porrà l'obiettivo di proseguire la diffusione delle metodologie e delle esperienze in atto in tutte le zone socio sanitarie attraverso:

- la definizione del Patto per la condivisione fra le forze in campo di una strategia organica per sviluppare la cittadinanza sociale;
- la definizione del profilo della comunità locale mettendo in evidenza i percorsi e le opportunità sociali presenti sul territorio (mappa delle risorse disponibili);
- lo sviluppo di forme di tutela e di partecipazione intese la prima come prodotto della qualità dei servizi alla persona e la seconda come condizione necessaria per il

miglioramento dei servizi stessi attraverso la individuazione dei livelli essenziali di assistenza.

Il Piano Integrato Sociale Regionale disporrà in merito alla istituzione dell'Ufficio di Pubblica Tutela caratterizzandolo come ulteriore declinazione delle forme di garanzia dei diritti dei cittadini.

Al fine di qualificare il rapporto tra cittadino ed istituzioni è inoltre emersa a più riprese la necessità di adottare specifiche strategie comunicative nel settore dei servizi sociali in linea con principi ormai ampiamente affermati sia a livello internazionale che nazionale.

L'attività di comunicazione sociale trova il fondamento giuridico nella l.r. 72/1997.

La Regione Toscana intende quindi affermare tale esigenza inserendo la previsione di uno specifico piano di comunicazione sociale quale parte integrante del processo programmatico degli Enti locali che gestiscono i servizi sociali.

L'intervento di comunicazione si articolerà in particolare in:

- attività diretta a fornire al cittadino informazioni e consulenza per la conoscenza delle prestazioni erogate dai servizi;
- attività di informazione rivolta alla collettività, mirata ad offrire forme di conoscenza sui servizi e sulle risorse disponibili a gruppi omogenei, anche attraverso lo strumento della "Carta di Cittadinanza Sociale".

## 12. PROFILI PROFESSIONALI

Le professioni sociali stanno attraversando un periodo particolarmente travagliato da un lato è diffusa tra gli operatori la legittima aspirazione al riconoscimento formale di professionalità, che per troppo tempo sono rimaste invisibili all'opinione pubblica e sottovalutate negli inquadramenti contrattuali; dall'altro il sistema formativo - dalla formazione professionale all'università - è stato investito in anni recenti da successive ondate di riforma, che stanno ridisegnando i percorsi formativi: elevamento dell'obbligo, formazione tecnica superiore post-secondaria, laurea, specializzazione, dottorato, formazione permanente. Tutte queste trasformazioni toccano anche le professioni sociali.

A tutto questo si aggiungono altri cambiamenti non meno importanti, come il trasferimento delle funzioni dallo Stato alle Regioni e agli Enti locali e la riforma delle politiche del lavoro, mentre anche nel contesto fortemente decentrato continuano a proliferare sia nuovi profili professionali, con varie denominazioni che spesso non sono confrontabili all'interno della stessa Regione e soprattutto non sono spendibili in senso più ampio sul mercato del lavoro nazionale, sia corsi non progettati per unità formative capitalizzabili, e quindi non riconoscibili dal sistema formativo generale e spendibili per proseguire gli studi.

In questa particolare fase di trasformazione del *welfare*, e di riforma del sistema formativo, la regione si presenta come soggetto istituzionale che è in posizione di vantaggio sia per prevedere la domanda di figure professionali che per coordinare l'offerta di formazione rivolta ai futuri professionisti del sociale e per portare a riconoscimento le competenze certificate degli attuali professionisti.

Per realizzare un sistema professionale in campo sociale la Regione dovrà adottare un Piano di medio periodo che, procedendo con aggiustamenti in itinere, costruisca adeguati strumenti di monitoraggio e regolazione della domanda e dell'offerta. Dall'analisi della situazione attuale, emerge chiara la necessità di concertare le azioni con tutti gli attori in gioco: a livello locale, regionale e nazionale.

Il Piano Integrato Sociale Regionale individua indirizzi per i profili professionali:

- nella raccolta della domanda di competenze che emerge dai piani sociali di zona;

- nell'individuazione delle figure professionali del *welfare* regionale, dei percorsi formativi di ognuna e delle competenze certificate, e nell'adozione di una metodologia per certificare le competenze acquisite nel lavoro degli operatori sociali;
- nel concordare con gli atenei il valore dei crediti regionali per l'accesso ai corsi universitari;
- nella concertazione con le altre Regioni e lo Stato riguardo alle figure professionali;
- nella definizione di norme per l'accreditamento e gli standard dei servizi prendendo a riferimento le qualifiche regionali e nazionali;
- nell'indirizzare la formazione professionale con i parametri fissati per le qualifiche regionali: percorso formativo, crediti, certificazione, etc.;
- nella promozione di una offerta formativa in quantità e qualità tale da coprire il fabbisogno dei servizi accreditati;
- nel promuovere una offerta formativa mirata agli operatori privi di qualifica con la certificazione delle competenze acquisite nel lavoro.

### **13. AZIONI REGIONALI PER L'ORIENTAMENTO DEL SISTEMA E IL PERSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DELLA RIFORMA**

Il Piano Integrato Sociale Regionale indica per ciascun Programma di Iniziativa Regionale:

- gli obiettivi generali;
- i motivi dell'iniziativa diretta della Regione;
- gli indirizzi dell'azione;
- gli obiettivi specifici;
- i risultati attesi;
- le azioni individuate;
- i soggetti da coinvolgere;
- gli strumenti per la realizzazione d'Iniziativa Regionale;
- le risorse iniziali disponibili.

I Programmi di Iniziativa Regionale individuati dal Piano integrato sociale regionale 2002-2004 sono:

- (a) valutazione sociale;
- (b) qualità sociale;
- (c) livelli Essenziali di Assistenza e cittadinanza sociale;
- (d) azioni strategiche per l'integrazione socio sanitaria;
- (e) sostegno alle "reti di solidarietà" e sviluppo di politiche di inclusione sociale;
- (f) attuazione legge regionale 20 marzo 2000, n. 31 (Partecipazione dell'Istituto degli Innocenti di Firenze all'attuazione delle politiche regionali di promozione e di sostegno rivolte all'infanzia e all'adolescenza) e del Progetto Speciale "Una Toscana per i Giovani".

### **14. L'OSSERVATORIO SOCIALE REGIONALE**

#### **14.1 IL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE REGIONALE (SISR)**

Alla luce di quanto previsto dall'art. 21 della l. 328/2000 in merito alla costruzione del sistema informativo dei servizi sociali (SISS) ed in considerazione delle esigenze di

monitoraggio e di valutazione espresse in più occasioni dal governo della Toscana per raggiungere obiettivi sempre più complessi in termini di integrazione e di attivazione delle risorse nella programmazione regionale per lo sviluppo, la Regione dovrà orientare l'azione dell'Osservatorio sociale regionale e degli Osservatori sociali provinciali, che ne sono articolazione, per conseguire il duplice obiettivo di:

- (a) progettare ed attivare un sistema di monitoraggio e di valutazione degli interventi e delle azioni che fanno riferimento alla "strategia sociale" individuata nel Piano sanitario regionale, a supporto del processo di programmazione e in grado di interagire con le fasi dei processi decisionali (un modello di governance cooperativa può essere attivato solo se le informazioni e la conoscenza del sistema in cui si opera sono disponibili e trasparenti per tutti i soggetti coinvolti);
- (b) sviluppare un sistema informativo sociale regionale capace di garantire lo stretto raccordo con il più ampio e articolato sistema informativo regionale (SIR) sia sul piano metodologico, sia sul piano della tipologia di dati e informazioni trattate, sia sul piano delle responsabilità e degli strumenti di gestione.

Il Piano Integrato Sociale Regionale compirà una azione di ridefinizione degli Osservatori, del ruolo fin qui svolto, delle modalità operative e dei compiti specifici che ne hanno caratterizzato le attività in questi anni, orientata affinché gli Osservatori sociali provinciali in raccordo con le strutture dei livelli zonali, possano diventare centri collaborativi e nevralgici per la produzione delle informazioni, rispetto ai punti della rete che avranno la responsabilità di fornire i dati.

La stessa progettazione del sistema informativo sociale regionale dovrà essere svolta in più fasi per ottemperare ad esigenze diverse e per conseguire obiettivi diversi: quelli connessi all'attuazione del sistema informativo sociale regionale, quelli connessi alla predisposizione degli strumenti necessari per governare lo stesso sistema, dalle azioni di promozione, allo sviluppo dei processi di programmazione, di verifica e controllo.

#### **14.2 IL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE REGIONALE**

Con il Piano Integrato Sociale Regionale il sistema informativo sociale regionale si porrà come un insieme organizzato e coerente di tecniche e di procedure per conoscere, monitorare e governare il sistema dei servizi e delle opportunità per il benessere e l'inclusione sociale degli individui e delle famiglie, strutturando un processo di raccolta sistematica di informazioni, che aumenti le capacità decisionali dei diversi attori coinvolti nel processo di realizzazione dei servizi sociali e che promuova l'insieme delle attività valutative esistenti all'interno di ogni processo decisionale.

Sul piano organizzativo il sistema informativo sociale regionale deve essere:

- decentrato e diffuso sul territorio, con una chiara individuazione dei ruoli rispettivamente assunti dalla Regione, dalle province e dai comuni;
- partecipato e accessibile, nel senso cioè che siano bene individuati gli strumenti, le modalità e i tempi per la comunicazione e lo scambio tra tutti i livelli e le parti attive coinvolte sia come fornitori di dati sia come fruitori delle informazioni prodotte dagli altri livelli del sistema informativo sociale regionale;
- uno strumento snello e flessibile, anche per evitare ogni rischio di ridondanza e di ripetizione nella raccolta dei dati, che determinerebbero confusione e potenziale conflitto dei ruoli tra tutti i soggetti coinvolti;
- rispondente ad esigenze di informazione e di conoscenza molto diverse in relazione ai momenti e all'utilizzo delle stesse informazioni.

Le macrotipologie che compongono un flusso informativo possono essere schematicamente individuate nelle seguenti:

- dati sulle strutture che erogano servizi oppure ospitano attività;
- dati sulle risorse economico-finanziarie, sulle risorse umane, sulle risorse infrastrutturali, sugli attori della rete sociale, ecc;
- dati sugli utenti (caratteristiche della domanda, sistema dei bisogni);
- dati sulle condizioni di erogazione dei servizi (tariffe, modalità di accesso, ecc);
- dati sulle attività erogate (volume delle attività, assetti organizzativi, caratteristiche qualitative delle attività ed esiti conseguiti).

Un flusso informativo va definito rispetto:

- alle finalità generali;
- ai soggetti corresponsabili della produzione dei dati e delle informazioni;
- al livello di dettaglio dei dati da raccogliere e delle informazioni da produrre e da rilasciare;
- alla frequenza e alla periodicità di rilevazione e di aggiornamento dei dati;
- agli strumenti di rilevazione e di elaborazione;
- ai livelli di utilizzo delle informazioni prodotte e agli output da fornire come esito della costruzione e della alimentazione continua dei flussi informativi.

#### **14.3 I PRODOTTI DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE REGIONALE E LE AZIONI DI MONITORAGGIO E DI VALUTAZIONE**

L'attivazione e il mantenimento di flussi informativi consolidati in tutti i settori di intervento delle politiche socio assistenziali e sanitarie consente ai diversi livelli di governo interessati, ma prioritariamente alla Regione attraverso l'Osservatorio sociale regionale e alle segreterie tecniche attraverso le restituzioni da parte degli Osservatori provinciali, di disporre di un patrimonio informativo continuamente aggiornato e fondato su adeguati standard di omogeneità, organizzato in formati diversi in relazione alle fasi di apporto del sistema e agli utilizzi che delle informazioni si devono fare:

- le relazioni sociali dei piani e programmi della Regione, delle zone e dei comuni;
- i rapporti quali quantitativi di approfondimento;
- le schede informative periodiche e le forniture di informazioni;
- i rapporti di gestione per evidenziare i principali indicatori e i principali eventi di natura gestionale;
- i rapporti strategici che rilevano gli esiti esterni delle azioni regionali e locali anche in termini di efficacia sociale,
- le ricerche valutative, anche in tema di valutazione delle politiche pubbliche.

#### **15. ACCORDO CON LE UNIVERSITA' TOSCANE**

Il Piano Integrato Sociale regionale definisce le relazioni di sistema da instaurare anche nel settore delle politiche sociali con le Università della Toscana attraverso accordi e protocolli che individuino spazi di collaborazione:

- nell'ambito dello sviluppo e della qualificazione del livello cognitivo dei sistemi locali per l'analisi dei bisogni e del sistema d'interventi sociali (Osservatori Sociali);
- nell'ambito della ricerca in campo sociale e socio-sanitario, anche con riferimento alla partecipazione a Programmi di azione della Comunità Europea;
- nell'ambito della programmazione dell'offerta universitaria in campo sociale e della definizione di percorsi formativi delle professioni sociali;
- nell'ambito della determinazione di un sistema di crediti formativi e della collaborazione per le esperienze di servizio civile volontario.