

PIANO SANITARIO REGIONALE**2005 - 2007****SOMMARIO****1. QUADRO ANALITICO**

- 1.1. Un Piano per la salute, un Piano sostenibile
- 1.2. Un Piano per il cittadino/a e per la comunità
- 1.3. Un Piano per un sistema efficiente
- 1.4. I valori del Sistema Sanitario Toscano
- 1.5. Gli elementi portanti dell'organizzazione

2. OBIETTIVI STRATEGICI

- 2.1. Gli obiettivi di salute
- 2.2. Progetti speciali di interesse regionale
- 2.3. La partecipazione: servizi territoriali per le comunità locali
- 2.4. L'appropriatezza: i livelli ed i tempi appropriati di erogazione dell'assistenza
- 2.5. La programmazione
- 2.6. L'efficienza: l'evoluzione del sistema delle Aziende

3. OBIETTIVI SPECIFICI

- 3.1. Gli obiettivi di salute
 - 3.1.1. Diritti uguali per tutti
 - 3.1.2. Che ne pensano i cittadini?
 - 3.1.3. Per un'etica del servizio socio sanitario integrato
 - 3.1.4. Miglioriamo la salute con un ambiente di qualità
 - 3.1.5. Allunghiamo la vita aumentando la sicurezza
 - 3.1.6. Per una maggiore competenza delle persone a mantenersi in buona salute
 - 3.1.7. Aiutiamo i bambini a nascere e a crescere bene
 - 3.1.8. I tumori. Primo non ammalarsi, secondo guarire
 - 3.1.9. Vivere più a lungo in salute: le malattie del sistema cardiovascolare
 - 3.1.10. I servizi per le persone anziane
- 3.2. Progetti speciali di interesse regionale
 - 3.2.1. Le azioni per la prevenzione e la cura dei tumori
 - 3.2.2. Attivazione di interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana
 - 3.2.3. Il controllo del dolore come diritto del cittadino
 - 3.2.4. L'Odontoiatria: un percorso sostenibile
 - 3.2.5. Nascere in Toscana
 - 3.2.6. Il percorso organizzativo 'Artroprotesi dell'anca - Ortopedia chirurgica' come modello di programmazione e governo clinico
 - 3.2.7. Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza urgenza intra ed extra ospedaliero
 - 3.2.8. Le unità di cure primarie, un nuovo modello organizzativo territoriale
 - 3.2.9. Visite specialistiche: un obiettivo di qualità
 - 3.2.10. Alimentazione e salute
 - 3.2.11. La salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti
 - 3.2.12. La sicurezza alimentare
- 3.3. la partecipazione: servizi territoriali per le comunità locali
 - 3.3.1. Le Società della Salute
 - 3.3.2. Il nuovo assetto delle zone: l'unificazione funzionale tra zona e distretto
 - 3.3.2.1. La gestione dell'offerta e il governo della domanda dei servizi territoriali
 - 3.3.3. Il ruolo dei medici convenzionati e degli altri operatori sanitari a livello territoriale
 - 3.3.4. Erogazione di livelli assistenziali integrativi

- 3.4. I livelli ed i tempi appropriati di erogazione dell'assistenza
 - 3.4.1. Definizioni
 - 3.4.2. I livelli di assistenza e la tipologia delle prestazioni
 - 3.4.3. Appropriately della domanda e programmazione dell'offerta
 - 3.4.4. L'appropriatezza nella Prevenzione Collettiva
 - 3.4.5. L'appropriatezza nei servizi territoriali
 - 3.4.6. L'appropriatezza nella specialistica ambulatoriale
 - 3.4.7. L'appropriatezza nelle cure
 - 3.4.8. L'appropriatezza e le liste di attesa
 - 3.4.9. Le attività del "governo clinico": linee guida e percorsi assistenziali
 - 3.4.10. La registrazione dei dati clinici
- 3.5. La programmazione
 - 3.5.1. Il livello Regionale
 - 3.5.2. Il livello aziendale e di area vasta
 - 3.5.3. Gli impegni per il triennio 2005-2007
- 3.6. L'evoluzione del sistema delle Aziende
 - 3.6.1. Il controllo della gestione e la produttività del sistema
 - 3.6.2. La seconda fase dell'aziendalizzazione

4. GLI STRUMENTI DI SISTEMA

- 4.1. Il procedimento di programmazione e i suoi attori
 - 4.1.1. La Regione
 - 4.1.2. Il Servizio sanitario regionale e gli operatori della sanità
 - 4.1.3. La concertazione nel procedimento di programmazione
- 4.2. Analisi e orientamento della domanda
 - 4.2.1. Analisi ed orientamento della domanda nel Piano sanitario regionale
 - 4.2.2. I Piani integrati di salute
 - 4.2.3. I rapporti con il cittadino/a: comunicazione, partecipazione, tutela della riservatezza
- 4.3. Organizzazione dell'offerta
 - 4.3.1. L'organizzazione dell'offerta nel Piano sanitario regionale
 - 4.3.2. Il programma regionale per l'accreditamento
 - 4.3.3. Funzioni operative e criteri di organizzazione
 - 4.3.4. L'integrazione socio-sanitaria
 - 4.3.5. L'integrazione fra strutture per la tutela dell'ambiente e la salvaguardia della salute
 - 4.3.6. Le specificità geografiche
- 4.4. Il governo delle risorse finanziarie
 - 4.4.1. La disponibilità di risorse
 - 4.4.2. Il Fondo Sanitario Regionale
 - 4.4.3. Il sistema tariffario
 - 4.4.4. Gli investimenti
- 4.5. La formazione delle competenze per lo sviluppo di obiettivi di salute
 - 4.5.1. La formazione per l'accesso al servizio sanitario
 - 4.5.2. La formazione continua
- 4.6. Il Sistema informativo e le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT)
 - 4.6.1. Gli obiettivi del sistema informativo regionale toscano
 - 4.6.2. Le linee di sviluppo del sistema informativo
 - 4.6.3. Le indicazioni operative per il sistema informativo e le tecnologie per l'informazione e la conoscenza
 - 4.6.4. La telemedicina
 - 4.6.5. Le attività di formazione
 - 4.6.6. Il fabbisogno finanziario
- 4.7. Ricerca, innovazione, sperimentazione in sanità
 - 4.7.1. Obiettivi e Linee-Guida
 - 4.7.2. Soggetti
 - 4.7.3. Modalità di finanziamento
 - 4.7.4. Requisiti e vincoli per l'intervento regionale nel settore

- 4.7.5. Direttrici principali di azione e organismi a supporto dell'azione regionale
- 4.8. Le relazioni di sistema
 - 4.8.1. L'Università
 - 4.8.2. Gli Istituti scientifici e gli Enti di ricerca
 - 4.8.3. I produttori privati
 - 4.8.4. Le convenzioni mediche
 - 4.8.5. La farmaceutica convenzionata
 - 4.8.6. Il terzo settore

5. LE AZIONI DI PIANO

- 5.1. Azioni di Promozione della salute e orientamento della Domanda
 - 5.1.1. Educazione e promozione della salute
 - 5.1.2. La prevenzione per la salute
- 5.2. Azioni di sviluppo e razionalizzazione dell'Offerta
 - 5.2.1. Progetti obiettivo di alta integrazione: le strategie socio sanitarie
 - 5.2.1.1. La salute degli anziani
 - 5.2.1.2. La salute mentale
 - 5.2.1.3. La disabilità
 - 5.2.1.4. La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze
 - 5.2.1.5. L'assistenza materno infantile
 - 5.2.1.6. Le attività consultoriali
 - 5.2.1.7. La salute degli immigrati
 - 5.2.1.8. La salute in carcere
 - 5.2.2. Le azioni programmate

6. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE

- 6.1. Indicatori generali di effetto
- 6.2. Indicatori di effetto delle Scelte Strategiche e degli Strumenti
- 6.3. Gli indicatori delle Azioni di piano e dei progetti speciali: modalità di individuazione
- 6.4. Il Procedimento della valutazione

ALLEGATI

- Allegato 1 – I livelli di assistenza
- Allegato 2 – Orientamenti generali per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali
- Allegato 3 – I livelli di assistenza socio sanitaria
- Allegato 4 – Pesi attribuiti alle classi di età per livello e sottolivello di assistenza
- Allegato 5 – Stato di attuazione del programma regionale di investimenti
- Allegato 6 – Protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e le Università degli studi di Firenze, Pisa e Siena
- Allegato 7 – Protocollo d'intesa in tema di salute tra la Regione Toscana e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa
- Allegato 8 – Il procedimento per la verifica di compatibilità: criteri, modalità, ambiti di applicazione ed individuazione delle tipologie di strutture e settori di attività per le quali la verifica viene esclusa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Toscana 2005-2007: Un sistema sanitario sostenibile, un sistema sanitario per la salute, un sistema sanitario di comunità

1. QUADRO ANALITICO

1.1. Un Piano per la salute, un Piano sostenibile

Il piano sanitario regionale 2002-2004 ha introdotto nel sistema sanitario regionale profonde innovazioni che, confermando i valori fondanti del sistema toscano (universalità, unicità pubblica, partecipazione, sostenibilità) e gli elementi portanti della organizzazione (aziendalizzazione, integrazione, programmazione), ne hanno declinato l'evoluzione contribuendo a definire un modello di funzionamento con forti elementi di peculiarità nel panorama nazionale, per certi versi addirittura in contraddizione con principi sviluppati in altre realtà regionali.

In questi ultimi anni i sistemi sanitari, sempre più organizzativamente autonomi su base regionale, hanno dovuto individuare percorsi di ottimizzazione dell'impiego delle risorse a fronte di incrementi dei consumi e dei costi, che registravano trend fortemente superiori a quelli delle risorse disponibili. E' questa una difficoltà strutturale dei sistemi sanitari sviluppati, tanto è vero che si presenta, in misura più o meno accentuata, in tutti i paesi occidentali, anche in quelli che registrano quote di assorbimento di risorse nettamente superiori a quelle italiane.

La risposta generalmente verificatasi nelle diverse realtà nazionali ed internazionali è stata soprattutto quella di migliorare l'efficienza e 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.

Con il piano sanitario regionale 2002-2004 si è dato avvio ad una politica sanitaria tesa a 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 dinanzi:

- il miglioramento della salute e del benessere della popolazione, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti deboli,
- la soddisfazione e la partecipazione del cittadino/a,
- l'efficienza e la sostenibilità del sistema.

La portata e la complessità delle politiche impostate con il piano sanitario regionale 2002-2004 sono state tali da investire il sistema in termini strutturali e pertanto al di là dei limiti temporali del piano stesso; è per tale motivo che il nuovo piano sanitario regionale 2005-2007 si pone in termini di assoluta continuità con il precedente, ne assume in pieno i presupposti e le strategie fondanti provvedendo ad un loro aggiornamento secondo l'evoluzione del contesto e del loro grado di attuazione.

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 2005–2007 conferma la proposizione di 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 (O.M.S.) 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 "separatezza" 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; con questo piano, in continuità con il precedente, 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 che, date le strette connessioni e reciproche dipendenze tra i servizi sanitari e i servizi sociali e socio – assistenziali, per assicurare compatibilità ed integrazione con le disposizioni contenute nel piano sanitario regionale, si porrà i 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 per questo 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 sì 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.

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. Essere pervenuti nel corso del 2004 alla certificazione del bilancio di una azienda sanitaria toscana, sulla base di un processo sperimentale governato a livello regionale, mostra quanta sia stata l'attenzione allo sviluppo delle funzioni di controllo e gestione aziendali e quali risultati si siano raggiunti.

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 la cui sperimentazione si è avviata nel triennio precedente e che nel prossimo triennio occorre consolidare, 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 no 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 no 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 no 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).

- **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.

2. OBIETTIVI STRATEGICI

Il piano sanitario regionale della Toscana 2005-2007, nella continuità del patrimonio di valori e ribadendo gli elementi organizzativi portanti del sistema, conferma le scelte del precedente triennio tese ad avviare una vera e propria riforma del sistema sanitario, a carattere culturale, strutturale ed organizzativo, al centro della quale si delineano sei precise strategie sul versante della salute, della partecipazione, dell'appropriatezza, della programmazione e dell'efficienza:

1. gli obiettivi di salute;
2. progetti speciali di interesse regionale;
3. la partecipazione: servizi territoriali per le comunità locali;
4. l'appropriatezza: i livelli ed i tempi appropriati di erogazione dell'assistenza;
5. la programmazione;
6. 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 3.

2.1. 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.

2.2. Progetti speciali di interesse regionale

La Regione individua per il triennio 2005-2007 alcuni specifici progetti su cui chiamare le aziende sanitarie, singolarmente ed in area vasta, ad elaborare programmi operativi sulla base degli indirizzi del presente piano.

I progetti sono finalizzati sia al raggiungimento di più adeguati livelli di risposta a determinati bisogni dei cittadini, e quindi a obiettivi di salute, sia ad orientare la struttura dell'offerta e l'organizzazione dei servizi in alcuni settori che hanno mostrato negli ultimi anni particolari criticità. Alcuni progetti si qualificano propriamente per l'una o l'altra caratteristica, altri invece le fanno entrambe proprie concorrendo al raggiungimento di obiettivi di salute attraverso strategie organizzative. Alcuni dei progetti riprendono e strutturano azioni già avviate a seguito di iniziative sia del Consiglio regionale che della Giunta regionale nel corso del 2004, assumendole nel contesto triennale delle azioni prioritarie del presente piano sanitario regionale.

2.3. La partecipazione: servizi territoriali per le comunità locali

La riorganizzazione e la valorizzazione dei servizi sanitari a livello del territorio, avviata con il precedente piano sanitario regionale, 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 riappropriino" 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 portata a termine la sperimentazione, avviata nel 2004, delle società della salute, quali nuove forme di governo dei servizi sociali e sanitari territoriali, che coinvolgono sia le aziende unità sanitarie locali che i comuni, prevedendo, nelle forme appropriate, il contributo del volontariato e degli operatori sociali e sanitari, garantendo comunque i livelli assistenziali, le prestazioni e la funzione pubblica del servizio sanitario.

La Regione, sulla base delle indicazioni scaturite dalle sperimentazioni, è impegnata a valutare eventuali 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.

2.4. 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 ai nuovi strumenti e procedure di valutazione della qualità dei servizi.

2.5. 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 operanti nel sistema, 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.

2.6. 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 sovrazionali, 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'accენტramento 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 da affidare a strutture specializzate di supporto a livello interaziendale di area vasta.

3. OBIETTIVI SPECIFICI

3.1. Gli obiettivi di salute

Un'analisi esaustiva dello stato di salute della popolazione toscana è stata fornita nella Relazione Sanitaria 2000-2002 (Il Profilo di Salute e dei Servizi Sanitari della Toscana) 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. Lo strumento essenziale di programmazione per il perseguimento di obiettivi di salute è il piano integrato di salute.

3.1.1. 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 quasi per nessuno è peggiore. Tuttavia, l'analisi comparata delle diverse realtà territoriali fino al livello della zona-distretto dimostra che gli indicatori risultano da una media di situazioni abbastanza differenziate fra le diverse realtà. La Regione Toscana si pone l'obiettivo di ridurre queste disuguaglianze fra le diverse aree territoriali e fra gruppi di popolazione all'interno della stessa area, 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 con interventi integrati. L'obiettivo 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 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. La Regione è impegnata a tutelare il diritto alla salute dei detenuti e degli internati presenti negli istituti penitenziari ubicati nel territorio regionale.

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 maggiormente esposte ai fattori di rischio per la salute;
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 a livello territoriale ed ospedaliero, 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, ed i risultati verranno presentati al Consiglio regionale da parte della Giunta regionale, nell'ambito della Relazione Sanitaria Regionale, sulla base degli indicatori previsti nel capitolo "valutazione" del presente piano.

<p>Obiettivo: ridurre le disuguaglianze</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nella prevenzione Valorizzazione delle attività di prevenzione efficaci; individuazione, a livello locale, delle priorità d'intervento e di azioni integrate 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, fra i quali i bambini sordi e il loro diritto alla parola, le donne in gravidanza e gli stranieri. • 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 	<p>Parti del piano sanitario regionale attinenti all'obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • I 12 progetti speciali. • La programmazione. • La comunicazione. • La carta dei servizi. • La revisione dei percorsi di tutela.
---	---

3.1.2. 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. Questo punto, è stato già oggetto di intervento nel precedente triennio, durante il quale sono stati ottenuti importanti risultati. Esso è oggetto di una azione specifica nel presente piano sanitario regionale.

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, ed i risultati verranno presentati al Consiglio regionale, da parte della Giunta regionale, nell'ambito della relazione sanitaria regionale.

<p>Obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Parti del piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I piani integrati di salute. • I 12 progetti speciali. • 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.
--	--

3.1.3. Per un'etica del servizio socio sanitario integrato

Nel ribadire che il fine del servizio sanitario è la tutela della salute, si afferma la necessità per l'intero sistema di interrogarsi sugli aspetti etici e sulle modalità delle scelte assistenziali per gli obiettivi di salute individuali e collettivi.

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 ai principi fondamentali di salvaguardia della salute, di eguaglianza e pari dignità di tutti i cittadini e di tutela della loro autonomia. 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 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, nonché i diritti ad essa connessi, senza per questo limitare lo stesso diritto degli altri cittadini. In termini di rapporto fra operatori e utenza, si favorisce la comunicazione, intesa come processo bidirezionale di informazione ed ascolto, teso ad assicurare la dignità ed il rispetto dell'individuo e a favorire la sua autonomia decisionale.

Nel rapporto fra gli operatori e i cittadini viene valorizzata una responsabile consapevolezza dei limiti della certezza scientifica e dell'efficacia terapeutica, particolarmente importante nel caso delle persone affette da malattie croniche invalidanti e di quelle giunte al termine della vita.

In questa prospettiva il radicamento e lo sviluppo della sensibilità bioetica negli operatori e nella popolazione, si pongono come fattori fondamentali per incrementare i livelli di qualità del servizio sanitario e vengono sostenuti anche attraverso programmi di indirizzo e di sensibilizzazione/formazione degli operatori e della cittadinanza. I comitati etici locali costituiscono a livello di singola azienda sanitaria lo strumento per garantire lo sviluppo di tale cultura.

La commissione regionale di bioetica istituita con legge regionale 13 agosto 1992, n. 37 (Istituzione della commissione regionale di bioetica), svolge un ruolo centrale di approfondimento, consultazione e consulenza, al servizio degli organi regionali e delle aziende sanitarie: svolge inoltre funzioni di indirizzo e promozione del coordinamento delle attività dei comitati etici locali, anche elaborando proposte formative rivolte ai membri dei comitati etici locali e ai membri dei comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali.

<p>Obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introdurre criteri etici nella scelta dei livelli appropriati di assistenza e delle prestazioni assistenziali. • Favorire la partecipazione degli operatori alle scelte del servizio sanitario, anche in ordine agli obiettivi espressi nel piano sanitario regionale. • Aumentare la competenza della popolazione nelle proprie scelte di consumo sanitario. • Promuovere la partecipazione e le competenze dei singoli e delle comunità sulle politiche per la salute. • Aumentare la competenza e la consapevolezza degli operatori sanitari e dei cittadini sulle problematiche etiche del servizio sanitario, attraverso una costante attività di informazione e di formazione. • Favorire l'attività dei comitati etici locali garantendone efficacia e qualità mediante il coordinamento della commissione regionale di bioetica. • Perseguire nel modo più efficace possibile l'eliminazione del dolore dai percorsi di malattia e potenziare l'ambito delle leniterapie per le persone giunte alla fine della vita. • Garantire ai cittadini il rispetto del diritto alla scelta libera e consapevole delle proposte curative e il rispetto del diritto alla riservatezza nel trattamento dei dati personali • Introdurre criteri etici nella valutazione delle attività. 	<p>Parti del piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 e i tempi appropriati di erogazione dell'assistenza. • I rapporti con i cittadini. • Il processo di valutazione del piano sanitario regionale. • Progetto prevenzione oncologica. • Progetto terapia del dolore. • Valorizzazione delle risorse umane. • La formazione delle competenze per lo sviluppo di obiettivi di salute.
--	--

3.1.4. Miglioriamo la salute con un ambiente di qualità

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 (A.R.P.A.T.), l'agenzia regionale di sanità (A.R.S.), il centro per lo studio e la prevenzione oncologica (C.S.P.O.), l'istituto zooprofilattico sperimentale (I.Z.S.), i dipartimenti di prevenzione delle aziende unità sanitarie locali, l'agenzia regionale per lo sviluppo e l'innovazione nel settore agroforestale (A.R.S.I.A.), gli enti locali. In tal senso molti passi avanti sono stati compiuti nel passato triennio, con la realizzazione di progetti comuni. Gli interventi sui determinanti ambientali della salute si sviluppano con lo strumento dei piani integrati di salute.

<p>Obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Parti del piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I piani integrati di salute. • Il progetto "la salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti". • Progetto sicurezza alimentare. • Strumenti per l'integrazione ambiente-salute. • Educazione e promozione della salute. • La prevenzione per la salute.
--	--

<p>produzione agricola di qualità, anche a fini di miglioramento della salute.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
---	--

3.1.5. 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. La riduzione degli infortuni sul lavoro è stata un obiettivo del precedente piano sanitario regionale con un parziale successo, che ha avvicinato molto la Toscana alla media nazionale, rispetto ai valori più alti a cui si trovava. Tuttavia, molto resta ancora da fare e questo rappresenta un obiettivo per il prossimo triennio. Gli infortuni stradali sono causa di più di 400 decessi all'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 l'adozione 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, attraverso lo strumento dei piani integrati di salute. Per quanto riguarda l'infortunistica stradale un particolare impegno è richiesto per coordinare le politiche del territorio, coinvolgendo gli enti locali in progetti finalizzati ad obiettivi quantificabili di salute, soprattutto laddove sono attive le società della salute, ma anche nel restante territorio, dove il problema infortunistico è emergente.

L'impatto del piano sanitario regionale nel ridurre gli infortuni sarà oggetto di valutazione nel triennio, ed i risultati verranno presentati al Consiglio regionale, da parte della Giunta regionale, nell'ambito della relazione sanitaria regionale, utilizzando specifici indicatori orientati alla rilevazione della riduzione dei tassi di mortalità, e di morbilità.

<p>Obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • La sicurezza nel tempo libero Educazione a comportamenti prudenti, controllo delle strutture. 	<p>Parti del piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I piani integrati di salute. • L'azione programmata "Lavoro e salute". • Il progetto "la salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti". • Strumenti per l'integrazione ambiente-salute. • Educazione e promozione della salute per comportamenti sicuri in campo anti-infortunistico. • La prevenzione per la salute.
---	---

3.1.6. 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 potenzialmente a rischio per la salute sono circa 200.000. 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 decisamente obese in Toscana sono circa il 7% di chi ha 18 anni o più; esse 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. IL sistema sanitario 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. I risultati verranno presentati al Consiglio regionale, da parte della Giunta regionale, nell'ambito della relazione sanitaria regionale.

<p>Obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Parti del piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educazione e promozione della salute: fumo, alcol, alimentazione ed esercizio fisico. • I piani integrati di salute. • Progetto sicurezza alimentare. • Progetto alimentazione e salute. • I progetti obiettivo ad alta integrazione socio-sanitaria. • La comunicazione. • La prevenzione per la salute.
---	---

3.1.7. 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. Gli ultimi dati disponibili mostrano un andamento che, se sarà confermato, è molto positivo, con 2.9 decessi ogni 1000 nati vivi nel 2002, a fronte di 3.7 decessi ogni 1000 nati vivi nel 2000, portando la regione a livelli confrontabili con i migliori al mondo e superando ampiamente gli obiettivi indicati. 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.

<p>Obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Parti del piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Progetto nascere in Toscana. • 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
---	--

3.1.8. 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 soprattutto nei maschi), 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, come il melanoma, anche attraverso i medici di medicina generale.

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.

<p>Obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Parti del piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educazione e promozione della salute: fumo e sana alimentazione. • I piani integrati di salute. • Progetto per la prevenzione oncologica. • Il Progetto “la salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti”. • Progetto alimentazione 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. • Progetto terapia del dolore. • La prevenzione per la salute.
--	---

3.1.9. 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. soprappeso, 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 valorizzazione dell'emergenza-urgenza, la programmazione della rete dei servizi e dei percorsi terapeutici, l'appropriatezza dei trattamenti.

<p>Obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Parti del piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Progetto alimentazione e salute. • La prevenzione per la salute.
--	---

3.1.10. 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 più di 400.000 avranno 75 anni o più. La maggioranza di questi anziani sarà autonoma ed in salute, purché supportata da un ambiente sociale, abitativo e di sicurezza economica adeguato. Invece, circa 90.000 persone si troveranno nella necessità di ricevere un aiuto saltuario per svolgere azioni relativamente complesse, circa 65.000 dovranno essere aiutate ogni giorno anche se non in modo costante, mentre circa 30.000 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 conferma l'obiettivo del piano sanitario regionale 2002-2004 di assistere a domicilio mediante assistenza domiciliare integrata, sia nella forma diretta che in quella indiretta, almeno il 3% della popolazione ultrasessantacinquenne e di potenziare la rete dei centri diurni per anziani; detto obiettivo sarà perseguito attraverso la stretta collaborazione fra enti locali, sanità e terzo settore no profit per adeguare e gestire i servizi di assistenza agli anziani, nell'ambito dei piani integrati di salute. Particolare attenzione verrà data allo sviluppo di iniziative integrate di sorveglianza attiva, anche in relazione con le variazioni climatiche.

L'adeguatezza rispetto al bisogno dei servizi agli anziani, soprattutto di quelli domiciliari e di supporto sociale, sarà oggetto di valutazione nel triennio. I risultati verranno presentati al Consiglio regionale, da parte della Giunta regionale, nell'ambito della relazione sanitaria regionale con 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.

<p>Obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 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, definizione dei criteri di accreditamento. 	<p>Parti del piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le zone, le società della salute. • I piani integrati di salute. • Progetto sorveglianza attiva popolazione anziana. • 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.
---	---

3.2. Progetti speciali di interesse regionale

3.2.1. Le azioni per la prevenzione e la cura dei tumori

Nell'ambito della problematica oncologica, è fondamentale operare sulla diminuzione del rischio di ammalarsi (prevenzione primaria), sulla tempestività della diagnosi (prevenzione secondaria) e sulla qualità delle cure (presa in carico del paziente oncologico e somministrazione di terapie appropriate ed efficaci).

L'avvio dell'istituto toscano tumori (I.T.T.) consente di rendere operativi alcuni obiettivi strategici:

- a) la riunificazione in un unico sistema di governo della prevenzione, della diagnosi e della cura dei tumori;
- b) la definizione di procedure in grado di garantire la omogeneità dell'offerta;
- c) la valutazione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali al fine di offrire, pur nella necessità di contenere la spesa, cure efficaci sulla base delle più recenti evidenze scientifiche;
- d) lo sviluppo di forti relazioni interaziendali (intra e inter area vasta) nella logica di percorsi assistenziali appropriati, condivisi e di qualità.

L'inserimento nella direzione dell'Istituto, insieme ai rappresentanti dei poli oncologici, del centro per lo studio e la prevenzione oncologica (C.S.P.O.) e dei medici di medicina generale (M.M.G.), rappresenta un passaggio non solo formale di questo impegno, nella logica di un governo unico dell'intero percorso assistenziale, dalla prevenzione alla fase terminale, dall'ospedale al territorio.

Il riordino del sistema dell'accoglienza e la definizione delle procedure di continuità di cura sono atti che valorizzano il concetto di presa in carico del paziente oncologico.

Le forti collaborazioni intraprese con le unità di cure palliative da un lato e con le organizzazioni del volontariato dall'altro sono lo strumento con cui realizzare la sinergia tra professionalità collocate dentro e fuori il servizio sanitario regionale.

Il Quadro di Riferimento

Una quota considerevole di casi di tumore è potenzialmente prevenibile attraverso interventi di prevenzione primaria. E' ormai noto infatti il ruolo causale di fumo e alcol nella genesi di alcuni tumori, come l'azione protettiva di frutta, verdura, di una dieta povera di grassi e dell'attività fisica.

In Toscana fumano ancora quasi mezzo milione di uomini e più di 350.000 donne. Mentre per i maschi si è assistito ad una riduzione della prevalenza che è passata dal 36% nel 1986 al 30% nel 2000, per le femmine il fenomeno non ha subito variazioni nel periodo considerato (19%). In generale, assistiamo ad un comportamento diverso nei due sessi, che porta tendenzialmente le donne ad uniformarsi al modello maschile.

Si stima che circa 100.000 maschi e 50.000 femmine abbiano un'alta dipendenza da nicotina e che quindi necessitino di aiuto per smettere di fumare.

Da un'indagine condotta nel solo comune di Firenze risulta che circa il 30% della popolazione che non fuma è esposta a fumo passivo per più di due ore al giorno.

In Toscana la prevalenza di popolazione che non svolge nemmeno attività fisica leggera è importante, anche se minore di quella italiana (26% vs 31%). Inoltre, il 45% circa dei maschi e il 30% delle femmine sopra i 18 anni sono in sovrappeso, cui si aggiunge, rispettivamente nei due sessi, un 7.5% e un 6.5% di persone francamente obese.

Al 2000, il 56% delle donne e il 74% degli uomini sopra i 14 anni dichiara di bere con regolarità almeno una bevanda alcolica. L'organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.) indica i limiti di 40 gr/die per gli uomini e di 20 gr/die per le donne come soglia massima consigliata. In Toscana fra coloro che bevono, il 13% supera tali soglie, anche se solo l'1% può essere considerato un bevitore ad alto rischio.

La Toscana è stata senza dubbio una delle Regioni in cui la cultura della prevenzione e della offerta degli screening pubblici ha operato da più lungo tempo ed ha prodotto risultati rilevanti in termini di partecipazione e di controllo di qualità.

In particolare, la diagnosi precoce di alcune neoplasie (mammella, utero) ha consentito l'incremento di procedure meno invasive, anche se in alcune realtà sono da perfezionare le relazioni tra le strutture di screening e quelle di diagnosi e cura.

Gli obiettivi e le azioni

Nel prossimo triennio la Giunta regionale si impegna a valorizzare la visibilità della rete oncologica e la sua unicità di governo. Tale azione comporta il consolidamento dell'I.T.T., che svolge la funzione primaria di promuovere una qualità omogenea delle prestazioni assistenziali. L'I.T.T. inoltre è impegnato nel prossimo triennio a sviluppare la ricerca:

- nel settore della qualità dei servizi e delle cure, utilizzando casistica regionale e articolando l'attività sulle strutture della rete con obiettivi condivisi e tra loro coerenti;
- nel settore del rischio oncologico su base genetica, sia in termini di sviluppo ed implementazione di metodiche di identificazione dei soggetti ad elevato rischio e conseguente sorveglianza clinica, sia mediante l'eventuale allestimento di un registro regionale delle famiglie con queste caratteristiche;
- nella sperimentazione a livello di area vasta di metodiche diagnostiche e terapeutiche innovative.

Nell'ambito delle funzioni dell'I.T.T. si ritengono in particolare strategici e prioritari l'appoggio alle iniziative di prevenzione primaria ed il rafforzamento della diagnosi precoce delle neoplasie, quest'ultimo uno degli strumenti più significativi per il miglioramento della prognosi.

Prevenzione primaria in ambito scolastico e della popolazione generale.

Qui di seguito si elencano le azioni previste nel triennio.

- Messa a punto e valutazione di interventi di prevenzione primaria sugli stili di vita, in attuazione del protocollo d'intesa fra Regione Toscana e direzione scolastica regionale e nei confronti della popolazione generale, inserendo tali interventi nell'ambito dei piani integrati di salute a livello locale:
 1. Lotta al fumo, con particolare attenzione alle donne e alle fasce giovanili:
 - prevenzione dell'abitudine al fumo di sigaretta con azioni mirate per la popolazione adolescente;
 - disassuefazione dal fumo di sigaretta attraverso l'azione dei medici di medicina generale ed il consolidamento della rete dei centri antifumo;
 - riduzione della esposizione al fumo passivo, attraverso l'azione di promozione e controllo nelle strutture di diagnosi e cura ed in tutti i luoghi pubblici, per una completa applicazione della legge nazionale.
 2. Promozione di una cultura del movimento anche ai fini del controllo del peso, e del consumo di alimenti protettivi soprattutto di produzione locale, quali vegetali, legumi, pesce azzurro, olio extravergine di oliva, come specificato nel progetto speciale "Alimentazione e salute".
 3. Promozione dell'empowerment della popolazione attraverso interventi finalizzati a ridurre l'uso eccessivo di alcool e la prevalenza di forti bevitori, anche in collaborazione con il centro alcologico regionale.
 4. Riduzione della eccessiva esposizione al sole soprattutto nei primi decenni di vita attraverso una rinforzata azione di informazione, coinvolgendo in tal senso i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Al fine di rendere più efficaci le azioni di prevenzione primaria che saranno intraprese dalle aziende sanitarie in collaborazione con i diversi soggetti nell'ambito dei piani integrati di salute, l'I.T.T. promuove l'utilizzo della metodologia della valutazione di efficacia, anche attraverso l'uso, quando possibile, di studi controllati, secondo la tecnica della E.B.P. (evidence based prevention), utilizzando a tal fine le competenze metodologiche presenti in regione.

Prevenzione secondaria.

Obiettivo del triennio è l'estensione territoriale e l'aumento della partecipazione alle attività di screening per i tumori della cervice, mammella e colon-retto, secondo quanto specificato in tabella.

		MAMMOGRAFICO %		CITOLOGICO % (1)		COLO-RETTALE %	
		Estensione	Partecipazione	Estensione	Partecipazione	Estensione	Partecipazione
TOSCANA	1999	63.3	59.6	61.2	27.5	-	-
	2000	74.5	60.3	68.9	34.0	21.0	39.0
	2001	77.8	62.7	76.8	34.7	22.1	41.0
	2002	81.4	70.6	76.9	38.7	36.8	47.8
ITALIA	2001	47.2	56.5	52.0	42.2	-	-
OBIETTIVO NEL TRIENNIO		100	80	100	60	100	70

(1) Per lo screening citologico gli obiettivi si riferiscono alla risposta all'invito programmato. Sarà comunque necessario che la copertura (almeno 1 pap-test negli ultimi 5 anni sia del 90%)

Gli obiettivi si realizzano:

1. con un più preciso e responsabile ruolo di coordinamento operativo del C.S.P.O.. A tal fine è prevista una integrazione in service del C.S.P.O. per le aree carenti di strutture organizzative e professionali;
2. attraverso la rete dei medici di medicina generale e, quando necessario, le organizzazioni di volontariato, per promuovere la partecipazione attraverso specifiche campagne.

E' inoltre obiettivo del triennio per l'I.T.T. la promozione di una migliore integrazione sul piano della presa in carico tra screening e successivo percorso di approfondimento diagnostico e di terapia, attraverso la definizione di procedure standardizzate di accoglienza dei cittadini positivi allo screening.

Prevenzione primaria e secondaria del melanoma

L'I.T.T. si impegna ad attivare una nuova strategia per affrontare tale bisogno di salute, tenendo conto delle seguenti necessità:

- divulgare la cultura della prevenzione primaria e secondaria del melanoma;
- diffondere le indagini diagnostiche di primo livello nelle strutture periferiche coinvolgendo le strutture territoriali e soprattutto i medici di medicina generale;
- accelerare i percorsi per la diagnosi specialistica ed avvicinarli ai cittadini;
- integrare lo specialista con il medico di medicina generale.

Il programma si basa sull'educazione sanitaria della popolazione, sulla formazione dei medici di medicina generale affinché svolgano la funzione di filtro e sullo sviluppo della rete di ambulatori dedicati. La Giunta regionale, sulla base di uno specifico protocollo a cura dell'I.T.T, si impegna nel triennio a stabilire le linee per l'attuazione del progetto da parte delle aziende sanitarie.

Al fine di rendere più efficaci gli interventi di screening, l'I.T.T. si impegna ad estendere la registrazione dei tumori oggetto di screening a livello regionale, come supporto per la analisi di efficacia degli interventi. Per quanto riguarda i tumori professionali, data la loro relativa rarità, si prevede la istituzione di un registro centralizzato regionale (centro operativo regionale – C.O.R.).

La Regione stabilisce, nell'ambito del riparto delle risorse previsto dal presente piano sanitario regionale, le risorse assegnate per la realizzazione della presente azione.

La valutazione

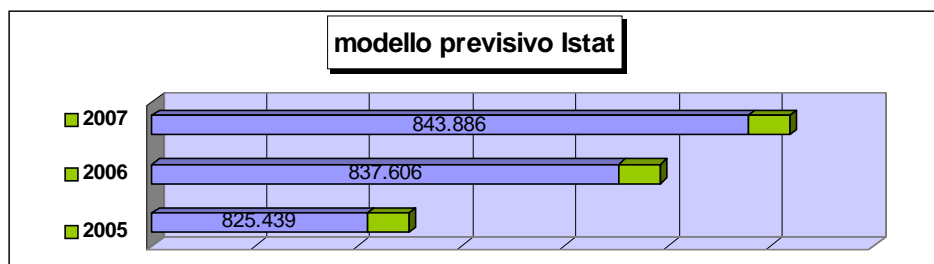
La valutazione dei risultati raggiunti è compito dell'I.T.T. per quanto riguarda la estensione degli screening, la razionalizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e la attivazione e risultati dei progetti di ricerca e dei nuovi sistemi informativi oncologici (registri). La efficacia degli interventi di prevenzione primaria viene valutata a livello regionale dall'agenzia regionale di sanità attraverso la verifica degli stili di vita, che sarà oggetto di comunicazione nella relazione sanitaria regionale. Inoltre, i singoli progetti di prevenzione attivati nell'ambito dei piani integrati di salute saranno valutati sulla base di specifici indicatori, secondo quanto previsto dalla E.B.P..

3.2.2. Attivazione di interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana

Analisi del quadro attuale

Analisi demografica

Attualmente la popolazione toscana ultrasessantacinquenne è di 785.865 (di cui 378.964 >75) Si prevede che saranno circa 825.439 i cittadini toscani con 65 anni o più nel 2005, e di questi circa 407.079 avranno 75 anni o più.



I dati ISTAT (censimento 2001) evidenziano come circa 220.000 di questi soggetti siano privi di coniuge (in gran parte vedove) e quasi 120.000, vivono in famiglie unipersonali, cioè da soli. Questo dato tende inoltre a crescere percentualmente al crescere dell'età.

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.

Questo fenomeno amplia la domanda e richiede l'assunzione di politiche integrate che assicurino comunque la qualità della vita mantenendo per quanto possibile le persone nel proprio ambiente di vita.

Punti di debolezza

Disomogeneità offerte e condizioni geografiche complesse. Interventi scoordinati, frammentari, non incisivi. Aumento di beneficiari in tendenziale aumento.

Rischi

Generare ricoveri ospedalieri impropri ; maggior ricorso all'istituzionalizzazione.

Il progetto

Punti di forza

Sviluppo interventi/azioni nei confronti di "Anziani fragili" in modo da prevenire o ritardare la non autosufficienza; promozione, per quanto possibile, del mantenimento di queste persone nel proprio ambiente di vita; sostegno ad una comunità, ad un territorio che devono attivare prevenzione e quindi offrire continue opportunità e costruire un progetto di qualità di vita attraverso una rete concreta di sostegno e di supporto alla persona anziana e alla sua famiglia;

Opportunità

Sperimentazione di percorsi innovativi, quali azioni/interventi di "sorveglianza attiva"; sostegno al percorso della domiciliarità per le persone a rischio attraverso una rete di supporto che veda la partecipazione solidale delle risorse formali e informali della comunità locale; offerta di risposte differenziate e flessibili come strumenti per promuovere e mantenere concretamente il rispetto della domiciliarità e della qualità della vita.

Valutazione

Definizione di un setting informativo; valutazione dei fattori di rischio anche attraverso l'acquisizione di dati epidemiologici, patogenetici e socio demografici; verifica e valutazione dei risultati come metodologia costante; valutazione degli effetti sulla salute rispetto a situazioni bioclimatiche particolari.

Obiettivi generali

In continuità con quanto previsto nel piano regionale di sviluppo 2003-2005, Vivere bene in Toscana, nel piano integrato sociale regionale, punto 6, e nel piano sanitario regionale 2002-2004 (punto 5.3.1.1.) sono promosse specifiche azioni di sostegno dei soggetti anziani fragili, sia per quanto riguarda la situazione clinica del paziente sia per quanto riguarda la sua condizione sociale. Non vi è dubbio che condizioni sociali quali quelle descritte precedentemente (abitare da soli) indeboliscono sensibilmente la capacità di far fronte ad eventi critici, di carattere sanitario, ambientale, sociale. Una condizione specifica è rappresentata dagli esiti delle cosiddette "ondate di calore" che hanno causato in alcuni anni sensibili incrementi della mortalità degli anziani nel periodo estivo. Il progetto regionale di "Promozione di interventi di salute nei confronti degli anziani nel periodo estivo" - all'interno della rete dei servizi - ed in particolare la sperimentazione di azioni di sorveglianza attiva - può assumere una valenza generale sia per quanto riguarda le variazioni climatiche che per le metodologie applicate.

Obiettivi specifici

Promuovere interventi e maggiori opportunità nei confronti della popolazione ultrasettantacinquenne, in condizioni di solitudine e di possibile difficoltà che può aver bisogno di informazione, orientamento, aiuti e sostegni per continuare a vivere nel proprio contesto di vita.

Conoscere, orientare, assistere una quota di popolazione ritenuta a rischio stimabile in 15.000 unità di soggetti ultrasettantacinquenni.

Risultati attesi

- Riduzione dei ricoveri impropri, del ricorso all'istituzionalizzazione, dei decessi nel periodo estivo per gli anziani ultrasettantacinquenni, in condizione di solitudine e di possibile difficoltà; erogare servizi innovativi e risposte differenziate e flessibili; integrare le varie risorse (istituzionali, professionali e quelle presenti nella comunità locale); stabilire procedure condivise tra gli operatori dei servizi sanitari e sociali per gli interventi da realizzare a supporto della domiciliarità; maggior coordinamento degli interventi e migliore utilizzo delle risorse; realizzazione di uno specifico basamento informativo per la individuazione dei soggetti a rischio; portare a regime stabile questa prima sperimentazione, estate 2004, all'interno della rete dei servizi e sviluppare/realizzare azioni anche per situazioni di rischio legate ad altre situazioni bioclimatiche particolari, per esempio estendendo il progetto nel prossimo periodo invernale con il coinvolgimento delle comunità montane; prevedere la revisione degli strumenti e di alcune modalità di intervento.
- Definizione di strumenti di intervento e di monitoraggio omogenei a supporto degli obiettivi da raggiungere per garantire al cittadino anziano - a parità di bisogno - di ottenere un trattamento omogeneo indipendentemente dal territorio in cui abita.

Modalità di intervento

Gli obiettivi posti potranno realizzarsi grazie ad un alto livello di integrazione interistituzionale, in particolare tra comuni e aziende sanitarie, ed interprofessionale, in particolare tra i medici di medicina generale ed i servizi sociali territoriali di base, attraverso l'attivazione di programmi - progetti volti a prevenire o ridurre la non autosufficienza.

L'integrazione interistituzionale, si consegue tramite la definizione di programmi-progetti territoriali integrati. La materia è senz'altro adatta alla sperimentazione di piani integrati di salute, che vedano nella loro realizzazione l'apporto non solo di comuni e delle aziende unità sanitarie locali ma anche di soggetti del terzo settore, in modo specifico del volontariato con i quali possono essere sottoscritti appositi protocolli.

L'integrazione professionale si realizza tramite la collaborazione del medico del servizio sanitario regionale e degli operatori sociali. Il piano integrato sociale regionale, dovrà prevedere specifiche risorse da assegnare alle zone nonché le modalità di riparto.

I progetti già sono attivati in forma sperimentale nell'estate del 2004 al fine di individuare soggetti anziani con caratteristiche di fragilità.

La realizzazione degli interventi, esclusi quelli che hanno specifiche caratteristiche professionali sanitarie o sociali, è assicurata, prevalentemente, attraverso l'attivazione di programmi e/o progetti che si avvalgono della collaborazione e del coinvolgimento del terzo settore e della costruzione, sviluppo ed il sostegno di reti locali. Si ritiene comunque, che non sia necessario né opportuno individuare nuovi profili professionali (ad esempio i cosiddetti custodi sociali), ma valorizzare modalità di aggiornamento degli operatori per interventi sperimentali.

Gli interventi dovranno:

- essere di livello zonale;
- acquisire una periodicità stagionale per meglio individuare le soluzioni organizzative ed operative da avviare;
- conoscere le disponibilità esistenti nella rete dei servizi e la possibilità effettiva di attivarne l'utilizzo, con tempestività;
- individuare le persone anziane, ultrasettantacinquenni, in condizioni di solitudine e di possibile difficoltà ed istituire una banca dati conoscitiva;
- assicurare la presa in carico attraverso la personalizzazione dell'intervento e la continuità del percorso assistenziale con l'obiettivo di rispettare quando possibile la domiciliarità;

- predisporre progetti personalizzati integrati con gli altri operatori, pubblici e privati, e con gli altri interventi (accompagnamento, pasto a domicilio, soggiorni estivi, ecc.) allo scopo di fornire aiuto nelle azioni della vita quotidiana ;
- prevedere interventi di comunicazione e di informazione esplicitati nelle carte dei servizi aziendali;
- prevedere come azione specifica di promozione, prevenzione, di sostegno, all'interno della rete dei servizi, l'attivazione in ogni zona di un servizio telefonico e con la collaborazione ed il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e del terzo settore, che abbia le caratteristiche di essere:
 - collegato e coordinato con i servizi di teleassistenza e telesoccorso già attivi;
 - contattabile dall'utenza per informazioni sui servizi e per raccogliere segnalazioni;
 - attivo in termini di sorveglianza nei confronti dei soggetti "fragili "identificati sulla base delle caratteristiche previste da progetti personalizzati.

Dovranno essere assunti protocolli di counseling telefonico che assicurino, in particolare:

- requisiti di sicurezza e riservatezza;
- modalità di comportamento;
- criteri per il trasferimento delle necessarie segnalazioni al MMG, ai servizi sociali e sanitari territoriali, ai servizi di emergenza-urgenza.
-

Azioni

Predisposizione di atti formali contenenti indirizzi e assegnazione di risorse alle zone socio sanitarie; predisposizione di protocolli intesa (con organizzazione sindacali della medicina generale e con le organizzazioni sindacali dei pensionati, con Anci); supporto ai comuni e alle aziende unità sanitarie locali; concertazione interistituzionale (Regione, Comuni, Aziende, Ministero); istituzione di un gruppo di lavoro interno alla Regione ed esterno coinvolgendo operatori del territorio; convenzione con l'Università per monitorare costantemente la situazione bioclimatica; predisposizione schede di monitoraggio, invio alle zone e valutazione degli esiti; verifica dei progetti presentati dalle zone; decreti di impegno e liquidazione concertazione con Anci/sindacati dei pensionati e dei medici predisposizione schede per i medici (a cura dell'A.R.S.); comunicazione e informazione (servizio regionale); diffusione linee guida del Ministero della salute per preparare piani di sorveglianza e risposta verso gli effetti sulla salute di ondate di calore anomalo; elaborazione di informazioni sugli stili di vita e di suggerimenti da fornire al cittadino anziano in caso di condizioni bioclimatiche particolari.

Sintesi degli interventi messi in atto sul territorio e individuazione delle buone pratiche, diffusione ed informazione rispetto alla sperimentazione Progetto estate 2004; estendere il progetto durante il periodo invernale coinvolgendo le comunità montane; verifica e valutazione dei risultati come metodologia costante.

Tempificazioni delle azioni

Azioni e tempi

<p>Settembre/ottobre, sintesi e valutazione del Progetto estate anziani; marzo/aprile nuova programmazione.</p> <p>Ottobre, programmazione del Progetto invernale o di situazioni bioclimatiche particolari e aprile/maggio sintesi e valutazione.</p>
--

Strumenti esistenti e da migliorare

- scheda di identificazione di tipo socio sanitario o sociale dei "soggetti a rischio" da parte dei medici di medicina generale;
- schede di monitoraggio sugli esiti degli interventi di sorveglianza attiva all'interno della rete dei servizi territoriali a supporto della domiciliarità.

Attori coinvolti

Protezione civile.
Ministero della salute.
A.R.S., A.R.P.A.T..

Operatori aree di coordinamento afferenti alla direzione generale diritto alla salute e politiche di solidarietà della Regione Toscana.
Aziende unità sanitarie locali.
Assessori Comuni.
Anci /U.R.P.T..
Organizzazioni sindacali dei medici.
Organizzazioni sindacali dei pensionati.
Università.
Terzo settore.
Medici di medicina generale.
Operatori dei comuni, delle aziende unità sanitarie locali e del terzo settore.

Sistema di monitoraggio

Per monitorare il processo messo in atto rispetto al progetto “ estate anziani”, dalla Regione sono state predisposte tre schede con l’individuazione dei criteri volti a conoscere la quota di popolazione “assistita” ultrasessantacinquenne, in condizioni di solitudine e di possibile difficoltà.

- Scheda A: è volta a conoscere il numero dei soggetti che, mensilmente, hanno usufruito dei servizi telefonici attivati in ogni zona socio sanitaria;
- Scheda B: è volta a conoscere il numero totale dei soggetti seguiti, mensilmente, nei servizi di sorveglianza attiva, di assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), in A.D.P., in residenze sanitarie assistenziali (RR.SS.AA.);
- Scheda C: è volta a conoscere sia il numero totale dei soggetti seguiti sia il numero delle prestazioni offerte mensilmente.

3.2.3. Il controllo e la cura del dolore come diritto del cittadino

Quadro analitico

Non provare dolore inutile è un diritto di ogni cittadino. Questo principio basilare deve trovare applicazione sia nelle strutture ospedaliere, incluso il pronto soccorso, che sul territorio compreso l’ambito domiciliare. Il controllo del dolore dovrà essere attivato in tutte le strutture del servizio sanitario della Toscana e in tutte le fasi del percorso assistenziale e in tutte le fasi della malattia. La lotta al dolore deve coinvolgere tutto il sistema e tutti gli operatori: ciascun medico è responsabile del trattamento del dolore del proprio paziente.

Il dolore non è una fatalità, si può prevenire e trattarlo. Talvolta il dolore può essere collegato ad una malattia ma può anche esser provocato dai trattamenti sanitari che il medico deve usare per diagnosticare o curare la malattia. Il dolore può essere un segnale d’allarme utile per la comprensione della malattia, ma anche in questo caso deve essere contenuto nel tempo strettamente necessario; molti dolori sono inutili e devono essere eliminati. Il dolore può essere aggravato da situazioni di disagio nei rapporti con gli altri: ne scaturisce una situazione che deve essere riconosciuta come problema e trattata non solo farmacologicamente. Per capire e trattare il dolore è indispensabile la collaborazione del paziente in quanto il dolore è diverso per ogni individuo. E’ importante quindi che il dolore venga comunicato per come viene percepito; solo chi lo prova può essere in grado di esprimerlo e deve essere creduto.

Ogni cittadino ha dunque il diritto di conoscere le modalità, i servizi e le tipologie di trattamento del dolore cui può accedere in modo confidenziale e gratuito. Ogni operatore sanitario ha il dovere di prendersi cura del dolore dei cittadini.

Ogni medico ha il dovere di porre attenzione al dolore manifestato dai propri pazienti, di prendere in carico tale problema, di conoscere i relativi trattamenti per prevenirlo e combatterlo nel modo più adeguato ed efficace.

Purtroppo la situazione in Italia è preoccupante, secondo quanto riferito dai pazienti ricoverati e dai dati nazionali riguardo ai consumi dei farmaci oppioidi, prevale l’opinione che il dolore sia il compagno inevitabile dell’iter diagnostico e terapeutico, sintomo innocuo di una malattia, sia acuta sia cronica.

Scenari di riferimento e obiettivi generali

Strutture ospedaliere

Allo scopo di risolvere questo problema alcuni anni fa, sulla scia di progetti internazionali e su indicazione dell'organizzazione mondiale della sanità, furono elaborate linee guida ministeriali per la realizzazione di un ospedale senza dolore. Nella regione Toscana il progetto ospedale senza dolore, cui hanno aderito tutte le aziende sanitarie, si è inserito nel più vasto programma H.P.H. (Health Promoting Hospital), promosso dall'O.M.S.. La strategia per la realizzazione di questo progetto, si sviluppa attraverso una serie di azioni, identificate come requisiti minimi, passi graduali da perseguire in cinque anni secondo un cronogramma a cui i vari ospedali della regione Toscana dovranno ottemperare con modalità e tempi diversificati per ogni azienda.

Sono stati istituiti in tutti gli ospedali della Regione Toscana i comitati ospedale senza dolore (C.O.S.D.) che hanno le seguenti finalità:

- assicurare un osservatorio specifico del dolore nella struttura ospedaliera;
- coordinare l'azione delle differenti équipe e la formazione del personale medico e non medico;
- promuovere gli interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare della morfina, in coerenza con le indicazioni fornite dall'O.M.S., assicurando inoltre la valutazione periodica del loro consumo;
- coordinare le varie iniziative per la lotta al dolore;
- informare la cittadinanza in tema di cura del dolore;
- promuovere protocolli di trattamento delle differenti tipologie di dolore;
- favorire l'inserimento della misurazione del dolore nelle cartelle cliniche;
- effettuare una valutazione periodica dei risultati raggiunti.

La composizione del C.O.S.D. è regolata da specifici requisiti e comunque deve necessariamente prevedere la presenza di:

- un referente della direzione sanitaria;
- esperti nella terapia del dolore;
- esperti nel dolore post-operatorio;
- rappresentanti delle diverse aree ospedaliere, con particolare riferimento al personale infermieristico;
- rappresentanti del volontariato e delle organizzazioni di tutela.

Il territorio

Il dolore nella vita quotidiana deve ricevere la stessa attenzione di quello sofferto negli ospedali e deve costituire uno degli aspetti più importanti nella valutazione della qualità della vita delle persone che ne sono colpite. La collocazione in fascia A (a totale carico del S.S.R.) dei farmaci analgesici per il dolore di qualunque tipologia (Delibera G.R.T. n. 1048/2003) deve trovare un adeguato riscontro nella capacità dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta di prescriberli per ridurre la sofferenza fisica, in special modo nelle malattie croniche senza guarigione possibile. L'aggiornamento professionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta in tema di cura del dolore è obiettivo fondamentale del presente piano. Grande attenzione deve essere dedicata alla fase terminale delle patologie ad andamento evolutivo infausto, non rappresentata soltanto dalla malattia oncologica. Il dolore occupa grande parte della sofferenza totale caratterizzata dalla perdita della posizione sociale, del prestigio, del ruolo in famiglia, del controllo del proprio corpo e dalla paura della morte.

La rete aziendale per le cure palliative costituita da un'aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali (Delibera G.R.T. n. 996/2000) deve essere in grado di rispondere in maniera olistica ai bisogni complessivi dei pazienti. L'intervento si articola nelle seguenti linee organizzative differenziate e nelle relative strutture dedicate alle cure palliative:

- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare integrata, erogata anche nelle sedi sostitutive del domicilio del malato;
- assistenza domiciliare specialistica;
- ricovero ospedaliero in regime ordinario o di day hospital;

- assistenza residenziale nei centri di cure palliative.

Nel percorso di cura del paziente particolare importanza riveste la rete di Hospices in via di realizzazione sul territorio regionale. La disponibilità di circa 200 posti letto più 8 in regime diurno, collocati in 16 strutture, sarà in grado di offrire nuove opportunità di trattamento in cui dovrà essere garantita una buona qualità della vita, nel rispetto della dignità delle persone. Questa importante innovazione, il suo approccio olistico e personalizzato quale risposta ai bisogni complessivi del malato e della sua famiglia, deve trovare una sua collocazione all'interno del percorso assistenziale del malato nelle fasi terminali della vita.

Gli obiettivi generali

Lo sviluppo di azioni sul tema della lotta al dolore richiede una strategia generale di intervento che partendo dal livello regionale investe l'area vasta e le singole aziende, i loro presidi ospedalieri, le strutture territoriali, il domicilio.

Ogni cittadino che si rivolga ad una qualsiasi struttura ospedaliera del servizio sanitario della Toscana troverà degli infermieri che misureranno almeno tre volte al giorno il dolore, così come già accade ad esempio per la febbre, ed a seconda del livello di dolore riscontrato ci sarà un intervento terapeutico a seconda dei protocolli di reparto. Inoltre sarà possibile avere adeguate informazioni sul fatto che in ospedale il dolore non è un evento inevitabile e che c'è sempre un modo per alleviare la sofferenza.

Identico obiettivo si pone nell'assistenza territoriale e domiciliare dove si concentrano le situazioni terminali e le patologie alla base del dolore cronico con il suo forte impatto sulla qualità della vita di tanta parte della popolazione. Al medico di famiglia, anche con il supporto del personale infermieristico dell'A.D.I., viene richiesta una nuova attenzione al problema, un impegno all'utilizzazione di strumenti per la misurazione del dolore, un trattamento efficace dello stesso, avvalendosi, ove necessario, dell'esperienza dei C.O.S.D..

Saranno intraprese specifiche intese con il sistema universitario affinché fin dalla formazione di base siano inseriti elementi di preparazione dei futuri operatori del sistema sanitario regionale sul tema del dolore inutile. Saranno sviluppate le azioni di cure palliative e i processi di integrazione tra ospedale e territorio con la forte integrazione dei medici di medicina generale.

Nell'ottica di alleviare gli stati di sofferenza e di dolore anche nei pazienti non oncologici, appare necessaria l'evoluzione delle unità di cure palliative (U.C.P.) verso la costituzione di team multiprofessionali e multidisciplinari in grado di affrontare le problematiche poste da pazienti cardiologi, neurologi, respiratori, o comunque affetti da malattie croniche degenerative ad andamento evolutivo.

Le realtà locali dove si è già maturata esperienza di organizzazione multiprofessionale e multidisciplinare possono essere impiegate come zone di sperimentazione per ricercare i modelli attuativi più idonei a raggiungere il governo clinico delle malattie croniche in fase avanzata. In queste zone i team già costituiti potranno sperimentare nuovi modelli operativi ed organizzativi.

Le azioni programmate

Etica e Diritti

La Regione produce una dichiarazione d'intenti, una carta per il trattamento del dolore come diritto per i pazienti. Promuove la conoscenza, diffusione e visibilità dei contenuti del P.S.R., per quanto pertinente al dolore.

L'azienda sanitaria dichiara il suo impegno per il trattamento del dolore nella propria mission e nella carta dei servizi. Viene data attuazione alla Carta di Pontignano e al Manifesto Etico "Contro il dolore non necessario".

Valutazione del Dolore

La Regione delibera l'adozione e integrazione nella documentazione clinica di strumenti informativi per la rilevazione del dolore - anche a partire da sperimentazioni - che dovrà essere registrato periodicamente (almeno tre volte al giorno).

L'azienda sanitaria predispone, adotta e documenta l'uso di adeguati strumenti di misurazione del dolore, integrati con le cartelle cliniche.

La misurazione sistematica del dolore in ogni paziente, eseguita almeno tre volte al giorno se il paziente è ricoverato, è l'iniziativa cardine del progetto. Essa mira a dare una visibilità al dolore al pari degli altri segni vitali ed è il presupposto per il conseguente trattamento. Potrà essere eseguita mediante l'uso di una scala unidimensionale atta a valutarne l'intensità come la scala numerica decimale, come quella già distribuita nell'ambito del progetto HPH ospedale senza dolore (per i bambini, per i pazienti portatori di handicap neurologici e per i pazienti in coma andranno usate scale specifiche). I valori riferiti devono essere registrati sulla cartella clinica. La semplicità di somministrazione delle diverse scale di misurazione non solo da parte degli infermieri ma anche dei familiari permette di estendere l'esperienza anche nel territorio e a domicilio con il diretto impegno del medico di famiglia.

Competenza degli operatori

In accordo con il sistema universitario, saranno trattate nell'ambito della formazione di base le tematiche relative al controllo del dolore sia attraverso moduli formativi di base sia inserendo in tutti i corsi specialistici, specifici segmenti formativi articolati per patologia.

Nei programmi di formazione continua obbligatoria aziendale e di area vasta dovranno essere presenti proposte formative specifiche per il controllo del dolore in ospedale (progetto ospedale senza dolore) e nel territorio, rivolte a tutti gli operatori, compresi i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

La rilevazione periodica dei bisogni formativi nell'ambito della cura al dolore, così come le indagini di prevalenza nei pazienti ricoverati in ospedale o al proprio domicilio, rappresenta il punto qualificante attraverso cui pianificare l'azione formativa. Al fine di configurare la formazione di équipe multiprofessionali per la necessaria presa in carico del malato con dolore, si favorisce la partecipazione congiunta di medici e infermieri ad attività formative.

Alle attuali conoscenze sull'epidemiologia regionale del dolore come rilevato dai questionari di prevalenza sul dolore chirurgico effettuato nell'ambito del progetto HPH - ospedale senza dolore dovranno seguire altre rilevazioni di base:

- rilevazione di prevalenza nei reparti medici al fine di dare concretezza e quantizzare l'entità del problema;
- rilevazione della modalità attuali di trattamento del dolore, per poter giudicare criticamente le prassi in atto ed elaborare le modifiche da proporre;
- rilevazioni delle attitudini e conoscenze di medici e infermieri, per poter pianificare gli interventi formativi in base alle carenze riscontrate.

Alle rilevazioni devono seguire gli interventi formativi. Questi dovranno vedere la partecipazione congiunta di medici e infermieri, in modo da configurare la formazione di una équipe multiprofessionale, necessaria per la presa in carico del malato con dolore. Il programma formativo si baserà sulle lacune evidenziate nella preparazione dei professionisti riguardo l'approccio e il trattamento del malato con dolore. Particolare importanza sarà data anche agli aspetti relazionali e alla comunicazione con il paziente.

Trattamento del dolore

Una volta assicurata una formazione omogenea e sanciti i principi di lavoro in équipe, all'interno delle singole strutture dovranno essere elaborate linee di comportamento e protocolli condivisi per l'approccio al malato con dolore.

La Regione promuove la produzione di linee guida regionali per il controllo del dolore con il coinvolgimento di tutte le professionalità interessate e con ampia partecipazione di professionalità infermieristiche. L'azienda predispone, adotta, documenta e valuta l'applicazione di protocolli di trattamento (farmacologico e non) del dolore secondo criteri evidence-based e definisce le risorse per la loro applicazione.

Viene promossa la cura degli aspetti psicologici del dolore, sia fornendo attenzione a tutte le dimensioni che possono portare disagio e sofferenza nel paziente, sia nell'applicazione e diffusione di tecniche non farmacologiche e di supporto per il controllo del dolore.

Secondo l’O.M.S. il consumo pro capite di morfina è un indicatore primario della qualità della terapia del dolore cronico da cancro ed altre patologie con dolore severo. Da quando l’O.M.S. si è impegnata nella campagna di “lotta al dolore inutile” si è registrato un progressivo aumento del consumo di morfina nei paesi che già avevano un alto livello di utilizzo. In quelli che ne facevano un basso uso, invece, non si è registrato alcun cambiamento. L’Italia è tra questi paesi e, anzi, occupa uno degli ultimi posti nel consumo terapeutico di oppioidi. I dati di uso dei farmaci oppioidi erogati nel confronto tra Italia e Toscana portano ad evidenziare che il numero di confezioni per 1000 abitanti è di 16 in Italia e di 24 in Toscana. Si tratta comunque di un dato insoddisfacente; è quindi prioritario per un adeguato trattamento farmacologico del dolore che il consumo pro capite di morfina e degli altri oppioidi aumenti e si allinei agli standard europei. Inoltre, saranno intraprese iniziative per il ritiro dei ricettari specifici per la prescrizione di oppioidi secondo la legge 12/2001 e successive modifiche, che ha introdotto semplificazioni per agevolare la prescrizione dei farmaci oppioidi.

Informazione/educazione di pazienti e familiari

La Regione attua iniziative di informazione per i cittadini, anche in collaborazione con associazioni e rappresentanze a livello regionale, sviluppando inoltre iniziative con le scuole, all’interno dello specifico protocollo stipulato tra Giunta regionale e direzione scolastica regionale. L’azienda predispone, distribuisce e promuove l’uso di strumenti informativi e interventi educativi per pazienti e familiari.

I cittadini devono venire coinvolti nel progetto con un’adeguata informazione. Parimenti vanno informati i malati all’entrata e alla dimissione dall’ospedale sulle modalità di usufruire del loro diritto a non soffrire dolori inutili.

Monitoraggio e valutazione

La Regione predispone, attraverso l’istituto dell’accreditamento, i requisiti cui le aziende dovranno far riferimento per lo sviluppo del progetto “Il controllo e la cura del dolore come diritto del cittadino” e valuta formalmente i risultati degli interventi attuati a livello delle singole aziende. L’inadeguatezza delle singole aziende in tema di cura del dolore – valutata attraverso indicatori noti, quali registrazione del dolore in cartella clinica, customer satisfaction, indice di esposizione, prescrizione di analgesici oppioidi domiciliari etc – comporterà penalizzazioni nell’ambito di programmi anche di carattere economico.

L’azienda attua periodiche indagini (prevalenza, soddisfazione, competenze, ricettari per la prescrizione degli analgesici oppiacei ritirati dai medici di famiglia, disponibilità dei farmaci e loro consumo, attuazione di protocolli) per la valutazione complessiva dei risultati del progetto.

Obiettivi specifici

1) Valutazione del dolore nei reparti ospedalieri

Nel triennio sarà portato a regime in tutti i reparti ospedalieri il sistema di misurazione del dolore avviato dall’esperienza dell’ospedale senza dolore. La tempistica di adeguamento è espressa dalla seguente tabella.

2005	50% dei reparti	Con priorità nei Pronto Soccorso, nelle Chirurgie, nelle Traumatologie e nelle Oncologie
2006	70% dei reparti	
2007	100% dei reparti	

Verranno fornite dalla Giunta regionale indicazioni circa i tempi e gli strumenti di attuazione del programma che dovrà prevedere anche l’inserimento della misurazione del dolore in cartella clinica.

2) Aumento del consumo di oppioidi

Nel triennio ci si pone l'obiettivo di avvicinamento agli standard europei. Saranno forniti indirizzi e linee guida alle aziende ai fini dell'incremento del consumo di oppioidi.

Tabella trend consumo oppioidi (confronto importi Italia - Regione Toscana)

	I sem 2001	I sem 2002	I sem 2003	I sem 2004
Regione Toscana	1.933.083,95	2.379.430,70	2.546.154,45	4.740.324,53
Italia	35.559.474,10	40.023.797,26	41.663.617,88	50.908.859,60
% RT/Italia	5,44%	5,95%	6,11%	9,31%

3) Programmi di formazione/informazione

Sarà data massima diffusione presso i cittadini dell'esistenza del diritto del controllo del dolore secondo specifici programmi che le aziende dovranno inserire nella carta dei servizi e nelle carte dei diritti da formulare in collaborazione e con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e di tutela.

Specifici programmi di formazione aziendale e di area vasta saranno mirati a promuovere presso tutti gli operatori sanitari la consapevolezza di questa fondamentale dimensione dell'umanizzazione.

4) Gli indicatori

Di esito:

consumo di oppioidi per mille abitanti.

Di processo:

numero complessivo di soggetti ricoverati ai quali è stata effettuata la misurazione del dolore su numero complessivo di soggetti ricoverati.

3.2.4. L'Odontoiatria: un percorso sostenibile

Quadro di riferimento ed obiettivi generali

In Italia come nei maggiori paesi industrializzati, si assiste ad un importante miglioramento della salute orale fortemente dipendente dal miglioramento e dalla maggiore attenzione rivolta alle banali norme igieniche.

E' un importante indice di risultato oltreché di processo la rilevazione fatta dall'O.M.S. del raggiungimento nel 2000 dell'obiettivo di un DMFT (denti cariati, mancanti, otturati, persi, evidenzia la quantità di carie e le sue conseguenze in bocca), pari al 2,12 e la fondata previsione di poter raggiungere, nel 2010, l'obiettivo di un DMFT pari o inferiore a 1. I dati nazionali confermano il trend positivo:

- circa l'80% dei bambini risultano esenti da carie contro il 90% che ne era affetto pochi decenni fa;
- la percentuale dei pazienti sopra i 20 anni senza sintomo di patologia è aumentato dal 19% al 42% negli ultimi 7 anni;
- i soggetti adulti che non necessitano di una terapia odontoiatrica, sono aumentati dal 10% del 1996 al 25% del 2000.

Questi dati sono il risultato di un mix di azioni che hanno un fulcro centrale nella promozione di stili di vita sani di cui il S.S.N. ormai da anni si è fatto sostenitore e confermano l'importanza di assicurare il massimo impegno nelle attività mirate alla prevenzione.

Contestualmente all'analisi di questo trend positivo, favorito anche dalle attività di prevenzione promosse dal sistema pubblico, si osserva una marginalità dello stesso sistema pubblico nella parte terapeutica assistenziale, in termini di prestazioni sanitarie odontoiatriche assicurate ai cittadini. Il servizio sanitario pubblico risponde infatti ad una percentuale molto bassa, pari a circa il 5%, della domanda espressa. Questa realtà, tra l'altro tipica di tutti i paesi con servizi sanitari universalistici, trova giustificazione prioritaria nella valutazione di "non urgenza" della generalità delle prestazioni

odontoiatriche. Conseguentemente a questa scarsa presenza del sistema pubblico si è affermata una forte presenza del privato: in regione Toscana a fronte di circa 100 odontoiatri pubblici si rilevano oltre 4000 odontoiatri privati.

La curva di domanda di prestazioni odontoiatriche, proprio in quanto prestazioni a bassa urgenza, è una curva caratterizzata da una elevata elasticità rispetto al prezzo, a differenza di quella relativa a servizi urgenti e essenziali, l'accesso alle medesime prestazioni è pertanto fortemente dipendente dal costo delle stesse. Questo motiva come, in questo settore a forte presenza del privato, i cittadini che accedono alle cure odontoiatriche siano una percentuale molto bassa, inferiore al 40%.

La forbice creatasi tra offerta pubblica e privata è difficile pensare possa essere recuperata mentre invece la Regione Toscana ritiene possibile recuperare una presenza pubblica mirata ad alcuni aspetti del settore.

Il Consiglio regionale ha approvata una sperimentazione (cfr. delibera n.163/2003), della durata di anni due (2004-2005) che prevede la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari con il compito prioritario, e finalità tra l'altro della stessa sperimentazione, di compiere una analisi attenta per definire la modalità di intervento pubblico ed elaborare strumenti che consentano un governo "sistemico" della domanda.

Gli ambiti che interessano la sperimentazione sono:

- la prevenzione, con particolare attenzione alla promozione di stili di vita sani, con interventi che interessano la prevenzione prenatale, la prevenzione primaria e secondaria. Tra gli interventi previsti si evidenzia l'assicurazione di protesi gratuite a soggetti in condizioni di disagio economico;
- la efficienza, qualità e appropriatezza delle prestazioni da assicurarsi con l'elaborazione di linee guida e di percorsi diagnostici e terapeutici secondo la medicina di provata efficacia e la definizione di criteri di priorità per gestire liste di attesa;
- l'accesso alle cure odontoiatriche con azioni che interessano il potenziamento della rete di offerta delle prestazioni anche creando sinergie con i soggetti privati.

Obiettivi specifici

La sperimentazione del progetto che si avvale anche di indagini epidemiologiche mirate a misurare la salute orale nei soggetti in età evolutiva, coordinata dal Meyer, e nei soggetti ultrasessantacinquenni, consentirà di delineare con maggiore appropriatezza i bisogni sanitari del settore e conseguentemente una allocazione delle risorse mirata a garanzia della efficacia e dell'efficienza del sistema. La Giunta regionale è impegnata ad adottare le azioni ritenute necessarie a seguito della valutazione degli esiti della sperimentazione da effettuarsi con il consiglio sanitario regionale, l'agenzia regionale di sanità e i professionisti di settore.

Gli esiti della sperimentazione e le azioni conseguenti si intendono comunque indirizzate, nel corso del triennio, verso i seguenti obiettivi specifici:

- la tutela dei soggetti in età evolutiva;
- la tutela dell'anziano fragile.

Azioni e strumenti di attuazione

Sono azioni prioritarie, da modulare con i risultati della sperimentazione al fine di coniugarne gli esiti con l'effettivo fabbisogno rilevato, quelle di seguito indicate:

- riduzione delle patologie odontoiatriche nei soggetti in età evolutiva
- Iniziative appropriate mirate alla riduzione ed alla prevenzione della carie nei soggetti in età evolutiva ed alla risoluzione di patologie ortodontiche;
- erogazione gratuita delle protesi ai soggetti ultrasessantacinquenni
- La sperimentazione richiamata prevede l'erogazione della protesi gratuita genericamente a soggetti con forte disagio economico e sociale. I soggetti intercettati che rispondono ai criteri definiti, nel corso del primo anno di sperimentazione, risultano nell'ordine di qualche unità; questo accesso ridotto rileva la necessità di ridefinire l'ambito di erogazione di questo servizio mirandolo più adeguatamente al bisogno;
- l'assistenza odontoiatrica ai non autosufficienti presso le strutture residenziali

Attivazione di un programma di assistenza odontoiatrica presso le strutture residenziali, nei limiti imposti dalla buona pratica clinica, rivolta prioritariamente ai soggetti non autosufficienti.

Indicatori

- numero di protesi assicurate ai soggetti ultrasessantacinquenni;
- numero di strutture residenziali in cui viene attivato il programma di assistenza sanitaria odontoiatrica;
- raggiungimento degli obiettivi O.M.S. per la salute orale in età evolutiva;
- numero di accessi alle prestazioni odontoiatriche;
- tempi di attesa rilevati.

3.2.5. Nascere in Toscana

Quadro analitico di riferimento

In Toscana, come risulta dall'analisi dei dati ricavati dai certificati di assistenza al parto e pubblicati dal ministero della salute, le donne sono adeguatamente seguite in gravidanza, preferiscono il sistema sanitario pubblico per il parto e la mortalità perinatale e neonatale sono ambedue piuttosto basse. Il 98,27% delle donne toscane partorisce in una struttura pubblica a fronte di una media nazionale dell'87%.

Nel 2002 in Toscana sono nati 28.226 bambini con un incremento di 486 unità rispetto al 2001 e con un decremento dei nati morti dell'1 per mille rispetto all'anno precedente.

I nati a termine con un peso inferiore a 2500 grammi sono dell'1,79% a fronte di una media nazionale del 2,05%.

Il numero dei neonati vivi con basso peso alla nascita è in lieve ma costante aumento grazie ai progressi fatti in termini di assistenza alle gravidanze a rischio.

Si registrano 600 nati affetti da malformazioni con una percentuale del 15% di gravidanze interrotte volontariamente a causa della diagnosi prenatale del difetto congenito.

La presenza in Toscana del registro regionale dei difetti congeniti permette inoltre di valutare l'andamento temporale e territoriale del fenomeno e assumere interventi di prevenzione specifici.

La maggior parte (80%) delle donne toscane eseguono durante la gravidanza più di quattro visite ginecologiche e 4,48 ecografie, mantenendosi nella media nazionale (4,51).

L'83% delle donne porta a termine la gravidanza con una percentuale di parti pretermine pari al 4,4% a fronte di una media nazionale del 6,3%, indice di una capacità dei servizi di assistere le situazioni a rischio.

Il numero di parti cesarei è uno degli indicatori per misurare la qualità delle cure alla nascita. L'O.M.S. raccomanda l'uso del taglio cesareo nel 10-15% dei parti. In Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica con una percentuale del 35,5%.

In Toscana la percentuale dei parti cesarei si attesta al 25% con una elevata variabilità tra le aziende sanitarie.

Dai dati sopra richiamati possono essere rilevati gli aspetti positivi presenti nella realtà toscana e i punti di debolezza su cui occorre lavorare. Il progetto si colloca in un processo in atto di miglioramento dei servizi a tutela della nascita.

Già il P.S.R. 2002/2004 ha dedicato una particolare attenzione al tema della nascita nell'ambito del Progetto obiettivo Materno-Infantile, con indicazioni specifiche per avviare un processo di riqualificazione dei servizi di assistenza alla nascita.

Le azioni di maggior rilievo intraprese nel triennio, in attuazione delle indicazioni strategiche del piano sanitario regionale, sono:

- elaborazione ed approvazione del documento sull'organizzazione della rete pediatrica regionale e dei Punti nascita predisposto dall'apposita commissione rete materno infantile;
- istituzione dell'osservatorio regionale per la promozione dell'allattamento al seno;
- potenziamento dell'assistenza ostetrica durante tutto "il percorso nascita" e promozione di idonee modalità organizzative mediante apposite direttive alle aziende sanitarie (Delib. G.R. 7.6.2004 n. 555).

Scenari di riferimento e obiettivi generali

I servizi dedicati al percorso nascita devono essere in grado di rispondere ai bisogni della donna in gravidanza e nel puerperio e tutelare la salute del bambino garantendo la massima sicurezza nel rispetto della fisiologicità dell'evento.

Obiettivo principale deve essere infatti quello di garantire cure non invasive alla grande parte delle gravidanze che sono fisiologiche ed un'adeguata identificazione e monitoraggio della piccola quota di gravidanze a rischio.

In quasi tutti i paesi con sistemi sanitari sviluppati, compreso il nostro territorio toscano, si assiste spesso ad un progressivo aumento della frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive estese alla totalità delle gravidanze.

Tutto ciò, oltre ad indurre un aumento dei costi, costituisce un possibile incremento dei rischi di problemi iatrogeni e di ridotta qualità delle prestazioni sanitarie.

La maggiore consapevolezza della donna ed il recupero del suo ruolo di soggetto attivo nella gestione dell'evento nascita (opportunità di empowerment), sono invece condizioni essenziali per una pratica ostetrica meno invasiva e per una riduzione del fenomeno "dell'ostetricia difensiva".

Un piano moderno per la salute del neonato e della sua famiglia non può non associare la sicurezza e la qualità della cure, all'esigenza di rivedere il percorso nascita in un'ottica di maggior garanzia della fisiologia degli eventi legati al parto ed al puerperio e di un più facilitato sviluppo della relazione neonato-madre-famiglia.

Lo scopo primario a cui tendere è quindi quello di garantire una gravidanza serena nel massimo della sicurezza, impiegando modalità di assistenza scientificamente aggiornate e validate, rispettose della fisiologia, della naturalità dell'evento e dei suoi aspetti psico-affettivi.

Nel sistema articolato di servizi, che assicura protezione durante tutto il percorso nascita, si dovrà tendere a migliorare l'interconnessione tra i vari "nodi" del sistema:

- rafforzando l'attività di 1° livello nelle strutture consultoriali;
- garantendo il percorso della gravidanza nell'ambito della rete consultoriale rafforzandone l'equipe nelle sue figure professionali e adeguando le strumentazioni a disposizione;
- assicurando gli accessi ai livelli superiori attraverso la strutturazione di percorsi assistenziali dipartimentali (anche interaziendali) classificati in base alla complessità, a garanzia della omogeneità e della completezza delle prestazioni su tutto il territorio regionale;
- potenziando tutte quelle azioni classificabili come interventi di rispetto e di promozione della fisiologicità dell'evento, per garantire la necessaria attenzione agli aspetti umani e relazionali in tutte le situazioni, compresi i livelli di cure intensive;
- riaggiornando i parametri relativi ai punti nascita in relazione al mutato quadro della natalità in Toscana.

Gli obiettivi strategici del piano sanitario regionale per il triennio 2005-2007 sono sinteticamente costituiti da:

- Sicurezza del neonato e della donna.
- Continuità dell'assistenza pubblica per tutto il "percorso nascita".
- Fisiologia degli eventi.
- Gestione del dolore nel parto.
- Allattamento al seno.
- Assistenza interculturale alla nascita.

Obiettivi specifici, azioni e strumenti di attuazione

1) L'assistenza durante la gravidanza

- a tutte le donne deve essere garantita la possibilità di effettuare gratuitamente tutti gli accertamenti indicati nel "Libretto per il monitoraggio della gravidanza fisiologica", che viene consegnato all'inizio di ogni gravidanza, con particolare riguardo alle ecografie di protocollo e di secondo livello, con percorsi facilitati e preferibilmente esenti da fattori ostacolanti (liste di attesa, burocrazia etc.);

- Il libretto sulla gravidanza fisiologica sarà oggetto di periodica rivalutazione ed eventualmente revisionato nell'ottica di un aggiornamento sulla base delle attuali evidenze scientifiche;
- in caso di gravidanza a rischio e/o patologica deve essere assicurato l'accesso alle strutture di 2° livello ed alle relative prestazioni;
- Il luogo elettivo proprio per garantire ed accompagnare la gravidanza dall'inizio fino al momento del parto è il consultorio. Si ritiene che la funzione consultoriale sia imprescindibile: in una visione di integrazione e di continuità su tutto il percorso nascita diventa fondamentale il ruolo del consultorio;
- È necessario assicurare, specialmente in quelle realtà come i centri di riferimento a cui afferiscono situazioni difficili e di complessa gestione sanitaria (es. gravidanze in cui viene diagnosticata la presenza di anomalie o di handicap o la previsione di un parto prematuro o nel caso di diagnosi di sordità) la presenza del servizio di psicologia ospedaliero che, oltre alle attività diagnostiche e terapeutiche assicura, con gli altri specialisti del settore, il necessario sostegno alla coppia che dovrà affrontare la nascita con le difficoltà previste.
- Nei servizi di assistenza alla nascita dovrà essere diffusa la presenza o la collaborazione dei "mediatori culturali" per tutelare le donne immigrate e le loro esigenze e per aiutare la struttura sanitaria ad adattarsi sempre più ad una utenza multi etnica e multi culturale.

2) La continuità dell'assistenza per tutto il percorso nascita

Sistemi strutturati di collegamento

È un'esigenza fondamentale la continuità dell'assistenza durante tutto il "percorso nascita", per dare tranquillità alla donna. Va superato lo scollamento tra territorio ed ospedale. La realizzazione di "équipes integrate ospedale/territorio" (contenuta nel P.S.R. 1999/2001) ha presentato difficoltà per motivi organizzativi. La continuità d'assistenza rappresenta peraltro un obiettivo da riproporre e consolidare fino a trovare la sua realizzazione attraverso la definizione di protocolli e procedure condivise all'interno dei presidi assistenziali e tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali. A tal fine è fondamentale la creazione di un sistema strutturato di collegamento in rete (manca attualmente un sistema efficace di colloquio/collegamento), da non intendersi esclusivamente come una rete telematica, ma piuttosto come un sistema integrato che trova nella rete telematica uno strumento finalizzato a favorire un approccio olistico ai problemi dell'utenza. A tutt'oggi, infatti, assistiamo ancora ad una sottoutilizzazione della cartella personalizzata, che dovrebbe accompagnare la gestante durante tutto il "percorso nascita"; tale strumento, previsto in diverse aziende sia ospedaliere sia territoriali, viene ancora spesso vissuto dal personale sanitario come un orpello burocratico e purtroppo spesso non adeguatamente utilizzato. Si propone la costruzione di un sistema informatizzato omogeneo, che consenta un dialogo ed un collegamento continuo, sempre accessibile per informazioni relative ad ogni singolo soggetto, e che possa costituire lo strumento pratico, ma anche motivante per la standardizzazione e l'implementazione di comportamenti adeguati dei sanitari. A livello regionale sarà fornito il necessario supporto per orientare in modo adeguato il processo di informatizzazione.

3) La continuità dell'assistenza ostetrica

La donna chiede sempre più insistentemente una continuità dell'assistenza ostetrica (che attualmente non è uniformemente garantita in tutti i presidi del territorio). L'ostetrica, nel vissuto della donna in gravidanza, rappresenta il primo livello assistenziale motivo per cui l'accesso a tale punto di riferimento deve presentarsi certo e visibile in tutti i servizi.

La continuità dell'assistenza ostetrica deve essere quindi garantita gratuitamente in tutte le aziende, realizzando la possibilità della donna di essere presa in carico da una équipe che l'accompagni nel suo percorso dalla diagnosi di gravidanza al puerperio, offrendole una omogeneità di comportamento e una assistenza qualificata.

Si richiama al riguardo quanto definito nelle apposite direttive emanate dalla Giunta regionale con deliberazione n. 555 del 7.6.2004 "La tutela del diritto della donna all'assistenza ostetrica nel "percorso nascita": indirizzi alle aziende sanitarie".

4) L'interculturalità nell'assistenza al Percorso Nascita

La trasformazione della nostra società in una società multietnica è ormai una realtà. Le problematiche da affrontare per la messa a punto di un'assistenza capace di rispondere adeguatamente ai bisogni della donna in gravidanza e del suo nucleo familiare diventano ancora più evidenti ed

assumono caratteristiche di maggior urgenza con la popolazione immigrata, in particolar modo con le donne provenienti da paesi in via di sviluppo.

La trasformazione della nostra società in una società multietnica è già una realtà.

Non è facile definire quantitativamente la presenza degli immigrati nella nostra Regione, ma sicuramente si tratta di una popolazione giovane alla quale è necessario fornire una adeguata assistenza e tutela degli aspetti di salute riproduttiva.

E' necessario quindi rivedere l'organizzazione dei servizi, per renderli funzionali e capaci di rispondere alle esigenze di questa fascia di utenza.

Infatti, nonostante la legislazione italiana tuteli la gravidanza, la maternità e l'infanzia, consentendo il libero accesso ai servizi agli stranieri "comunque presenti" (cioè anche se non in regola con le norme di ingresso e di soggiorno), il pieno accesso alle strutture del S.S.N. per gli extracomunitari è un obiettivo di non facile risoluzione. Vi si frappongono ostacoli di ordine informativo (non conoscenza della possibilità di accedere ad alcuni servizi), linguistico e culturale.

L'istituzione dei consultori per extracomunitari ha certamente portato un valido sostegno a questa politica di assistenza alla maternità, soprattutto per la presenza, in queste sedi, della figura della mediatrice linguistico culturale.

A livello di assistenza ospedaliera, invece, ci sono ancora carenze, sia per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi che nell'ambito della formazione culturale del personale che vi opera.

Sul piano strutturale è evidente soprattutto la mancanza di organizzazione dei luoghi e degli spazi per renderli accessibili anche a chi, e sono la maggioranza, è sottoposto ad orari lavorativi estremamente rigidi; la mancanza di mediatori linguistici culturali rende difficile risolvere il problema dell'incomunicabilità linguistica, con grandi difficoltà a mediare tra operatori e utenti su quegli aspetti, sicuramente ampi nell'ostetricia e nella puericultura, in cui le evidenze scientifiche lasciano comunque spazio ad ampie possibilità, nel rispetto delle culture di origine e delle proprie specifiche "competenze".

Nell'ambito della formazione del personale è da costruire una cultura dell'accoglienza, che tenga conto delle molteplici e varie "culture" del parto, attivando un confronto che promuova da un lato l'integrazione dell'immigrato e dall'altro l'apertura e l'ampliamento della nostra competenza scientifica a più vasti piani di lettura e operatività.

Occorre quindi sostenere un'azione complessiva di sensibilizzazione al problema, promuovendo una maggior flessibilità e mediazione dei servizi, affinché la donna che partorisce non debba vivere una completa dissociazione tra i propri retaggi culturali e la realtà circostante.

I principali punti su cui occorre intervenire sono:

- informazione dell'utenza: troppo spesso gli immigrati non sono a conoscenza dei loro diritti nell'ambito dell'assistenza sanitaria; occorre studiare nuovi e più efficaci strumenti di diffusione delle informazioni;
- problemi linguistico/culturali: attraverso il potenziamento delle mediatrici linguistico culturali con una adeguata distribuzione e presenza nei servizi;
- formazione degli operatori: sono necessari aggiornamenti su patologie specifiche (es. mutilazioni genitali femminili) e sulle procedure professionali in un'ottica di ostetricia multietnica e transculturale;
- organizzazione delle strutture: occorre maggiore flessibilità ed accessibilità per andare incontro alle particolari difficoltà organizzative e lavorative di questa fascia di utenza.

Lo sviluppo di azioni mirate dovrà essere orientato a promuovere, come già avvenuto a livello territoriale, anche nel servizio ospedaliero la capacità di assistenza alle cittadine straniere, nel rispetto delle diverse culture di provenienza.

I servizi ospedalieri potranno offrire, con tempi e modalità congrui, la presenza di mediatrici linguistico culturali, che orientino questa tipologia di utenza alla migliore fruizione dell'offerta.

Nell'ambito dell'attività di preparazione alla nascita (a livello ospedaliero e territoriale) si potranno organizzare incontri con gruppi di donne (omogenei per cultura) nei quali, in presenza della M.L.C., si cercherà di promuovere l'autoaiuto e di trasmettere contenuti inerenti l'educazione sanitaria.

Ulteriori iniziative da attivarsi:

- la realizzazione di un "Vocabolario per gli operatori".

Tradotto in più lingue, dovrebbe contenere le frasi e le domande che più frequentemente capita di dover rivolgere alle utenti come operatori e al tempo stesso contenere anche le domande che ci aspettiamo debbano essere poste dalle donne. Il tutto studiato, anche graficamente (sul tipo di alcuni vocabolari già esistenti detti "just point" dove cioè è sufficiente indicare un disegno per comunicare un concetto/domanda) in modo tale che la risposta possa essere semplicemente un "sì" o "no" (ad esempio "senti voglia di spingere?", "vuoi provare ad attaccare il bambino?" o più semplicemente "stai tranquilla, va tutto bene, non manca molto" ecc.).

- dare pubblicità ai servizi mediante un Libretto informativo sui servizi rivolto alla donna/coppia in attesa. Tradotto in più lingue, con informazioni base sui servizi territoriali e sull'ospedale (orari, servizi disponibili, procedure di accesso e consigli per la degenza: cosa può essere utile portare, documenti e procedure per la denuncia di nascita, ecc.) e alcune informazioni sul bambino (può essere pensato più o meno "esteso": allargato anche a consigli per l'accudimento del bambino o limitato a notizie più "burocratiche", ad esempio sui tempi e i luoghi delle vaccinazioni, sedi e date dei controlli pediatrici, ecc.). Questo strumento consente la pubblicizzazione dei servizi disponibili, da effettuarsi nell'ospedale, nei consultori, nelle varie comunità, nei campi rom, utilizzando come tramite per la distribuzione anche le associazioni etniche e i centri di aggregazione segnalati dall'ufficio immigrati del comune.

5) Il parto

La riorganizzazione dei punti nascita secondo gli standard assistenziali di qualità.

Per l'indicazione degli standard assistenziali di qualità, sulla cui base dovrà essere sviluppato il processo di riorganizzazione delle reti dei punti nascita, si confermano i contenuti dell'apposito documento "Rete materno-infantile regionale", elaborato dalla specifica commissione e discusso nell'ambito del consiglio sanitario regionale.

6) Il rispetto della fisiologia del parto

In tutti i punti nascita deve essere implementata ogni iniziativa finalizzata al rispetto ed al recupero della fisiologia del parto e dei bisogni umani e relazionali, fondamentali in questo evento. Purtroppo, infatti, negli ultimi decenni, pur con i vantaggi conseguenti al migliorato outcome della gestazione, la necessaria tappa della medicalizzazione della gravidanza e del parto ha parzialmente spersonalizzato l'evento nascita. Il riportare tale esperienza alla condivisione con il nucleo familiare, rappresenta un obiettivo già precedentemente auspicato ma ad oggi solo parzialmente realizzato in alcune realtà privilegiate. A tale proposito occorre fornire indicazioni perché siano eliminati tutti quei comportamenti e quelle modalità organizzative che, di fatto, ostacolano la realizzazione di tali obiettivi.

Sulla base di tali iniziative potranno essere garantiti e stimolati comportamenti finalizzati al riappropriarsi da parte della donna di diritti naturali quali quello di poter scegliere attivamente le modalità di assistenza a lei più consone, quello di nutrire il bambino secondo i ritmi fisiologici, quello di avere favorita la relazione madre/padre/bambino.

In questo senso è importante che le aziende si orientino verso offerte di reale promozione di salute, di demedicalizzazione dei percorsi, di integrazione degli aspetti sanitari e sociali del fenomeno riproduttivo (alleanza terapeutica con la partoriente al fine di sostenere la scelta informata, promozione dell'allattamento al seno e diffusione del rooming-in).

Le "buone pratiche" con validità scientificamente riconosciuta, il tasso dei tagli cesarei praticato, le alternative possibili che la donna può scegliere, i dati di attività più significativi dovrebbero trovare all'interno di ogni realtà un adeguato spazio di pubblicizzazione, poiché l'offerta sanitaria non può prescindere dal rigore scientifico, e la scelta consapevole può essere effettuata unicamente sulla base della trasparenza delle informazioni.

Occorre inoltre favorire il contatto puerpera-neonato (anche patologico) e neonato-madre-famiglia attraverso il collegamento funzionale tra area ostetrico-ginecologica e area pediatrico-neatologica.

7) La gestione del dolore nel parto

Il tema della gestione del dolore nel parto deve essere affrontato assicurando:

- a) innanzi tutto, la piena e corretta informazione alla donna, come supporto per una scelta consapevole sulle modalità di assistenza a lei più consone;

- b) garantendo il diritto della donna a esprimere la propria scelta sul modo di partorire, nell'ambito delle varie opzioni offerte nella rete dei punti nascita. Per quanto riguarda il parto con analgesia epidurale, si ritiene che debba essere operata una distinzione tra:
- situazioni in cui sussiste un'indicazione medica motivata da particolari condizioni della donna o del feto (es. morte in utero o interruzione di gravidanza per malformazioni del feto), che ne consigliano l'utilizzo. In questi casi l'analgesia epidurale deve essere garantita in tutti i punti nascita. (...)
 - situazioni in cui l'analgesia epidurale è una richiesta della donna: in tal caso la possibilità di effettuare il parto con analgesia epidurale deve essere garantita, quale possibile opzione, all'interno della rete complessiva dei punti nascita. Tale ipotesi è motivata dalla necessità di coniugare le esigenze della donna con le risorse ragionevolmente disponibili.
- c) la sorveglianza sull'incidenza dei parti cesarei. Attualmente la percentuale di parti cesarei praticata in Toscana risulta disforme tra i vari ambiti territoriali, con parametri più elevati in alcune realtà. Si ritiene importante contenere il ricorso al taglio cesareo riservandolo ai casi con una indicazione precisa.

Per aiutare la donna a effettuare la propria scelta in modo consapevole e responsabile, si propone un intervento educativo, contemporaneo ai corsi di preparazione al parto con la diffusione anche di opuscoli informativi contenenti informazioni sulle problematiche inerenti sia l'analgesia epidurale che il parto cesareo.

8) Gli ambienti dedicati alla nascita

Si evidenzia la necessità che, nei punti nascita, gli ambienti siano adeguati al rooming-in, venga elevato lo standard del confort alberghiero e individuate, nell'organizzazione degli spazi, soluzioni idonee al rispetto dell'area della fisiologia. Occorre inoltre che siano realizzate, nell'ambito della rete ospedaliera, le strutture specifiche per l'assistenza sub intensiva della gravidanza patologica e/o ad alto rischio.

9) Il sostegno alla donna nel puerperio e al neonato nella prima fase di crescita

Nella dimissione precoce della puerpera e del neonato sano la sicurezza del neonato e la serenità della famiglia rimangono criteri guida fondamentali. Nella delicata fase del post-partum il bisogno assistenziale della puerpera e del neonato devono essere esauditi attraverso una attività di sostegno domiciliare anche alla luce delle modificazioni sociali realizzatesi negli ultimi decenni nella nostra società. Al momento del ritorno a domicilio infatti sia la donna che il neonato possono soffrire di una condizione di solitudine nella quale spesso, nella società contemporanea, la donna vive l'esperienza della maternità (è il momento in cui possono esplodere le situazioni della cosiddetta depressione post partum).

E' condivisa l'esigenza di riservare un'attenzione particolare alle problematiche del disagio psichico connesso alla gravidanza in quanto è possibile l'accentuarsi di situazioni psicologiche preesistenti, o l'insorgere nel post-partum di condizioni psicologiche di disagio fino alla depressione maggiore, sulle quali occorre intervenire precocemente sia individuando i fattori di rischio che attraverso la diagnosi e l'intervento precoce.

A tutt'oggi l'assistenza ostetrica puerperale a domicilio, già prevista dalle direttive regionali, non risulta adeguatamente garantita dalle aziende unità sanitarie locali e occorre quindi potenziare gli interventi. Si confermano al riguardo le indicazioni fornite dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 555 del 7.6.2004 sull'assistenza ostetrica, già richiamata.

In particolare, le aziende sanitarie locali sono impegnate a:

- assicurare per tutte le donne, a iniziativa dei servizi, almeno una visita domiciliare (utile per poter individuare proprio quelle situazioni più a rischio, nelle quali difficilmente c'è una richiesta spontanea di aiuto);
- mettere a disposizione nelle aziende sanitarie locali un numero telefonico (adeguatamente pubblicizzato presso tutte le donne che partoriscono), mediante il quale la donna può attivare a richiesta il servizio ostetrico domiciliare;
- istituire "punti puerperali" ambulatoriali in ogni Punto nascita, a cui la donna possa accedere liberamente e ai quali possa rivolgersi per qualsiasi problema suo o del neonato;

- mettere a punto un protocollo regionale per assicurare in appositi centri, individuati dalla programmazione di area vasta, che le attività riabilitative dei soggetti audiolesi siano erogate con l'apporto di competenze consolidate dall'esperienza e con riferimento al progetto riabilitativo predisposto, che deve contenere la previsione dell'erogazione di attività logopedica e gli interventi di protesizzazione (compresa la gratuità delle pile) idonei a consentire a tutti i bambini sordi l'apprendimento della lingua orale, perché senza il diritto alla parola non ci può essere integrazione nella società;
- promuovere momenti di incontro tra le donne che hanno partorito, per una condivisione di esperienze e sostegno reciproco.

10) L'assistenza al neonato

Nella rete dei servizi dedicati alla nascita dovrà essere promossa una costante azione di miglioramento della qualità dell'assistenza al neonato. In particolare:

- è opportuno, al fine di assicurare un'assistenza qualificata al neonato in sala parto, promuovere un processo di qualificazione diffusa a tutti gli operatori, anche mediante specifici interventi formativi per la gestione delle situazioni che richiedono rianimazione neonatale;
- è indispensabile assicurare, come già evidenziato, la stretta collaborazione e il collegamento funzionale-strutturale tra area ostetrico-ginecologica e area pediatrico-neonatologica;
- l'assistenza al neonato nei punti nascita dovrà essere organizzata adeguando gli standard assistenziali in relazione all'incremento delle nascite e alla presenza, in certe realtà toscane molto consistente, di stranieri e di extracomunitari;
- dovrà essere promosso l'allattamento al seno, con l'applicazione di tutte le indicazioni O.M.S. e la costituzione di un osservatorio regionale dedicato;
- si ritiene utile fare una verifica sugli screening neonatali e valutare l'opportunità di operare un'ulteriore estensione degli screening che attualmente vengono effettuati a ogni neonato, con particolare attenzione ai problemi della sordità e delle anomalie congenite della vista. A tal fine si propone un ricorso diffuso su tutto il territorio toscano alle opportunità offerte dalle specifiche attrezzature presenti nell'azienda ospedaliera Meyer (tandem - massa), verificandone la fattibilità su tutti i neonati (27.000 annui);
- per una migliore assistenza al neonato occorre promuovere una più stretta collaborazione tra il pediatra ospedaliero e quello di libera scelta (dal punto nascita potrebbe partire il primo contatto con il pediatra di libera scelta), sia per una dimissione "concordata ed appropriata" della puerpera e del neonato presunto sano, che garantisca la sicurezza del neonato e la tranquillità della famiglia, sia nelle situazioni di dimissione "protetta" di alcuni neonati patologici (es. prematuri con displasia broncopolmonare) per una auspicabile "cogestione" del paziente da parte del neonatologo ospedaliero e del pediatra di libera scelta.

Per la definizione del quadro completo di interventi a tutela del bambino e dei servizi per l'area pediatrica, si confermano le indicazioni fornite nell'apposito documento "Rete materno-infantile regionale", elaborato dalla specifica commissione e discusso nell'ambito del consiglio sanitario regionale.

11) L'allattamento al seno

I benefici dell'allattamento al seno sono ormai pienamente riconosciuti. La ricerca ne ha confermato le benefiche conseguenze per la salute sia per il bambino che della madre e la sua importanza nei processi di crescita.

La Regione Toscana promuove la pratica dell'allattamento al seno e partecipa all'iniziativa europea per la definizione della carta di indirizzi per la protezione, promozione e supporto dell'allattamento al seno in Europa ("Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action").

A livello regionale è istituito un apposito Osservatorio dedicato alla promozione dell'allattamento al seno, che opera, con il coordinamento dall'azienda ospedaliera pediatrica Meyer, attraverso una rete di referenti aziendali per la promozione e l'adozione di tutte le iniziative utili alla diffusione di questa pratica.

All'Osservatorio per la promozione dell'allattamento al seno sono affidati i seguenti compiti:

- definire il programma e le iniziative regionali;

- mantenere attivo il collegamento su tutto il territorio regionale mediante la rete dei referenti aziendali;
- verificare e monitorare lo stato dell'arte nei punti nascita e nei servizi territoriali;
- sostenere e coordinare le diverse iniziative;
- migliorare ed uniformare gli standard assistenziali;
- predisporre programmi formativi regionali;
- armonizzare e condividere materiali e iniziative dedicate all'educazione sanitaria nei servizi, nel territorio e nella scuola;
- orientare le iniziative per la partecipazione della Toscana al progetto europeo per la promozione dell'allattamento al seno;
- sostenere la diffusione delle regole dell'"Ospedale amico dei Bambini" e valorizzare la presenza di queste esperienze nel territorio toscano.

Il sistema di monitoraggio

Si individuano i seguenti indicatori per la valutazione del progetto specifico:

Di esito

1.5.e) percentuale di parti cesarei su totale parti

Di processo

1.5.p) numero di donne che accedono ai consultori su totale gravidanze

2.5.p) numero di libretti per il monitoraggio della gravidanza compilati rispetto alle gravidanze

3.5.p) numero di parti con assistenza di una ostetrica di fiducia su parti effettuati

4.5.p) numero dei punti nascita nei quali si pratica l'epidurale

3.2.6. Il percorso organizzativo 'Artroprotesi dell'anca - Ortopedia chirurgica' come modello di programmazione e governo clinico.

Quadro analitico

I cittadini toscani che si sono rivolti ai servizi di ortopedia chirurgica hanno segnalato un'importante criticità nell'offerta, in particolare una scarsa accessibilità agli interventi in elezione per artroprotesi dell'anca.

Le prestazioni interessate.

Le prestazioni di artroplastica dell'anca sono di tre tipi:

- 1) Artroprotesi completa dell'anca propriamente detta, con sostituzione completa della articolazione: nuova testa del femore, assicurata con l'impianto di una protesi e rifacimento della sede naturale della testa del femore nell'anca, acetabolo, entrambe degenerate, per oltre il 70% dei casi, da un processo artrosico; la cronicità evolutiva della patologia artrosica giustifica l'età, over 70 anni, tipica dell'intervento. Il codice ICD IX CM della prestazione è lo 81-51.
- 2) Endoprotesi dell'anca: l'intervento riguarda il rifacimento esclusivo della testa del femore conseguente a frattura in persone anziane. Questo rende conto della proporzione dei casi incidenti a favore della donna (osteoporosi). Il codice ICD IX CM della prestazione è lo 81-52.
- 3) Revisione e sostituzione della artroprotesi della anca di cui al punto 1 per usura della protesi impiantata (mediamente 10 anni dall'intervento!). Il codice ICD IX CM della prestazione è lo 81-53. Il tasso di revisioni a 3 o 10 anni è un importante indicatore di qualità degli interventi.

Delle tre tipologie richiamate, le prime due necessitano, ai fini dell'efficacia della prestazione, di specifici profili di accessibilità, tali da condizionare l'organizzazione dell'offerta:

- in particolare, la seconda prestazione, endoprotesi dell'anca, richiede che l'intervento di endoprotesi sia garantito entro un tempo massimo di 24 ore dalla frattura del femore. Tale variabile è un determinante di disabilità residua e/o di morte. In Toscana la mediana del numero dei giorni che intercorre tra ricovero e intervento per endoprotesi è quattro giorni. (dati 2002)

- la prima prestazione, artroprotesi completa dell'anca, richiede, invece, proprio per le caratteristiche di disabilità e dolore che la determinano, di rispettare, comunque, un tempo massimo di attesa ma, soprattutto, di predefinire requisiti e score di priorità nell'accesso alla prestazione: si pensi, ad esempio, ad anziani soli, o a coppie di anziani, nei quali la disabilità viene difficilmente vicariata.

Le strutture organizzative

Entrambe le prestazioni vengono erogate da strutture organizzative di ortopedia. La disciplina ortopedia è classificata dal P.S.R. come funzione di base o aziendale con previsione di un bacino ottimale di utenza di 80.000 abitanti: in Toscana dovrebbero essere attive, quindi, circa 40/45 strutture organizzative di ortopedia, a fronte delle 52 (42 strutture pubbliche e 10 private accreditate) attualmente censite. Il bisogno atteso per la attuale popolazione toscana si colloca intorno ai 5600 interventi/anno, con una produzione media per struttura che si colloca intorno alle 100 artroprotesi/anno. L'osservazione della attività annua di tutte le strutture attive in regione fa rilevare la presenza di alcune realtà in cui il numero di interventi è inferiore a 20/anno.

Tale osservazione solleva il problema generale della relazione tra volume di attività e qualità delle prestazioni e richiama il concetto di clinical competence, facendo emergere la necessità di approfondimenti specifici a breve termine per quanto riguarda il settore in oggetto.

Azioni già intraprese

In analogia ad esperienze consolidate nei paesi del Nord Europa, è stato avviato in Italia ed è attualmente in corso un progetto ex-art.12, finanziato dal ministero della salute e coordinato dall'istituto ortopedico Rizzoli, al quale la Regione Toscana partecipa, affidandone la responsabilità all'agenzia regionale di sanità. Il progetto si propone di realizzare, nelle regioni partecipanti, un registro degli interventi di protesi d'anca. L'A.R.S. ha recentemente concluso la fase pilota del progetto, che ha visto coinvolte una decina di strutture organizzative pubbliche e private attive in Regione e ha costruito e condiviso un modello di lavoro e alcuni strumenti/processi informativi da estendere successivamente a un numero maggiore di strutture, fino a coprire, possibilmente, l'intera rete regionale della strutture di ortopedia.

Diagramma sintetico di rappresentazione dei risultati dell'analisi SWOT

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> - Diffusa presenza di strutture professionali di ortopedia nel territorio regionale sia pubbliche che private accreditate. - Buona disponibilità di presidi pubblici e privati accreditati nel settore della riabilitazione ospedaliera o territoriale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Offerta chirurgica poco flessibile e non immediatamente sensibile a nuove risorse. - Necessità di importanti investimenti formativi.
Opportunità	Rischi
<ul style="list-style-type: none"> - Bisogno per interventi di artroprotesi in costante crescita nel tempo. - Forte attenzione verso politiche di iniziativa sul bisogno degli anziani. - Centralità del tema riabilitativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibile effetto mix nelle unità operative ortopediche della funzione traumatologica verso la funzione chirurgica, con possibile carenza di risorse per la funzione traumatologica.

Risultati e valutazioni del precedente ciclo di programmazione

Il sistema toscano ha prodotto negli anni un aumento crescente, mediamente il 10% annuo, dell'offerta di artroprotesi dell'anca. Tuttavia si riscontra attualmente uno scostamento tra domanda ed offerta, per effetti attribuibili ad entrambe le componenti e strettamente correlati:

- la domanda è fortemente correlata con l'età e quindi in progressivo aumento nell'attuale quadro demografico; l'elevata concentrazione nelle classi d'età superiori a 70 anni determina inoltre una scarsa propensione degli utenti a rivolgersi al mercato extraregionale;
- di conseguenza, l'offerta / mercato è rigida e scarsamente influenzata da azioni di pressione e orientamento da parte della domanda stessa;
- I tempi di degenza sono mediamente superiori ai 10 giorni (14,5 gg la media registrata in Toscana nell'anno 2002), con importante necessità assistenziale, e di supporto familiare, nel post intervento: da qui il favore riservato a soluzioni prossime alla residenza e la scarsa tendenza alla mobilità sia intra che extra regione.

Scenari di riferimento e obiettivi generali

Il bisogno assistenziale in questo settore è destinato a crescere nei prossimi anni: la letteratura scientifica stima probabile un aumento del 100% di interventi di artroprotesi dell'anca entro gli anni 2025-30, a fronte di una tendenza, sempre più evidente, alla diminuzione del trend di ospedalizzazione per altre patologie. Sono prevedibili incrementi anche per altri interventi di sostituzione articolare (ginocchio, gomito, ecc.) anche se stime precise sono in questo caso più difficili.

Le conoscenze epidemiologiche disponibili e la possibilità di fare previsioni di corrispondente impegno da parte dei servizi rappresenta il terreno ideale per una corretta e tempestiva programmazione delle risorse professionali, sia sul versante aziendale sia sul versante propriamente formativo delle scuole di specializzazione.

Il tema artroprotesi dell'anca assume spessore di percorso organizzativo di piano sanitario perché intende rispondere ad una importante criticità dell'offerta, segnalata dall'utente in termini di scarsa accessibilità agli interventi in elezione. Tali prestazioni sono collegate a condizioni cliniche di ipofunzionalità, dolore, disabilità importante, che caratterizzano, in misura diversa, sia la fase precedente all'intervento sia la fase di recupero funzionale post-operatorio. Un piano di intervento "Artroprotesi d'anca" può rappresentare un modello e un metodo di programmazione riproducibile in altri settori ugualmente interessati da una transizione demografica della popolazione, dalla possibilità di integrazione pubblico privato, dalla crescente rilevanza di una adeguata clinical competence, dal ruolo della programmazione concertata in area vasta.

Il profilo di qualità della prestazione di artroplastica dell'anca è determinato dalla sinergia tra elementi propri del sistema professionale ed altri di responsabilità del management aziendale. Tale sinergia condivide e adotta riferimenti precisi in termini di letteratura scientifica, strumenti di benchmarking, azioni di valutazione della qualità degli interventi sanitari.

Evidenze di letteratura sono concordi nel suggerire alcuni determinanti di qualità della prestazione di artroplastica dell'anca:

- Tempo tra ricovero e intervento per interventi di Endoprotesi da frattura.
- Tempo di attesa per ricovero elettivo di artroprotesi.
- Percentuale di complicanze registrate (infezioni, etc.).
- Proporzioni di revisioni sugli interventi effettuati (già valutabile a tre anni).
- Mortalità (aggiustata per rischio individuale).
- Criteri di appropriatezza per l'ammissione e per le fasi principali del processo.
- Continuità assistenziale (riabilitazione successiva all'intervento, strumenti informativi per l'ammissione e il trasferimento, corretta sequenza delle fasi del processo assistenziale).
- Volume dei casi trattati.
- Qualità, costo, durata della protesi articolare.

L'ultimo aspetto, "Qualità, costo, durata della protesi articolare" è di particolare interesse, in considerazione dell'elevato numero di modelli in commercio (circa 60), di ditte produttrici attive sul mercato (circa 20), di variabilità del prezzo unitario (da 500 ad oltre 2500 euro) e suggerisce l'esistenza di nuove esigenze informative che consentano in futuro una completa tracciabilità della protesi impiantata, con collegamento univoco al soggetto ricevente. Tale esigenza è certamente applicabile anche ad altri presidi impiantabili, di interesse per diversi settori assistenziali.

Infine, l'ambito assistenziale specifico degli interventi di artroprotesi d'anca si colloca nel contesto più ampio del settore specialistico "ortopedia" il cui mandato individua, da un lato, un'importante attività chirurgica in elezione e, dall'altro, una risposta tempestiva ed efficace agli

eventi traumatici. Le due componenti dello stesso mandato individuano anche due possibili e diversi modelli organizzativi: mentre un certo grado di centralizzazione degli interventi in elezione è auspicabile per garantire competenze ed esperienza professionale ottimali, la risposta alle patologie traumatiche dovrà piuttosto essere distribuita in modo uniforme in tutto il territorio.

Obiettivi specifici

In conclusione, i nodi principali del problema che si intende affrontare possono essere formulati in termini di obiettivi organizzativi da raggiungere:

1. effettuare una ricognizione degli attuali livelli di accessibilità, sia per interventi a seguito di frattura che per interventi in elezione, e identificare soglie di accettabilità (standard) per i rispettivi tempi di attesa;
2. verificare le implicazioni organizzative “di rete” per una risposta assistenziale il più possibile vicina al luogo di residenza dell’utente, soprattutto per le fratture (trattate con intervento di endoprotesi o con altre procedure): sembra sostenibile un obiettivo pari all’ 80-85 % di soddisfazione del bisogno dei residenti in azienda e, fatte salve specificità di confine, al 95% nell’area vasta di competenza.
3. chiarire la relazione tra volume di attività chirurgica e qualità dell’assistenza in ortopedia, attraverso indagini di letteratura e consultazioni con i professionisti;
4. in riferimento ai punti 2 e 3, identificare il profilo distributivo ottimale dell’offerta di strutture in Regione e il volume minimo di attività per le singole strutture organizzative;
5. costruire un modello di lettura e analisi/valutazione dello specifico settore assistenziale, condiviso con i professionisti e con i manager, nonché identificare e applicare, anche in via sperimentale, un set minimo di indicatori di qualità dell’assistenza.

In relazione alle attività già intraprese si pongono come macro obiettivi del prossimo triennio per il sistema delle aziende sanitarie toscane:

1. contenere il tempo massimo di attesa per le artroprotesi di anca in elezione entro 6 mesi.
2. contenere il tempo massimo di attesa tra ricovero e intervento per interventi di Endoprotesi da frattura entro 24 ÷ 48 ore, con standard tendenziale pari a 24 ore;
3. garantire la continuità assistenziale del percorso riabilitativo post intervento, nelle modalità organizzative appropriate;
4. consolidare il progetto “Registro intervento di protesi d’anca” quale strumento culturale, tecnico e informativo di supporto agli obiettivi organizzativi già definiti.

Azioni e strumenti di attuazione

La disponibilità delle prestazioni ulteriori necessarie al fine di garantire un corretto rapporto tra domanda ed offerta è attribuita alla competenza programmatoria aziendale; la Giunta regionale definirà gli standard attesi per le iniziative adottate.

Il raggiungimento del risultato del percorso organizzativo artroprotesi dell’anca dovrà tener conto del possibile ruolo integrativo, anche con riconversione della attività contrattate, del privato accreditato.

La garanzia di qualità delle prestazioni e degli outcome richiede, invece, un forte coinvolgimento dei professionisti e l’adozione di strumenti e metodi di clinical governance.

Il percorso organizzativo illustrato verrà discusso, al fine di una sua condivisione, con i professionisti interessati.

Cronogramma di Gant.

Azioni	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
Progetti aziendali aumento offerta artroprotesi.	Azione iniziata nel 2004 – valutazione e monitoraggio risultato.	Valutazione e monitoraggio risultato.	Valutazione e monitoraggio risultato.
Progetti area vasta integrazione in rete dell'offerta chirurgica ortopedica.	Azione iniziata nel 2004 – valutazione e monitoraggio risultato.	Valutazione e monitoraggio risultato	Valutazione e monitoraggio risultato.
Definizione di protocolli assistenziali integrati per la gestione in qualità della frattura del femore	Definizione protocolli e percorsi.	Valutazione e monitoraggio risultato.	Valutazione e monitoraggio risultato.
Progetti aziendali per la continuità assistenziale ospedale – territorio, per il bisogno riabilitativo	Definizione linee guida e percorsi assistenziali.	Valutazione e monitoraggio risultato.	Valutazione e monitoraggio risultato.
Iniziative coinvolgimento professionisti.	Incontri e programmi di governo clinico in collaborazione con l'A.R.S.	Incontri e programmi di governo clinico in collaborazione con l'A.R.S..	Incontri e programmi di governo clinico in collaborazione con l'A.R.S..

Il sistema di monitoraggio

Anno	Obiettivi	Azioni	Indicatori specifici	Valore attuale	Valore atteso
2005-2006-2007	Tempo massimo di attesa di sei mesi per gli interventi di artroprotesi di anca in elezione.	1. Progetti aziendali aumento offerta. 2. Progetti area vasta integrazione in rete offerta chirurgica.	Numero interventi per artroprotesi di anca con tempo di attesa < 6 mesi sul totale degli interventi per artroprotesi di anca per cento.	Fortemente differenziato nel territorio regionale; si registrano mediamente valori oltre 6 mesi di attesa per la maggioranza degli interventi.	% degli interventi di artroprotesi in elezione effettuati entro sei mesi dalla iscrizione nel registro dei ricoveri pari a 85 in ambito aziendale e 95 in ambito di area vasta a decorrere dal 1.1. 2005. Percentuale, almeno, confermata per gli anni 2006 e 2007.
2005-2006-2007	Tempo massimo di attesa tra ricovero e intervento per	Progetti aziendali sul percorso assistenziale per la gestione	Numero interventi per endoprotesi da frattura effettuati entro	Si registra una situazione differenziata nel territorio	Aumento della % degli interventi di endoprotesi da frattura

	interventi di Endoprotesi da frattura.	in qualità della frattura del femore.	le 24÷48 ore dal ricovero sul totale degli interventi per endoprotesi da frattura per cento.	regionale. La mediana dei tempi di attesa si attesta sul valore di 4 giorni.	effettuati entro le 24÷48 ore dal ricovero sul totale degli interventi per endoprotesi da frattura tale da garantire, entro il 31.12.2005, un netto miglioramento delle percentuali registrate nell'azienda nell'anno 2004, e nel periodo di vigenza del piano lo standard delle 24 ore.
2005-2006-2007	Continuità assistenziale del percorso riabilitativo post intervento.	Progetti aziendali per la continuità assistenziale ospedale – territorio.	Numero soggetti con definizione del progetto riabilitativo sul totale soggetti dimessi per interventi di artroprotesi ed endoprotesi da frattura.	Si registra una situazione differenziata nel territorio regionale condizionata anche dalla tipologia di offerta riabilitativa presente. Mediamente il 27% dei soggetti con interventi di endoprotesi usufruisce di prestazioni riabilitative.	% soggetti con definizione del progetto riabilitativo sul totale soggetti dimessi per interventi di artroprotesi ed endoprotesi da frattura pari a cento a decorrere dal 31.12.2005. Percentuale confermata per gli anni 2006 e 2007.
2005-2006-2007	Governo clinico e progetto “Registro intervento di protesi d'anca”.	Iniziative coinvolgimento professionisti.	Numero strutture organizzative di ortopedia partecipanti Registro sul totale strutture ortopedia regionali.	Dieci strutture organizzative ortopedia.	15 nel 2005 20 nel 2006 30 nel 2007

3.2.7. Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza urgenza intra ed extra ospedaliero

Premessa

I precedenti piani sanitari regionali hanno rivolto particolare attenzione, attraverso specifiche azioni programmate, al settore della emergenza-urgenza inteso nella sua complessità, ed hanno impegnato la Giunta regionale ad assumere iniziative rivolte allo sviluppo ed ottimizzazione del sistema di risposta territoriale (118, trasporto sanitario, elisoccorso) e di quello intra-ospedaliero (riorganizzazione pronto soccorso, realizzazione servizio assistenziale integrato intra ospedaliero).

E' stato altresì oggetto di impegno l'aspetto di integrazione all'interno del dipartimento di emergenza urgenza (livelli omogenei di assistenza, percorsi integrati ospedale-territorio, promozione dell'integrazione dei medici dell'emergenza sanitaria territoriale).

Si rende necessario allo stato attuale individuare all'interno del sistema e dell'azione programmata, che viene confermata nelle linee strategiche, alcuni settori di particolare rilievo per i quali prevedere azioni di sviluppo nel triennio di vigenza dell'azione del presente piano sanitario regionale, ed in particolare un percorso di appropriatezza per il Pronto Soccorso ed una ottimizzazione del servizio di elisoccorso regionale, ed azioni di elaborazione e studio finalizzate ad individuare una ipotesi di assetto organizzativo di "trauma center" per la Regione Toscana.

Tali azioni di sviluppo saranno supportate da iniziative formative e di importante qualificazione in medicina e chirurgia di accettazione ed urgenza nei confronti dei medici operanti nel pronto soccorso, di derivazione intra ed extra-ospedaliera, tendenti ad innalzare il livello di preparazione e di risposta ed a renderlo omogeneo a regime su tutti i presidi del territorio.

PRONTO SOCCORSO

Quadro di riferimento

In ogni parte del mondo occidentale si assiste ad un fenomeno diffuso in modo omogeneo relativo all'uso crescente da parte dei cittadini dei servizi di pronto soccorso. Negli ultimi dieci anni viene registrato un aumento di questi accessi dal 50% al 100%.

L'aumento della domanda non sempre è motivato da una reale situazione di gravità/urgenza, con conseguente uso non corretto di risorse per non appropriatezza clinica ed organizzativa della struttura di P.S., da dedicarsi prioritariamente a situazioni di emergenza/urgenza.

I dati regionali confermano un allineamento alla situazione generale con un bisogno assistenziale stimato in un accesso al giorno ogni 1000 abitanti, ovvero 36.500 accessi per anno ogni 100.000 abitanti. Di questi accessi, circa il 13% ha come esito un ricovero.

Le prestazioni specialistiche (visite ed esami strumentali) erogate ai pazienti che si sono presentati al P.S. e che non sono stati ricoverati sono state (flussi doc):

- nell'anno 2001 n. 2.400.699;
- nell'anno 2002 n. 2.775.516.

I dati regionali tracciano un andamento del fenomeno crescente rilevando che ogni paziente che si rivolge al P.S. e che non viene successivamente ricoverato fruisce in media di oltre due prestazioni, per cui il numero dei soggetti che si sono rivolti al P.S., non ricoverati, sono circa 1.200.349 nel 2001 e circa 1.387.758 nel 2002.

Questo fenomeno di sovraffollamento della struttura ha come principali effetti:

- tempi di attesa prolungati;
- pressione esercitata da pazienti in buona misura non bisognosi di un trattamento di pronto soccorso;
- insoddisfazione del paziente;
- stress e demotivazione del personale;
- aumento di rischio professionale;
- qualità percepita insufficiente.

L'analisi della domanda di accesso al pronto soccorso, per situazioni non di emergenza/urgenza, riconduce a:

- problemi strutturali del sistema come i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali che l'accesso diretto al P.S. consente di aggirare;
- diverso concetto di salute, non più legato alla salvaguardia della vita, ma alla salvaguardia dell'efficienza fisica e alla eliminazione dei sintomi o in alcuni casi al bisogno di escludere un sospetto.

Gli obiettivi del progetto

Partendo dalla analisi della situazione sopra descritta il progetto si propone di:

- ricondurre il pronto soccorso alla funzione propria, che è quella di garantire l'emergenza-urgenza ed il ricovero appropriato;
- diminuire le attese per i codici di bassa priorità.

Azioni e strumenti di attuazione

Costruire un Percorso assistenziale alternativo al P.S. sul territorio

L'obiettivo di ricondurre il P.S. alla sua funzione propria non può non prevedere la strutturazione sul territorio di un percorso alternativo al P.S. dove il bisogno espresso, ora impropriamente nell'ambito del P.S., deve essere accolto e soddisfatto. Le fasi del percorso territoriale sono:

- 1) realizzazione di punti di primo soccorso territoriale da prevedersi:
 - negli ambulatori dei MMG/PLS attraverso le forme di associazionismo ed il progetto "cure primarie" (vedi progetto speciale "Le unità di cure primarie, un nuovo modello organizzativo territoriale");
 - nei punti di emergenza territoriale (P.E.T.) eventualmente anche utilizzando, compatibilmente con i compiti istituzionali, i medici della continuità assistenziale;
- 2) elaborazione di requisiti di accreditamento dei punti di primo soccorso ed elaborazione di protocolli diagnostico terapeutici (relativamente al P.S. e ai punti di primo soccorso);
- 3) realizzazione di un sistema in rete degli attori facenti parte del percorso anche prevedendo un sistema di comunicazione che preveda il trasferimento delle informazioni sanitarie al MMG/PLS dell'assistito;
- 4) promozione di un sistema di informazione/formazione che orienta i cittadini sull'uso appropriato delle risorse sanitarie disponibili come risposta alle urgenze.

Costruire un percorso facilitato di accesso alle strutture del P.S..

Nell'immediato il disagio rilevato nelle sedi di P.S. è risolto creando percorsi facilitati di accesso con un medico dipendente del P.S. dedicato esplicitamente alle situazioni a bassa priorità con il duplice scopo di ridurre i tempi di attesa dei pazienti affetti da patologie semplici e rendere più appropriata l'attesa ai pazienti con patologie di maggiore complessità.

Sviluppare modalità di accesso privilegiato alla diagnostica strumentale

Favorendo una semplificazione nell'accesso alla diagnostica strumentale si alleggerisce la pressione esercitata sul P.S. per accedere tempestivamente alle prestazioni specialistiche.

Questo processo è stato già attivato ed attiene a progetti per una qualità sostenibile nella specialistica e diagnostica ambulatoriale ed alla definizione di percorsi assistenziali integrati ospedale territorio per patologie importanti.

Le aziende sanitarie sono impegnate a costruire e sviluppare progetti relativi agli obiettivi richiamati, contestualmente all'avvio sul territorio della sperimentazione delle unità di cure primarie che si propongono come risposta ed intercettazione territoriale h24 per 7 giorni.

Lo sviluppo a regime delle unità di cure primarie, secondo la strategia prevista, dovrà fornire la risposta appropriata (sia clinica che organizzativa) a quegli accessi di bassa priorità (bisogno sanitario soggettivo urgente, una delle principali cause del sovraffollamento del P.S.) e ricondurre l'attività del P.S. alla sua attività propria di intervento sugli accessi ad alta priorità.

La situazione a regime consentirà di abbandonare il percorso facilitato sopra descritto, individuato come soluzione ponte da attivarsi nell'immediato.

Monitoraggio ed indicatori

Gli esiti delle progettualità attivate dalle aziende sanitarie saranno oggetto di valutazione da parte del gruppo di lavoro per il raccordo regionale dell'emergenza-urgenza, individuato presso la direzione generale del Diritto alla salute.

L'analisi, pur non esaustiva delle azioni intraprese fino all'attivazione delle unità di cure primarie, dovrà tendere ad un confronto sui tempi di attesa dei codici a bassa priorità, che dovranno attestarsi su una media di due ore.

Tempificazione degli obiettivi

Nel primo anno di vigenza del piano sanitario regionale (2005) l'obiettivo è rappresentato dal raggiungimento di un tempo medio di attesa per i codici a bassa priorità di due ore e dalla contestuale diminuzione degli stessi codici del 10% in corrispondenza dell'attivazione delle varie risposte territoriali (unità di cure primarie, punti di primo soccorso).

Nel secondo e terzo anno (2006 e 2007) l'obiettivo è di mantenere sempre più aderente al tempo di due ore le deviazioni in eccesso a tale standard con la riduzione progressiva degli accessi (30% nel triennio) e l'ottimizzazione dei percorsi previsti per i codici a bassa priorità.

IL SERVIZIO REGIONALE DI ELISOCORSO

Il quadro di riferimento

Il servizio di elisoccorso della Regione Toscana è attivo dal 29 luglio 1999 come parte integrante del sistema di emergenza-urgenza.

Trova le sue radici nelle previsioni del piano sanitario regionale 1996-1998, nella decisione della Giunta regionale n. 34 del 23.12.1996 e nel piano sanitario regionale 1999-2001, un contesto indirizzato a fare dell'elisoccorso regionale un servizio dedicato in termini di risorse ed organizzazione.

Il servizio esplica la sua attività attraverso tre basi:

- Elicottero Pegaso 1 con sede presso l'ospedale S.Maria Annunziata, nell'ambito della A.S.L. 10 di Firenze, con competenza operativa Toscana centro;
- Elicottero Pegaso 2 con sede presso l'ospedale Misericordia, nell'ambito dell'A.S.L. 9 di Grosseto, con competenza operativa Toscana Sud (isole comprese);
- Elicottero Pegaso 3 con sede presso l'aeroporto del Cinquale, nell'ambito dell'A.S.L. 1 di Massa Carrara, con competenza Toscana Nord (in particolare l'area delle cave e della montagna);

Le tre basi complessivamente coprono le necessità legate agli interventi primari ed al trasferimento urgente di pazienti fra le strutture ospedaliere della Regione Toscana.

Dal 15 giugno 2001, a seguito della delibera Giunta regionale 26 febbraio 2001, n. 197, l'attività del servizio di elisoccorso è stata estesa, attraverso l'utilizzo di Pegaso 3 anche alle ore notturne, al fine di garantire agli abitanti delle isole dell'Arcipelago Toscano un completo livello di assistenza nell'emergenza.

Dal 29 luglio 1999 ad oggi il servizio di elisoccorso, che opera attraverso protocolli di attivazione condivisi da tutte le centrali operative 118 della Toscana, è stato oggetto di un processo di miglioramento, approfondimento e compatibilità con il sistema sanitario:

- si è dotato di attrezzature in grado di consentire una migliore assistenza per il trasporto neonatale (culla termica per Pegaso 1 e 2) e per il trasporto di pazienti con grave insufficienza respiratoria (ventilatore polmonare ad alte prestazioni per Pegaso 3);
- è stata disciplinata la sua attività svolta al di fuori del territorio regionale e nei confronti di cittadini non residenti (delibera Giunta regionale 21 febbraio 2000, n. 164);
- è stata regolata la possibilità per Pegaso 3 di attivarsi per il volo notturno per interventi primari e secondari su eventi non verificatisi sulle isole dell'Arcipelago Toscano.

Gli obiettivi generali del progetto

In relazione agli obiettivi del piano sanitario regionale 2002-2004 che prevedevano, fra l'altro, "lo sviluppo dei supporti logistici del sistema territoriale, anche in riferimento all'adeguamento delle infrastrutture legate al servizio di elisoccorso", si è iniziata una attività di ricognizione, progettazione ed adeguamento della rete di elisuperfici, nella piena consapevolezza che le performances del sistema di elisoccorso toscano potranno trovare la loro piena e totale realizzazione in una realtà in grado di mettere a disposizione degli elicotteri, in particolare presso i presidi ospedalieri e le comunità isolate, regolari superfici di atterraggio.

La tempestività dell'intervento garantita da uno degli elicotteri del 118 non dovrà, a regime, essere in alcun modo vanificata da carenze tecniche, ovvero impossibilità di atterraggio nelle immediate vicinanze di un presidio ospedaliero ed in particolare di quelli ad alta specializzazione.

Allo stato attuale, prendendo atto di un contesto dispositivo in materia articolato ed in divenire, che contempla norme di competenza dell'ente nazionale aviazione civile, del ministero delle infrastrutture e dei trasporti e del ministero degli interni, il sistema toscano può contare sulla rete di seguito elencata:

- le tre basi sedi di elisoccorso dislocate: presso l'aeroporto del Cinquale (Montignoso) sotto la giurisdizione della direzione di circoscrizione aeroportuale di Pisa, a Firenze nell'elisuperficie segnalata e con gestore presso l'ospedale S.Maria Annunziata di Ponte a Niccheri, a Grosseto nell'elisuperficie segnalata e con gestore presso l'ospedale della Misericordia di Grosseto;
- elisuperfici segnalate e con gestore, idonee e certificate per operazioni diurne e notturne, a servizio delle strutture ospedaliere dell'azienda ospedaliero universitaria di Careggi, Firenze e dell'azienda ospedaliero universitaria di Siena (Le Scotte);
- elisuperfici segnalate e con gestore, idonee e certificate per operazioni diurne e notturne, a servizio delle comunità isolate identificate nelle isole di Giglio, Giannutri e Capraia.

E' risultato dell'attività svolta in attuazione del precedente piano sanitario regionale la realizzazione delle elisuperfici dell'azienda ospedaliera Careggi, dell'azienda ospedaliera Le Scotte, delle Isole del Giglio e Giannutri, nei termini previsti dalle disposizioni in materia.

Tale rete non è da considerarsi peraltro sufficiente per gli obiettivi di ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso, anche alla luce delle strategie di programmazione che hanno portato alla dismissione dei piccoli ospedali.

Azioni e strumenti di attuazione

Allo scopo di procedere ad una valutazione più generale sulla situazione territoriale, sulle esigenze assistenziali, sullo stato delle comunicazioni nonché sulle risposte sanitarie di emergenza (pronto soccorso, disponibilità terapie intensive, alte specializzazioni, ecc.) i direttori generali delle aziende sanitarie locali 1, 9 e 10 sono stati incaricati, anche attraverso il supporto dei tre responsabili medici delle elibasi, di:

- effettuare valutazioni sulle ricognizioni tecniche effettuate sulle aree vaste di competenza;
- effettuare valutazioni sull'analisi dei bisogni del territorio;
- predisporre per la direzione generale del diritto alla salute una proposta tecnica ed economica sulla ottimizzazione del servizio di elisoccorso ed in particolare sulla rete di supporto con individuazione delle priorità di intervento.

Successivamente i direttori generali provvederanno a realizzare la proposta di ottimizzazione del servizio, nei termini condivisi con la direzione, con assunzione di ruolo di coordinamento anche nei confronti dei direttori generali delle altre aziende dell'area vasta di riferimento, predisponendo relazioni semestrali sullo stato di realizzazione del progetto e sulle criticità del sistema.

Gli obiettivi specifici

La Giunta regionale è impegnata ad affrontare le priorità emerse dal piano di ottimizzazione sopra richiamato, individuando gli interventi da realizzare, siano essi rivolti a destinazioni sanitarie o a comunità isolate.

La Giunta regionale è impegnata inoltre, nel triennio 2005-2006-2007:

- a valutare l'attività ad oggi svolta anche ai fini di rapportare l'eventuale estensione del volo notturno agli effettivi fabbisogni, tenendo conto delle tipologie di interventi possibili (trasporti secondari e non primari);
- a sviluppare ipotesi di gestione alternativa del servizio regionale di elisoccorso, che considerino fattibilità, economicità e qualità garantendo comunque l'attuale elevato livello di competenza, professionalità e specializzazione del servizio stesso.

L'INTERVENTO SUI TRAUMI MAGGIORI: UN MODELLO ORGANIZZATIVO POSSIBILE

Obiettivi generali e specifici

Un obiettivo che il presente piano sanitario regionale si pone è la definizione di un percorso assistenziale ad alta qualificazione per i traumi maggiori fondato sulla definizione di presidi specifici individuati come "trauma center" e delle loro interconnessioni con la rete assistenziale orientata verso la realizzazione di un "trauma system".

La letteratura scientifica internazionale si basa attualmente sulle esperienze statunitensi in materia, che propongono un modello organizzativo di assistenza avanzata al paziente traumatizzato grave fondato sui seguenti punti:

- un sistema pre-ospedaliero che assicuri una fase di soccorso qualificata sul piano operativo per la fase di primo inquadramento e supporto alle funzioni vitali;
- una fase di trasporto rapido e protetto fino al presidio ospedaliero più vicino ma soprattutto più adeguato;
- una risposta di più professionalità specialistiche che sappiano lavorare in équipe con la dotazione di strumenti di diagnostica di alta specialità.

Il modello organizzativo dovrà consentire comunque di individuare il percorso sanitario che risponda ai criteri di appropriatezza, attraverso una efficiente rete assistenziale programmata che eviti la permanenza inappropriata del paziente in ambiente ad elevata intensità assistenziale e il ritardo nel trattamento riabilitativo.

L'obiettivo al quale deve tendere il modello proposto è la riduzione della frequenza e della complessità delle sequele disabilitanti che hanno un forte impatto sociale sulle persone colpite da gravi cerebrolesioni.

La creazione di strutture a valenza post-acuta per il recupero dal coma, può svolgere una duplice funzione:

- limitare i ricoveri inappropriatamente prolungati;
- consentire un tempestivo avvio del progetto riabilitativo.

considerando quindi il Trauma Center come struttura posizionata al centro di una rete che parte dai sistemi pre-ospedalieri, passa per i dipartimenti di emergenza di livello inferiore e termina nei centri di alta specialità.

I criteri utilizzati per disegnare questa rete portano alla individuazione di un Trauma Center ogni 1,5 milioni di abitanti sulla base dei seguenti parametri:

- la densità della popolazione;
- la superficie del territorio da coprire;
- i mezzi disponibili e le modalità operative per il soccorso e per il trasporto.

A conferma del modello statunitense, la rete integrata di servizi, configurata in un modello "hub & spoke", presente nella organizzazione di alcune regioni, prevede:

- forte specializzazione;
- massima efficienza tecnica;
- concentrazione della casistica;
- tempestività di invio dalla periferia;

in una logica di modello a rete, distribuzione territoriale dei centri e definizione precisa delle relazioni funzionali fra i centri.

Allo stato attuale, i modelli organizzativi disponibili sono i seguenti:

1. la costituzione di un Trauma Center di tipo strutturale, di livello regionale o di area vasta, con personale e dotazioni dedicati;
2. la costituzione di Trauma Center funzionali presso i DEA di II livello delle aziende ospedaliere con il potenziamento delle risorse esistenti.

La carenza di dati epidemiologici non consente di indirizzare immediatamente la scelta sull'ipotesi del Trauma Center di tipo strutturale.

La documentata maggiore incidenza della traumatologia tutta indurrebbe peraltro, nel più breve tempo possibile, alla realizzazione, in rapporto alla costituita rete della emergenza-urgenza, che vede nei DEA di secondo livello i punti di eccellenza, anche la costituzione di un Trauma Center funzionale, nelle medesime sedi.

Sulla base delle future acquisizioni epidemiologiche sul trauma maggiore, effettuate sulle realtà toscane, si potrà pervenire anche ad una proposta alternativa che tenga conto, eventualmente, della realizzazione di un modello di Trauma Center strutturale.

Durante il triennio la Giunta regionale si impegna pertanto, con la collaborazione dei professionisti del sistema di emergenza urgenza ed avvalendosi del consiglio sanitario regionale, ad elaborare un assetto di Trauma System che fornisca una soluzione "toscana" alle esigenze assistenziali del paziente traumatizzato.

Il modello organizzativo generale si sta adeguando a sistemi già sperimentati in Nord America. Il progetto formativo, sul modello dell'Università di Harvard, che la Regione Toscana ha fatto proprio, si inserisce utilmente nelle strategie di miglioramento finalizzate ad uniformare le azioni sanitarie intraospedaliere e territoriali nell'urgenza e nell'emergenza e di espandere al personale non medico territoriale il nuovo modello.

3.2.8. Le unità di cure primarie, un nuovo modello organizzativo territoriale

Quadro di riferimento ed obiettivi generali

- Il piano sanitario regionale 2002-2004 prevedeva forme di maggiore responsabilizzazione e coinvolgimento dei medici convenzionati, nonché forme di collaborazione e associazione professionale e attivazione di servizi ed attività che riportino al territorio livelli di assistenza inappropriatamente erogati a livello ospedaliero;
- Il piano sanitario nazionale 2003-2005 elenca, fra i 10 progetti per la strategia del cambiamento, "Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari" ed auspica un ruolo maggiore della medicina generale e della pediatria di libera scelta al fine di creare realtà non più ospedalocentriche e mirate a garantire, fra l'altro, appropriate erogazioni dei servizi a partire dai LEA, efficace continuità assistenziale, fornitura di attività specialistiche ed attivazione dei percorsi assistenziali;
- L'accordo approvato dalla conferenza Stato-Regioni il 24 luglio 2003 in attuazione del piano sanitario nazionale pone come priorità 2 "le cure primarie" ed individua come necessario un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo dei percorsi sanitari sperimentando nuove modalità operative che favoriscano l'integrazione con le altre figure professionali territoriali. L'accordo indica inoltre come percorso possibile la sperimentazione di forme evolutive delle varie tipologie di medicina di gruppo, già prefigurate dai vigenti accordi collettivi nazionali, formate dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e, laddove presenti, da specialisti territoriali.

I principi ispiratori, comunque derivati dalla dichiarazione di Alma Ata (1978) "Le cure primarie sono il primo livello di contatto degli individui e della comunità con il servizio sanitario, per avvicinare il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove la popolazione vive e lavora", sono:

- La continuità e comprensività di interventi multiprofessionali.
- Il governo clinico inteso come insieme di comportamenti e responsabilità e azioni che l'organizzazione ed i professionisti adottano per garantire il miglioramento continuo dei servizi erogati e la salvaguardia degli standard assistenziali.

Obiettivi specifici

L'obiettivo della Regione Toscana nel triennio 2005.2007 è quindi la sperimentazione di un modello di "Unità di cure primarie" che assicuri, in un ambito territoriale di riferimento, l'intersettorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari da parte dell'assistenza primaria, della pediatria di libera scelta, della continuità assistenziale, della specialistica ambulatoriale interna e di altre professionalità presenti nel territorio individuato. Tale sperimentazione dovrà tener conto delle modalità organizzative prescelte per la realizzazione delle attività distrettuali ed avverrà nel rispetto delle caratteristiche e specificità assistenziali delle singole categorie mediche, anche con riferimento a quanto indicato negli accordi di riferimento vigenti, al fine di erogare livelli essenziali ed appropriati di assistenza e di attuare programmi e progetti assistenziali.

L'obiettivo del triennio di piano sanitario regionale è la realizzazione di sperimentazioni che siano rivolte, alla fine del 2007, al 30% della popolazione toscana.

Per ogni anno di vigenza del presente piano sanitario regionale, l'obiettivo è il raggiungimento del 10% della popolazione toscana attraverso il nuovo modello organizzativo sperimentale delle "Unità di cure primarie" portando nel 2007 ad una quota assistenziale coperta pari a circa un milione di abitanti.

L'esito dovrà garantire, anche in tempi differenziati:

- L'erogazione di una effettiva continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore per 7 giorni alla settimana, con la presa in carico del paziente.
- Risposte sanitarie e socio-sanitarie organizzate di livello più complesso, anche con utilizzo di adeguata strumentazione tecnica ed inserimento di altre professionalità a valenza territoriale.
- La diminuzione degli accessi al pronto soccorso.
- Lo snellimento delle procedure burocratiche a favore dell'assistito.
- L'utilizzo da parte dei medici di linee guida comuni.
- La realizzazione di percorsi assistenziali innovativi.
- L'attivazione di ambulatori per particolari patologie.
- Una risposta medico-infermieristica e specialistica h24 anche per l'assistenza domiciliare integrata, per le strutture residenziali, per gli hospices e per interventi anche personalizzati a pazienti con patologie croniche.

Azioni e strumenti di attuazione

A partire dal 2003 è stato attivato, con le OO.SS della medicina generale (Assistenza primaria), della continuità assistenziale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale interna, un percorso di condivisione di un nuovo modello organizzativo territoriale, individuabile come un aspetto evolutivo della équipe territoriale, presente nei vigenti accordi collettivi nazionali.

L'équipe territoriale veniva proposta dagli ACN come "finalizzata alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli operatori tra loro e con gli obiettivi ed i programmi distrettuali".

Il modello evoluto, denominato "Unità di cure primarie", ha assunto come contesto di riferimento quello della concertazione e della valorizzazione delle iniziative e delle aggregazioni locali, ritenuto la maggiore espressione della realtà toscana.

L'accordo raggiunto si incardina nel contesto dispositivo di livello regionale e nazionale indicato in premessa.

Il modello così definito di risposta territoriale si inserisce inoltre strategicamente all'interno di un processo già attivato nel quale sono impegnate la direzione generale del Diritto alla salute e tutte le aziende sanitarie finalizzato a:

- Adottare idonee misure sull'attività svolta nel pronto soccorso, spesso rivolta a codici di bassa gravità, che dovranno col tempo trovare risposta sul territorio.
- Informatizzare i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta.
- Creare percorsi integrati ospedale – territorio.
- Razionalizzare e semplificare il sistema di accesso alle prestazioni.

Le aziende unità sanitarie locali hanno presentato progetti di sperimentazione, previo confronto e verifica con le rappresentanze sindacali locali, rispondenti ai seguenti criteri, definiti nell'accordo regionale:

- Adesione volontaria, organica e/funzionale, dei medici convenzionati che afferiscono all'area sperimentale.
- Priorità per ambiti di riferimento dove afferiscono forme associative.
- Aggregazione fra forme associative.
- Disponibilità di una sede comune, dotata di collegamenti informatici con gli ambulatori dei singoli medici aderenti e con la azienda sanitaria locale di riferimento e di adeguate attrezzature per interventi di primo soccorso e di personale di supporto.
- Disponibilità dei medici di medicina generale e di continuità assistenziale a garantire una effettiva continuità assistenziale per 24 h per 7/7 giorni per gli assistiti dei medici di base che partecipano alla sperimentazione.
- Mantenimento, nell'ambito del territorio aziendale, dello stesso livello di continuità assistenziale per tutti gli assistibili.
- Previsione degli istituti necessari per la realizzazione della sperimentazione, di tipo convenzionale o innovativo.

E' stata prevista inoltre l'integrazione funzionale della pediatria di libera scelta nei modelli di unità di cure primarie, attraverso l'implementazione delle forme associative e la partecipazione diretta alla copertura assistenziale pediatrica nei giorni di sabato e festivi attraverso la "Consulenza pediatrica ambulatoriale". Analogamente si opererà per la specialistica ambulatoriale interna, che si integrerà funzionalmente garantendo l'assistenza specialistica propria del percorso assistenziale attivato.

Le proposte pervenute, valutate dal gruppo di valutazione e monitoraggio dei progetti (costituito da rappresentanti delle aziende sanitarie locali, della direzione generale del Diritto alla salute, dell'A.R.S. e di tutte le OO.SS firmatarie dell'accordo), porteranno all'avvio effettivo delle sperimentazioni per tutte quelle realtà per le quali saranno state riscontrate le compatibilità con gli obiettivi del progetto.

Monitoraggio e indicatori

La sperimentazione avrà una durata di due anni e durante tale periodo sarà compito del gruppo di valutazione e monitoraggio acquisire informazioni e dati sui singoli progetti, monitorare l'attività sulla base di indicatori di processo predeterminati, confrontare le iniziative adottate e predisporre relazioni semestrali sull'andamento delle singole unità di cure primarie, anche al fine di prevedere eventuali interventi correttivi.

Gli esiti, da considerare a seguito di valutazioni di indicatori di risultato, costituiranno elemento fondamentale per lo sviluppo a regime del modello organizzativo territoriale oggetto di studio, che dovrà costituire, pur nella dovuta considerazione di specificità geografiche (centri urbani con dispersione nell'ambito comunale o comunità isolate), di pratiche difficoltà operative (informatizzazione), e di rispetto dell'attività svolta dai singoli medici convenzionati nell'ambito degli accordi nazionali di riferimento, una modalità di risposta sanitaria territoriale da adottarsi come scelta di riconduzione al territorio ed alla medicina di base di funzioni proprie e di offerta all'utenza di un diritto soggettivo all'assistenza da attivarsi attraverso la presa in carico reale del bisogno sanitario.

3.2.9. Visite specialistiche: un obiettivo di qualità.

Quadro Analitico

Nell'anno 2002 sono state erogate in Toscana circa 4 milioni di visite specialistiche: l'11% sono visite oculistiche, il 9% ortopediche, il 7% cardiologiche, il 6% otorinolaringoiatriche, il 5% dermatologiche.

Nel contesto regionale, circa il 60% dei nostri cittadini, oltre i diciotto anni di età, accede mediamente ogni anno ad una visita specialistica; particolare significativo, poco più della metà dei cittadini toscani, che ha fatto ricorso al medico specialista, si è rivolta al servizio pubblico, l'altra metà ha soddisfatto il proprio bisogno con modalità private.

La “Indagine sulla percezione della qualità dei servizi sanitari in Toscana che ha preso in considerazione l’accessibilità a specifici servizi sanitari, la cui funzionalità è particolarmente sentita dalla popolazione, evidenzia che la percentuale dei cittadini toscani “molto o abbastanza soddisfatti“ dei servizi offerti, per la specifica tipologia “assistenza specialistica”, è la più bassa delle percentuali registrate tra tutte le altre tipologie di servizi, attestandosi su un indice di soddisfazione, pari al 64,6%.

Il grado di soddisfazione analiticamente valutato sugli aspetti specifici, costitutivi il giudizio complessivo, quali l’accessibilità, la competenza, la cortesia dei sanitari, il comfort ambientale, rileva l’elemento accessibilità, in particolare il tempo di attesa, come il fattore con il più alto grado di insoddisfazione, il cui insuccesso determina, di fatto, il basso valore dell’indice di soddisfazione per la tipologia “assistenza specialistica”, poco lusinghiero in confronto agli indici espressi dagli altri servizi indagati: medico curante, esami diagnostici, ricovero ospedaliero.

Risultati e valutazioni del precedente ciclo di programmazione

Nella nostra Regione la materia è stata disciplinata con varie iniziative normative; nell’anno 2000 le aziende sanitarie sono state impegnate a rispettare, e garantire, la previsione di un tempo massimo di attesa pari a 30 giorni per tutte le visite e le prestazioni diagnostico strumentali, classificabili come prime visite o primo accesso.

Dal 2001 è stato attivato un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali che consente di conoscere la percentuale di prenotazioni effettuate entro classi temporali definite.

Nell’anno 2002 oltre il 80% delle visite specialistiche sono erogate entro 60 giorni dalla data di prenotazione mentre entro i 30 giorni di attesa la quota garantita è pari a circa il 47%, con una situazione caratterizzata da un andamento fortemente ciclico, con particolare criticità nei mesi di dicembre, aprile, maggio.

Diagramma sintetico di rappresentazione dei risultati dell’analisi SWOT

Punti di forza	Punti di debolezza
Ottima diffusione sistema prenotativo centralizzato (C.U.P.). Buon governo del sistema dell’offerta. Buona conoscenza meccanismi regolatori liste di attesa. Disponibilità strumenti di lettura e intervento.	Unicità agenda prenotativa per prima visita e visita controllo. Scarsa flessibilità dell’offerta. Onerosità aumento offerta. Iniziativa sulla appropriatezza della domanda ancora in fase progettuale. Sensazione di impotenza a fronte di un tema di difficile gestione.
Opportunità	Rischi
Sensibilità ed interesse dei medici di medicina generale e pediatri libera scelta al tema specifico. Attenzione delle forze sociali e politiche sul tema. Disponibilità delle risorse specialistiche liberate dal processo di deospedalizzazione in atto nel territorio regionale. Meccanismi penalizzanti il non conseguimento del risultato.	Effetto mix tra domanda attuale rivolta, per gli elevati tempi di attesa, al settore privato verso il settore pubblico.

Scenari di riferimento e obiettivi generali

La particolare attenzione rivolta alla visita specialistica nel complesso dell’offerta specialistica ambulatoriale discende dalla funzione peculiare che la prestazione svolge nel percorso assistenziale del cittadino: la prestazione diagnostico strumentale e la visita specialistica hanno un diverso valore aggiunto per la definizione del quadro clinico e l’organizzazione di un percorso diagnostico appropriato.

Il medico che ritiene necessario acquisire la consulenza dello specialista per la definizione del quadro clinico del paziente, dichiara, la sua personale impossibilità a proseguire nel percorso diagnostico e la richiesta di una diversa competenza professionale diviene, quindi, determinante per la soluzione del problema clinico: da qui l'interesse per la disponibilità della prestazione, sia per il medico prescrittore che per il cittadino, sempre più consapevole e partecipativo del percorso proposto.

Molte prestazioni diagnostiche strumentali non sono, altrettanto, determinanti rispetto all'iter diagnostico – terapeutico del paziente ma costituiscono un utile supporto al processo decisionale del medico che ritiene, nel caso specifico della richiesta di una prestazione diagnostico strumentale, di avere le competenze necessarie per poter valutare e definire autonomamente il quadro clinico in esame; ne discende un minor interesse per il tempo di attesa relativo, purchè questo abbia, comunque, un limite massimo conosciuto e rispettato.

Sul versante dell'appropriatezza, infine, focalizzare il momento originario del percorso diagnostico sulla visita e sulla sua capacità di sintesi olistica, e non su ripetute prestazioni diagnostiche che privilegiano algoritmi di definizione per esclusione della possibile diagnosi, garantisce una maggior appropriatezza del percorso assistenziale.

La situazione evidenziata non è di poco conto, solo che si consideri la difficoltà che tale criticità introduce nel funzionamento dei percorsi organizzativi previsti dalla normativa regionale, in particolare per alcuni aspetti del percorso assistenziale che perdono la loro caratteristica distintiva, di sicura e facile percorribilità, diventando faticosi, soprattutto, per i soggetti più deboli.

La adeguatezza dell'accesso alla visita specialistica e il rispetto del principio di equità orizzontale, cioè persone con bisogno eguale sono trattate in modo uguale indipendentemente dal loro reddito, divengono, quindi, un unico obiettivo politico, con reciproca garanzia.

Obiettivi specifici

L'adeguatezza dell'offerta, l'appropriatezza della domanda.

Il tempo di attesa è la conseguenza di più fenomeni strettamente correlati, inappropriata della domanda, insufficienza dell'offerta, inefficienza produttiva, cattiva organizzazione del rapporto domanda/offerta: si è, comunque, concordi nel ritenere che le iniziative che affrontano il tema per variabili separate raramente producono risultati utili, soprattutto i risultati conseguiti sono difficilmente sostenibili nel tempo.

L'appropriatezza delle cure: il tempo di attesa.

I sistemi centralizzati di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, cosiddetti C.U.P., garantiscono la democrazia e la trasparenza dell'accesso, ma l'accesso cronologico, first arrived first served, non assicura l'equità nell'accesso, cioè la capacità del sistema di rispondere a bisogni diversi con modalità diverse tra le quali il tempo di attesa assume una particolare importanza.

L'efficacia delle cure è strettamente correlata al tempo entro il quale la cura viene effettuata: i tre elementi che definiscono l'appropriatezza delle cure, cosa, dove, quando fare, devono essere disponibili congiuntamente al professionista.

La responsabilità del professionista comprende tutti e tre gli elementi, in pari misura; la responsabilità del sistema manageriale, di fatto, afferisce al secondo e al terzo elemento: la disponibilità del corretto setting assistenziale e la possibilità di erogare la prestazione in un corretto tempo di attesa, sono, infatti, il risultato della capacità di organizzazione del sistema.

Ricondurre al medico prescrittore la possibilità di definire e scegliere, anche il tempo, oltre le modalità dell'urgenza, utile per l'efficacia delle cure è obiettivo del sistema sanitario regionale.

L'obiettivo di rendere disponibile al medico di medicina generale e al pediatra di libera scelta una offerta di prestazioni specialistiche e diagnostico strumentale, flessibile e coerente con le necessità cliniche del paziente è stato affrontato con il progetto qualità sostenibile, di cui alla delibera di Giunta regionale n. 887 del settembre 2003, la cui attuazione costituisce azione e strumento del presente obiettivo di salute.

Il Progetto e le sue azioni più significative necessitano di una programmazione operativa che interesserà, come cronogramma delle attività, l'intero periodo di validità del prossimo piano sanitario regionale; si pone, quindi, l'esigenza di garantire qualità ed efficacia delle cure specialistiche, nel periodo intermedio, in assenza, o con parziale presenza dei risultati previsti a regime, assegnando un ulteriore obiettivo, ancorché provvisorio, a tutte le aziende sanitarie toscane.

Le prime visite specialistiche dovranno essere erogate con un tempo massimo di attesa di 15 giorni.

L'esigenza di rendere disponibile al medico prescrittore una risposta specialistica in tempi corretti e al cittadino una maggiore efficacia delle cure, viene soddisfatta, nell'immediato, garantendo, da parte delle aziende sanitarie, la prima visita specialistica, per alcune visite a particolare rilevanza, per la natura epidemiologica del bisogno, entro 15 giorni dalla richiesta, rimanendo, comunque, confermato il limite massimo di trenta giorni per tutte le altre prestazioni, sia le restanti visite specialistiche che le prestazioni diagnostico strumentali.

L'azione, che rappresenta anche un obiettivo intermedio, si muove in modo parallelo, e coerente, alle iniziative previste nel progetto qualità sostenibile che articola la visita specialistica entro due categorie, classi di priorità clinica: "di attenzione", da erogarsi entro dieci giorni e "di routine" da erogarsi entro trenta giorni, ritenendo appropriata una percentuale distributiva della prestazione visita specialistica pari a 85 per la classe "di attenzione" e a 15 per la classe "di routine".

Le visite specialistiche che dovranno essere erogate con un tempo massimo di attesa di 15 giorni, sono: la visita cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica ed otorinolaringoiatrica.

E' stato sottolineato come anche un tempo massimo di attesa fortemente limitato, 15 giorni, può non esaudire la necessità di risposte assistenziali da soddisfare non "immediatamente" ma "nel più breve tempo possibile". Il sistema prescrittore, potrà tendere, quindi, ad utilizzare, quale garanzia per un agire in sicurezza, i servizi di emergenza/urgenza ospedalieri, quale percorso improprio ma semplificato per problemi non effettivamente urgenti.

Il tema è stato affrontato con particolare attenzione nell'allegato 1 al progetto qualità sostenibile, al quale si rimanda per la proposta di possibili soluzioni organizzative.

Azioni e strumenti di attuazione

Il progetto Qualità sostenibile.

Il Progetto disegna in maniera precisa le modalità organizzative capaci di tradurre i concetti di presa in carico e di continuità assistenziale del bisogno di salute, introduce la prenotazione diretta da parte dello specialista ambulatoriale/ospedaliero per le prestazioni diagnostico-strumentali e specialistiche successive alla richiesta del medico di medicina generale, cosiddette di secondo accesso, struttura il concetto di responsabilità clinica e diagnostica.

Il progetto qualità sostenibile si conferma come obiettivo del servizio sanitario regionale per la gestione del sistema di accesso alla specialistica e diagnostica ambulatoriale.

La realizzazione del progetto.

Il progetto necessita, per la sua implementazione, di precondizioni organizzative essenziali, quali un sistema prenotativo centralizzato, C.U.P., esteso alla maggioranza delle prestazioni specialistiche ed integrato tra le aziende sanitarie ed ospedaliere e tra le aziende sanitarie e strutture private accreditate in apposito contratto che insistono sullo stesso territorio, la distinzione e separazione delle agende dedicate alle prime visite e alle seconde visite o visite di controllo follow up, l'individuazione, ai fini del governo clinico, del comportamento prescrittivo del medico.

I sistemi informatizzati che gestiscono le attività di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sono presenti presso tutte le aziende sanitarie regionali ed iniziano anche ad inglobare le attività rese dalle strutture private accreditate.

I sistemi di valutazione del grado di copertura dei C.U.P. aziendali evidenziano un andamento crescente della copertura delle prestazioni soggette a prenotazione, che era nell'anno 2002 attorno al 70%, mentre le indicazioni parziali del 2003 evidenziano un ulteriore aumento.

Sul versante della capacità del sistema di distinguere tra prima visita e visita di controllo si registrano maggiori difficoltà, tali da configurare il superamento di questa criticità quale obiettivo intermedio del progetto.

Appropriatezza e responsabilità: la distinzione tra prima visita e visita di controllo.

L'organizzazione attuale del percorso assistenziale determina una scarsa responsabilizzazione dello specialista, privilegiando il fare, la risposta specifica, rispetto alla presa in carico del bisogno: lo specialista ospedaliero assume, con naturalezza, responsabilità verso i processi di cura ospedalieri ma non si è riusciti a strutturare una sua responsabilità verso la cronicità del bisogno, con il correlato concetto di presa in carico della continuità assistenziale. Tale incapacità del sistema ad organizzare un modello di efficace gestione della cronicità si è prodotta in un periodo storico che, in assenza della riflessione sulla necessità di linee guida o percorsi diagnostici terapeutici, prodotto culturale del movimento della Evidence based medicine, ha esposto il cittadino, portatore di bisogni di natura cronica o di patologie con follow-up di medio periodo, ad una forte variabilità dei comportamenti professionali, in ragione della possibile sovrapposizione valutativa di professionisti diversi nello stesso percorso assistenziale.

La distinzione tra primo accesso e secondo accesso, tra prima visita specialistica e visita specialistica successiva generata dallo stesso specialista per necessità di follow-up, controllo sugli esiti del proprio agire sul quadro clinico del cittadino, deve essere distinta mediante la separazione/distinzione della disponibilità della prestazione visita specialistica, in:

- prima visita specialistica, offerta al medico prescrittore, di norma medico di medicina generale, tramite Agenda C.U.P.;
- e visita di controllo, costruita, invece, sulla offerta dello specifico specialista e disponibile per la prenotazione, sempre informatizzata, solo allo specialista, o, comunque, al servizio specifico di appartenenza dello specialista.

Tale distinzione, organizzata e strutturata del concetto di visita, introduce un modello di responsabilità professionale dello specialista nella gestione del percorso assistenziale, che garantirà una maggiore appropriatezza.

D'altra parte, come dimostra chiaramente l'ormai ampia letteratura disponibile, la semplice messa a disposizione degli operatori di linee guida o raccomandazioni non modifica i comportamenti professionali, essendo quest'ultimi determinati da diversi e complessi fattori.

Si tratta, invece, di adottare specifiche strategie di implementazione per modificare i fattori di contesto (organizzativo, amministrativo, ma anche culturale) che determinano gli stili e le pratiche professionali.

Cronogramma di Gant.

Azioni	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
Prime visite specialistiche erogate con un tempo massimo di attesa di 15 giorni.	visita cardiologica, visita ginecologica, visita oculistica, visita neurologica, visita dermatologica, visita ortopedica, visita otorinolaringoiatria.	Visite anno 2005 e ulteriori visite da definirsi con specifico provvedimento.	Visite anno 2006 e ulteriori visite da definirsi con specifico provvedimento.
Distinzione tra primo accesso e secondo accesso.	Da realizzarsi entro il 31.12.2005	-	-
Attuazione progetto Qualità sostenibile.	Sperimentazione per alcune prestazioni specialistiche e diagnostico strumentali.	Ulteriori prestazioni.	Completa attuazione.

Il sistema di monitoraggio

Anno	Obiettivi	Azioni	Indicatori specifici	Valore attuale	Valore atteso
2005-2006-2007	Prime visite specialistiche erogate con un tempo massimo di attesa di 15 giorni.	Analisi bisogno, adeguamento offerta. Monitoraggio quindicinale	% visite target erogate entro 15 giorni	45%	100%
2005-2006-2007	Accesso secondo priorità del bisogno.	Attuazione Progetto qualità sostenibile	Numero aziende sperimentanti il Progetto	0	4 anno 2005 8 anno 2006 12 anno 2007
2005-2006-2007	Distinzione tra primo accesso e secondo accesso.	Separazione agende C.U.P..	% agende visita controllo sul totale agende visita specialistica per azienda	Non disponibile	30% anno 2005 70% anno 2006 100% anno 2007

La coerenza dell'impegno è testimoniata dalla assicurazione, diretta o indiretta, al cittadino della prestazione richiesta entro i tempi previsti: ove l'azienda non fosse in grado di onorare i tempi massimi programmati il cittadino avrà diritto ad un bonus economico del valore corrispondente all'importo medio regionale necessario per ottenere la prestazione in regime di libera professione intramoenia. Successivi atti definiranno gli importi specifici a carico del bilancio aziendale che verranno, altresì, utilizzati, come valorizzazione numerica delle prestazioni rimborsate, quale indicatore di accesso alle risorse specificamente previste dal progetto.

Il progetto dovrà essere opportunamente monitorato dalla Giunta regionale in termini di raggiungimento degli obiettivi posti e di criticità rilevate, anche attraverso l'istituzione di un apposito tavolo di monitoraggio a cui chiamare gli attori del sistema e le parti sociali interessate.

3.2.10. Alimentazione e salute

Quadro analitico

I Paesi Industrializzati, negli ultimi decenni, sono stati caratterizzati dal diffondersi di patologie cronico-degenerative, che rappresentano il risultato dell'interazione tra ambiente, genetica e stili di vita. E' noto che nella patogenesi di queste malattie intervengono diversi fattori e risulta difficile stabilire un chiaro collegamento con un solo determinante responsabile.

Tra gli stili di vita l'attività fisica riveste un ruolo sicuramente importante per la salute, tanto è vero che l'O.M.S. ha dedicato una giornata mondiale della salute alla promozione dell'attività fisica, richiamando l'attenzione sulla sedentarietà quale problema di sanità emergente. La mancanza di attività fisica risulta essere una delle dieci maggiori cause di mortalità e disabilità. A questo proposito si stanno consolidando a livello mondiale consistenti prove scientifiche che dimostrano come l'attività fisica fornisca, a tutti gli individui, sostanziali benefici fisici, psicologici e sociali quali aumento della vitalità e della forma fisica, potenziamento dell'apparato muscolo-scheletrico e del sistema immunitario, prevenzione delle patologie cronico-degenerative, miglioramento nella performance motoria, controllo del peso corporeo, riduzione di stress, ansia e depressione, aumento delle opportunità di incontro ed interazione con gli altri, miglioramento delle capacità di vita autonoma per gli anziani.

L'alimentazione ha un ruolo altrettanto importante sia come fattore di rischio che come fattore protettivo. Si stima che nell'anno 2000 le malattie a componente nutrizionale siano state responsabili per il 60% della mortalità generale e che contribuiscano per il 43% al carico globale di malattie

croniche del mondo. L'evidenza scientifica su cui si basa l'ipotesi della relazione dieta-patologia è diversa per le varie malattie; poiché si tratta di malattie ad eziologia multifattoriale il fattore dietetico può pesare in maniera diversa in relazione al grado di esposizione agli altri fattori, inoltre si può avere un lungo periodo di latenza tra esposizione al fattore nutrizionale e manifestazione della malattia.

I disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.) sono patologie psichiatriche caratterizzate da una serie di convinzioni e comportamenti distorti incentrati su cibo, peso e corpo, che si presentano parallelamente alla diffusione di abitudini alimentari e stili di vita sempre più improntati alla ricerca della perdita di peso, che, nelle situazioni più estreme, portano a mettere a rischio la stessa sopravvivenza della persona.

Queste problematiche sono in costante aumento nei paesi industrializzati.

In particolare, per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e le loro varianti subcliniche, i dati epidemiologici a livello internazionale indicano, nei paesi industrializzati, una prevalenza tra le adolescenti e le donne adulte del 1-3% per la bulimia nervosa e dello 0,5%-1 per l'anoressia nervosa, mentre le forme subcliniche, caratterizzate da un minore numero di sintomi rispetto ai due quadri clinici principali, colpiscono il 6-10% dei soggetti di sesso femminile. L'O.M.S. afferma che le patologie di tipo anoressico e bulimico rappresentano la seconda causa di morte tra gli adolescenti di sesso femminile, dopo gli incidenti stradali.

L'aumento della diffusione dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.), da soli o in codiagnosi con altri disturbi, in particolare nella popolazione femminile giovanissima ed adolescenziale, ma anche nella prima età adulta, ha assunto negli ultimi anni, anche nella nostra Regione, un rilievo significativo, tale da determinare l'esigenza di un'azione mirata, per affrontare il problema sia in termini preventivi sia mediante qualificati interventi di cura.

Scenari di riferimento e obiettivi generali

A) Prevenzione e cura dell'obesità

Per l'obesità sono disponibili molti dati che evidenziano come la sua prevalenza sia in aumento in gran parte dei paesi sviluppati e in particolare la sua diffusione in età evolutiva stia diventando sempre più allarmante. Il World-watch Institute quantizza in un miliardo e duecento milioni gli individui con problemi di peso nel mondo tanto che ormai il numero di persone in soprappeso è sovrapponibile a quello di chi muore di fame. Nel suo rapporto sulla salute in Europa del 2002, l'ufficio regionale europeo dell'O.M.S. definisce l'obesità come una "epidemia estesa a tutta la Regione europea". Circa la metà della popolazione adulta è soprappeso e il 20-30% degli individui, in molti paesi, è definibile come clinicamente obeso.

I dati più recenti sull'obesità dell'adulto in Italia sono stati forniti dall'indagine multiscopo ISTAT del periodo settembre-dicembre 1999 e sono i seguenti:

- 3,6% sottopeso;
- 53,8% normopeso senza differenze di genere;
- 33,4% soprappeso (42% uomini, 25,7% donne);
- 9,1% obesi senza differenza di genere.

Un problema particolarmente grave è quello dell'insorgenza dell'obesità tra i bambini e gli adolescenti. Nell'ultima decade, infatti, il numero di bambini obesi è aumentato e l'eccesso di peso è diventato uno dei principali problemi di salute per i bambini e gli adolescenti.

Per quanto riguarda la prevalenza di obesità nell'età evolutiva in Italia, benché non sia ancora stato attivato un sistema di sorveglianza nazionale in grado di fornire informazioni attendibili, si stima che il 30-35% dei bambini risulti essere soprappeso e il 10-12% obeso, con valori percentuali inferiori a 10 al di sotto degli 8 anni, che salgono a 14-16 tra i 9 e i 13 anni (Istituto auxologico italiano, 2000; Istituto auxologico italiano, 2001); altre indagini statistiche indicano una prevalenza totale notevolmente elevata del 15-20% su base nazionale con punte fino al 30% in alcune regioni come la Campania e l'Abruzzo.

Nel biennio 2000-2002 è stato condotto a livello nazionale un progetto multiregionale sulla "Sorveglianza nutrizionale ed educazione alimentare basate su dati locali per la prevenzione delle malattie cronico-degenerative" finalizzato soprattutto alla prevenzione dell'obesità in età evolutiva, al quale ha partecipato anche la Toscana, con un campione di bambini rappresentativo dell'intera regione. Il progetto concentrava l'attenzione sull'obesità in età pediatrica per due motivazioni sostanziali: importanza del fenomeno e delle sue conseguenze e le effettive possibilità di prevenzione.

In particolare l'indagine si è rivolta ai bambini di terza elementare (8-9 anni). Dall'analisi dei dati sui valori dell'indice di massa corporea (I.M.C.), risulta che il 67.7% dei bambini toscani è normopeso, il 22.5% è sovrappeso e l'8.8% è obeso, con differenze non statisticamente significative tra bambine e bambini. I corrispettivi dati del progetto nazionale sono 64%, 24%, 12%.

Questi dati sono indicativi di una situazione che conferma l'importanza degli interventi di prevenzione in età pediatrica, senza peraltro generare allarmismi sull'entità del fenomeno obesità infantile in Toscana, dove la prevalenza relativa si attesta ai livelli più bassi, tipici delle zone del nord prese in esame, all'interno di un trend geografico che vede un progressivo aumento dal nord al sud della nazione.

B) Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.)

Sulla base del lavoro di approfondimento effettuato da un gruppo di lavoro a livello regionale, che ha realizzato una attenta ricognizione sui servizi presenti sul territorio toscano e sugli aspetti problematici su cui occorre intervenire, si può delineare un quadro conoscitivo sulla realtà toscana, da cui emergono in particolare i seguenti elementi: sul tema dei D.C.A. sono impegnati, in modo non uniforme nelle varie realtà territoriali, una molteplicità di servizi (dipartimenti di salute mentale, unità operative di psichiatria, di neuropsichiatria infantile e di psicologia, unità funzionali salute mentale adulti e salute mentale infanzia adolescenza, unità operativa di pediatria, servizi tossicodipendenze (Sert), servizio di diabetologia, unità funzionale attività consultoriali e, in particolare, consultori giovani, attività sanitarie di comunità, servizio nutrizionale), ma solo pochi dei servizi implicati nel processo assistenziale hanno personale dedicato al problema. Nella maggior parte dei casi si tratta di operatori che dedicano una parte del loro orario di servizio alla cura di queste patologie.

Dai dati relativi all'utenza riferiti al 2001 (ricavati dall'apposita rilevazione e dal confronto con i dati delle SDO dello stesso periodo temporale) risultano in carico, ai differenti presidi delle aziende sanitarie 2.773 pazienti con diagnosi di D.C.A. o di alterazioni del comportamento alimentare, di cui il 46% seguito dai servizi delle aziende unità sanitarie locali e il 53% dalle aziende ospedaliere, dato che può indicare come attualmente, in assenza di specifici servizi territoriali, siano più le aziende ospedaliere che offrono interventi a livello ambulatoriale, di day hospital (D.H.) e di degenza ordinaria. Nel 43% dei casi si tratta di pazienti che hanno contattato i servizi per la prima volta nell'anno considerato, evidenziando la necessità di prevedere prese in carico prolungate. La distribuzione per età mostra che nel 35% si tratta di giovani al disotto dei 18 anni.

Le tre competenze professionali (medico/specialistica, psicoterapeutica, dietetica), indicate nelle diverse linee guida come presupposto necessario per un intervento integrato sono presenti nel 57% dei servizi delle aziende unità sanitarie locali ed aziende ospedaliere, mentre in altri non sono presenti competenze multiprofessionali e l'intervento è prevalentemente scisso: medico o psicologico.

I ricoveri evidenziano la prevalenza della diagnosi di anoressia mentale nel 53%; il 36% corrisponde alla diagnosi di bulimia e l'8% a quella di disturbo da alimentazione incontrollata. Nelle SDO di dimissione dello stesso anno 2001 si evidenziano i reparti che forniscono il maggior numero di ricoveri: su 571 ricoveri la psichiatria (64%), la NPI (17%), la medicina generale (9%) e la pediatria (8%); presenti, in numero minore, ricoveri presso la ginecologia e ostetricia e la gastroenterologia. La suddivisione del campione per età e sesso mostra due picchi di incremento nella fascia della prima e seconda adolescenza e la prevalenza delle femmine (M.8%);

Le informazioni sull'utenza, lette nella prospettiva dei dati di popolazione, fanno presumere, sia pure in modo approssimativo, che, a fronte di una popolazione nel 2000 di 1.836.349 donne toscane delle quali almeno 636.023 a rischio in quanto comprese in una età tra 10 e 40 anni, considerando una prevalenza complessiva dello 1,5 % dobbiamo attenderci 9.540 casi che, lievi o gravi che siano, hanno bisogno di un qualche tipo di trattamento.

Da tali considerazioni, nella consapevolezza delle complessità e dell'entità del problema scaturisce pertanto la necessità di un'azione complessiva di indirizzo, per un orientamento ai servizi che si occupano di D.C.A., alla luce delle esperienze maturate in campo internazionale (indicazioni del MDS del 1998, linee guida di referenza europea e americana quali NICE 2004 e APA 2004) e dei contributi forniti dalla la società italiana per lo studio dei disturbi del comportamento Alimentare (S.I.S.D.C.A.) mediante l'apposita "commissione di studio per l'organizzazione dei centri per D.C.A.".

Obiettivi generali

Nel complesso quadro delle problematiche emergenti nei paesi industrializzati sul tema dell'alimentazione e degli stili di vita quali determinanti di salute, la Regione Toscana intende sviluppare nel triennio una strategia complessiva che affronti, da un lato, le azioni necessarie per monitorare il comportamento alimentare in Toscana e promuovere stili di vita sani nella popolazione, dall'altra definisca obiettivi e strumenti specifici per alcuni particolari campi di criticità quali l'obesità ed i disturbi del comportamento alimentare (anoressia e bulimia nervosa), per affrontare in modo efficace le specificità di questi problemi che richiedono particolari azioni di approccio e lo sviluppo di "reti" tra i servizi, con l'apporto integrato delle varie competenze utili per garantire un qualificato intervento assistenziale.

Obiettivi specifici, azioni e strumenti di attuazione

A) Prevenzione e cura dell'obesità

Gli obiettivi del piano sanitario nazionale per l'anno 2003-2005 assegnano un ruolo di primaria importanza alla lotta all'obesità e ai disturbi del comportamento alimentare, sia in termini di prevenzione che di terapia.

Parimenti anche nel piano sanitario regionale 2002-2004 venivano, in più punti, precisate azioni per una corretta gestione del problema. Per il presente piano si ritiene di individuare un progetto unitario che affronti in modo organico e completo il problema secondo le linee direttive di seguito elencate:

- sorveglianza epidemiologica sul comportamento alimentare e sui disturbi connessi;
- prevenzione e promozione di corretti stili di vita ed in particolare educazione alimentare ed all'attività motoria;
- definizione di percorsi diagnostico terapeutici fruibili a livello regionale per gli obesi;
- sviluppo della ricerca.

A supporto delle azioni di seguito descritte saranno sviluppati percorsi formativi specifici, con particolare riferimento ai medici e ai pediatri di libera scelta, per il ruolo centrale da questi svolto nei confronti delle famiglie.

1) Sorveglianza epidemiologica sul comportamento alimentare e disturbi connessi

Come indicato dall'O.M.S., lo sviluppo di un sistema di sorveglianza nutrizionale prevede la raccolta sistematica di dati sui consumi alimentari, sullo stato nutrizionale della popolazione, sull'andamento delle patologie alimentazione-correlate. Dall'analisi dei dati raccolti, attraverso l'individuazione di idonei indicatori, deriva l'individuazione di priorità di intervento.

Risulta quindi basilare attivare una rete di sorveglianza epidemiologica regionale in ambito nutrizionale. Essa deve costituire un osservatorio del rischio associato alle abitudini e/o modificazioni alimentari della popolazione e presuppone che:

- siano state assunte e standardizzate le metodiche per la valutazione dell'impatto dello stato nutrizionale sulla salute della popolazione;
- sia stata effettuata una raccolta sistematica di informazioni di eventi morbosi e di fattori di rischio nella popolazione;
- sia condotta un'iniziativa globale di coordinamento delle organizzazioni istituzionalmente preposte a gestire attività sanitaria preventiva, nonché di controllo e di monitoraggio, ed in primo luogo le aziende unità sanitarie locali, che istituzionalmente compete alla Regione.

Come descritto nel manuale INRAN di sorveglianza nutrizionale 2003, che riporta tra l'altro i risultati della recente esperienza di sorveglianza nutrizionale cui tutte le UU.FF. di igiene degli alimenti e nutrizione della Toscana hanno partecipato, devono essere utilizzati dati primari, raccolti attraverso indagini mirate effettuate direttamente sul territorio, e secondari, già disponibili in quanto di interesse di altri soggetti (operatori economici, istituti di ricerca etc.). I dati secondari, oltre ad un valore intrinseco possono anche essere strumento per stabilire utili connessioni con il mondo esterno al S.S.R..

Per quanto riguarda i primi verrà istituito un osservatorio epidemiologico che assicuri un sistema permanente di raccolta periodica di dati, attraverso rilevazioni antropometriche e questionari, relative a classi di età pediatrica, anche nel quadro del progetto di ricerca O.M.S. denominato H.B.S.C. (Health Beaviohur School Aged); questo progetto, già attivato in Toscana, è orientato alla comprensione dei fattori comportamentali e stili di vita legati al contesto socio economico che influenzano la salute e il benessere dell'adolescente.

Si propone inoltre di monitorare un'altra fascia di popolazione a rischio rappresentata dagli anziani, in particolare istituzionalizzati.

2) prevenzione e promozione di corretti stili di vita ed in particolare educazione alimentare ed all'attività motoria

La prevenzione primaria dell'obesità è fondata sull'adozione di corretti stili di vita: abitudini alimentari equilibrate e attività motoria costante devono essere apprese nell'infanzia e poi messe in pratica per tutta la vita. Le indagini di sorveglianza nutrizionale effettuate dalle aziende unità sanitarie locali e coordinate dalla Regione Toscana, hanno rilevato che il problema sovrappeso-obesità nella popolazione infantile regionale è associato ad abitudini alimentari e di vita non corrette. Gli alimenti meno graditi, anche nelle mense scolastiche, risultano pesce, verdure e legumi. Spesso non viene rispettato un giusto equilibrio nella giornata alimentare, si tende a concentrare l'alimentazione allo spuntino di metà mattino ed alla sera. Si evidenzia inoltre l'insufficiente attività fisica.

Principi guida devono quindi essere:

- Promozione del consumo di frutta, verdura, pesce.
- Promozione dell'attività fisica.

Non bisogna inoltre dimenticare la sempre più consistente numerosità di fasce a basso reddito e di immigrati, per i quali la difficoltà di integrazione è collegata anche alle diverse abitudini alimentari rispetto a quelle del paese di origine. Diviene quindi necessario conoscere gli stili di vita e le abitudini alimentari delle varie etnie maggiormente rappresentative sul nostro territorio, valutare i principali gruppi di materie prime utilizzate e le loro caratteristiche nutrizionali per poi poter affrontare un discorso mirato di educazione alla salute ed anche uno scambio culturale che può contribuire all'integrazione degli immigrati.

L'attuazione di programmi per questo specifico obiettivo richiede l'interazione complessa di una serie di enti che, se anche vedono al centro le strutture sanitarie pubbliche (U.U.F.F. igiene degli alimenti e della nutrizione, educazione e promozione della salute, medici di famiglia e pediatri di libera scelta etc.), devono operare in assoluto accordo con tutta un'altra serie di istituzioni, in primo luogo quelle scolastiche, e poi ancora i Comuni, le Provincie, le associazioni dei consumatori e quelle sportive, nonché con le famiglie. Il fine è di offrire all'utente non solo consigli e supporto scientifico ma anche una serie di interventi specifici che in concreto facilitino il seguire corretti stili di vita.

Tutti questi interventi trovano la loro naturale realizzazione nell'ambito dei piani integrati di salute, con interventi rivolti alla scuola e alla ristorazione collettiva ed interventi rivolti alla popolazione in generale, con priorità per lo sviluppo di piani di prevenzione che abbiano come oggetto la popolazione in età pediatrica, poiché un bambino obeso ha molte probabilità di essere un adulto obeso ed è inoltre su questa fascia di età che abbiamo maggiori possibilità di prevenzione primaria.

In ambito scolastico si prevede la collaborazione con il personale docente al fine di individuare efficaci percorsi formativi ed indicatori di risultato.

A questo fine ci si propone di definire procedure omogenee a livello regionale per la gestione delle attività di prevenzione nell'ambito della ristorazione collettiva almeno per i seguenti punti:

- valutazione menù;
- monitoraggio del gradimento e degli scarti;
- valutazione dei capitolati d'appalto.

Altre iniziative di formazione su problematiche nutrizionali, quali celiachia ed allergie alimentari, verranno rivolte a personale impegnato professionalmente nel settore alimentare ed assistenziale (personale R.S.A., cuochi di ristorazione collettiva).

Nei confronti della popolazione in generale dovranno essere elaborati piani di comunicazione mirati, ben definiti negli obiettivi e nel target, in base ai quali verranno scelti gli strumenti di comunicazione più appropriati, un canale informativo da implementare è comunque rappresentato dal WEB, anche sfruttando il portale dello sportello unico della prevenzione.

In base alle indicazioni provenienti dal mondo scientifico si ritiene utile affiancare alle attività di educazione alimentare e nutrizionale, interventi rivolti a piccoli gruppi tramite:

- partecipazioni ad attività consultoriali rivolte a gruppi omogenei di popolazione e riferiti a stati fisiologici della vita (gravidanza, menopausa, adolescenza, anziani);
- apertura ambulatori di counseling rivolti alla popolazione sana o con problemi di sovrappeso, compresi i genitori dei bambini con problemi di sovrappeso.

3) definizione di percorsi diagnostico-terapeutici fruibili a livello regionale per gli obesi

L'obesità costituisce un problema di salute a livello di popolazione, indipendentemente dall'età, dal sesso e dal gruppo etnico di appartenenza, essendo alla base di una serie di patologie cardiovascolari, metaboliche, osteoarticolari, tumorali e respiratorie che comportano una ridotta aspettativa di vita ed un notevole aggravio per il sistema sanitario. Per l'Italia i costi diretti sono stimati in circa 23 miliardi di euro l'anno, la maggior parte di tali costi è dovuta ai ricoveri ospedalieri. La riduzione dell'obesità costituisce quindi un efficace mezzo di risparmio in quanto l'aumento di incidenza dell'obesità è associato ad un aumento delle richieste di cura per svariate patologie collegate, con un numero di pazienti tendenzialmente crescente in relazione al carattere cronico delle patologie.

Nella maggior parte dei casi i pazienti obesi vengono oggi curati in maniera settoriale per la gestione di specifici sintomi, con spesso un trasferimento inappropriato dei pazienti da uno specialista ad un altro; il tutto genera sfiducia e rassegnazione e alla fine cronicizzazione e aggravamento del problema.

D'altra parte risulta anche provato come un tempestivo e razionale approccio terapeutico all'obesità costituisce di fatto un efficace mezzo per realizzare un miglioramento delle condizioni di salute. La letteratura scientifica internazionale è infatti concorde nell'affermare che anche un modesto calo ponderale, dell'ordine del 5-10% del peso iniziale, è già sufficiente a risolvere molte delle patologie concomitanti e comunque a ridurre il rischio di morbilità e mortalità. L'obiettivo non è comunque solo quello del calo ponderale, ma anche impedire il recupero del peso nei soggetti che lo hanno perso e l'aggravamento di qualunque condizione patologica esistente.

E' quindi indispensabile istituire una rete di collaborazioni con tutte quelle figure professionali che in ambiti diversi entrano in contatto con il problema nutrizione, in particolare pediatri, medici di famiglia, medici ospedalieri, servizi consultoriali.

Per instaurare un trattamento globale dell'obesità è necessario considerare il problema della sua interdisciplinarietà. Indispensabile quindi l'integrazione delle professionalità vista non come sovrapposizione di ambiti professionali o affiancamento di discipline diverse, su una tematica comune, non come somma di competenze, ma come esplicitazione di un ben più impegnativo e più serio tentativo di impostare l'intero iter diagnostico-terapeutico.

Nel triennio di vigenza del piano sanitario la Giunta regionale è impegnata a fornire indirizzi alle aziende unità sanitarie locali al fine di definire un percorso assistenziale per il soggetto obeso che consideri la globalità del problema e risponda alla necessità di effettuare una corretta valutazione clinica ed instaurare un'appropriata terapia in tempi rapidi, fornendo altresì riferimenti anche per lo svolgimento di quelle attività di supporto, quali l'esercizio fisico e l'educazione alimentare, indispensabili per ottenere risultati stabili. Si dovrà implementare una rete mirata all'eccellenza delle prestazioni, cioè tale da garantire in modo omogeneo le migliori prestazioni possibili in un quadro di sostenibilità.

L'obiettivo sarà perseguito mediante la valorizzazione delle esperienze mediche e chirurgiche presenti nella rete ospedaliera toscana e nei servizi del territorio, anche al fine di ridurre le liste di attesa.

Gli uffici competenti della Giunta regionale sono inoltre impegnati a elaborare linee guida, ivi compreso le indicazioni clinico diagnostiche, a garanzia dell'appropriatezza dell'assistenza assicurata.

B) Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.)

La complessità dei problemi rende necessario porre in atto su tutto il territorio regionale una strategia coordinata che agisca su più fronti. Gli interventi dovranno essere orientati a:

- sviluppare azioni di informazione e di educazione alla salute, finalizzate a modificare convinzioni, comportamenti e, più in generale, quegli stili di vita che possono facilitare l'insorgenza e la cronicizzazione di disturbi del comportamento alimentare;

- individuare le fasce di popolazione a rischio, sulle quali indirizzare interventi finalizzati a una diagnosi precoce;
- coordinare e potenziare la rete dei servizi, sviluppando le competenze e la capacità di offrire una risposta qualificata in modo integrato tra i vari livelli di intervento.

Le “parole chiave” che esprimono la strategia regionale per il prossimo triennio sono:

- Rete: - tra diverse discipline inerenti alla diagnosi e alla cura dei D.C.A.;
 - tra servizi sanitari;
 - tra servizi sanitari e socio sanitari e del volontariato (associazioni di familiari, gruppi automutuoaiuto);
- Disponibilità: - certezza di accoglienza e risposta da servizi specifici con risorse adeguate per assicurare i livelli assistenziali ambulatoriali, ospedalieri semiresidenziali;
- Appropriatezza - risposte qualificate e specializzazione nel settore dei D.C.A.;
- Programmazione - percorso graduale e progressivo finalizzato alla realizzazione della rete aziendale per i D.C.A. in ciascuna azienda unità sanitaria locale.

E' obiettivo del triennio la realizzazione, in ogni azienda unità sanitaria locale, di una rete integrata di servizi per la prevenzione e la cura dei D.C.A., articolata su più livelli di intervento, sia territoriali che ospedalieri, nell'ambito di una programmazione complessiva di area vasta.

I livelli su cui si articola la rete sono:

- | | |
|------------------------|------------------------------|
| a) ambito territoriale | |
| I LIVELLO | RETE DI PREVENZIONE |
| II LIVELLO | CENTRO AMBULATORIALE |
| III LIVELLO | CENTRO DIURNO e DAY HOSPITAL |
| b) ambito ospedaliero | |
| IV LIVELLO | RICOVERO MEDICO |
| V LIVELLO | RICOVERO SPECIALIZZATO |

L'integrazione delle competenze e l'apporto pluridisciplinare è l'elemento caratterizzante il sistema di servizi per i D.C.A., per una risposta assistenziale adeguata.

Particolare attenzione dovrà essere posta a sviluppare la rete di prevenzione.

Obiettivo specifico è agire sull'educazione alla salute e sugli stili di vita e riconoscere il disturbo quanto più precocemente possibile e indirizzarlo ai servizi di livello specialistico.

In tema di prevenzione primaria dei D.C.A. è oramai ampiamente riconosciuta la negatività di interventi mirati che focalizzino in modo diretto il problema o che facciano troppo leva sugli aspetti nutrizionali-dietetici. Gli interventi di prevenzione dovranno quindi essere più che altro orientati allo sviluppo di competenze legate ai concetti dell'autostima, del sostegno all'immagine di sé, all'accettazione dell'immagine corporea e alla riduzione degli aspetti legati al perfezionismo e all'adesione acritica ai modelli estetici proposti dai mass-media.

Compito di ogni azienda sanitaria locale è programmare eventi formativi per le categorie professionali maggiormente interessate (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ginecologi, personale dei consultori), nonché prevedere interventi nel campo della prevenzione primaria e secondaria con agenzie che sono di riferimento per l'area adolescenziale e giovanile, quali la scuola primaria e secondaria e l'ambiente dello sport.

Nella programmazione aziendale, che pianificherà i tempi e i modi necessari per la costruzione della rete, dovrà essere data priorità alla istituzione del centro ambulatoriale per i D.C.A. .E' affidato al centro il compito di riconoscere e diagnosticare correttamente i D.C.A., fornire attività di counseling, erogare attività di terapia ambulatoriale integrata sul piano fisico, psicologico, sociale e attivare, se necessario, gli altri livelli di assistenza.

Il centro ambulatoriale per la diagnosi e cura dei D.C.A. deve essere presente in ogni azienda unità sanitaria locale, con procedure di accesso più agevoli possibile.

L'ambulatorio D.C.A. è inserito nella rete di servizi pubblici territoriali ed ospedalieri e garantisce l'attivazione di tutte le risorse disponibili in campo sanitario e sociale. Deve essere integrato nella comunità locale per facilitare il dialogo con famiglie ed associazioni di qualunque tipo che si prefiggono scopi di aiuto sociale e di promozione della salute. In questa direzione il centro opererà in modo da favorire la nascita e lo sviluppo di associazioni di auto-mutuo aiuto costituite da utenti, ex-utenti, familiari e volontari.

E' affidato agli altri "nodi" che compongono la rete (centro diurno e day hospital, ricovero medico ospedaliero in regime ordinario, ricovero specializzato) il compito di fornire gli interventi specialistici di livello più complesso per garantire la cura e la riabilitazione necessaria nelle situazioni di maggiore gravità.

La Giunta regionale è impegnata a fornire apposite linee guida per orientare l'organizzazione e la funzionalità della rete di servizi, definire i requisiti dei vari "livelli" che compongono la rete e i parametri di riferimento per le professionalità necessarie, orientare i protocolli diagnostico terapeutici per una efficace risposta assistenziale, promuovere le sinergie e l'integrazione tra i vari servizi e le diverse professionalità coinvolte.

C) Sviluppo della ricerca

Negli ultimi anni sono andate crescendo le evidenze scientifiche che dimostrano l'importanza dell'alimentazione come fattore determinante o protettivo in varie malattie. In particolare la dieta mediterranea è indicata come favorevole per la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari e di tumori. Tenuto conto dell'impegno regionale nel campo della ricerca, con particolare riferimento alla ricerca finalizzata in ambito biomedico (come previsto nella sezione 4.7 del presente piano) e precisato che non sono ad oggi chiari i meccanismi biologici con i quali si esplica l'azione protettiva o patogenetica di singoli alimenti o bevande, risulta necessario approfondire il tema attraverso azioni mirate da condursi con i soggetti e le modalità previste nella citata sezione del piano sanitario dedicata alla ricerca. Tenuto conto delle indicazioni ivi contenute rispetto alle macrolinee di sviluppo del sistema della ricerca toscana, si ritiene di dover indirizzare le indagini nel settore prioritariamente:

- studio sul consumo di alimenti di produzione locale e/o ottenuti con metodi rispettosi dell'ambiente come determinante di salute;
- indagini genetiche, biomediche e cliniche sui determinanti predisponenti ai disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.), sui sistemi di protezione da D.C.A. e sul dispiegamento patologico di D.C.A.;
- sui sistemi di erogazione di servizi a livello preventivo e assistenziale in relazione al prodursi di D.C.A..

Tempificazione delle azioni

Azioni	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
A -1 Sorveglianza epidemiologica.	Predisposizione indagine HSC Anziani.	Conduzione indagine su bambini adolescenti.	Report e diffusione risultati.
A -2 Prevenzione ed educazione alla salute.	Progettazione PIS Linee guida ASL su ristorazione comunitaria. Realizzazione pagine web.	Realizzazione P.I.S..	Monitoraggio e risultati conclusivi P.I.S..
A -3 Percorsi diagnostico terapeutici.	Costituzione gruppo lavoro di monitoraggio situazione attuale.	Predisposizione linee guida e loro attuazione.	Monitoraggio risultati.
B - D.C.A.	Predisposizione linee guida.	Realizzazione centri D.C.A..	Monitoraggio risultati.

C – Ricerca.	Costituzione gruppo interdisciplinare per predisposizione e presentazione progetti alla C.E..	Esecuzione e monitoraggio progetti. Inserimento dei progetti nel modulo di comunicazione.	Monitoraggio risultati e pubblicazione report.
A /B/ C – Formazione.	Progettazione e realizzazione corsi per target individuati.	Progettazione e realizzazione corsi per target individuati.	Progettazione e realizzazione corsi per target individuati.

Il sistema di monitoraggio

Si individuano i seguenti indicatori per la valutazione del progetto specifico:

- 1.10.p) numero di progetti integrati presentati dalle zone;
- 2.10.p) numero centri ambulatoriali specifici per la diagnosi e terapia dei D.C.A. attivati.

3.2.11. La salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti

Premessa

La Toscana va annoverata tra le regioni italiane con un'economia più ricca, con un P.I.L. in percentuale che la pone al di sopra della media nazionale e la avvicina alle economie più forti.

Lo sviluppo industriale della Toscana è stato in larga misura fondato sui sistemi locali di piccole e medie imprese, anche se rilevante è stato, e continua ad essere, il ruolo di grandi realtà produttive.

Obiettivo primario dell'azione di prevenzione nei luoghi di lavoro della Regione Toscana è coniugare lo sviluppo economico e le novità del mercato occupazionale con la tutela della salute delle lavoratrici e dei lavoratori.

Gli elementi che caratterizzano attualmente il lavoro nella nostra regione e che devono trovare risposta nelle politiche di prevenzione, oltre all'andamento del fenomeno infortunistico e delle malattie professionali, sono sostanzialmente i seguenti:

- la presenza di lavoro irregolare;
- la crescente presenza di lavoratori stranieri e la specificità di genere;
- le nuove tipologie di contratto;
- la precarizzazione dei rapporti di lavoro;
- il lavoro dei giovani;
- la complessità crescente dell'organizzazione del lavoro;
- la regolarità degli appalti.

Un ulteriore riferimento per l'azione programmata lavoro e salute è rappresentato dal "Nuovo patto per uno sviluppo qualificato e maggiori e migliori lavori in Toscana", che conferma la politica regionale di concertazione e la promuove a governance cooperativa.

Il quadro di riferimento

La profonda trasformazione in atto del rapporto tra produzione e mercato appare ormai un fatto strutturale come l'introduzione di nuove forme di contratto di lavoro e il ricorso a fenomeni di outsourcing.

Tale situazione richiama l'adozione di modelli organizzativi di lavoro compatibili con andamenti di mercati non perfettamente prevedibili nel tempo e nei volumi per effetto di domanda stimolata da competitività elevata.

E' evidente che le risposte in termini di tutela della salute e della sicurezza devono inserirsi pienamente in questo nuovo contesto.

Si rileva, sotto il profilo statistico, che nonostante una sensibile diminuzione degli infortuni nei primi mesi dell'anno 2004, in particolare di quelli mortali, permane nei luoghi di lavoro un alto rischio infortunistico.

E' in atto, tra l'altro, un progressivo allargamento del rischio verso le categorie più deboli e soprattutto extracomunitari, categorie queste che presentano anche difficoltà ad essere rappresentate.

Lavoro irregolare

I dati I.N.P.S. sull'evasione contributiva confermano che il lavoro sommerso continua purtroppo a crescere anche nella nostra regione.

Le connessioni tra lavoro irregolare e incidenza infortunistica sono evidenti: agricoltura ed edilizia sono i settori che registrano la maggiore incidenza di infortuni sul lavoro e la maggior presenza di lavoro irregolare.

Lavoratori stranieri

L'impiego di manodopera immigrata è un dato in crescita anche nella nostra regione; tuttavia si tratta ancora di un utilizzo parziale delle potenzialità offerte da questa risorsa, spesso a copertura di vuoti del mercato del lavoro regionale.

Intanto tra le lavoratrici e i lavoratori extracomunitari si riscontra una crescente voglia di regolarità e di impresa.

Il concetto di salute, e quindi anche di prevenzione, ha forti e specifiche connotazioni culturali che intervengono sulla percezione del rischio e, conseguentemente, sui comportamenti adottati. Ciò comporta notevoli difficoltà all'integrazione di questi lavoratori nel sistema aziendale di prevenzione. A questo si sommano le condizioni di irregolarità e precarietà in cui molti lavoratori stranieri si trovano a lavorare, privi o quasi delle più elementari forme di tutela.

Le nuove tipologie di contratto

Il criterio del just in time, che regola la produzione solo su domanda, ha una diretta influenza sulle modalità e sulla qualità del lavoro caratterizzata sempre più da esigenze di flessibilità: occupazionale, con nuove tipologie di contratto, e di prestazione, con orari cosiddetti pluriperiodali e sequenze diverse di giorni lavorativi, secondo quanto introdotto dalla legge 30/03 di riforma del mercato del lavoro.

Le conseguenze della nuova organizzazione del lavoro sono:

- la presenza nello stesso spazio produttivo di lavoratori con diverse e plurime tipologie di contratto;
- la presenza contemporanea di più aziende che realizzano ciascuna il proprio segmento produttivo;
- la possibilità di dipendere da un soggetto e lavorare per un altro (agenzie di somministrazione).

Anche nella nostra regione, seppur a livelli inferiori rispetto al dato nazionale, si registra un aumento in valore assoluto degli infortuni nei lavoratori temporanei, mentre non sono possibili previsioni sugli effetti a lungo termine, richiamando la necessità di un monitoraggio continuo sul territorio.

Il lavoro dei giovani

L'agenzia Europea per la sicurezza del lavoro rileva nel lavoro dei giovani di età compresa tra i 17 anni e i 25 anni una maggiore esposizione al rischio di infortunio.

In particolare appare necessario potenziare le azioni di sostegno volte all'acquisizione di una maggiore consapevolezza sia in termini di orientamento professionale che di percezione del rischio legato al lavoro, nonché di una maggiore conoscenza del sistema della prevenzione nei diversi settori.

Nel ridisegnare attività di sostegno all'ingresso nel mondo del lavoro dei giovani, occorre garantire una forte integrazione tra i soggetti pubblici interessati (centri per l'impiego, agenzie formative, servizi di prevenzione delle aziende unità sanitarie locali, direzione del lavoro, enti istituzionali, comunità locali, forze sociali, ecc.).

Organizzazione del lavoro

Nei luoghi di lavoro, specialmente nelle piccole realtà, l'organizzazione del lavoro non è stata tradizionalmente oggetto di attento studio e progettazione; piuttosto è stata sempre il risultato di scelte legate alle immediate esigenze d'impresa, con soluzioni di valenza individuale. Le esigenze di modifica dell'organizzazione del lavoro che le aziende avvertono è legata soprattutto alla necessità di continuo recupero di efficienza del sistema produttivo.

In questo quadro di riferimento occorre quindi porre attenzione alla sicurezza e salute dei lavoratori in relazione a:

- fattori di rischio organizzativi;
- procedure di lavoro e prevenzione degli infortuni;
- ritmi, carichi e posture di lavoro e malattie muscolo scheletriche correlate.

Iniziative specifiche dovranno consolidare la nuova e crescente sensibilità sviluppata verso le problematiche connesse con l'organizzazione del lavoro, come la direttiva del ministero della funzione pubblica sulle misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni o il recente D.M. 27/4/04 "Nuovo elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del T.U. D.P.R. 1124/65", che prevede nella lista II, gruppo 7: malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro.

Azioni già intraprese

Lavoro irregolare

In Regione Toscana è stato attivato il comitato di coordinamento previsto dall'articolo n. 27 del D.Lgs. 626/94 nei due livelli regionale e territoriale, con l'obiettivo di sviluppare le sinergie tra gli enti che hanno competenze ai fini della prevenzione nei luoghi di lavoro ed in particolare ai fini di contrastare il lavoro irregolare.

Lavoratori stranieri

Si è rafforzata negli anni l'attenzione dei servizi di prevenzione verso questi lavoratori, con azioni di sostegno, informazione, vigilanza e controllo. In particolare è in atto un progetto regionale per la conoscenza delle dinamiche sociali dei gruppi di migranti verso i quali rivolgere iniziative di informazione e promozione della salute anche rispetto al rischio lavorativo.

Le nuove tipologie di contratto

La Regione ha promosso e finanziato appositi piani mirati, condotti in costante collaborazione con le organizzazioni sindacali, per l'approfondimento delle problematiche di prevenzione poste da queste nuove forme di lavoro e per l'individuazione di strumenti finalizzati a determinare una riduzione dei rischi e per sviluppare un sistema efficace tra agenzia di somministrazione e utilizzatore di manodopera.

Il lavoro dei giovani

Il modificarsi della normativa nazionale di riferimento ha consentito di ridurre l'impegno dei servizi della prevenzione nei controlli sanitari dei giovani e di sviluppare le azioni di educazione alla salute, con particolare riferimento alla percezione del rischio.

In particolare sono in corso di realizzazione interventi nelle scuole e nelle università, prevalentemente ad indirizzo tecnico-professionale, per lo sviluppo della cultura di conoscenza e gestione dei rischi lavorativi.

Organizzazione del lavoro

In questi anni sono state condotte anche in Toscana importanti esperienze sia nel campo dell'organizzazione del lavoro legata alla sicurezza che dell'ergonomia applicata. In particolare i servizi, anche in collaborazione con le parti sociali, con centri di ricerca e strutture pubbliche appartenenti al sistema sanitario regionale ed esperti, hanno maturato esperienze specifiche, sempre legate ad emergenze di sicurezza e salute espresse dal proprio territorio. Questo patrimonio deve ora essere coinvolto nelle soluzioni dei problemi e nella progettazione di impianti, macchine, processi produttivi rispettosi della sicurezza e salute dei lavoratori.

Nel campo invece dei fattori di rischio per la salute psichica legati a organizzazione del lavoro, le esperienze fino ad oggi maturate sono sporadiche e necessitano di essere estese con ulteriori indagini.

Gli obiettivi del progetto

In continuità con le scelte adottate con il precedente piano sanitario 2002-2004, la metodologia di intervento è incentrata su piani mirati di prevenzione da condurre in stretta collaborazione con le forze sociali e le istituzioni, dalle fasi di progettazione a quelle di sviluppo e verifica. A livello territoriale i piani saranno realizzati secondo la logica e gli indirizzi procedurali previsti per i piani integrati di salute.

Nella realizzazione di tali iniziative verrà privilegiato il rapporto con tutti i soggetti della prevenzione, con particolare riferimento ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, ai responsabili dei servizi di prevenzione e protezione, ai medici competenti e ai coordinatori per la sicurezza, quali moltiplicatori di effetti dell'azione di prevenzione istituzionale.

La Giunta regionale adotta un apposito provvedimento per definire gli indirizzi tecnici di individuazione e progettazione dei piani mirati regionali e locali, che prevedano specifici momenti di confronto e verifica con le parti sociali.

In continuità con il precedente piano sanitario regionale, la Giunta regionale è impegnata a costituire, entro 180 giorni, un centro di riferimento regionale per l'analisi dei flussi informativi riguardanti gli infortuni e le malattie professionali o da lavoro, quale elemento fondamentale per orientare le politiche di prevenzione.

Tale centro dovrà garantire:

- la partecipazione al gruppo tecnico di coordinamento regionale per l'attuazione del progetto nazionale di ricerca sul fenomeno degli infortuni mortali e gravi nei luoghi di lavoro;
- la partecipazione al gruppo nazionale sui flussi informativi;
- la gestione dei flussi a livello regionale finalizzata all'inserimento dei dati nel sistema informativo della sanità regionale, con il pieno coinvolgimento delle forze sociali;
- la sperimentazione di forme di utilizzo dei dati per la programmazione degli interventi e la valutazione della loro appropriatezza ai fini prevenzionistici;
- il costante rapporto con le iniziative regionali e nazionali che si svilupperanno nell'ambito della prevenzione basata su prove di efficacia (E.B.P.).

1) Lavoro irregolare

Il controllo sulla regolarità dei rapporti di lavoro non è competenza del sistema sanitario, tuttavia è questo un aspetto cruciale e un presupposto assolutamente indispensabile per l'igiene e sicurezza del lavoro. Pertanto è assolutamente necessario attivare ogni forma di collaborazione con gli enti competenti in materia e con le forze sociali per assicurare il rispetto delle norme e dei contratti che disciplinano i rapporti di lavoro.

La Giunta regionale si impegna a:

1. rendere continua e tempestiva l'attività di coordinamento dei comitati della pubblica amministrazione, regionale e territoriali, per la prevenzione nei luoghi di lavoro, previsti dall'articolo n. 27 del d.lgs.626/94, orientando tale attività in modo particolare al perseguimento delle condizioni di regolarità dei rapporti di lavoro e della sicurezza, e, a tale scopo, ampliandone la partecipazione a tutti gli enti a vario titolo interessati e prevedendo periodici momenti di confronto con le forze sociali;
2. adottare un approccio sistemico e coordinato attraverso il quale, in un quadro di condivisione, gli organismi di controllo e le parti sociali esercitino i poteri e i ruoli previsti dalle normative, con il fine comune di aumentare sicurezza e qualità del lavoro, anche attraverso azioni integrate di deterrenza;
3. prevedere azioni coordinate per una gestione più incisiva degli incentivi destinati alla prevenzione nei luoghi di lavoro.

2) Lavoratori stranieri

Coerentemente al nuovo patto per lo sviluppo qualificato e maggiori e migliori lavori in Toscana, è necessario promuovere azioni di qualificazione del lavoro dei migranti, con interventi di informazione e formazione. A tal fine la Giunta regionale si impegna a:

- avviare un'azione congiunta, con altri enti della pubblica amministrazione, che promuova, da un lato, l'assunzione di consapevolezza sui rischi per la propria salute e dall'altro specifiche azioni di

sostegno all'emersione dell'irregolarità, combinate da un controllo puntuale sulle condizioni di lavoro e sulla regolarità dei contratti;

- promuovere interventi mirati di informazione e assistenza, a cura dei servizi di prevenzione delle aziende unità sanitarie locali, differenziati per culture, aree geografiche di provenienza dei migranti, e per tipologie produttive, con un'attenzione particolare alle lavoratrici, durante il periodo della maternità.

A questo scopo i dipartimenti di prevenzione collaborano per quanto di competenza:

- alla realizzazione dei progetti regionali speciali in materia di immigrazione;
- ai percorsi assistenziali e di integrazione promossi dagli enti territoriali (Comuni e Province).

La Giunta regionale si impegna a sostenere e promuovere interventi formativi in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro nei paesi di provenienza dei migranti, nell'ambito di progetti di cooperazione internazionale.

3) Le nuove tipologie di contratto

L'estrema disomogeneità di questa forza lavoro, l'ampia flessibilità in orario, contratto, settore lavorativo rendono necessario per i servizi di prevenzione approntare nuovi strumenti, occorre un monitoraggio strutturato nel medio lungo periodo, in grado di rendere visibili i tratti caratteristici di questi lavori, e la definizione dei profili di rischio per salute e sicurezza. Al riguardo la Giunta regionale è impegnata a promuovere le seguenti iniziative:

1. analizzare il fenomeno infortunistico, anche attraverso specifici canali di comunicazione con i pronto soccorso e l'attivazione di inchieste infortuni, in sinergia con le altre istituzioni;
2. approntare strumenti informativi ad uso delle agenzie di somministrazione, dei datori di lavoro, dei medici competenti, dei RSPP, dei lavoratori e delle loro rappresentanze, per facilitare le azioni obbligatorie di sorveglianza e controllo, anche per la corretta individuazione delle responsabilità;
3. sviluppare azioni di vigilanza sulla gestione della salute e sicurezza dei lavoratori temporanei;
4. intensificare le attività di informazione e assistenza, per tutte le figure coinvolte, attraverso la predisposizione di progetti specifici di azienda unità sanitaria locale e/o di area vasta;
5. realizzare incontri e iniziative di informazione con medici competenti, lavoratori e RLS, anche utilizzando la rete degli sportelli informativi rivolti ai lavoratori e datori di lavoro (centri per l'impiego, sindacati, informagiovani);
6. attivare controlli sanitari in gruppi omogenei di lavoratori temporanei per valutare e monitorare gli effetti a medio e lungo termine;
7. predisporre linee guida regionali, specificamente dedicate a tutti i soggetti portatori di obblighi e responsabilità, sulle misure di tutela, sulla gestione della sorveglianza sanitaria, della informazione, della formazione e della registrazione degli infortuni.

4) Il lavoro dei giovani

E' necessario intervenire a sostegno delle nuove generazioni di lavoratori, in coerenza con il nuovo patto per lo sviluppo qualificato e maggiori e migliori lavori in Toscana che, tra le azioni di sostegno agli individui nel mercato del lavoro, indica la realizzazione di un sistema personalizzato di orientamento e di formazione, anche attraverso le comunità locali (Province, Comuni) sul versante dell'avviamento al lavoro.

A questo scopo la Giunta regionale si impegna a:

1. adottare iniziative legislative finalizzate a riqualificare l'impegno dei servizi di prevenzione da attività meramente formali, con scarse ricadute preventive, in azioni di informazione e sostegno nella fase di formazione e avviamento al lavoro;
2. potenziare le iniziative finalizzate a favorire la consapevolezza dei rischi lavorativi per la propria salute;
3. potenziare le iniziative rivolte al mondo della scuola e delle università, favorendo l'integrazione dei curriculum formativi con gli aspetti connessi alla gestione dei rischi per la salute dei lavoratori.

5) Organizzazione del lavoro e ergonomia

La progettazione, la realizzazione e la verifica di posti di lavoro rispettosi della sicurezza e della salute delle lavoratrici e dei lavoratori, in una parola la creazione di lavori “migliori”, capaci di valorizzare le risorse umane, rappresenta un obiettivo complesso ma assolutamente prioritario.

A questo scopo la Giunta regionale impegna i dipartimenti di prevenzione e il centro regionale di ergonomia a:

1. condurre ricerche di ergonomia applicata, soprattutto a livello di distretti produttivi, con il coinvolgimento diretto di imprese, datori di lavoro e lavoratori, amministrazioni locali ed organizzazioni sociali;
2. ad intervenire nei seguenti ambiti:
 - area dell'organizzazione del lavoro e dei “nuovi lavori”: le nuove relazioni tra soggetti al lavoro e i nuovi fattori di rischio, le dinamiche degli accadimenti infortunistici, il decentramento e la frammentazione della produzione;
 - area della biomeccanica: le posture, i movimenti ripetitivi e i microtraumi;
 - area della medicina del lavoro e della psicologia del lavoro e delle organizzazioni: i disagi e le malattie legate ai nuovi rischi compreso lo stress e il disadattamento lavorativo;
 - area della tecnica e della tecnologia: le macchine, gli impianti e l'uso di sistemi informatizzati;
 - area della comunicazione: la disponibilità, l'accesso, l'elaborazione, l'utilizzo e la diffusione delle informazioni e delle conoscenze utili alla prevenzione.

Le strutture multiprofessionali dei dipartimenti di prevenzione e il centro regionale di ergonomia sono impegnate in sperimentazioni di ergonomia applicata, anche in collegamento con altri centri di ricerca a livello regionale, nazionale ed internazionale, con particolare attenzione alla verifica dei risultati concreti conseguiti e con il coinvolgimento diretto dei lavoratori e dei datori di lavoro, anche attraverso la promozione di indagini sulla percezione del rischio finalizzate alla programmazione di efficaci piani di comunicazione ed interventi di formazione specifica per il miglioramento della sicurezza.

Al fine di una integrazione degli aspetti di sicurezza del lavoro con quelli di funzionalità dei sistemi produttivi, saranno svolti interventi nell'ambito delle strutture sanitarie considerate luoghi ad alto rischio, sia per i lavoratori che per gli stessi utenti-pazienti. In particolare si valuterà l'interazione uomo-macchina e l'usabilità delle tecnologie biomedicali e delle postazioni di lavoro per attività clinico diagnostica e terapeutica al fine di migliorarne i livelli di sicurezza e di comfort per gli utilizzatori. Parallelamente verranno promosse attività di analisi e riprogettazione dei “luoghi” di lavoro al fine di aumentarne il comfort ed aumentare la “qualità percepita” del servizio da parte dei pazienti.

6) Regolarità degli appalti

Un'attenzione particolare deve essere riservata agli appalti, pubblici e privati, per evitare che il ribasso d'asta ricada sugli investimenti per la sicurezza e ancor più sul sistema del subappalto che allenta la catena delle responsabilità, riducendo notevolmente i livelli di sicurezza.

A tal fine la Giunta regionale si impegna a:

1. avviare iniziative sul versante delle procedure di affidamento che rafforzino le tutele dei lavoratori, orientate ad una verifica puntuale della idoneità tecnica professionale delle imprese, cogliendo le opportunità della emananda legge regionale sugli appalti;
2. diffondere ed estendere i protocolli già sottoscritti dalla Regione Toscana per la “Trasparenza negli appalti di lavori e di servizi” e renderli disponibili per le attuazioni anche nel settore privato;
3. estendere nella pubblica amministrazione l'adozione di procedure coordinate e la condivisione di banche dati per un più puntuale controllo della regolarità del lavoro negli appalti, prevedendo anche il coinvolgimento diretto delle comunità locali.

7) Responsabilità sociale d'impresa

L'immagine pubblica di un'impresa può risultare il fattore discriminante per i suoi prodotti o i suoi servizi. Ed è proprio in questa ottica che sta assumendo un valore sempre più importante per le aziende ottenere la certificazione SA 8000 - Social Accountability ovvero responsabilità sociale. Si tratta del primo standard diffuso a livello internazionale che serve a valutare se le imprese osservano alcuni requisiti minimi in termini di diritti umani e sociali.

In particolare le norme SA 8000 prevedono come elemento portante la tutela della salute e sicurezza.

La Giunta regionale, anche attraverso i dipartimenti di prevenzione è impegnata a:

1. contribuire a promuovere il conseguimento della certificazione anche mediante la comunicazione delle positive esperienze in questo ambito;
2. promuovere e sostenere l'adozione di sistemi di gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro quale elemento fondante nel sistema di certificazione dell'impresa, attraverso la predisposizione di linee guida e protocolli operativi;
3. promuovere il sostegno alle piccole e medie imprese sul versante della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, anche attraverso il ricorso a forme premiali o incentivi di soggetti pubblici diversi.

8) Formazione

Il sistema di prevenzione si fonda sul ruolo attivo del lavoratore e di tutti i soggetti titolari di compiti rilevanti ai fini della prevenzione. Una leva significativa su cui agire per incidere sui comportamenti individuali è la formazione che deve essere qualificata, continua, estesamente rivolta a tutti i lavoratori e agli altri soggetti della catena produttiva, a partire dal mondo della scuola e dell'università degli studi.

A questo scopo, fermi restando gli obblighi a carico del datore di lavoro, il sistema sanitario regionale:

1. propone e realizza iniziative formative, in accordo con le organizzazioni datoriali e dei lavoratori per una formazione che affronti i rischi prioritari ed emergenti, dalla caduta dall'alto all'esposizione a sostanze cancerogene e mutagene;
2. partecipa alla realizzazione di percorsi formativi organizzati da soggetti terzi;
3. sostiene l'adozione di un libretto formativo individuale del lavoratore che ne attesti i crediti formativi maturati.

9) Comunicazione

La promozione della salute nei luoghi di lavoro è anche un processo culturale che ha bisogno di una comunicazione efficace, insistente e puntuale sui temi della salute e dei rischi lavorativi.

La percezione del rischio e la salvaguardia della salute maturano in un clima di attenzione ai temi della prevenzione: è necessario incidere su comportamenti, individuali e collettivi, determinati da molte variabili soggettive e culturali anche attraverso interventi nell'area della psicologia del lavoro.

Una comunicazione efficace favorisce le sinergie con e tra gli attori della prevenzione e svolge un'importante funzione di ascolto per il dipartimento, di lettura del mondo del lavoro, dei migranti e delle comunità locali.

La Giunta regionale, anche attraverso le aziende unità sanitarie locali, è impegnata a:

1. realizzare una capillare azione comunicativa a favore delle lavoratrici e dei lavoratori, con particolare riferimento ai RLS e RSPP, elementi strategici del sistema di prevenzione aziendale;
2. realizzare ed aggiornare periodicamente, in collaborazione con le organizzazioni sindacali, le categorie datoriali e gli organismi paritetici, una banca dati regionale degli RLS da utilizzare per comunicazioni dirette e per l'invio di materiale informativo;
3. realizzare iniziative di informazione e comunicazione tese a diffondere la cultura della prevenzione e promuovere corretti stili di vita, in stretta collaborazione con le forze sociali, i soggetti istituzionali, il mondo della scuola e dell'università, valorizzando il ruolo delle comunità locali, con particolare riferimento alle Province.

Gli indicatori

Di esito:

- 1.11.e) infortuni con prognosi di durata superiore a 30 giorni, con esclusione degli infortuni in itinere e da traffico veicolare;
- 2.11.e) infortuni mortali, con esclusione degli infortuni in itinere e da traffico veicolare;
- 3.11.e) malattie professionali;

Di processo:

- 1.11.p) iniziative di informazione/comunicazione attivate verso singoli cittadini (accessi al S.U.P., accessi al numero verde) e verso gruppi/categorie, come incontri organizzati con i soggetti della prevenzione aziendale (RSPP, RLS, medici competenti, addetti alla sicurezza ...) su temi specifici;
- 2.11.p) iniziative di formazione verso RLS, responsabili e addetti a SPP, addetti a compiti specifici di prevenzione, dirigenti e preposti, gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari;
- 3.11.p) numero di piani mirati realizzati su numero di piani mirati programmati;
- 4.11.p) numero di aziende sottoposte a controllo (profili di esposizione, profili di danno alla salute, particolari misure tecniche di prevenzione): nell'ambito di piani mirati o progetti specifici o per segnalazioni (esposti, ecc.);

3.2.12. La sicurezza alimentare

Il contesto di riferimento

Sul tema della qualità e sicurezza degli alimenti ricopre una posizione centrale la responsabilità dei produttori nei confronti dei consumatori. L'aumento della sensibilità dei cittadini su questo tema ha determinato l'avvio di una profonda riflessione sulle politiche perseguite finora. La pubblicazione del "libro bianco" della commissione europea ha sancito che la sicurezza alimentare deve basarsi su un approccio "completo ed integrato" che deve valutare gli alimenti "dal campo alla tavola", compresa la produzione dei mangimi, la produzione primaria, la lavorazione degli alimenti, l'immagazzinamento, il trasporto e la vendita al dettaglio.

I principi di sicurezza alimentare definiti dal "libro bianco" riguardano, inoltre:

- una chiara attribuzione delle responsabilità tra i diversi operatori del settore;
- la rintracciabilità dei prodotti all'interno della filiera;
- l'analisi del rischio deve costituire il fondamento su cui basare le politiche di sicurezza degli alimenti, utilizzando tre componenti: la valutazione del rischio, la gestione del rischio e la comunicazione del rischio.

Quadro analitico

Il piano sanitario regionale 2002-2004 ha visto un crescente impegno da parte della Giunta regionale sulle tematiche della alimentazione ed in particolare sulla salubrità e la sicurezza degli alimenti.

La salute dei cittadini comincia dalle abitudini e dagli stili di vita di ogni individuo, come la qualità degli alimenti destinati alle nostre tavole parte dai campi, dalla salute e dal benessere degli animali allevati, in un processo di filiera integrato al quale contribuiscono, con diversi livelli di responsabilità, molte figure professionali della prevenzione nonché laboratori di alta specializzazione ed enti pubblici operanti sul territorio regionale. La sicurezza alimentare trova comunque la sua base nel controllo quotidiano esercitato dagli operatori economici e nel sostegno professionale delle organizzazioni di categoria.

Da sottolineare il ruolo attivo e di coinvolgimento consapevole che sempre più stanno assumendo i consumatori, il che rende indispensabile fornire loro informazioni corrette e facilmente fruibili.

Le varie "emergenze" alimentari a cui abbiamo assistito in questi anni non sono inquadrabili soltanto nell'ambito di problemi prettamente sanitari, a volte anche drammatici, ma vanno ricondotte a problemi complessivi dello sviluppo e intesi come indicatori dello stato di sofferenza della nostra società. Decenni di utilizzo irrazionale delle risorse agricole e zootecniche e dell'ambiente hanno generato nella collettività incertezza sulla alimentazione cioè su uno dei bisogni primari di ogni cittadino. Peraltro i costi sociali ed economici delle malattie alimentari sono rilevanti sia per il sistema sanitario che per le famiglie e le imprese.

Risultati e valutazioni del precedente ciclo di programmazione

In un contesto di sviluppo economico coerente con le tematiche emergenti di rispetto del territorio e del livello qualitativo complessivo della vita dei cittadini, la Giunta regionale ha svolto politiche coerenti, fornendo un importante supporto normativo e finanziario.

Tale quadro è determinato tra l'altro da:

- aspetti paesaggistici e di sostanziale rispetto del territorio come componente indispensabile della qualità della vita e della promozione del turismo;
- aspetti legati alle produzioni primarie agricole e zootecniche e della distribuzione di qualità sia artigianale che industriale. Tra le quali le produzioni a basso impatto ambientale come:
 - a) L'allevamento brado o semibrado di razze autoctone quali la chianina o la maremmana o di razze come la limousine;
 - b) La tendenza alla estensivizzazione delle produzioni con il recupero di zone marginali con aumento delle aziende di più di 100 ettari rispetto al 1990 che assume particolare importanza nel settore dell'allevamento ovicaprino che rappresenta al contempo ricchezza economica, ricchezza sociale e presidio ambientale.

Il supporto sanitario del precedente piano sanitario regionale si è realizzato anche con il controllo delle malattie infettive del bestiame tra cui la blue tongue e l'acquisizione di qualifiche sanitarie per gli allevamenti per le malattie a carattere zoonosico tra cui le brucellosi e la tubercolosi che possono essere considerate eradicabili dal territorio regionale; questo ha comportato maggiore sicurezza per i consumatori e risparmio per gli allevatori ed il servizio sanitario regionale.

I prodotti tradizionali costituiscono uno dei punti di forza del sistema agroalimentare toscano e incontrano sempre più il favore del consumatore. Essi sono prevalentemente caratterizzati da lavorazioni di tipo artigianale e non a caso la Toscana è la regione con il maggior numero di prodotti tradizionali inseriti nell'elenco nazionale.

Va sottolineato il ruolo svolto da A.R.S.I.A. nell'ambito della promozione, della formazione e della ricerca sulle produzioni a basso impatto ambientale, delle produzioni tipiche e della tradizione, dei prodotti biologici.

Ruolo importante inoltre svolgono tutte le università toscane: si ricorda il protocollo di Intesa stipulato e gestito con la facoltà di medicina veterinaria dell'Ateneo di Pisa e con l'istituto zooprofilattico per le regioni Lazio e Toscana.

Nel settore dell'igiene degli alimenti, già dal 1998 la Toscana ha intrapreso la strada della programmazione e della razionalizzazione delle attività, fornendo agli organismi preposti sia gli indirizzi operativi che le frequenze minime di ispezioni e campionamenti.

Gli atti di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di vigilanza degli alimenti e delle bevande, adottati dalla Regione, hanno gettato le basi per consentire sul territorio della Toscana, la puntuale e concreta applicazione dei principi stabiliti dalla normativa comunitaria e ribaditi dalla legislazione statale di recepimento, relativamente al controllo ufficiale ed all'autocontrollo.

L'attuazione del controllo ufficiale così programmato, ha interessato i competenti organismi istituzionalmente preposti, ovvero:

- le Aziende unità sanitarie locali della Toscana, attraverso le articolazioni organizzative di igiene degli alimenti e della nutrizione, delle attività veterinarie, nonché i laboratori di biotossicologia dei dipartimenti di prevenzione;
- l'agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (A.R.P.A.T.), attraverso i laboratori dei dipartimenti provinciali;
- l'istituto zooprofilattico sperimentale per la Toscana ed il Lazio (I.Z.S.), attraverso i laboratori della sede centrale in Roma e delle sezioni toscane.

Tali organismi sono stati coinvolti non solo nella fase puramente attuativa ma anche nelle fasi preliminari della programmazione stessa attraverso il raccordo con le autorità regionali, assicurato da gruppi di coordinamento formalizzati.

A partire dal 1998 si sono succeduti sistematicamente i seguenti piani regionali triennali:

- 1) deliberazione del Consiglio regionale 17 marzo 1998, n. 55 "Approvazione del Piano Regionale di Programmazione e coordinamento degli interventi in materia di vigilanza degli alimenti e delle bevande", avente validità per il triennio 1998 – 2000;
- 2) deliberazione della Giunta regionale 22 gennaio 2001, n. 46 "Programma regionale triennale di vigilanza e controllo sugli alimenti e sulle bevande per gli anni 2001 – 2003";

- 3) deliberazione della Giunta regionale 27 febbraio 2004, n. 164 “Programmazione regionale di vigilanza e controllo ufficiale alimenti - anni 2004/2006”.

Risultati

Nell’ambito dell’attività di controllo ufficiale delle strutture organizzative dei dipartimenti di prevenzione delle aziende unità sanitarie locali, è stata introdotta e consolidata la verifica dei piani di autocontrollo predisposti dalle imprese, mediante il loro esame metodologico e documentale.

L’insieme delle rilevazioni ha comunque consentito di identificare con sicurezza le tipologie di attività che rappresentano i punti critici del sistema, corrispondenti alla “trasformazione” alla “ristorazione” ed anche alla “distribuzione”, e quindi ha permesso di concentrare su queste la programmazione conseguente, distribuendo gli interventi sul territorio in considerazione della popolazione presente stabilmente (residente) ed anche temporaneamente (movimento turistico).

Attività ispettiva del settore igiene degli alimenti e della nutrizione delle aziende sanitarie locali

I risultati globali dell’attività di vigilanza effettuata dalle articolazioni organizzative di igiene degli alimenti e della nutrizione delle aziende unità sanitarie locali toscane durante il quinquennio 1998-2002 sono rappresentati in forma tabellare nella Tavola n. I allegata. Da essi emerge che le unità sottoposte annualmente al controllo rappresentano una moderata porzione dell’insieme delle unità totali presenti sul territorio. Le strutture nelle quali sono state riscontrate infrazioni nel corso dell’attività di controllo invece hanno subito un incremento, passando dal 20% del 1998 al 25% del 2003, nel 1998 infatti su 16.023 unità controllate ne sono state riscontrate 3.203 con irregolarità, mentre nel 2003 le unità con infrazioni sono salite a 3.290 rispetto alle 13.172 controllate.

Le attività ispettive hanno riguardato interventi in tutte le fasi della filiera alimentare, ed hanno interessato principalmente le fasi della ristorazione, della distribuzione, della produzione e confezionamento, mentre hanno riguardato in misura inferiore quelle della produzione primaria e dei trasporti. La percentuale più elevata di unità con infrazioni è stata riscontrata principalmente alla ristorazione pubblica, testimoniando la criticità di tale classe di attività.

La tipologia delle infrazioni riscontrate riguarda l’igiene generale (ossia l’igiene dei locali, delle attrezzature e l’igiene personale), l’igiene relativa all’applicazione del sistema di autocontrollo HACCP e la formazione del personale (in attuazione del D.Lgs. 155/97), le contaminazioni (diverse da quelle microbiologiche), l’etichettatura e la presentazione degli alimenti. La distribuzione delle varie tipologie di infrazioni riscontrate complessivamente nelle imprese controllate, testimonia innanzitutto il numero elevato e abbastanza costante nel tempo delle infrazioni di igiene generale, ma evidenzia anche l’andamento sostanzialmente crescente fino al 2002 delle infrazioni derivanti dalla non corretta applicazione del sistema di autocontrollo HACCP e la insufficiente formazione del personale.

Tavola I – Attività di vigilanza complessiva (SIAN)

	TOTALE ATTIVITA' di VIGILANZA					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
NUMERO DI UNITA'	61.224	60.302	74.358	79.821	91.936	93.579
NUMERO DI UNITA' CONTROLLATE	16.023	14.959	16.845	13.323	13.408	13.172
<i>% unità controllate</i>	<i>26%</i>	<i>25%</i>	<i>23%</i>	<i>17%</i>	<i>15%</i>	<i>14%</i>
NUMERO DI ISPEZIONI	22.023	20.490	19.343	16.481	18.931	16.034
NUMERO DI UNITA' CON INFRAZIONI	3.203	3.090	3.176	3.344	3.358	3.290
<i>% unità con infrazioni</i>	<i>20%</i>	<i>21%</i>	<i>19%</i>	<i>25%</i>	<i>25%</i>	<i>25%</i>
<i>b) igiene (HACCP, formazione personale)</i>	<i>3</i>	<i>195</i>	<i>1.053</i>	<i>1.988</i>	<i>4.781</i>	<i>2.549</i>

Attività ispettiva del Settore Attività Veterinarie delle Aziende Sanitarie Locali

I risultati globali dell’attività di vigilanza sugli alimenti di origine animale, effettuata dalle articolazioni organizzative delle attività veterinarie delle aziende sanitarie locali della Toscana preposte

al controllo degli alimenti di origine animale durante il quinquennio 1998 -2003, sono rappresentati in forma tabellare nella Tavola n. II.

Da essi emerge che le unità sottoposte ogni anno al controllo rappresenta una considerevole parte dell'insieme delle unità totali presenti sul territorio, che negli anni ha subito una leggera flessione, passando dal 40% de 1998 al 34% del 2003 in cui risultano controllate n. 22.182 strutture produttive sulle 65.275 censite.

Le strutture nelle quali sono state riscontrate infrazioni nel corso dell'attività di controllo invece hanno subito un dimezzamento fino al 2002, passando dal 6% del 1998 al 3% del 2002, nel 1998 infatti su 20.809 unità controllate ne sono state riscontrate 1.297 con irregolarità, mentre nel 2002 le unità con infrazioni sono scese a 604 rispetto alle 19.799 controllate. Nel 2003 invece le strutture nelle quali sono state riscontrate infrazioni sono aumentate sensibilmente passando al 10%.

Le attività ispettive hanno riguardato interventi in tutte le fasi della filiera alimentare, ed hanno interessato principalmente le fasi della produzione e confezionamento, distribuzione all'ingrosso ed anche il trasporto. La percentuale più elevata di unità con infrazioni è stata riscontrata principalmente alla ristorazione, confermando puntualmente la criticità di tale classe di attività.

La distribuzione delle varie tipologie di infrazioni riscontrate complessivamente nelle imprese controllate, testimonia in generale la flessione delle varie infrazioni riscontrate, al contrario invece evidenzia l'andamento delle infrazioni derivanti dalla non corretta applicazione del sistema di autocontrollo HACCP e la insufficiente formazione del personale, che dal 1998 fino al 2003 hanno dimostrato un incremento considerevole.

Tavola II – Attività di vigilanza complessiva (VET)

	TOTALE ATTIVITA' di VIGILANZA					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
NUMERO DI UNITA'	52.325	57.566	54.900	49.849	58.444	65.275
NUMERO DI UNITA' CONTROLLATE	20.809	20.661	19.635	20.355	19.799	22.182
<i>% unità controllate</i>	<i>40%</i>	<i>36%</i>	<i>36%</i>	<i>41%</i>	<i>34%</i>	<i>34%</i>
NUMERO DI ISPEZIONI	73.909	86.744	83.690	76.086	71.715	71.140
NUMERO DI UNITA' CON INFRAZIONI	1.257	965	1.685	1.117	604	2.283
<i>% unità con infrazioni</i>	<i>6%</i>	<i>5%</i>	<i>9%</i>	<i>5%</i>	<i>3%</i>	<i>10%</i>
b) igiene (HACCP, formazione personale)	124	43	1.017	1.506	334	2.276

Attività analitica dei Laboratori di Sanità Pubblica delle ASL e dei Laboratori dell'ARPAT

I risultati complessivi delle attività di controllo ufficiale svolte dai laboratori di sanità pubblica delle aziende sanitarie locali (attraverso le unità di biotossicologia) e dai laboratori dell'A.R.P.A.T. (attraverso i dipartimenti provinciali di Livorno, Firenze ed Arezzo) nel quinquennio 1998 – 2002, sono riportati in Tabella III allegata; essi rappresentano l'attività analitica effettuata sui campioni ufficiali di alimenti di origine vegetale; non sono compresi i campioni di ortofrutticoli analizzati per la ricerca dei prodotti fitosanitari, che sono oggetto di registrazione separata.

La quantità dei campioni analizzati negli ultimi anni appare sensibilmente diminuita ma è aumentata la significatività degli accertamenti in quanto l'effettuazione dei campioni è stata indirizzata alla verifica dell'HACCP e sono stati mirati alle situazioni di potenziale rischio.

Parallelamente si può considerare che il valore dei risultati è aumentato in termini di qualità, in quanto i laboratori dei dipartimenti provinciali A.R.P.A.T. hanno attuato e superato positivamente il processo di accreditamento delle prove, ed i laboratori di sanità pubblica delle aziende sanitarie locali sono in fase di accreditamento.

Tavola III – Riepilogo attività analitica sugli alimenti (Az USL e ARPAT)

ANNO	n° campioni		
	analizzati	non reg.	
	totale n°	n°	%
1998	11614	545	4,69%
1999	8812	297	3,37%
2000	6845	208	3,04%
2001	6690	242	3,62%
2002	7199	92	1,28%
2003	5629	107	1,90%

Attività analitica dei Laboratori dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale

I risultati complessivi delle attività di controllo ufficiale svolte dall'istituto zooprofilattico sperimentale per la Toscana ed il Lazio, attraverso i laboratori della sede di Roma e delle sezioni toscane nel quinquennio 1998 – 2002, sono riportati in Tavola IV allegata; essi rappresentano l'attività analitica effettuata sui campioni ufficiali di alimenti di origine animale.

Analogamente a quanto rilevato precedentemente per i dipartimenti provinciali A.R.P.A.T., la flessione dei campioni analizzati non deve essere interpretata come una diminuzione dell'efficacia dei controlli oppure come una minore efficienza degli organismi accertatori, poiché il valore dei risultati è aumentato in termini di qualità, in quanto i laboratori dell'istituto zooprofilattico sperimentale hanno attuato e superato positivamente il processo di accreditamento delle prove.

Tavola IV – Riepilogo attività analitica sugli alimenti (IZS)

ANNO	n° campioni		
	analizzati	non reg.	
	totale n°	n°	%
1998	12603	145	1,15%
1999	1513	97	6,41%
2000	5048	40	0,79%
2001	13243	144	1,09%
2002	5885	104	1,77%
2003	5212	127	2,44%

Ricoveri per tossinfezioni alimentari

E' stato effettuato un primo studio delle malattie ricollegabili agli alimenti che hanno dato luogo a ricoveri ospedalieri attraverso l'analisi delle S.D.O. (schede di dimissione ospedaliera) delle singole aziende unità sanitarie locali con lo scopo di evidenziare i ricoveri ospedalieri in cui la diagnosi di accettazione e/o di dimissione riconosca come causa gli alimenti.

Dalla sintesi della elaborazione dei dati sulle patologie, effettuata per il periodo 1997 – 2002, è emerso l'andamento complessivo del fenomeno, sia a livello regionale che a livello delle singole aziende sanitarie locali e ospedaliere.

La Tavola V allegata esprime l'andamento dei casi fino al 2002. Dai grafici appare evidente la flessione dei valori registrati.

Tavola V - Studio delle malattie ricollegabili agli alimenti che hanno dato luogo a ricoveri ospedalieri

ASL / AO		CASI TOTALI						TOTALE
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	
ASL	1 - MASSA E CARRARA	272	294	331	236	233	285	1.651
ASL	2 - LUCCA	284	269	256	196	142	191	1.338
ASL	3 - PISTOIA	271	310	263	285	211	162	1.502
ASL	4 - PRATO	318	284	301	307	161	131	1.502
ASL	5 - PISA	177	264	178	158	124	101	1.002
ASL	6 - LIVORNO	481	452	345	408	308	300	2.294
ASL	7 - SIENA	171	126	149	126	108	92	772
ASL	8 - AREZZO	371	455	350	455	197	170	1.998
ASL	9 - GROSSETO	302	278	279	206	183	192	1.440
ASL	10 - FIRENZE	457	365	401	352	223	176	1.974
ASL	11 - EMPOLI	186	198	159	196	223	114	1.076
ASL	12 - VIAREGGIO	274	294	228	302	295	268	1.661
AO	PISA	259	242	188	167	126	120	1.102
AO	CAREGGI	151	142	184	181	122	108	888
AO	MEYER	297	339	317	372	444	374	2.143
AO	SIENA	229	234	205	222	200	201	1.291
Totale TOSCANA		4.500	4.546	4.134	4.169	3.300	2.985	23.634

Scenari di riferimento e obiettivi generali

La sicurezza alimentare va inquadrata all'interno dei cambiamenti strutturali della nostra società tra cui:

- la globalizzazione degli scambi commerciali con l'allargamento ad est della U.E. e lo spostamento graduale verso quell'area del baricentro economico-produttivo delle politiche comunitarie;
- la libera circolazione delle merci e l'abbattimento delle barriere spazio-temporali che aumentano le possibilità di spostare fattori di rischio;
- gli stili di vita dei cittadini con particolare attenzione alla sensibilità crescente verso i problemi dell'ambiente, della qualità della vita, del benessere animale: elementi fondanti dell'etica moderna con i quali le istituzioni e il mondo della produzione devono necessariamente confrontarsi.

La sicurezza alimentare e l'assetto istituzionale

La consapevolezza da parte della Unione Europea della necessità di dare una risposta a questi problemi ha portato alla emanazione del Regolamento n. 178/2002 che stabilisce i principi ed i requisiti generali della legislazione alimentare ed istituisce l'agenzia europea per la sicurezza alimentare (EFSA).

A partire da questo regolamento sono stati emanati nel mese di aprile 2004 i regolamenti attuativi (852, 853, 854 ed 882/2004) che dal 01 gennaio 2006 ridefiniranno, in maniera radicale, la normativa attualmente in vigore nonché i livelli di responsabilità degli operatori economici che agiscono, a vario titolo, all'interno della filiera alimentare e le modalità di intervento degli organismi preposti ai controlli. Ciò richiede a tutto il sistema un salto di qualità di portata storica.

Con l'accordo sancito tra Stato e Regioni è stato istituito presso il ministero della salute il comitato nazionale per la sicurezza alimentare, che in via transitoria, andrà a costituire l'interfaccia nazionale dell'EFSA.

La Regione Toscana ha sostenuto l'ipotesi che l'assetto definitivo a livello nazionale sia quello di dotarsi di uno strumento (l'autorità) che sia:

- indipendente dal potere politico;
- strumento di servizio per le organizzazioni dell'autorità centrale e delle regioni;

- struttura snella e non una ulteriore sovrapposizione ad altri organismi già operanti sulla sicurezza degli alimenti;
- strumento che sviluppi le sinergie tra tutte le strutture che attuano sorveglianza e favorisca la costruzione di una rete dei laboratori di controllo pubblici.

Obiettivo generale

In questo quadro complesso segnato dal profondo rinnovamento del sistema produttivo e della rete di vigilanza, risulta obiettivo generale del progetto assicurare la sicurezza alimentare con una costante azione di indirizzo della Giunta regionale attraverso una serie di atti tesi al raggiungimento degli obiettivi specifici di seguito individuati che definiscano sul piano istituzionale, tecnico-operativo e sul versante della comunicazione il governo complessivo del sistema.

Obiettivi specifici

1- Il governo istituzionale del sistema

Nell'ambito delle sfide che il sistema regionale toscano deve affrontare è fondamentale definire un livello di governo istituzionale che permetta di applicare gli strumenti della intersettorialità e della concertazione che costituiscono gli elementi strategici del presente progetto. Si prevede di articolare tale strutturazione istituzionale in maniera coordinata e diffusa sul territorio con un livello regionale e articolazioni territoriali.

Azioni programmate

1. La Giunta regionale si impegna a definire con specifici atti:

- Le modalità di confronto istituzionale con le autorità che si occupano di sicurezza alimentare in ambito nazionale ed europeo.
- Il sistema di relazioni tra gli assessorati coinvolti.
- Lo sviluppo, la concertazione e l'applicazione sul territorio delle attività di ricerca.
- Lo sviluppo dei sistemi di controllo sanitario dei prodotti agro-zootecnici regionali.
- Le modalità di confronto e collaborazione con le organizzazioni dei consumatori.
- Le modalità di confronto e collaborazione con le organizzazioni professionali e di categoria.

2. Il governo tecnico operativo del sistema

In sintonia con le recenti norme definite dall'Unione Europea ed utilizzando il patrimonio di esperienza acquisita in Toscana con i precedenti atti di programmazione, si ribadisce la volontà di valorizzare ulteriormente i sistemi di controllo finalizzati ad eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per i consumatori, per gli animali destinati alla produzione di alimenti e per quelli derivati dagli alimenti zootecnici.

La provincia di Grosseto rappresenta il territorio con il più significativo patrimonio zootecnico della Toscana, pertanto la Giunta regionale si impegna a destinare specifiche risorse per le attività sanitarie da svolgere nel "distretto rurale" grossetano.

Inoltre risulta strategico l'impegno della Giunta regionale per la valorizzazione delle attività del settore ittico ed in particolar modo di quelle del porto di Livorno che rappresenta con le oltre 7500 partite/anno il principale punto di ingresso di prodotti ittici del nostro paese.

Una rete efficiente di laboratori in grado di rispondere a tutte le esigenze imposte dall'attività di vigilanza è essenziale per garantire la sicurezza alimentare. Nella nostra regione opera una serie di presidi che afferiscono all'I.Z.S., ai laboratori di sanità pubblica ed all'A.R.P.A.T., che assicurano l'esecuzione di tutte le prove di base; nel corso del piano 2002-2004 sono stati finanziati progetti di sviluppo dei laboratori regionali dell'I.Z.S. (Bse, prodotti ittici, latte, chimico) e dei laboratori di sanità pubblica che hanno portato alla istituzione sul nostro territorio di laboratori ad alta specializzazione. La Regione assicura il finanziamento per proseguire lo sviluppo della rete dei laboratori.

Per fornire risposte rapide ed efficaci alle allerta alimentari si prevede la costituzione di un sistema integrato tra livello regionale, livello nazionale e aziende unità sanitarie locali. al fine di garantire, nei casi di non conformità, una comunicazione veloce e completa tale da consentire di predisporre tutte le necessarie azioni cautelative per tutelare la salute dei cittadini.

Tema importante ai fini della definizione di una corretta politica di sicurezza alimentare è la raccolta e l'analisi di informazioni ai fini della identificazione dei rischi in materia di mangimi e alimenti quali le reti di sorveglianza delle malattie, le indagini epidemiologiche, le analisi di laboratorio.

Il sistema informativo risulta strategico per la sorveglianza epidemiologica e la programmazione dei controlli. Esso deve permettere in modo coerente che le informazioni tecnico scientifiche e di attività possano essere utilizzate in maniera rapida ed efficiente per ottimizzare le risorse umane e materiali a disposizione. Ciò assume ulteriore importanza con la applicazione a partire dal 1 gennaio 2006 dei regolamenti comunitari che individuano nell'analisi del rischio lo strumento col quale gli operatori del settore svolgono le loro attività e gli organismi di controllo ne valutano la qualità e l'efficacia.

La Regione assicura la progettazione e l'implementazione uniforme, sulla base degli appositi standards tecnologici, normativi e organizzativi, del sistema di comunicazione e informativo tra tutti i soggetti del sistema.

a) Organizzazione e programmazione del sistema di vigilanza regionale

Azione 2-1

La Giunta regionale è impegnata ad emanare piani di validità triennale nei quali vengono dettagliate metodiche e frequenze dei controlli, stabilite sulla base dell'analisi del rischio e la valutazione dei risultati forniti dallo storico dell'attività di vigilanza per quanto attiene alle filiere vegetali ed animali.

Azione 2-2

Predisposizione di un piano straordinario di controllo di tutta la filiera dei prodotti ittici (pesca marittima, acquacoltura, trotticoltura, rete di distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, introduzioni da paesi comunitari o importazioni da paesi terzi attraverso il porto di Livorno). Il piano triennale con cadenza annuale sarà concertato su base territoriale di area vasta e sotto il governo regionale.

b) La rete dei laboratori ed i tempi di attesa

Azione 2-3

Definizione ed attuazione della procedura per uniformare tutti i laboratori toscani che effettuano controllo ufficiale al D.Lgs.156/97 entro il 2005.

Azione 2-4

Regionalizzazione, entro il primo anno di attuazione del piano, di tutte le analisi (ittiotossine, fitoplancton, parassitarie, virologiche e batteriologiche con il relativo sistema informativo) da effettuate presso il laboratorio ittico di Pisa e del relativo sistema informativo.

Azione 2-5

Regionalizzazione, entro il triennio del piano, di tutte le analisi chimiche/batteriologiche richieste ai laboratori da parte del sistema regionale di prevenzione.

Azione 2-6

Riduzione del 10% nel primo anno e del 5% per ognuno dei due anni successivi dei tempi di attesa per le analisi di laboratorio ed in particolare per quelle chimiche relative ai piani di controllo svolti dai servizi di prevenzione.

Azione 2-7

Stipula con i laboratori A.R.P.A.T. protocolli di intesa per il monitoraggio ambientale della costa toscana nelle aree interessate dalle attività di acquacoltura e molluschicoltura.

c) La rete del sistema di allerta

Azione 2-8

Definizione, entro il primo semestre di attuazione del piano, delle linee guida regionali e la condivisione con il livello ministeriale, le altre regioni e le aziende unità sanitarie locali.

Azione 2-9

Completamento, entro il primo anno di attuazione del piano, della rete di reperibilità 24h/24 sia a livello regionale che delle aziende unità sanitarie locali. con il coinvolgimento di tutte le figure professionali .

Azione 2-10

Sviluppo e messa a regime, entro il triennio, di un sistema web di comunicazione tra i soggetti interessati e lo sviluppo di sistemi di comunicazione/informazione dei consumatori; con l'attivazione di un sistema di report che abbia il compito di informare i consumatori, di fornire elementi di giudizio per l'effettuazione della analisi e la valutazione del rischio per il livello istituzionale, gli operatori della prevenzione, le aziende di produzione e trasformazione interessate.

d) Il sistema informativo regionale

Azione 2-11

Presidio e costituzione delle anagrafiche (riconoscimenti e registrazioni) delle aziende che operano nel settore della trasformazione dei prodotti di origine animale e vegetale, comprese quelle operanti nella catena primaria della distribuzione.

Azione 2-12

Presidio e gestione delle anagrafiche zootecniche già a regime (anagrafe bovina); il completamento e la gestione entro il triennio delle anagrafiche degli altri settori e in particolare di quelle ovicaprine, suine ed equine;

Azione 2-13

Gestione anche su base informatica condivisa degli indennizzi delle malattie infettive con il pagamento entro 90 giorni ,nel primo anno di attuazione del piano, ed entro 60 giorno a partire dal secondo anno;

Azione 2-14

Completamento, standardizzazione e gestione dei flussi informativi tra aziende unità sanitarie locali, regione, osservatorio epidemiologico presso l'I.Z.S. di Siena, ministero della salute ed organismi sovranazionali. Possibili integrazioni con i sistemi informativi di altri organismi ed enti interni o esterni alla amministrazione regionale.

3. Il governo formativo/informativo

In considerazione del quadro normativo in completa trasformazione, occorre che tutti gli attori del sistema operino un salto di qualità professionale per evitare una inadeguatezza ed una disomogeneità di comportamenti che potrebbe essere dannosa sia per i livelli di controllo che per lo sviluppo produttivo delle aziende. Occorre promuovere l'autocontrollo, la qualità, la visibilità e la trasparenza delle filiere, valorizzando il senso di responsabilità, la professionalità, l'imprenditorialità dei produttori. L'adozione di un sistema di tracciabilità, in questo contesto, genera fiducia tra produttori e consumatori, favorendo la migliore collocazione dei prodotti sul mercato. La tracciabilità di filiera in questo senso contiene un forte messaggio di rassicurazione, con un duplice valenza: i processi produttivi sono tutti identificati e chi ha contribuito alla produzione degli alimenti, in primo luogo l'agricoltore, lo attesta con una formale assunzione di responsabilità.

Nel corso del triennio e con maggiore intensità a partire dal 2005 sarà sviluppato un piano straordinario di formazione che per il versante produttivo andrà concertato con le organizzazioni professionali e di categoria.

Alle funzioni di vigilanza e controllo occorre affiancare anche un'azione puntuale di informazione verso i consumatori affinché maturi una maggiore consapevolezza rispetto agli alimenti che acquista e consuma.

L'importanza di questa funzione di informazione è sottolineata anche dal libro bianco sulla sicurezza alimentare dell'Unione Europea che, in un capitolo interamente dedicato all'argomento, si sofferma sul tema della comunicazione e sul binomio etichettatura-pubblicità affermando che "...si devono dare ai consumatori informazioni essenziali e accurate per consentire loro di fare scelte consapevoli". Un elemento da non sottovalutare è inoltre rappresentato dalla corretta conservazione dei cibi in ambito domestico. L'incidenza dei casi di tossinfezioni alimentari suggerisce, infatti, la necessità di un'azione di informazione e comunicazione verso i cittadini, diffusa su tutto il territorio regionale per orientare i comportamenti domestici.

a) Informazione e comunicazione ai consumatori

Azione 3-1

Campagna triennale di comunicazione nelle scuole su tutto il territorio regionale, rivolta agli studenti come target primario, che consenta di raggiungere indirettamente le famiglie.

Azione 3-2

Campagna di informazione su tutta la rete di commercializzazione con la collaborazione di soggetti pubblici e privati, dei medici pediatri, delle associazioni di consumatori e di categoria ed in primo luogo del comitato regionale consumatori ed utenti (C.R.C.U.) per orientare l'attenzione dei consumatori sulla capacità di valutazione sanitaria, qualitativa e merceologica degli alimenti con particolare attenzione alla etichettatura.

b) Formazione

Azione 3-3

Attivazione entro il 2005 di seminari sui temi definiti dai regolamenti comunitari citati al fine di garantire una loro omogenea applicazione sul territorio; la loro organizzazione sarà effettuata a livello di aree vaste con l'intento di fornire nella maniera più capillare possibile a tutte le figure professionali gli strumenti conoscitivi ed operativi sull'impatto delle nuove normative comunitarie.

Azioni e strumenti di attuazione.

Tempificazione delle azioni

Azioni	Anno 1	Anno 2	Anno 3
1-1	X		
2-1	X	X	X
2-2	X	X	X
2-3	X		
2-4	X		
2-5	X	X	X
2-6	X	X	X
2-7	X		
2-8	X		
2-9	X		
2-10	X	X	X
2-11	X	X	
2-12	X	X	X
2-13	X	X	X
2-14	X	X	X
3-1	X	X	X
3-2	X	X	X
3-3	X	X	

Il sistema di monitoraggio

- Ulteriore riduzione del 10% dei ricoveri per tossinfezione di origine alimentare nel triennio
- Riduzione tempi di attesa
 - A) Riduzione 10% tempi di attesa su 20 analisi anno 2005/tempi di attesa 20 analisi 2004.
 - B) Riduzione 5% tempi di attesa su 20 analisi anno 2006/tempi di attesa 20 analisi 2004.
 - C) Riduzione 5% tempi di attesa su 20 analisi anno 2007/tempi di attesa 20 analisi 2004.Il raggiungimento/non raggiungimento dell'obiettivo costituirà fattore di incremento/riduzione del 10% dei finanziamenti specifici;
- Numero di indennizzi
 - A) Numero indennizzi erogati anno 2005 entro 90 giorni/Numero indennizzi erogati anno 2005.
 - B) Numero indennizzi erogati anno 2006 entro 60 giorni/Numero indennizzi erogati anno 2006.

C) Numero indennizzi erogati anno 2007 entro 60 giorni/Numero indennizzi erogati anno 2007. Il raggiungimento degli obiettivi consentirà l'accesso a eventuali finanziamenti definiti dalla Regione per l'erogazione di servizi specifici le malattie infettive. Il mancato raggiungimento dell'obiettivo comporterà il pagamento a carico delle aziende usl degli interessi dovuti.

- Predisposizione entro marzo 2005 del Piano straordinario di vigilanza e controllo dei prodotti ittici:
 - Anno 2005 realizzazione 80%;
 - Anno 2006 realizzazione 100%;
 - Miglioramento 10% rapporto costo-benefici anno 2007/piano anno 2006.

3.3. la partecipazione: servizi territoriali per le comunità locali

Con il precedente piano sanitario si è avviata una vera e propria riforma dell'assistenza territoriale che ha individuato tale livello come essenziale all'attuazione delle nuove strategie di sistema. Ciò è stato possibile perché essa si basa sui solidi risultati di un impegno ormai storico rispetto alla assistenza territoriale che ha visto un forte ruolo propositivo e valutativo degli enti locali. Peraltro, è da notare che l'assetto organizzativo dei servizi territoriali, così come strutturatosi sulla base della 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.

La riforma avviata ha preso a base come elementi essenziali:

- 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 continuità con il precedente piano sanitario regionale, la riunificazione di zona e distretto, così come, in alcuni territori su base volontaria, la sperimentazione di nuovi assetti organizzativi, denominati "Società della salute", di cui al paragrafo 3.3.1., con finalità di governo integrato dei servizi territoriali e di coinvolgimento di nuovi soggetti. S'intende portare a termine nel triennio la sperimentazione nelle aree in cui essa si è avviata sulla base della disponibilità dei soggetti coinvolti a livello locale, comuni ed azienda unità sanitaria locale, e sulla base delle procedure e gli indirizzi definiti dal precedente piano sanitario e dagli atti di indirizzo attuativi dello stesso

3.3.1. 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 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 le funzioni di governo della zona-distretto sono state affidate in forma sperimentale ad organismi denominati società della salute (S.d.S.) sulla base di una adesione volontaria dei soggetti coinvolti, aziende unità sanitarie locali e comuni, che ha visto l'adesione e l'avvio della sperimentazione in oltre la metà delle zone sociosanitarie regionali.

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 quattro obiettivi qualificanti:

- coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore, nella individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione;
- garanzia di qualità e di appropriatezza;
- controllo e certezza dei costi;
- universalismo ed equità.

Si ribadiscono alcuni concetti di fondo contenuti nel piano sanitario regionale 2002-2004 che hanno caratterizzato il dibattito relativo all'avvio della sperimentazione ed hanno informato gli atti regolamentari adottati in materia dalla regione. Essi costituiscono i principi a cui le sperimentazioni locali devono ispirarsi e su cui sarà effettuata la valutazione dei risultati nel corso del triennio.

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.

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.

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 é impostata utilizzando lo strumento dei piani integrati di salute.

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 al fine di provvedere alla loro rimozione.

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. La fase di avvio non può che avere a riferimento il livello di finanziamento della quota capitaria consolidata su base storica; l'eventuale progressivo superamento di squilibri strutturali tra zone-distretto andrà governato in un quadro unitario delle risorse disponibili a livello aziendale che costituiscono in ogni caso vincolo di riferimento.

Le società della salute sono tenute a garantire l'equilibrio economico tra costi e ricavi.

Nell'arco del triennio 2005-2007 la sperimentazione dovrà completarsi e la Giunta regionale è impegnata ad una verifica costante delle modalità di svolgimento della sperimentazione e dell'evoluzione con l'ausilio del gruppo tecnico di valutazione, istituito con delibera G.R. n. 1205/2003, e della consulta regionale previsti dal precedente piano sanitario regionale. La Giunta regionale riferirà periodicamente al Consiglio regionale sull'andamento e gli esiti della sperimentazione e si impegna a valutare, al termine della stessa e sulla base del suo esito, la necessità di una revisione normativa dell'assetto organizzativo e di governo dei servizi sociosanitari territoriali.

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

Nell'ambito della riforma dell'organizzazione sanitaria territoriale, un aspetto fondamentale riveste la configurazione di un unico livello locale di governo, coincidente con l'attuale assetto delle zone, ed identificabile come zona-distretto.

In seguito alle indicazioni fornite dal precedente piano sanitario regionale, le aziende sanitarie locali hanno iniziato l'attività di unificazione, che deve completarsi con l'articolazione in 34 zone-distretto, anche definendone compiti e funzioni, entro 180 giorni dalla approvazione del presente piano. Tale attività, che riguarda la quasi totalità delle aziende della Toscana, anche in assenza di sperimentazione della società della salute, deve essere sostenuta da un quadro organizzativo coerente con i precedenti indirizzi, che renda omogeneo il processo in atto.

La "zona-distretto", per quanto attiene il profilo istituzionale, coincide con il "distretto" inteso come articolazione territoriale nella legislazione nazionale e costituisce, di norma, il riferimento geografico per la costituzione della "società della salute".

Compete alle zona-distretto la valutazione dei bisogni sanitari e sociali della comunità e la definizione dei servizi necessari a soddisfarne i bisogni assistenziali, quindi il governo della domanda ed il coordinamento dell'offerta, l'integrazione operativa delle attività sanitarie e sociali svolte a livello territoriale dall'azienda sanitaria e dai comuni, l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta nonché dai servizi direttamente gestiti dalla azienda usl, l'attività di educazione sanitaria e di informazione all'utenza.

E' all'interno della zona-distretto che si avvieranno le sperimentazioni del nuovo modello organizzativo rappresentato dalle "unità di cure primarie", come modalità innovativa ed appropriata di risposta al fabbisogno sanitario individuato, orientato e soddisfatto da un mix di risorse professionali "aziendali", intendendo con aziendale anche l'apporto di tutte le componenti della medicina convenzionata.

La zona-distretto garantisce inoltre l'accesso alle prestazioni offerte dai presidi distrettuali ed a quelle rese dagli altri presidi aziendali ed assicura il coordinamento tra le attività ospedaliere, le attività territoriali e quelle di prevenzione, realizzando la protezione efficace della salute a misura d'uomo e la partecipazione e responsabilizzazione della comunità alla protezione della salute.

Ai sensi della normativa regionale vigente, in ogni zona-distretto delle aziende unità sanitarie locali plurizonali ove non sia in atto la sperimentazione della società della salute, è nominato dal direttore generale un responsabile, il quale, coadiuvato da apposito organismo di supporto, provvede a:

- coordinare le attività amministrative;
- garantire i rapporti permanenti di informazione e collaborazione con l'articolazione zonale della conferenza dei sindaci;
- predisporre gli atti di programmazione;
- gestire il budget assegnato e negoziare con i responsabili delle strutture organizzative i budget di rispettiva competenza;
- garantire l'integrazione delle attività specialistiche ambulatoriali, erogate nel presidio ospedaliero e nei presidi territoriali, con le altre attività di assistenza sanitaria territoriale presenti nella zona.

Il responsabile di zona-distretto fa parte della direzione aziendale.

L'erogazione dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto avviene attraverso le unità funzionali, che operano secondo il criterio dell'integrazione degli interventi per dare una risposta globale alle situazioni di bisogno.

I settori di attività della zona-distretto, per i quali lo statuto aziendale disciplina gli aspetti organizzativi, sono rivolti a:

- attività sanitarie di comunità;
- salute mentale;

- assistenza ai tossicodipendenti ed alcolisti;
- assistenza sociale.

Per quanto attiene la programmazione, il piano attuativo triennale si realizza, a regime, attraverso programmi annuali di attività articolati, per le attività socio sanitarie territoriali, per ambito di zona-distretto, configurati nella forma dei “piani integrati di salute” di cui al paragrafo 4.2.2., articolati per obiettivi alla cui definizione concorrono istituzionalmente le articolazioni zonali delle conferenze dei sindaci e fortemente partecipate con le forze sociali presenti nel territorio e concertati con le parti sociali.

3.3.2.1. La gestione dell’offerta e il governo della domanda dei servizi territoriali

I servizi territoriali, intesi come sistema di servizi di assistenza educativa, di prevenzione, di attività socio-assistenziali a rilievo sanitario, di diagnosi, di cura e riabilitazione erogati non in regime di ricovero, sono forniti, a livello di zona-distretto, dalle aziende unità sanitarie locali, direttamente o attraverso produttori accreditati, in forte integrazione con i servizi assistenziali degli enti locali, definendo, nel caso di sperimentazione delle società della salute, modalità di governo e gestione associata.

L’azienda unità sanitaria locale assicura la unitarietà del sistema assistenziale territoriale e dei percorsi assistenziali attraverso l’indirizzo e il coordinamento delle diverse zone - distretto, con particolare attenzione alle modalità operative dei servizi ad alta integrazione.

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, garantendo la continuità assistenziale e in particolare le modalità di erogazione e di integrazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

La popolazione fa riferimento ad una zona - distretto in funzione della propria presenza sul territorio.

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 informatizzato e diffuso di prenotazione delle prestazioni nei punti di accesso della domanda.

La domanda di servizi è rilevata unitariamente a livello di zona-distretto, il governo della domanda si realizza con la gestione ed il controllo delle prescrizioni e mediante la valutazione complessiva dei consumi, sulla base di indicatori e standards condivisi.

La prima attività è affidata principalmente ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, agli specialisti ambulatoriali ed agli operatori sanitari territoriali orientati ad un comportamento comune, anche con il supporto di nuove modalità organizzative di governo del territorio.

Per gli interventi e le prestazioni socio-sanitarie integrate la gestione ed il controllo delle prestazioni sono affidate ai nuclei di valutazione ed 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 – e delle prestazioni – anche mediante l’applicazione di linee guida, percorsi assistenziali, percorsi diagnostico – terapeutici, profili di cura etc. La valutazione dei consumi è affidata alla zona-distretto mediante strumenti di controllo budgetario.

A tale fine, sulla base degli esiti positivi della sperimentazione dell’applicazione del budget virtuale di zona-distretto effettuata dalla azienda sanitaria locale 12 di Viareggio, la Giunta regionale si impegna, d’intesa con le organizzazioni sindacali rappresentative della medicina convenzionata, all’estensione di questo strumento di analisi ad ulteriori ambiti territoriali di riferimento.

3.3.3. Il ruolo dei medici convenzionati e degli altri operatori sanitari a livello territoriale

Resta immutato l'impegno a promuovere forme di attività comune ed integrata fra i medici convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni) e gli operatori territoriali aziendali, a livello di zona-distretto, nonché forme di responsabilizzazione e partecipazione degli stessi medici alle strategie aziendali.

Si dovrà operare inoltre per assicurare la presenza dei medici convenzionati nei vari livelli previsti dall'assetto delle società della salute, in considerazione del determinante contributo "garantibile" dagli stessi in termini di professionalità e conoscenza delle realtà e criticità locali.

La collaborazione in atto anche a livello regionale, che ha visto e vede i medici convenzionati attori importanti delle scelte dirette ad un effettivo "governo clinico" del territorio, conferma l'obiettivo di un coinvolgimento e di una condivisione sempre più stretta sulle direttrici future di governo della assistenza territoriale.

In tal senso deve essere letto l'accordo rivolto alla sperimentazione di un nuovo modello organizzativo: "le unità di cure primarie" per il quale è stato predisposto l'apposito progetto di interesse regionale di cui al punto 3.2.8.

Tale modello, che rappresenta il futuro assistenziale in termini aggregativi e di riappropriazione da parte del territorio del ruolo preminente di intercettazione del fabbisogno sanitario, non dovrà essere disgiunto dall'assunzione di altre determinazioni comunque rivolte a sollecitare e premiare l'associazionismo fra medici, con forme che comunque garantiscano uniformi livelli di assistenza, e ad iniziative territoriali rivolte nella stessa direzione assistenziale.

3.3.4. Erogazione di livelli assistenziali integrativi

L'azienda sanitaria può fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, definendone le modalità di valorizzazione, a carico delle istituzioni pubbliche o private o dei privati cittadini nei confronti dei quali le stesse sono erogate, tramite apposite tariffe determinate dall'azienda sulla base dei costi omnicomprensivi sostenuti.

Gli enti locali possono provvedere annualmente ad attribuire alle aziende unità sanitarie locali risorse finanziarie volte a coprire interamente i costi sostenuti per specifici programmi relativi a servizi sanitari territoriali e sociali ad alta integrazione sanitaria, aggiuntivi o integrativi rispetto a quelli erogati a carico del fondo sanitario regionale.

Allo scopo di attivare forme di mutualità integrativa, ai sensi dell'art.9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale), è operante un apposito gruppo di studio, con il compito di verificare le esperienze esistenti e predisporre un modello toscano di assistenza integrativa.

Resta ferma la copertura universalistica del sistema sanitario regionale in ordine al livello di garanzia assistenziale da assicurare ai cittadini toscani. La Regione Toscana stabilisce regole con le quali definire il campo, i requisiti, ed 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.

3.4. I livelli ed i tempi appropriati di erogazione dell'assistenza

3.4.1. 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 di fornire attività e prestazioni efficaci con modalità clinico organizzative a miglior rapporto rischio beneficio per il cittadino e con tempi congrui rispetto al bisogno.

La articolazione in due dimensioni del concetto di appropriatezza, ancorché riduttiva, introduce due differenti ambiti di applicazione, clinico ed organizzativo e risulta particolarmente utile dal punto di vista operativo e della ricerca sui metodi di valutazione perché ci consente di utilizzare strumenti di misurazione di validità riconosciuti.

La Regione Toscana persegue l'obiettivo di elevare la qualità ed il livello di appropriatezza del servizio sanitario regionale, garantendo, anche mediante un processo di riconversione delle risorse umane ed economiche, lo sviluppo dei settori di provata efficacia; l'intero processo è sottoposto ad un corretto monitoraggio dei risultati conseguiti mediante uno specifico sistema di parametri e strumenti di verifica.

Nelle aree o settori di particolare criticità sono attivate, con azioni condivise con i professionisti interessati, specifiche iniziative per aumentare il livello di appropriatezza complessivo del sistema.

L'appropriatezza, come metodo e strumento decisionale in sanità, non deve essere perseguita solo nell'esercizio della pratica clinica ma deve diventare patrimonio di conoscenza disponibile in tutti i livelli di assistenza: nella medicina preventiva, nell'organizzazione dei servizi e dell'intera assistenza sanitaria, nelle scelte di programmazione strategica.

Per la necessità di strutturare con continuità le analisi e le iniziative che il tema dell'appropriatezza richiede è stato costituito, nella direzione generale diritto alla salute, un apposito settore, denominato concertazione di area vasta e politiche di appropriatezza.

3.4.2. 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, e sono articolati in tipologie di prestazioni e di attività assistenziali e di supporto come specificato nell'allegato 1, che, anche a seguito delle disposizioni di cui al D.P.C.M 29 novembre 2001, 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.

3.4.3. Appropriatezza della domanda e programmazione dell'offerta

La variazione di uso dei servizi sanitari è oggetto di valutazione e di ricerca da molti anni. Gli analisti concordano nel ritenere che il grado di variabilità geografica dell'utilizzo di prestazioni ospedaliere, visite ambulatoriali, o consumo di farmaci, dipenda da fattori legati sia alla domanda (caratteristiche demografiche e socioeconomiche, stato di salute della popolazione) sia dell'offerta (disponibilità ed accessibilità dei servizi, stili di pratica medica, incertezza dei professionisti).

Dimensionare il giusto livello di intersezione dei bisogni, della domanda e dell'offerta, tra sottoutilizzo per difficoltà di accesso e sovrautilizzo per domanda indotta dall'offerta, rappresenta uno degli obiettivi più importanti dei sistemi sanitari moderni.

La variabilità delle piccole aree risultante dall'analisi geografica effettuata con metodi bayesiani, dimostra che, ove domanda ed offerta si sovrappongono al di fuori del dominio dei bisogni, l'offerta non è appropriata e la domanda può essere indotta dal fornitore.

Sono, allora, necessari interventi regolatori e programmatori da parte del settore pubblico per far sì che le risorse disponibili vengano impiegate in relazione ai bisogni della popolazione in base a criteri di efficacia, efficienza allocativa, appropriatezza ed equità distributiva.

Il cosiddetto "governo della domanda", espressione spesso utilizzata per definire alcune politiche sanitarie che confidano in un'autoregolazione salvifica del mercato, favorisce di fatto l'espandersi dell'inappropriatezza clinica ed organizzativa.

Solo apparentemente, infatti, 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.

Il sovrautilizzo di prestazioni sanitarie non è scevro, infatti, di rischi per la salute della popolazione, anche in relazione al fenomeno della iatrogenesi; secondo stime di autorevoli studiosi il fenomeno iatrogenesi, in alcuni paesi, come gli Stati Uniti, con forte impatto del mercato sanitario privato, rappresenta la terza causa di morte dopo i tumori e le malattie cardiovascolari.

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.

Programmare una offerta appropriata entro la cornice degli assunti precedenti necessita la definizione, tra le fasi che caratterizzano il procedimento di ingresso nel mercato dei fornitori, autorizzazione, accreditamento, appositi accordi, della fase specifica rispetto alla quale vincolare il sistema dei fornitori, pubblici e privati, a rispettare il fabbisogno programmato.

La crescita del livello di autonomia decisionale del cittadino modifica fortemente il contesto tradizionale di valutazione del fabbisogno, e della appropriatezza intesa come distanza tra fabbisogno atteso/programmato ed osservato nell'uso dei servizi, soprattutto per alcune attività e prestazioni proprie del livello assistenziale territoriale, quali la specialistica e diagnostica ambulatoriale, si pensi al fenomeno crescente della second opinion specialistica, o a prestazioni, presenti in modo consistente in questo livello assistenziale, interessate alla possibile introduzione dei fondi integrativi.

Diversamente il livello assistenziale ospedaliero, secondo i riferimenti scientifici più aggiornati, si caratterizza per una evoluzione decisa nei parametri di misura della appropriatezza del ricovero: da un rapporto univoco per linee clinico-diagnostiche verso un rapporto multidimensionale, definito da grandezze variabili quali la "complessità/invasività dei trattamenti" e la "gravità clinica", con la prima componente che, in funzione della disponibilità di nuove tecnologie sanitarie, dello sviluppo della pratica medica e del management sanitario afferisce sempre più nel livello assistenziale territoriale, connotando sempre più il prodotto ospedaliero per gli aspetti di intensità delle cure.

L'appropriatezza e l'intensità e/o la complessità dell'intervento/procedura correlano, quindi, in maniera diretta, nel senso che interventi o prestazioni di particolare rilevanza sanitaria, oltre che finanziaria, sono definiti con precisi standard di fabbisogno e viceversa per alcune prestazioni ambulatoriali che riflettono, invece, il mutevole contesto culturale in cui sono collocate.

E' naturale dedurre che il mercato, ancorché imperfetto, delle prestazioni ad alta rilevanza sanitaria, come il ricovero ospedaliero deve contenere la soddisfazione del bisogno entro gli standard di appropriatezza della prestazione specifica, tasso di ospedalizzazione, numero di posti letto per mille abitanti verificandosi, diversamente, o un eccesso di ospedalizzazione, con inappropriata, danni iatrogeni, spreco di risorse o, nell'eventualità, improbabile in ambito sanitario, di eccedenza produttiva ed appropriato utilizzo della funzione ospedaliera, una inefficienza di alcuni produttori, che genera ulteriori diseconomie a carico dell'intera collettività.

La relazione non lineare tra appropriatezza e tipologia di prestazione sanitaria necessita, quindi, per garantire appropriatezza, della definizione di vincoli di fabbisogno diversi, per coerenza e per fase di inserimento nel processo di ammissione dei possibili fornitori, essendo, di fatto, minima la resistenza della domanda inappropriata del bene salute a meccanismi successivi di regolazione dell'offerta, quali la disponibilità del bene salute con oneri a carico del cittadino, privato puro, o senza oneri, privato accreditato in apposito accordo.

Il diritto del cittadino/a alla libera scelta è promosso e valorizzato entro le diverse opportunità dell'offerta programmata e appropriata, ivi compresa l'offerta rappresentata dalla libera professione intramoenia.

A partire da queste basi, la Regione Toscana ritiene che il vincolo del fabbisogno per prestazioni di particolare rilevanza, quali il ricovero ospedaliero, le prestazioni ambulatoriali ad alta tecnologia, PET, RMN, alcune prestazioni sociosanitarie che promuovono un modello condiviso ed equilibrato dei rapporti tra individuo e società, specifiche aree di intervento, come l'oncologia, ove l'efficacia delle cure è legata alla efficienza delle relazioni tra i nodi della rete più che alla dimensione assoluta dell'offerta, deve essere collocato nella fase più prossima all'inizio del procedimento di regolazione del sistema dei fornitori, pubblici e privati, cioè la fase di autorizzazione alla realizzazione sottoposta a verifica di compatibilità con le linee di programmazione regionale e di Area vasta.

In tale contesto una particolare attenzione deve essere riservata alla erogazione dei test genetici alla popolazione. Le linee generali di azione sono già state approvate con deliberazione di Consiglio regionale n. 145 del 10.11.2004.

Si tratta di un settore specialistico in fortissima espansione e nel quale è presente il rischio di una crescita formidabile ma inappropriata dei costi da sostenere. Diviene quindi necessario garantire il servizio ma presidiandone i criteri di sensibilità e specificità del test ed il contenimento dei costi complessivi.

Per garantire questi criteri è già previsto un coordinamento scientifico e organizzativo di ambito regionale, nell'ambito delle azioni di governo clinico.

Questo, avrà tra i propri compiti prioritari quello di preventivamente valutare, sentito il consiglio sanitario regionale, quali nuovi test genetici rendere disponibili, utilizzando anche lo strumento del Nomenclatore revisionato.

Ulteriore compito del coordinamento regionale sarà quello di garantire la coerenza tra i punti attivi di diagnostica, come stabilito dalle linee guida dei test genetici, e la frequenza delle patologie, in modo da impedire sovrapposizioni, o carenze, nella esecuzione di test genetici nella Regione, in accordo con i centri di riferimento per le malattie rare.

Il test genetico deve essere incluso in un percorso diagnostico clinico e pertanto, considerando la trasversalità della materia, dovrà essere strettamente collegato allo specialista clinico di riferimento della patologia rara in questione; dovrà essere garantita ed inclusa la fase pre test e post test di consulenza genetica. Sempre nella programmazione si dovrà comunque aver presente che tutte le malattie genetiche, compreso le trombofilie sono considerate rare (vedi nomenclatore malattie rare del ministero della salute).

Si conferma l'orientamento che, secondo le linee guida, i test genetici devono essere eseguiti in strutture autonome di genetica, con personale dedicato e specializzato e in grado di utilizzare a pieno tutte le tecniche disponibili nell'ambito diagnostico al fine di garantire la qualità di diagnosi.

La stretta relazione tra programmazione regionale ed autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie trova la sua espressione più organizzata nella legge regionale n. 8 del 23 febbraio 1999 e successive modifiche e integrazioni. L'articolo 20 della stessa stabilisce, al comma 1, che per la realizzazione di strutture sanitarie o per l'ampliamento di quelle esistenti che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno che comporti un aumento dei posti letto rispetto alle dotazioni previste dalla programmazione regionale, i soggetti interessati acquisiscono preventivamente dalla Giunta regionale la verifica di compatibilità del progetto; il secondo comma prevede che il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale e in coerenza con le previsioni del P.S.R., stabilisce i criteri, le modalità e gli ambiti di applicazione della verifica, con eventuale individuazione delle tipologie di strutture o dei settori di attività per i quali la verifica possa essere esclusa.

L'allegato 8 al presente piano definisce pertanto quanto previsto dall'articolo 20, comma 2, della l.r. 8/99. In coerenza con le disposizioni contenute al punto 3.5. "La programmazione", individua, nell'ambito delle modalità di effettuazione della verifica, i soggetti titolari per l'espressione di parere sulla compatibilità delle richieste agli indirizzi programmatici, ai diversi livelli di interesse e di riferimento operativo delle attività.

L'eventuale carenza di prestazioni o funzioni sanitarie, quale criterio per la verifica della compatibilità, è individuata nel presente piano, e riepilogata nell'allegato 8, sia in relazione al fabbisogno atteso ed all'ambito territoriale ove l'offerta della prestazione o funzione sanitaria interessata deve essere disponibile per il cittadino, sia in relazione all'adeguatezza della dimensione organizzativa dell'offerta, quale strumento utile, contestualmente al governo della domanda, alla promozione delle politiche di appropriatezza.

Gli standard di fabbisogno per le diverse tipologie assistenziali definiti nel presente PSR e in successivi atti, anche attuativi, adottati dalla Giunta regionale, costituiscono vincolo per l'accertamento della compatibilità.

Gli strumenti della programmazione di area vasta e aziendale individuano, con riferimento agli obiettivi ed ai contenuti del piano sanitario regionale e agli standard di fabbisogno, la corretta distribuzione territoriale delle strutture e dei servizi interessati.

3.4.4. L'appropriatezza nella Prevenzione Collettiva

L'eliminazione delle prestazioni inutili sta alla base del concetto di appropriatezza nell'ambito della prevenzione, ma fa parte di un processo più ampio che intende incentivare, a livello di ciascuna azienda unita sanitaria locale, l'abbandono graduale delle attività definite poco utili, trasferendo risorse umane e materiali per l'implementazione delle attività riconosciute efficaci, con l'obiettivo del miglioramento continuo della qualità.

Il piano sanitario regionale 2002–2004 prevedeva di individuare una lista di prestazioni svolte dai dipartimenti di prevenzione di utilità scarsa o nulla. Questa ricognizione è stata effettuata nell'ambito del coordinamento interregionale prevenzione, ed ha portato all'emanazione di una serie di leggi in varie Regioni italiane che nella maggior parte dei casi sono state finalizzate all'abrogazione dell'articolo 14 della legge 283/62 che obbliga gli alimentaristi al possesso del libretto di idoneità sanitaria.

La Giunta regionale anche attraverso la costituzione di un apposito gruppo di lavoro provvede alla individuazione delle prestazioni obsolete e all'adozione degli atti necessari alla loro eliminazione.

3.4.5. 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;
- le zone-distretto 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.

La Giunta regionale, avvalendosi della collaborazione dell'A.R.S. e di operatori esperti presenti nelle aziende sanitarie, sentito il consiglio sanitario regionale, adotta un nomenclatore delle attività assistenziali territoriali e 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'A.R.S. 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.

3.4.6. L'appropriatezza nella specialistica ambulatoriale

Obiettivo del presente piano sanitario regionale è la erogazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche con tempi di attesa congrui al bisogno di salute, classificando la domanda secondo criteri di priorità e urgenza.

- Linee di indirizzo

La Regione Toscana intende procedere secondo i seguenti indirizzi:

- utilizzo del sistema delle "velocità differenziate" di erogazione delle prestazioni, a seconda della indicazione clinica e della utilità nel processo diagnostico terapeutico;

- individuazione, in alcuni settori critici per variabilità del comportamento professionale o per intensità della domanda, di linee guida e percorsi diagnostici e specialistici condivisi, e loro disseminazione con particolare riferimento alla diagnostica per immagini;
 - spostamento di risorse e tempi/operatore in favore delle prestazioni appropriate o più rilevanti per bisogni definiti;
 - responsabilizzazione del soggetto prescrittore delle prestazioni diagnostiche e specialistiche (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta ed altro specialista).
- Ambiti di intervento in favore dell'appropriatezza

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

- diagnostica per immagini, con particolare riferimento alle prestazioni di RMN, ecografia ed ecocolordoppler;
 - 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 anche avvalendosi dell'A.R.S., 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 rilevanza 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, di attenzione, di routine, dilazionabile;
- 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 rilevanza delle prestazioni sulla base delle indicazioni cliniche.

Il grado di utilità, sia nel processo diagnostico che terapeutico, delle prestazioni o dei gruppi di prestazioni definisce i tempi di attesa massimi accettabili.

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 definizione del grado di utilità 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 verifica l'attuazione dei provvedimenti mediante il flusso informativo della specialistica ambulatoriale.

3.4.7. 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, sulla base di un documento tecnico da realizzare in collaborazione con l'A.R.S., 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 territoriale, per il triennio 2005-2007 entro il limite del 13% della spesa sanitaria regionale attraverso i seguenti strumenti:

- 1) regolamentazione dell'informazione scientifica privata nei presidi e servizi delle aziende sanitarie toscane, sentite le Associazioni di categoria interessate, e sentite altresì le Associazioni stesse per lo 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 predispone gli atti necessari all'attivazione degli strumenti di controllo dell'assistenza farmaceutica; provvede altresì, in collaborazione con l'A.R.S. 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 2003, infatti, i cittadini toscani hanno espresso un bisogno di ricovero pari a 182,5 ricoveri ogni mille abitanti, complessivamente soddisfatto sia in presidi regionali che extraregionali; il risultato, è fortemente significativo se confrontato con il tasso di ospedalizzazione dell'anno 2002, che registrava oltre 190 ricoveri per mille abitanti. L'offerta dei posti letto ospedalieri sul territorio toscano è inferiore all'obiettivo complessivo di 5 posti letto ogni 1.000 abitanti (17.500 p.l.) indicati come standard dal piano sanitario nazionale, 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.); i posti letto della rete ospedaliera toscana sono, infatti, risultati nel 2003, 16.100 compresi quelli privati in contratto, con un indice di 4,3 posti letto ogni 1000 abitanti toscani. I posti letto relativi al privato non accreditato risultano 235.

Obiettivo del triennio 2005-2007, relativamente alla dotazione dei posti letto, è l'avvicinamento ad uno standard di 3,81 posti letto per mille abitanti quale fabbisogno appropriato per la domanda di ricovero ospedaliero espressa dalla popolazione toscana, al netto del fabbisogno aggiuntivo di 0,3 posti letto per mille abitanti necessari per il saldo positivo di mobilità registrato nel triennio 2002-2004, per un totale complessivo, quindi, di 4,11 posti letto per mille abitanti. A detto obiettivo si perviene attraverso il dispiegarsi delle politiche di appropriatezza delle prestazioni da accompagnarsi con il potenziamento della rete dei servizi territoriali, ivi comprese quelle residenziali di comunità, verso cui orientare le risorse rese disponibili dai processi di razionalizzazione dell'offerta ospedaliera. Nel periodo di vigenza del piano la Giunta regionale, in collaborazione con l'A.R.S., è impegnata a produrre strumenti ed indicatori per la valutazione della qualità e continuità del percorso assistenziale ospedale e territorio.

La distribuzione per funzioni operative dei posti letto si differenzia, rispetto ai parametri nazionali, per la diversa valorizzazione accordata, in Toscana, alla funzione specifica della riabilitazione, il cui fabbisogno complessivo, ospedaliero ed extraospedaliero, è stimato complessivamente pari a 0,50 posti letto per mille abitanti, a fronte di 1 posto letto per mille abitanti indicato dal piano sanitario nazionale.

Il piano sanitario 2002-2004 articolava il fabbisogno delle diverse fasi del percorso riabilitativo secondo i parametri di 0,2 posti letto per mille abitanti per la funzione riabilitativa ospedaliera, cod.56, 0,04 posti letto per l'alta specialità riabilitativa e 0,2 posti letto, sempre per mille abitanti, per la riabilitazione intensiva extraospedaliera.

L'attenzione verso la qualità delle cure e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, soprattutto per garantire la continuità assistenziale di alcune condizioni cliniche post acute, che registrano, ancora, alcune difficoltà, motivano il privilegio accordato, dal piano sanitario 2005-2007, al territorio, quale sede accessibile e naturale, e perciò equa, ove le condizioni cliniche del cittadino lo consentano, per la conduzione di progetti riabilitativi di pari intensità e complessità della fase ospedaliera. L'obiettivo è sostenibile con una valorizzazione maggiore del fabbisogno di riabilitazione intensiva extraospedaliera, programmando, per il prossimo triennio, una dotazione di posti letto di 0,25 posti letto per mille abitanti.

Lo sviluppo dell'attività riabilitativa in Toscana, e la sua crescita professionale, anche in ragione dei risultati conseguiti nell'efficacia delle cure per alcune gravi condizioni cliniche, determinano, altresì, la necessità di incrementare la dotazione della offerta di alta specialità riabilitativa da 0,04 a 0,05 posti letto per mille abitanti e di costituire, per la specifica funzione neuroriabilitativa, modalità di coordinamento tecnico-organizzativo della rete delle strutture già attivate e di quelle di nuova attivazione.

La rete, denominata rete integrata regionale per la riabilitazione delle gravi cerebro lesioni acquisite, che ha come riferimento i centri del Valdarno, di Volterra e di Viareggio, verrà coordinata a livello regionale al fine di organizzare un'offerta unitaria ai cittadini toscani attraverso:

- Il coordinamento delle prenotazioni;
- La realizzazione di percorsi assistenziali appropriati ed omogenei, anche individuando percorsi dedicati per gli stati di bassa responsività protratta;
- La valutazione degli esiti delle attività svolte;
- La valutazione dei bisogni della popolazione.

L'iniziativa della rete integrata regionale per la riabilitazione delle gravi cerebro lesioni acquisite nasce sulla verifica dei positivi risultati conseguiti, con analogo modello organizzativo, sulla cura e la riabilitazione delle persone con lesione midollare.

La capacità di organizzare in rete le relazioni, epidemiologiche e cliniche, necessarie alla gestione di bisogni di salute, quali la cura e la riabilitazione delle persone con lesione midollare, caratterizzati da una distribuzione diffusa, ancorché contenuta, ma con necessità di cure di altissimo livello specialistico ha, infatti, caratterizzato lo sviluppo dell'attività dell'Unità Spinale dell'azienda ospedaliero-universitaria Careggi di Firenze, unica struttura abilitata in Toscana al trattamento globale delle lesioni midollari.

Il percorso assistenziale per la cura e la riabilitazione delle persone con lesione midollare si distribuisce all'interno di un net-work ove l'unità spinale rappresenta il centro nevralgico, dinamicamente interagente con gli altri nodi della rete regionale.

L'unità spinale eroga le prestazioni volte al trattamento della fase dell'emergenza, della fase acuta, della fase post-acuta di riabilitazione, della fase di prevenzione dei danni terziari conseguenti alla lesione midollare stessa e della prevenzione delle complicanze.

Lo sviluppo dell'efficienza e dell'efficacia dei percorsi assistenziali nella fase di accesso del bisogno e la diffusione, nel territorio, della competenza professionale necessaria per garantire una reale continuità assistenziale rappresentano gli impegni per il prossimo triennio di piano. Per il primo aspetto, al fine di rendere omogenei ed efficaci gli interventi nella fase dell'emergenza e nella fase acuta su tutto il territorio regionale, saranno adottati precisi protocolli condivisi tra l'unità spinale, il servizio di emergenza 118, le aziende ospedaliere e gli ospedali sede di Deu di 1° livello, oltre ai reparti di terapia intensiva; per la fase ospedaliera, immediatamente successiva, sono previsti oltre all'ampliamento dei posti letto dell'unità spinale, anche l'istituzione di una sezione dedicata alla neuro-urologia.

Lo sviluppo della linea assistenziale relativa alla continuità e qualità della fase di reinserimento sociale e di prevenzione e cura delle complicanze terziarie è attribuito alla competenza degli operatori delle strutture professionali territoriali, con particolare riferimento alle strutture professionali riabilitative, funzionalmente coordinati, in accordo con le indicazioni tecniche del centro regionale specializzato, in nuclei riabilitativi di mantenimento territoriali. I professionisti interessati sono parte del team curativo-assistenziale dell'unità spinale già nelle fasi precoci di ricovero ospedaliero rappresentando un riferimento costante sia per la soluzione delle problematiche inerenti il reinserimento post-dimissione e il mantenimento riabilitativo che per l'implementazione delle migliori strategie di prevenzione delle complicanze terziarie, secondo le indicazioni dell'U.S.. L'intero progetto di rete assistenziale, sia nelle fasi di stesura che di implementazione operativa, si è avvalso del contributo partecipativo delle associazioni degli utenti, assicurando il rispetto della centralità del paziente e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali.

L'originalità del modello toscano si evidenzia, e giustifica la differenza registrata nel parametro dei posti letto previsti dalla programmazione nazionale, soprattutto, nella valutazione delle caratteristiche sanitarie di una importante area del bisogno post - acuto ospedaliero, genericamente compresa dalla normativa nazionale nella funzione di riabilitazione.

Il modello toscano, che si è diffuso, in ragione della sua efficacia, rapidamente in altre regioni ha, appropriatamente, individuato la risposta alla quota di bisogno post acuto ospedaliero caratterizzata, sostanzialmente da necessità di mobilitazione e, ancorché continua, da bassa intensità assistenziale, nello sviluppo delle cure primarie nelle forme residenziali e semiresidenziali a carattere sanitario, quali gli ospedali di comunità ed i centri residenziali per le cure palliative, introdotte sperimentalmente con la deliberazione del consiglio regionale n. 384 del 25 novembre 1997.

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.

Il successo del percorso toscano verso il contenimento del tasso di ospedalizzazione e l'obiettivo di 160 ricoveri ogni 1000 abitanti, indicato come standard dalla organizzazione mondiale della sanità, già nel 1996, evidenzia che la forte variabilità dei risultati ottenuti, nel territorio nazionale, è attribuibile alla diversa intensità dei processi di riorganizzazione della rete ospedaliera intrapresi dalle regioni, che richiedono azioni pluriennali per ottenere risultati significativi, e alla differente capacità di considerare i sistemi assistenziali come un complesso sistema unitario di reti di strutture e di professionisti, a cui partecipano in pari dignità gli ospedali e i servizi sanitari territoriali.

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

a) individuazione del corretto rapporto fra le tre modalità 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 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 3,81 posti letto per 1000 al netto del saldo di mobilità extraregionale.

La Giunta regionale è impegnata a verificare l'attuazione dei provvedimenti mediante adeguati flussi informativi.

b) valorizzazione di strutture territoriali alternative all'ospedalizzazione.

Le Zone, e ancora più le Società della Salute nelle aree di sperimentazione, sono incoraggiate ad ampliare ed implementare esperienze di alternativa alla ospedalizzazione basate sul coinvolgimento dei Medici di medicina generale, sperimentate nel corso del precedente triennio secondo le tipologie della D.C.R. n. 384 del 25.11.1997, 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;
- sollievo ai care givers informali in situazioni di particolare impegno assistenziale di durata limitata;
- patologie invalidanti HIV correlate.

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 ricoverati. La durata del ricovero in ospedale di comunità è comunque regolamentata sulla base degli standard regionali, e non configura in nessun caso la lungodegenza.

3.4.8. L'appropriatezza e le liste di attesa

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), hanno consentito un discreto aumento della accessibilità per le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali. Tale aumento di accessibilità conseguito indipendentemente dal bisogno clinico e in assenza di metodi espliciti di valutazione della appropriatezza della domanda, ha determinato, diseconomie nell'offerta, e, per alcune realtà, tempi di attesa in alcuni casi troppo lunghi con un consumo di prestazioni per abitante mediamente alto, pur in un quadro di discreta variabilità territoriale. Le caratteristiche negative così determinatesi possono essere affrontate con tre ordini d'intervento:

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

Per quanto riguarda il trattamento differenziato dei tempi d'attesa, le aziende sanitarie sono impegnate nella realizzazione del progetto Qualità sostenibile, di cui strumento essenziale e garante della qualità della offerta specialistica nel percorso di realizzazione delle azioni connesse all'iniziativa, è lo specifico progetto del piano sanitario attuale sulle visite specialistiche.

Sul piano della efficienza la direzione generale diritto alla salute ha prodotto e reso disponibile alle aziende uno strumento dedicato in grado di monitorare la capacità potenziale e la reale attività prodotta dai propri servizi specialistici e diagnostico strumentali con il fine di intervenire negli spazi di scarso rendimento produttivo: costituisce obiettivo del triennio l'uso diffuso dello strumento e il confronto continuo tra le aziende al fine di condividere standard ed indici di efficienza.

Lo sviluppo strutturale e funzionale dei centri unificati di prenotazione, consolidato, in tutte le aziende toscane, consente, oggi, di utilizzare il livello di conoscenza e di disponibilità dei punti di accesso per obiettivi di qualità del sistema prenotativo, quali la differenziazione del primo accesso dal secondo accesso al sistema specialistico e la prenotazione diretta del secondo accesso da parte dei professionisti che rappresentano obiettivi per il triennio di vigenza del piano.

Infine, sul tema specifico della appropriatezza dei comportamenti prescrittivi, previa concertazione con il tavolo sindacale medico, saranno definite le modalità del coinvolgimento dei prescrittori nella definizione delle criteri di controllo delle prescrizioni, e meccanismi di incentivazione/disincentivazione legati alla osservanza delle regole concordate. A tal fine fra le variabili rilevate nel flusso informativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali verrà inserita la categoria di indicazione clinica, come definita nel progetto qualità sostenibile e, previo accordo con le OO.SS. mediche, verrà, altresì studiato un algoritmo sintetico di rappresentazione del quesito diagnostico da riportare sulla richiesta medica per le prestazioni diagnostico strumentali al fine di valutare il grado di concordanza, e la relativa appropriatezza, con il successivo referto diagnostico. La distribuzione delle prestazioni nelle categorie di priorità e il grado di concordanza, resa disponibile su base statistica, aziendale e di zona, ai professionisti interessati consentirà un confronto con il valore migliore e con il valore medio registrato sul territorio regionale, garantendo un governo clinico del sistema.

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;
- la rilevanza.

3.4.9. Le attività del “governo clinico”: linee guida e percorsi assistenziali

3.4.9.1. Il Governo Clinico

Le questioni emergenti nei servizi sanitari per la necessità di offrire ai cittadini prestazioni che garantiscano i migliori risultati delle cure, la corretta allocazione delle risorse, la qualità dei servizi prestati, la responsabilità della gestione della sicurezza del paziente, la aderenza delle procedure cliniche alle più accreditate evidenze scientifiche, possono essere affrontate soltanto se i professionisti della sanità, detentori delle competenze, e gli amministratori, detentori dell'uso delle risorse, troveranno la misura della reciproca responsabilità, del rispetto delle diverse competenze e del coinvolgimento decisionale.

La traduzione del termine “clinical governance” indica non tanto una forma esplicita di gestione della cosa pubblica quanto uno stile atto a “creare un sistema attraverso il quale medici e amministratori sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi prestati e della creazione di meccanismi atti a garantire elevati standard di assistenza in un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza delle prestazioni e più efficaci approcci alla qualità”, come definisce il ministero della sanità britannico.

Già nel 1997 la Comunità Europea asseriva che “uno dei fini prioritari dei servizi medici è la promozione della qualità dell’assistenza, in termini di equità di accesso, qualità della vita, soddisfazione dell’utente e corretto uso delle risorse in base a un buon rapporto tra costi e efficacia”.

I valori cui si ispira l’azione di governo clinico sono:

- a) l’appropriatezza complessiva degli interventi sanitari che “integra efficacia, efficienza e opportunità disegnando la componente della qualità assistenziale che fa riferimento a validità tecnico scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanze e luogo nonché stato attuale delle conoscenze) delle prestazioni sanitarie” (M. Zanetti. Il medico e il manager. Genova 1996);
- b) l’appropriatezza clinica che riguarda l’indicazione o l’effettuazione di un intervento sanitario tale che la probabilità del beneficio superi i potenziali rischi;
- c) l’appropriatezza organizzativa che si riferisce al livello di strutturazione organizzativa del sistema tale da renderlo adeguato allo svolgimento di interventi sanitari appropriati in termini di sicurezza del paziente e di economicità nell’uso delle risorse;
- d) la qualità gestionale, cioè l’insieme degli strumenti delle tecniche e dei metodi che consentono di orientare tutte le fasi della procedura clinica secondo principi di efficienza e di razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse impiegate;
- e) la qualità professionale, definita in termini di risposta efficace ai bisogni nonché di selezione e successiva adozione delle tecniche strumentali e cliniche e delle procedure diagnostiche e curative che i professionisti sanitari considerano le più idonee a far fronte a quei bisogni ottenendo il miglior risultato per il paziente;
- f) La qualità dei servizi e delle prestazioni nel rispetto dei diritti dei cittadini (articolo 14 d.lgs 502/92).

Gli strumenti del governo clinico sono molteplici e saranno adottati a seconda delle necessità allo scopo di massimizzare i risultati del servizio sanitario regionale nell’interesse della popolazione. Una particolare attenzione sarà dedicata alla prosecuzione del processo, avviato da anni in Toscana, di elaborazione e diffusione delle linee guida intese, come il precedente piano indicava, quali “raccomandazioni di comportamento, elaborate in modo sistematico e finalizzate a indirizzare le decisioni dei professionisti verso scelte appropriate in specifiche circostanze cliniche e/o assistenziali”.

Le azioni di governo clinico, quali debbono essere adottate e diffuse nel periodo di valenza del presente piano per costruire un sistema di relazioni nel servizio sanitario regionale con il coinvolgimento di tutti gli attori, sono indirizzate a garantire al paziente la piena autonomia professionale e la libertà di giudizio del medico a tutela del suo interesse e, nello stesso tempo, la qualità delle cure, l’efficienza del servizio, la riduzione dei rischi, la tendenziale eliminazione degli sprechi e l’attenzione continua alle esigenze della comunità.

Le azioni di governo clinico sono fondate sull’assunzione da parte di tutti i professionisti e delle istituzioni sanitarie della responsabilità di fornire cure di qualità e di garantirne la sicurezza, anche mediante la diffusione della pratica e della cultura del lavoro interdisciplinare e interprofessionale, individuando la misura e la prassi atte a superare la persistente dicotomia tra responsabilità individuale e organizzativa, tra responsabilità personale e di gruppo. Ciò al fine anche di predisporre azioni idonee alla prevenzione dei conflitti e alla gestione del contenzioso, alla diminuzione della malpractice e alla stabilizzazione del sistema assicurativo, nell’ottica del miglioramento della relazione tra professionisti e singoli pazienti, tra cittadinanza e servizio sanitario.

Il governo clinico si pone, ai diversi livelli di responsabilità del sistema sanitario regionale, lo scopo ambizioso di tentare di regolare il processo decisionale in sanità, tra il ruolo professionale degli operatori sanitari, quello autonomo dei cittadini e quello organizzativo degli amministratori. E’ quindi un patto di reciproca responsabilità nell’ambito dei limiti possibili della medicina attuale, nel tentativo di condividere con la società il presupposto di far carico al servizio di tutte le prestazioni fondate su evidenze scientifiche e del minimo possibile di prestazioni non altrettanto efficaci per quanto utili. Il governo clinico è un mezzo perché una società democratica e fortemente partecipativa definisca modi e strumenti per consentire i migliori risultati delle cure nel rispetto delle esigenze comunitarie. Da un lato quindi si pongono la sicurezza e la soddisfazione del paziente, dall’altro le competenze professionali e quelle manageriali a costituire insieme una via toscana alla qualità.

Costituisce il governo clinico a livello di azienda sanitaria l’insieme delle funzioni di direzione che perseguono gli scopi sopra ricordati e quindi necessitano di un coordinamento operante nello staff di direzione sia sul piano formativo del personale sia su quello operativo con particolare riguardo a

azioni trasversali rispetto alla organizzazione aziendale quale la gestione del rischio clinico, la sicurezza del paziente, la relazionalità, l'uso dei farmaci, l'appropriatezza ed ottimizzazione dei percorsi assistenziali, le infezioni e le problematiche ad esse afferenti. Con particolare riferimento a questo ultimo aspetto, la giunta regionale è incaricata di predisporre uno specifico atto nel quale si individuano le opportune modalità organizzative, di tipo funzionale, che siano in grado di garantire le idonee forme di relazione tra le diverse professionalità coinvolte nel trattamento di soggetti affetti da patologie infettive, in particolare:

- per i pazienti ricoverati in rianimazione o che accedono al pronto soccorso in caso di sospette patologie infettive;
- i pazienti immunodepressi (oncologico, ematologico, trapianto, ecc.) in quanto portatori di particolari livelli di criticità;
- i trattamenti farmacologici per i pazienti affetti da patologie infettive in considerazione delle problematiche di resistenza da parte dei microrganismi ed in relazione al loro uso appropriato;
- assistenza domiciliare ai soggetti affetti da AIDS;
- le problematiche relative alla patologie infettive nella popolazione detenuta ed in quella migrante.

A livello regionale l'azione di governo clinico è esercitata attraverso organismi tecnico-professionali quali il consiglio sanitario regionale, l'istituto toscano tumori, l'organizzazione toscana trapianti, il centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente, il centro sangue (CRCC). E' inoltre previsto a livello regionale il funzionamento di specifiche commissioni di coordinamento regionale quali la commissione linee guida, la commissione per la lotta al dolore, la commissione terapeutica regionale, la commissione formazione, la commissione per la lotta contro l'AIDS e le malattie infettive emergenti e riemergenti.

Nel triennio la Regione si impegna a formulare indirizzi per l'attivazione di organismi interaziendali di area vasta per l'esercizio del governo clinico a supporto dell'azione di governo dei comitati di area vasta.

3.4.9.2 Il Programma Linee Guida

Il decreto legislativo 229/99 ed il piano sanitario nazionale 1998/2000, nel quadro delle garanzie che il S.S.N. deve assicurare ai cittadini, hanno disposto l'adozione di linee guida come richiamo al pieno utilizzo delle risorse disponibili e come miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni.

Una prestazione è da considerarsi appropriata quando consente di rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza alla luce delle risorse disponibili.

Il decreto legislativo 229/99 richiama le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici "allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza".

Il Programma regionale

Il programma regionale linee guida, nato per rispondere all'obiettivo fondamentale del miglioramento della qualità nel sistema sanitario regionale, si pone:

- quale strumento di governo clinico teso al miglioramento della pratica clinica e della scelta della massima efficacia come criterio di erogazione delle prestazioni;
- quale primo percorso informativo/formativo a supporto di tutte le professionalità.

Nel conseguimento dell'obiettivo di definizione di un sistema qualità è necessario:

- ricercare l'appropriatezza delle indagini diagnostiche e delle procedure terapeutiche;
- ottimizzare l'esito degli interventi sui pazienti;
- scoraggiare l'uso di interventi inefficaci o inutili;
- valutare i costi in relazione ai benefici;
- allocare le necessarie risorse.

Il processo, già individuato nel piano sanitario regionale 2002-2004, prevedeva cinque fasi:

1. piano di diffusione del materiale predisposto dai gruppi di lavoro agli operatori sanitari toscani che sono considerati la “regia locale” del cambiamento, la risorsa culturale e professionale indispensabile per non chiudere il potenziale innovativo del processo linee guida nella mera cornice dell’adempimento e della formalità;
2. lettura e valutazione del materiale da parte degli operatori sanitari con la formulazione di osservazioni e contributi. A questa fase si correla un percorso formativo con possibilità di maturazione di crediti da parte degli operatori coinvolti che intendono partecipare;
3. raccolta, esame e valutazione dei contributi forniti da parte dei singoli operatori sanitari;
4. revisione del materiale prodotto alla luce dei singoli contributi pervenuti;
5. adozione formale delle linee guida.

Il processo ha comportato la distribuzione di sei “pacchetti” di linee guida o IDT, per un numero complessivo di 18 linee guida e la costituzione per ciascuna linea guida di un team di lavoro multidisciplinare per il completamento del processo.

La ricaduta attesa è:

- appropriatezza nelle risposte a determinati bisogni assistenziali;
- risposta all’esigenza diffusa di una migliore comunicazione tra operatori e pazienti/utenti dei servizi;
- garanzia ai pazienti di un percorso di diagnosi e cura aggiornato e coerente consentendo loro scelte consapevoli;
- offerta agli operatori sanitari, soprattutto quelli del front-line, di prodotti utili ed elastici in lingua italiana;
- lettura consapevole e critica che consentirà di valutare i principali aspetti metodologici di una linea guida e quindi la sua validità e le sue diverse implicazioni;
- apporto di suggerimenti correzioni ed integrazioni da parte degli operatori sanitari coinvolti attraverso l’acquisizione di una quota dei crediti di educazione continua in medicina.

Le attività per il triennio:

- Definizione di meccanismi tesi all’implementazione ed aggiornamento, in relazione alle specifiche realtà locali, delle linee guida/IDT già redatti;
- adeguamento al livello aziendale perché siano utilizzabili nella quotidiana attività assistenziale;
- definizione di indicatori per il monitoraggio dell’avanzamento delle frontiere della conoscenza;
- definizione di elementi di valutazione d’impatto in termini di accettabilità da parte degli operatori coinvolti e dei pazienti;
- definizione dei termini del processo di revisione ed aggiornamento;
- redazione nuove linee guida;
- costruzione di una banca dati aggiornata in tempo reale nonché di una rete che offra opportunità di interazione attraverso forum di discussione e collegamenti ipertestuali.

Punti focali saranno:

- la definizione di una strategia regionale mirante a favorire una organica ed omogenea modalità di utilizzo della Linee guida presso le strutture operative del sistema sanitario;
- l’individuazione di possibili barriere all’adesione considerando che una difficoltà di applicazione delle linee guida nella pratica clinica quotidiana è stata verificata in tutti i paesi del mondo;
- la ricerca di sistemi di intervento ed incentivanti per la loro applicazione;
- la predisposizione di sintesi delle raccomandazioni per una più facile consultazione.

Nella consapevolezza che il processo linee guida dovrà porsi anche quale strumento per la formazione permanente degli operatori sanitari, dovranno essere definite tipologie e strutture di percorsi formativi e-Learning di qualità.

Sulla base delle esperienze che matureranno dal processo di valutazione da parte della comunità sanitaria, sarà elaborato e messo a regime un sistema integrato di gestione delle competenze e dei

crediti ECM, configurando percorsi didattici e di gestione dei crediti formativi attraverso una piattaforma on-line.

In collaborazione con le direzioni aziendali ed il coordinamento area vasta sarà favorito un modello di apprendimento assistito e non di autoistruzione con la finalità di sollecitare i professionisti, attori principali del processo, a partecipare fattivamente, attraverso osservazioni, valutazioni e proposte, all'attività di definizione e revisione delle raccomandazioni.

3.4.10. 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'A.R.S. 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.

3.5. 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.

3.5.1. 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 intersettorialità della programmazione sanitaria in termini di programmazione di azioni per la salute, cui finalizzare i programmi dei diversi settori nell'ambito delle linee del piano regionale di sviluppo.

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, che trovano l'applicazione di maggior rilievo nella sperimentazione delle società della salute. 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 della direzione generale regionale competente e dell'A.R.S., 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; nelle pertinenti parti del piano sanitario regionale è disciplinata l'attivazione di tale funzione per gli specifici settori d'intervento. Tali standard costituiscono la traduzione operativa dei livelli di assistenza ed il riferimento per la valutazione delle domande di accreditamento da parte dei soggetti pubblici e privati rispetto alla programmazione regionale. Per il contenuto tecnico - professionale di elevato livello che caratterizza la funzione sopradetta è necessario che l'azione regionale, oltre che avvalersi degli organismi tecnici a sua disposizione (direzione regionale, A.R.S., 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.

3.5.2. 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.

L'area vasta infatti, con la sua caratteristica di bacino territoriale in cui è soddisfatto circa il 90% della domanda della popolazione di riferimento, rappresenta di fatto il livello ottimale della programmazione e della integrazione dell'offerta. Il piano sanitario regionale 2002-2004 ha attribuito compiti definiti alla concertazione interaziendale in area vasta e ne ha delineato gli elementi fondanti che sono confermati anche per il triennio 2005-2007 aggiornati all'evoluzione del sistema:

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

Con il presente piano sanitario regionale si assume l'area vasta come livello di programmazione strategica del sistema cui si intende dare forza, soprattutto in ambito specialistico e ospedaliero, attraverso la definizione partecipata ed integrata di piani di area vasta con funzione di indirizzo alla programmazione locale.

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.

- 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:

- per le attività relative a funzioni operative a carattere regionale, nonché per il potenziamento di attività con investimenti rilevanti, l'azienda sanitaria assume iniziative solo a seguito di preventivi accordi in ambito di area vasta che ne valutino gli effetti in termini di qualificazione delle prestazioni, costi, effetti sulla mobilità sanitaria, fattibilità e produttività;
- l'attività di base è compito prevalente dell'azienda unità sanitaria locale, salvo quanto di competenza dell'azienda ospedaliera per le proprie finalità d'istituto e per la presenza di uno specifico bacino di utenza ad essa attribuito; l'azienda unità sanitaria locale concorda in sede di area vasta i programmi di sviluppo o contenimento dell'attività 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, entro 180 giorni predispone, avvalendosi dell'A.R.S. e delle professionalità presenti nelle aziende sanitarie, sentito il consiglio sanitario regionale, appositi standard di riferimento per le attività di alta specializzazione e per la valutazione del fabbisogno di posti letto intensivi con il fine di realizzare una rete di coordinamento di area vasta e regionale per il bisogno ospedaliero di terapia intensiva polifunzionale, nonché parametri di dotazione di particolari tecnologie ad alto costo, con riferimento agli specifici ambiti territoriali. Le aree vaste costituiscono l'ambito funzionale in cui validare gli standard quantitativi e qualitativi, individuati in relazione ai livelli di appropriatezza delle prestazioni, così come indicato al paragrafo 3.4.

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

- La funzione di coordinamento tecnico professionale

Al fine di consentire l'esercizio del governo clinico ai diversi livelli del sistema e la crescita in rete del sistema di offerta delle prestazioni specialistiche di ricovero ed ambulatoriali di secondo livello, le aziende sanitarie di ciascuna area vasta individuano funzioni di coordinamento tecnico interaziendale, anche in forma dipartimentale, per settori omogenei, che, anche sulla base di specifici indirizzi regionali, 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.

- Le funzioni di coordinamento degli enti locali

Affinché la programmazione di area vasta sia pienamente inserita nelle funzioni di programmazione regionale, nel cui ambito assumono un ruolo fondamentale di indirizzo e valutazione le conferenze dei sindaci, a livello di area vasta è garantito un coordinamento costituito dai presidenti delle conferenze dei sindaci delle aziende sanitarie di competenza e dai presidenti delle articolazioni zonali della conferenza, ovvero dai presidenti delle Giunte delle società della salute ove costituite. Il coordinamento può trovare realizzazione anche attraverso una articolazione della conferenza regionale per la programmazione sociosanitaria, allo scopo opportunamente regolamentata secondo le procedure definite dalla normativa vigente. 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. Il coordinamento concorre alla definizione della programmazione di area vasta fornendo indicazioni in merito al comitato di area vasta; le indicazioni sono trasmesse, per opportuna conoscenza, alle organizzazioni sindacali e ai soggetti partecipanti alla concertazione. 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.

Al fine di promuovere le relazioni tra livelli istituzionali di indirizzo e programmazione è prevista, a cadenza almeno annuale, una conferenza programmatica tra i coordinamenti delle conferenze di area vasta e l'Assessore regionale competente quale sede di confronto e verifica sullo stato della programmazione interaziendale.

- Il coordinamento delle aziende

La Giunta regionale ha promosso e reso operativa nel triennio scorso la programmazione di area vasta, attraverso la predisposizione di specifici indirizzi attuativi e di appositi strumenti di supporto; al fine di consentire il coordinamento interaziendale, la Regione ha individuato per ciascuna area vasta un coordinatore tra i direttori generali delle aziende sanitarie, disciplinandone le modalità di designazione. Ciò ha consentito la sperimentazione di efficaci forme di coordinamento interaziendale a livello direzionale e professionale e la predisposizione dei primi atti di programmazione di area vasta approvati dal Consiglio regionale nel corso del 2004.

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. 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 si configurano come piani di area vasta e costituiscono atti della programmazione regionale, pertanto agli stessi sono applicate le procedure di concertazione con le organizzazioni sindacali secondo le indicazioni di cui al paragrafo 4.1.3, e sono portati alla approvazione del Consiglio regionale.

Le iniziative per una diversa, o non prevista, programmazione negli ambiti di concertazione, successive alla approvazione degli atti di programmazione interaziendale, non modificative delle indicazioni e degli obiettivi contenuti nel piano sanitario e, comunque, rispettose dei parametri complessivamente programmati negli atti di concertazione di area vasta possono essere assunte direttamente dal comitato di area vasta, senza ulteriore espressione in merito del Consiglio regionale. Tali iniziative modificative devono essere condivise in modo unanime dal comitato di area vasta e portate a conoscenza dei soggetti sociali che hanno partecipato alla concertazione degli atti di programmazione originali; le stesse vengono trasmesse alla Giunta regionale per il relativo parere di conformità.

- Le funzioni territoriali e della prevenzione

Per le funzioni territoriali e per quelle di prevenzione collettiva, fermo restando il livello di direzione operativa aziendale, possono essere adottati atti di concertazione interaziendale in relazione a progetti e programmi di interesse comune a dimensione sovra aziendale. Possono essere invitati alle procedure di concertazione, secondo le rispettive competenze, l'I.S.Z., l'A.R.P.A.T., l'A.R.S. e il C.S.P.O..

- 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.

3.5.3. Gli impegni per il triennio 2005-2007

Sulla base degli indirizzi del precedente piano in tutte le aree vaste sono stati attivati i coordinamenti professionali di settore previsti e con provvedimenti attuativi la Giunta regionale ne ha strutturato il funzionamento operativo disciplinando la costituzione dei comitati di area vasta dei direttori generali e dei dipartimenti di coordinamento tecnico. Comitati e professionisti hanno predisposto i programmi di sviluppo delle attività, divenuti a tutti gli effetti atti della programmazione regionale e quindi approvati del Consiglio regionale;

Il processo avviato ha mostrato forti potenzialità di integrazione e razionalizzazione dei servizi che devono trovare ulteriore sviluppo nel prossimo triennio. In particolare, confermando le disposizioni già contenute nel piano sanitario regionale 2002-2004 in merito alle aree vaste con particolare riferimento alle titolarità circa le decisioni aziendali di natura organizzativa e d'investimento tecnologico, nonché alle indicazioni operative sulle modalità di concertazione con i soggetti del sistema, l'impegno della Regione per il triennio 2005-2007 è quello di:

- a) consolidare ed estendere i processi di integrazione professionale in area vasta attraverso la costituzione diffusa dei coordinamenti professionali di settore, anche in forma dipartimentale, a cui attribuire competenze in materia di programmazione, integrazione operativa, governo clinico;
- b) analizzare ed elaborare modelli di integrazione decisionale a livello sovraziendale da introdurre nel sistema; la Giunta regionale è impegnata entro il triennio a definire per i comitati di area vasta ambiti di competenza, meccanismi operativi e modalità di esercizio dei poteri attribuiti;
- c) costituire a livello regionale strutture di coordinamento delle attività e del governo clinico per i settori di maggiore complessità e che presentino le maggiori esigenze di integrazione a livello regionale; tali strutture potranno assumere il carattere di commissioni di coordinamento ovvero di veri e propri centri o istituti regionali in aggiunta a quelli già costituiti per i settori dei trapianti, dell'oncologia, del sistema trasfusionale e del rischio clinico e sicurezza del paziente; gli organismi così costituiti opereranno in stretta relazione con i corrispondenti livelli di area vasta;
- d) promuovere intese interaziendali sui volumi di prestazioni erogate a cittadini in regime di mobilità interaziendale con particolare riferimento alla relazione tra aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere universitarie che abbiano a riferimento l'evoluzione dei bisogni e dei livelli appropriati di risposta, le specifiche missioni aziendali e il quadro consolidato in area vasta del rapporto tra costi e ricavi così come definito dalla D.G.R. 770 del 22/07/2002 (bilancio consolidato di Area Vasta).
- e) disciplinare e rendere operativo il rapporto in area vasta con i soggetti istituzionali locali rappresentati dalle conferenze dei sindaci anche utilizzando a tal fine gli organismi già presenti quali la conferenza socio-sanitaria regionale.

3.6. L'evoluzione del sistema delle Aziende

3.6.1. 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 budgeting 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 e di pervenire nel 2004 alla certificazione del bilancio di una azienda unità sanitaria locale, 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.

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; promuove altresì una verifica dello stato delle procedure contabili e gestionali delle aziende sanitarie, anche avvalendosi di soggetti esterni, al fine di consentire il consolidamento delle procedure di certificazione dei bilanci da parte delle aziende sanitarie già avviate nel corso del precedente triennio.

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 è impegnata nell'arco del triennio a sviluppare i processi già avviati per il consolidamento dei momenti regionali di comparazione tra aziende e aree vaste, da un lato garantendo l'unitarietà e la omogeneità dei flussi informativi, dall'altro valorizzando 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) la produzione annuale da parte delle aziende sanitarie di 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.

3.6.2. La seconda fase dell'aziendalizzazione

Nel triennio trascorso, sulla base degli indirizzi del precedente piano sanitario regionale, si è introdotta nel sistema una profonda innovazione organizzativa che ha visto la costituzione di strutture consortili interaziendali a cui sono state delegate alcune funzioni tecnico-amministrative delle aziende, in primo luogo quelle relative agli acquisti di beni e servizi. Nonostante le difficoltà iniziali, legate soprattutto alla assenza di una specifica normativa di riferimento, i positivi risultati gestionali ottenuti inducono a consolidare l'esperienza promuovendo il passaggio alla gestione interaziendale anche di altre funzioni a partire da quella della logistica dei beni.

Alle iniziative per il potenziamento delle funzioni gestionali di area vasta, quali quelle ricordate degli acquisti e della gestione logistica dei materiali, occorrerà affiancare 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, già avviato nel triennio 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.

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.

3.6.2.1. Lo scorporo e il trasferimento delle funzioni di supporto tecnico e amministrativo

Nel corso del precedente piano sanitario l'azione regionale per la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle funzioni gestionali non sanitarie si è concentrata nella progettazione e sperimentazione dei consorzi di area vasta secondo le indicazioni definite dal consiglio regionale con deliberazione n. 144/2002. La Regione ha pertanto stabilito lo scorporo di un determinato numero di funzioni di supporto tecnico e amministrativo alle aziende sanitarie e il transito delle medesime ai nuovi soggetti istituiti con la citata deliberazione n. 144/2002.

Tenuto conto del carattere assolutamente innovativo del processo, unico a livello nazionale per dimensione e portata dell'intervento, la Regione ha stabilito di intervenire a partire dalle attività di approvvigionamento (funzione "acquisti"), valutando in tale settore la capacità operativa dei consorzi in relazione ai risultati ottenuti sotto il profilo economico e di razionalizzazione organizzativa e procedurale.

La decisione della Regione è intervenuta a seguito di un'approfondita analisi di scenario, che ha tenuto in particolare conto la complessità del mercato di beni sanitari ed il rapido processo di innovazione dei prodotti e delle procedure, nonché la necessità di adattamento a competenze professionali e strutturali diversificate sul territorio. Tale situazione ha attribuito alla funzione acquisti una rilevanza strategica, tenuto anche conto di fenomeni di crescente asimmetria nelle capacità e nei poteri della domanda e dell'offerta, ove quest'ultima presenta un carattere viepiù sovranazionale e sovranazionale dei mercati ed una sempre maggiore capacità di influenza sui mercati stessi da parte delle ditte fornitrici. Prima dell'attivazione della sperimentazione consortile le aziende sanitarie si caratterizzavano, in particolare sotto questo aspetto, per la scarsa dimensione operativa e la ridotta circolazione delle informazioni e conoscenze tra i diversi soggetti, nonché per una marcata vocazione non specialistica della funzione acquisti. Questa asimmetria rendeva possibile il verificarsi di effetti distorsivi del mercato a tutto danno della trasparenza, dell'imparzialità ed economicità delle procedure di acquisto pubbliche, e ha, conseguentemente, reso 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.

I risultati economici ed organizzativi raggiunti nel corso della sperimentazione del sistema consortile di area vasta risultano allineati agli obiettivi di processo: la Regione è pertanto impegnata, nel corso del presente Piano Sanitario, al completamento delle operazioni relative al trasferimento di funzioni con la revisione normativa già richiamata al precedente paragrafo e tramite specifici provvedimenti attuativi della Giunta regionale.

Si conferma ai fini sopra descritti il disposto della deliberazione n. 144/2002 e sono pertanto funzioni soggette a scorporo e trasferimento ai consorzi di area vasta - mediante atti della Giunta regionale che verranno adottati compatibilmente ai livelli organizzativi acquisiti dai consorzi medesimi:

- il completamento della gestione del processo di approvvigionamento (supply chain) a partire dalla determinazione del fabbisogno per concludere con i processi di assistenza, manutenzione e ricambio, con lo sviluppo di tecniche di contrattazione, contrattualizzazione, acquisizione, pagamento e monitoraggio delle forniture riferite al c.d. 'commercio elettronico';
- la gestione delle strutture e dei processi logistici;
- la gestione delle tecnologie informatiche e del parco tecnologico non sanitario sulla base degli indirizzi già definiti dalla Giunta regionale con deliberazione n. 736/2002;
- il coordinamento delle attività inerenti gli affari legali con particolare riferimento alla gestione delle procedure assicurative;
- la gestione del personale in riferimento alle procedure di reclutamento e contabilità dei relativi trattamenti economici;
- la gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili;
- la gestione delle reti informative sulla base delle specificità organizzative aziendali assicurando la funzione informativa di area vasta;
- i processi organizzativi relativi alle attività di formazione del personale.

Le funzioni sopra richiamate si coordinano, ove prescritto o necessario, con le specifiche disposizioni di settore. In particolare, anche tramite specifici provvedimenti e linee guida approvati dalla Giunta regionale, sono definiti specifici percorsi di integrazione con:

- le disposizioni regionali in materia di società dell'informazione (l.r.1/2004);
- le disposizioni regionali, nazionali e di U.E. in materia di e-procurement;
- le indicazioni derivanti dalla programmazione di area vasta in relazione alla formazione del fabbisogno;
- le attività dell'osservatorio regionale sui prezzi dei beni e servizi e delle tecnologie, con particolare riferimento alla standardizzazione dei processi di classificazione dei prodotti sui quali operare le scelte di acquisto anche ai fini del benchmarking interconsortile.

Il trasferimento e le modalità di esercizio delle funzioni sopra indicate sono soggetti ad una verifica preliminare della Giunta regionale in relazione ad eventuali specificità inerenti l'attività delle aziende ospedaliero-universitarie.

4. GLI STRUMENTI DI SISTEMA

4.1. 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.

4.1.1. La Regione

In questo quadro di riferimento assume particolare rilievo la maturità raggiunta dal sistema della area vasta come soggetto della programmazione regionale, soprattutto in ambito specialistico ed ospedaliero.

Gli atti di programmazione di area vasta organizzano lo sviluppo a rete del sistema sanitario, in particolare della rete specialistica ospedaliera per le prestazioni specialistiche ed ambulatoriali di secondo livello, secondo gli obiettivi e i contenuti del piano sanitario regionale e secondo le indicazioni ricevute dalle conferenze dei sindaci. Le indicazioni sono trasmesse, per conoscenza, alle organizzazioni sindacali e ai soggetti partecipanti alla concertazione.

Gli atti di programmazione interaziendale, con valenza di programmazione generale per gli specifici settori individuati dal comitato di area vasta, ai quali sono applicate le procedure della concertazione, sono approvati dal Consiglio regionale e costituiscono strumenti della programmazione sanitaria a livello regionale.

Gli atti di programmazione interaziendale definiscono e organizzano nell'area vasta le politiche sanitarie contenute nel piano sanitario regionale che si caratterizza sempre più, coerentemente alla scelta del decentramento organizzativo come possibile modello di gestione della complessità, per i contenuti di ampio respiro strategico e di indirizzo e valutazione: di fatto, gli atti di programmazione interaziendale costituiscono propriamente il documento di pianificazione dei servizi specialistici ospedalieri nel territorio di area vasta.

Le determinazioni relative alle attività più propriamente di coordinamento, di indirizzo organizzativo e finanziario, anche nella forma di intese e accordi tra le aziende sanitarie, vengono assunte direttamente dal comitato di area vasta se al di fuori degli ambiti definiti dal P.S.R. come di competenza della concertazione di area vasta o, comunque, attuativi degli atti di programmazione interaziendale.

4.1.2. 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 A.R.S.) 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.

Il piano sanitario regionale si realizza attraverso l'adozione di una serie di interventi che vedono 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, sono chiamati alla realizzazione del piano sanitario regionale anche attraverso la partecipazione operativa dei loro operatori a sostegno delle strutture della direzione generale 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 durate e finalità predefinite, esercitano la loro attività presso il centro direzionale e, per tale periodo, sono posti alle dipendenze funzionali di un dirigente della direzione generale competente, 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 anestesilogici 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 4.8. Le relazioni di sistema).

4.1.3. 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 no 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.

4.1.3.1. 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.

4.1.3.2. Le organizzazioni sindacali

Il riassetto della sanità regionale può avere pieno successo se mobilita, 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.

4.1.3.3. 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.

4.1.3.4. 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.

4.1.3.5. 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.

4.2. Analisi e orientamento della domanda

4.2.1. Analisi ed orientamento della domanda nel Piano sanitario regionale

Ai paragrafi 2.1 "Gli obiettivi di salute", 2.2. "Progetti speciali di interesse regionale" e 2.3 "Servizi territoriali per le comunità locali" 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.

4.2.2. 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". Il "piano integrato di salute" costituisce la modalità di operare delle zone - distretto, inteso come ambito territoriale e livello politico e gestionale, nonché nel caso della società della salute, come livello integrato di governo dei servizi.

Il P.I.S. è uno strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie e della loro interconnessione con quelle relative ai settori, in primo luogo ambientali e territoriali, che abbiano comunque influenza sullo stato di salute della popolazione.

Il piano integrato di salute scaturisce da un procedimento di concertazione al quale partecipano i soggetti istituzionali e quelli rappresentativi delle comunità locali e delle forze sociali; è coerente con l'impostazione regionale della programmazione integrata, che sta alla base del programma regionale di sviluppo, e si allinea alle direttive della organizzazione mondiale della sanità sullo sviluppo della salute nelle comunità. Esso inoltre si avvale delle esperienze condotte nell'ambito del "Progetto città sane", della "Agenda 21" e della rete degli "Ospedali che producono salute". Il piano integrato di salute deve 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 il piano integrato di salute di zona 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.

Il processo di integrazione tra il P.I.S. e gli strumenti della programmazione locale assume una valenza molto forte nell'ambito della società della salute, fino a far diventare il P.I.S. sostitutivo del programma operativo di zona e del piano sociale di zona.

Nelle zone dove non si sperimenta la S.d.S., la predisposizione del P.I.S. agevola il percorso della programmazione integrata non solo per le competenze socio-sanitarie dell'alta integrazione ma per tutti gli obiettivi individuati e condivisi dalla Giunta della S.d.S. che assume e supera i compiti della articolazione zonale della conferenza dei sindaci. Tale dinamica, ove le condizioni lo permettano, può progressivamente consentire che il P.I.S. sostituisca gli attuali strumenti della programmazione socio-sanitaria di zona.

Il piano integrato di salute prevede obiettivi di salute e benessere, ne determina standard quantitativi e qualitativi e attiva strumenti per valutarne il raggiungimento.

Il P.I.S. si compone di azioni progettate (di programmi e progetti operativi) relative a problemi di rilievo e di pertinenza locale, attraverso le quali orientare l'operatività dei servizi e valorizzare le potenzialità del contesto sociale e istituzionale.

- Le linee guida

Ottemperando a quanto previsto dal precedente P.S.R. la Giunta regionale, con deliberazione n. 682 del 12/07/04 ha adottato le linee guida per la realizzazione dei piani integrati di salute quale supporto alle aziende sanitarie ed alle amministrazioni locali al fine di catalizzare il processo di costruzione ed attuazione dei piani, anche attraverso fasi sperimentali.

Le linee guida orientano la formazione dei P.I.S. tenendo conto dei vari modelli operativi e organizzativi locali ed in tal senso contengono le indicazioni specifiche sia per le zone che non sperimentano le società della salute sia per quelle che sono interessate alla sperimentazione, con indirizzi in ordine alle fasi di costruzione dei P.I.S. - attuazione del P.I.S. - valutazione dei risultati.

- 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 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'A.R.P.A.T., e con il contributo del no 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.

Laddove sia attivata una società della salute, questa assicura le funzioni integrate di competenza per la realizzazione del piano integrato di salute.

- **Costruzione del P.I.S.**

La costruzione del P.I.S. si sviluppa nelle fasi logico temporali: individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità - scelta delle priorità - definizione delle azioni - stesura dei progetti, meglio specificate nelle linee guida.

Fondamentale è la costruzione del profilo di salute della zona. Il profilo di salute è un documento tecnico realizzato in modo integrato che raccoglie, dalle istituzioni competenti e ordina i dati demografici, sanitari, sociali, economici, ambientali relativi alla zona, evidenzia il quadro delle esigenze e delle opportunità.

In generale ad ogni problema è associata una ipotesi di soluzione.

La scelta delle priorità ha valenza tecnica e politica e coinvolge anche i soggetti della partecipazione.

Le priorità individuate dovranno essere tradotte in obiettivi di salute.

La decisione relativa alle azioni da programmare e attivare è compito dei soggetti politici.

La stesura dei programmi e dei progetti operativi è compito delle strutture tecniche delle amministrazioni comunali e dell'azienda unità sanitaria locale, coordinate secondo le modalità tecnico/organizzative prescelte dalla conferenza zonale dei sindaci che, per le valenze in materia ambientale potranno avvalersi anche delle strutture tecniche dell'A.R.P.A.T..

Il P.I.S. ha durata triennale ma può essere aggiornato annualmente.

- **Attuazione del P.I.S.**

La fase attuativa del P.I.S. segue la sua approvazione da parte dell'articolazione zonale della conferenza dei sindaci.

L'attuazione del P.I.S. richiede che gli obiettivi di salute vengano articolati in programmi e progetti operativi e che tali attività vengano realizzate e gestite sulla base di patti territoriali tra le amministrazioni locali, l'articolazione zonale della azienda unità sanitaria locale e altri soggetti pubblici e privati che partecipino all'attuazione del P.I.S..

L'attuazione del P.I.S. rappresenta l'occasione per esperire forme di integrazione operativa intersettoriale e fra strutture pubbliche e private.

- **Le risorse**

Le risorse economiche del P.I.S. sono identificabili nei bilanci di riferimento degli enti competenti alla gestione delle attività e derivano da risorse proprie nonché risorse conferite agli enti dallo Stato, dalla Regione, da enti o organismi che partecipano alla realizzazione dei progetti, da quote di compartecipazione e da altri eventuali fondi.

Per quanto riguarda la sanità, queste riguardano le risorse dedicate ai servizi coinvolti nel piano integrato sociale, nell'ambito del budget di zona - distretto.

- **Valutazione dei risultati**

Il processo di valutazione ha la finalità di accertare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e la loro congruità con gli obiettivi di salute del P.I.S..

La valutazione dei risultati è competenza della articolazione zonale della C.d.S. e trova fondamento sia sulla percezione che i soggetti istituzionali e della partecipazione hanno dei mutamenti intervenuti per effetto del P.I.S. sia sui valori quantitativi assunti dagli indicatori appositamente progettati per la valutazione.

È importante che valutazione scientifica e percezione sociale dei risultati del P.I.S. trovino una sintesi comune. Il raggiungimento di tale sintesi ha, da una parte, un significato metodologico e, dall'altra, aumenta le probabilità di rendere continuo il processo di costruzione partecipata del P.I.S..

La valutazione risponde alle domande:

- cosa è cambiato in termini di salute nell'ambito territoriale della zona-distretto?
- quali problemi, nonostante gli interventi messi in atto con il P.I.S., non sono stati risolti?
- cosa è cambiato in termini di integrazione informativa e operativa nella zona?

Le risposte a queste domande sono il risultato di un processo di interazione tra soggetti tecnici, politico-istituzionali e della partecipazione.

Il Piano integrato di salute nella Società della Salute

Il piano integrato di salute oltre a tutto quanto sopra richiamato e a quanto previsto dalle citate linee guida, assume un ulteriore importante rilievo nella sperimentazione delle società della salute.

In tale ambito infatti il P.I.S. costituisce la modalità di espressione delle funzioni di governo della società della salute attraverso un modello integrato di programmazione per obiettivi di salute.

L'attività della società della salute è impostata utilizzando lo strumento del piano integrato di salute.

Il P.I.S. costituisce una priorità nel calendario degli atti di governo della S.d.S..

Il P.I.S. sostituisce il programma operativo di zona e il piano sociale di zona.

Il P.I.S. interagisce, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e/o di indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi relativi agli ambiti di intervento di competenza dei comuni incidenti sulla condizione di salute e di benessere.

Il P.I.S. ha durata triennale. Annualmente la Giunta della S.d.S., può integrare o modificare il piano.

L'avvio del processo di realizzazione del P.I.S., anche in forma graduale, è determinato da un atto deliberativo della Giunta della S.d.S., contenente gli indirizzi per la predisposizione del P.I.S. e una ipotesi di massima delle risorse messe a disposizione per la sua realizzazione. Tale delibera, previamente trasmessa ai Sindaci dei comuni interessati, attiva la fase di costruzione del P.I.S..

Il P.I.S., definiti in tutti i loro aspetti i programmi ed i progetti che lo compongono, viene redatto in un documento unitario dal direttore della S.d.S. e da questi inviato per l'approvazione alla Giunta della S.d.S..

L'approvazione del P.I.S. da parte della Giunta della S.d.S. attiva la fase di attuazione del P.I.S..

Come sopra evidenziato e secondo le Linee guida fornite dalla Giunta regionale, la realizzazione del P.I.S. implica il compimento delle fasi di:

- costruzione del P.I.S., definizione dei progetti che lo compongono;
 - attuazione del P.I.S., realizzazione degli interventi previsti dalle azioni progettate;
 - valutazione dei risultati.
-
- Le risorse
Le risorse economiche del P.I.S. sono identificabili nei bilanci di riferimento degli enti competenti alla gestione delle attività e sono composte da risorse proprie, nonché risorse conferite agli enti dallo Stato, dalla Regione, da enti o organismi che partecipano alla realizzazione dei progetti, da quote di compartecipazione e da altre eventuali fonti.
Le risorse di competenza degli enti associati derivano dalle quote capitarie storiche assegnate a livello zonale per i servizi sanitari e per le attività socio-assistenziali dei comuni, nonché dalle quote di compartecipazione.
Le risorse sono organizzate in forma associata per le competenze comunali, e con l'individuazione del budget di zona-distretto per le competenze sanitarie.
La determinazione delle risorse di provenienza sanitaria segue, con la necessaria gradualità, lo sviluppo del processo di riequilibrio tra la quota capitaria storicizzata e quella dei parametri di competenza, avendo comunque a riferimento l'equilibrio economico complessivo del sistema territoriale dei servizi.
L'insieme delle risorse individuate costituisce vincolo per ciascuno dei soggetti coinvolti e per il complesso delle attività della S.d.S..
-
- La valutazione dei risultati
La valutazione dei risultati è compito della Giunta della S.d.S., coadiuvata dalla consulta del terzo settore, dal comitato di partecipazione e dal direttore.

Il processo di valutazione produce due documenti complementari:

- un report tecnico, che ha la funzione di migliorare, attraverso il confronto intersettoriale e interzonale, l'approccio tecnico alla programmazione integrata;
- un report di valenza politico-istituzionale, o "Relazione sugli esiti del P.I.S.", approvato dalla Giunta, che confluisce, come parte distinguibile e integrata, nella relazione annuale della S.d.S..

La "Relazione sugli esiti del P.I.S." viene dalla giunta inviato alla regione, ai comuni, alla azienda sanitaria locale, alla C.d.S. di riferimento ed agli altri soggetti pubblici e privati che hanno partecipato all'attuazione del P.I.S..

4.2.3. I rapporti con il cittadino/a: comunicazione, partecipazione, tutela della riservatezza

Nei tre anni di vigenza del precedente piano sanitario è emerso sempre più chiaramente quanto la comunicazione costituisca leva portante dei processi di innovazione, organizzativa, tecnologica, operativa e rappresenti uno strumento indispensabile per migliorare le relazioni con i cittadini e per motivarli nei processi di partecipazione.

Nondimeno si conferma come una utile modalità per favorire tra gli operatori la condivisione delle scelte strategiche, in un'ottica trasversale dei "processi di produzione".

La funzione di comunicazione sta crescendo sempre più ed è impegnata a rispondere a problemi nuovi e complessi, fra i quali:

- l'evoluzione in senso federalista del sistema salute, con la conseguente necessità di rafforzare l'immagine del servizio sanitario toscano;
- il concetto di promozione della salute come strategia di investimento che vede nella società della salute e nel piano integrato di salute modalità di sperimentazioni operative a livello di comunicazione che devono essere pianificate e integrate tra più settori e tra più soggetti istituzionali.

A tale complessità corrisponde:

- la necessità che vi sia nelle aziende sanitarie una forma organizzativa di coordinamento e governo delle attività di comunicazione con funzioni di programmazione, indirizzo e raccordo;
- la necessità che l'orientamento alla comunicazione sia diffusa quanto più possibile fra gli operatori e che l'acquisizione di competenze specifiche sia misurata in relazione al carico relazionale delle attività e dei settori.

La comunicazione istituzionale riveste inoltre 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.

4.2.3.1. La comunicazione

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

- favorire la conoscenza, la condivisione e il coordinamento 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 interdisciplinare 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, finalizzato a fornire una visione complessiva della comunicazione in azienda, in grado di mettere insieme strategie, obiettivi, pubblici di riferimento, azioni di comunicazione in base ad una visione organica e razionale. Ma anche quale strumento di

integrazione, per veicolare e sostenere relazioni e dialogo fra i vari settori di attività e con settori e soggetti esterni, introducendo nuove metodologie di lavoro.

La Giunta regionale è impegnata nel triennio a promuovere:

- iniziative di comunicazione sul territorio regionale con particolare riferimento ad azioni miranti a promuovere la sensibilizzazione dei cittadini sui temi di salute posti dai progetti speciali di interesse regionale;
- 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, raccordandosi alle iniziative di comunicazione di livello 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.

4.2.3.2. 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.

4.2.3.3. Lo sviluppo della Carta dei servizi

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

Rappresenta un importante strumento di partecipazione, di conoscenza delle attività offerte e di come accedere alle cure, di miglioramento della qualità complessiva dei servizi.

Confermando le indicazioni del precedente P.S.R., costituiscono obiettivi del triennio:

- lo sviluppo 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.

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 conferma del ruolo del comitato regionale carta dei servizi sanitari, previsto dal precedente piano sanitario regionale, attivato nel corso del 2002, con la funzione di rappresentare, a livello regionale,

un momento di confronto e coordinamento delle esperienze in atto e una sede propositiva per lo sviluppo di specifiche iniziative.

- l'attivazione di forme di coordinamento e integrazione tra gli uffici relazioni col pubblico delle aziende sanitarie, delle altre istituzioni, al fine di favorire una rete di informazione operativa sul territorio toscano, anche con il coinvolgimento della comunità locale in tutte le sue espressioni e forme di associazionismo;
- la promozione di iniziative aziendali collegate allo sviluppo del sistema carta dei servizi, secondo quanto indicato dalle linee guida regionali (DGR 675/2994), in particolare:
 - uniformare le carte con particolare riferimento agli impegni e agli standard di qualità, al fine di favorire l'utilizzo di strumenti omogenei sul territorio per la valutazione della qualità dei servizi sanitari, in particolare per gli aspetti collegati al rapporto con l'utente, da raffrontare anche alle procedure di accreditamento;
 - garantire ai cittadini l'informazione sulle modalità di accesso ai servizi sanitari e socio – sanitari, sulla loro fruizione e sulla continuità delle cure;
 - attivare strumenti di comunicazione sistematica tra i vari soggetti coinvolti nell'erogazione dei servizi, canali stabili di comunicazione verso l'esterno e promuovere carte dei servizi integrate;
- l'emanazione di indirizzi 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 centrale dell'osservatorio regionale carta dei servizi pubblici sanitari nel monitoraggio del processo;
- il consolidamento del sistema integrato di tutela, che prevede un coordinamento tra le competenze degli uffici relazioni con il pubblico, delle commissioni miste conciliative e del difensore civico;
- l'attivazione di un sistema integrato di monitoraggio dell'attività di tutela, di livello regionale, anche al fine di promuovere risposte organizzative e di formazione del personale. In particolare lo sviluppo di un osservatorio regionale permanente del contenzioso che dia risposte alla soluzione dei conflitti ed anche alla richiesta di governo clinico e di gestione del rischio clinico nei trattamenti sanitari;
- la sperimentazione di modalità di risoluzione arbitrale delle controversie, volta ad assicurare ai cittadini che intendano aderirvi risposte tempestive e trasparenti, alternative al ricorso giurisdizionale. La trasparenza del procedimento è assicurata dall'indipendenza e professionalità del collegio arbitrale, nonché dalla chiara e comunicata predefinitone delle regole e delle procedure che verranno seguite, con garanzia di partecipazione ed accesso dell'interessato al procedimento, che dovrà concludersi entro 90 giorni.

Le Aziende 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;
- approvare, aggiornare annualmente e diffondere la carta dei servizi con riferimento alle indicazioni regionali;
- adeguare il regolamento di tutela dei cittadini in coerenza con gli indirizzi regionali,
- sviluppare i protocolli di 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, e tra questi le indagini sulla soddisfazione dell'utenza;
- utilizzare l'analisi dei reclami per verificare il conseguimento degli obiettivi di qualità;
- predisporre, in occasione della relazione sanitaria aziendale, una sintesi ad alto contenuto comunicativo sui risultati conseguiti, da pubblicizzare nell'ambito della conferenza dei servizi;
- convocare con cadenza annuale la conferenza dei servizi, quale strumento principale di partecipazione e confronto sui risultati conseguiti rispetto agli impegni assunti nella carta.

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

4.2.3.4. La tutela della riservatezza

Il 1 gennaio 2004 è entrato in vigore il D.lgs 30 giugno 2003, n. 196, “Codice in materia di protezione dei dati personali” che integra in un corpus unitario e coordinato tutte le disposizioni emanate dal 1996 in poi a tutela del riconoscimento e dell’effettività del diritto di chiunque alla protezione dei dati personali che lo riguardano nei confronti di un uso improprio o non corretto degli stessi da parte di altri soggetti.

Ai trattamenti di dati posti in essere in ambito sanitario, cui si applicano comunque le disposizioni di carattere generale, il decreto riserva un nucleo di disposizioni specifiche (Titolo V, artt. 75-94) in considerazione dell’utilizzo corrente e massivo di informazioni di particolare delicatezza e della conseguente necessità di attivare un peculiare livello di attenzione a tutela del riserbo e della dignità dell’assistito.

Proprio nella consapevolezza che in questo settore la previsione normativa non è di per sé condizione sufficiente a garantire la tutela della riservatezza quando non sia accompagnata anche dalla strutturazione di una rete e di un’organizzazione in grado di conferire effettività alla norma, già nel triennio di vigenza del precedente piano la direzione generale diritto alla salute ha avviato un percorso di adeguamento del sistema sanitario toscano verso un concetto di riservatezza non burocratico-formale ma reale, da sostanziare attraverso la riconsiderazione degli stessi percorsi organizzativi e dei comportamenti cercando di attivare, in ultima analisi, un processo di miglioramento della qualità dei servizi complessivamente erogati all’interno del sistema stesso.

Il vigente piano sanitario conferma in pieno l’impegno del governo regionale al consolidamento del percorso intrapreso con l’obiettivo, nel triennio, di implementare a tutti i livelli organizzativo-funzionali del sistema sanitario regionale e con il concorso di tutte le sue componenti una vera e propria “cultura della privacy” quale elemento di reale innovazione in sanità e di crescente qualificazione del SST nel rapporto con gli utenti.

La Giunta regionale si impegna a:

- favorire da parte delle aziende sanitarie l’omogeneità delle soluzioni organizzative, procedurali e di funzionamento dei servizi in attuazione delle disposizioni di legge nazionali e degli ulteriori atti di indirizzo impartiti dal livello regionale in materia di tutela della riservatezza in ambito sanitario;
- garantire con modalità continuative e unitariamente coordinate l’aggiornamento degli strumenti operativi già messi a disposizione delle aziende quale supporto rispetto agli adempimenti derivanti dal d.lgs 196/2003 e, in particolare:
 - del modello di CE.TRA (Censimento dei trattamenti di dati personali) utilizzato a livello aziendale;
 - del Regolamento aziendale in materia di privacy;
- promuovere e coordinare l’azione della rete dei R.A.P. (Referenti aziendali per la privacy) quale modalità permanente per la ricognizione delle criticità connesse all’attuazione delle disposizioni in tema di riservatezza all’interno delle aziende e quale supporto al livello regionale nella predisposizione di soluzioni applicative condivise e sostenibili;
- assicurare la necessaria unitarietà e coerenza metodologica nell’impostazione e conseguente programmazione operativa degli adempimenti connessi alla protezione dei dati personali in riferimento ai nuovi assetti organizzativo-gestionali del sistema sanitario toscano (area vasta, consorzi di area vasta, società della salute), anche con l’attivazione di livelli di coordinamento, ove necessario, sovraaziendale;
- definire strumenti di concertazione atti a garantire da parte di tutti gli attori che concorrono al sistema di relazioni del servizio sanitario toscano comportamenti coerenti con il percorso attuativo della normativa in tema di protezione dei dati personali in ambito sanitario cui la direzione del diritto alla salute garantisce continuità e unitarietà di indirizzo, con particolare attenzione ai seguenti ambiti:
 - rapporti con i professionisti dell’area della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale;
 - relazioni istituzionali nell’area dell’integrazione socio-sanitaria;
 - relazioni istituzionali con l’agenzia regionale di sanità;
 - rapporti con l’associazionismo;
 - rapporti con i soggetti privati operanti in regime di accreditamento;

- presidiare con modalità coordinate e unitarie la gestione delle attività conseguenti all'attivazione degli strumenti di cui al punto precedente;
- garantire attraverso adeguate modalità di raccordo tra le strutture della direzione del diritto alla salute e tra queste e gli altri livelli del sistema sanitario toscano una funzione permanente di supervisione delle iniziative e/o progetti che implicano l'utilizzo di dati personali a presidio della loro corretta impostazione circa l'osservanza della normativa in tema di riservatezza;
- promuovere e coordinare nel sistema modalità organizzative e strumenti tecnologici in grado di assicurare lo sviluppo di sistemi informativi adeguati e idonei a garantire la tutela della riservatezza e la sicurezza dei dati;
- progettare e realizzare, anche in collaborazione con istituzioni universitarie:
 - iniziative di presentazione e di formazione circa il particolare modello metodologico di applicazione della normativa sulla riservatezza dei dati all'interno del sistema sanitario toscano;
 - uno spazio web dedicato all'approfondimento e al confronto sulle problematiche connesse alla tutela della riservatezza in ambito sanitario.

4.3. Organizzazione dell'offerta

4.3.1. 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 3.3, 3.4. e 3.5., dove si individuano le scelte finalizzate ad aumentare l'efficienza in un quadro di appropriatezza delle prestazioni e di programmazione assistenziale. Nei successivi paragrafi vengono trattati alcuni strumenti specifici e trasversali della organizzazione dell'offerta.

4.3.2. Il programma regionale per l'accreditamento

Nel periodo di vigenza del precedente piano sanitario, il programma regionale per l'accreditamento è divenuto pienamente operativo. Le tre commissioni regionali per l'accreditamento hanno iniziato la loro attività nell'ottobre 2002; ad oggi sono state verificate circa 200 strutture e l'accreditamento è stato rilasciato, a conclusione del relativo procedimento amministrativo, per circa 190.

Questa fase di prima attivazione dei processi di accreditamento non ha fatto rilevare particolari difficoltà: sia i requisiti individuati sia le procedure sono apparsi congruenti ed utilmente applicabili. In più casi l'accreditamento è stato utile occasione, per i soggetti interessati, di riflessione ed anche revisione di procedure inadeguate o anche di assetti organizzativi disfunzionali. Le stesse commissioni regionali per l'accreditamento, che hanno svolto anche una intensa attività di facilitazione e supporto ai vari soggetti interessati, hanno rilevato un netto aumento dell'attenzione alle tematiche della qualità nei presidi presi in esame.

Si confermano quindi gli indirizzi organizzativi ed operativi approvati con il precedente piano sanitario regionale.

Nel triennio, il sistema sanitario è impegnato a rafforzare e sviluppare gli strumenti di miglioramento e verifica della qualità, come già indicato nel precedente P.S.R., continuando il processo di messa a punto del modello di accreditamento già definito, con riferimento sia ai requisiti sia agli strumenti di verifica dell'attività.

La Giunta regionale, in collaborazione con l'A.R.S. e il consiglio sanitario regionale, e con la partecipazione del sistema dei produttori pubblici e privati, garantisce la promozione e lo sviluppo del programma di accreditamento, attraverso i seguenti strumenti:

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

4.3.2.1. Il modello di accreditamento

Constatata la tenuta complessiva del modello, continua nel triennio il processo di revisione, aggiornamento ed integrazione dei requisiti già definiti con la deliberazione del Consiglio regionale 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 1 febbraio 2000, n. 30, “Approvazione requisiti, manuali e procedure per l’accreditamento ai sensi della legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8, e successive modificazioni”.

E’ obiettivo specifico del triennio lo sviluppo dei criteri di verifica delle attività e dei risultati raggiunti dalle strutture. Dovrà essere valutata e verificata non solo la capacità di ciascun presidio di produrre le prestazioni di competenza e controllarne la qualità, ma anche la capacità del sistema di garantire la continuità e la sicurezza del percorso di cura del singolo paziente ed il governo clinico delle attività, con particolare riguardo all’appropriatezza delle cure ed alla gestione del rischio.

4.3.2.2. Il sistema di verifica

Sono confermate, per il triennio di validità del presente P.S.R., le tre commissioni regionali per l’accreditamento già individuate con i precedenti piani (1999-2001; 2002-2004).

Si dispone, a modifica 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”, All.1, punto 4, che i membri delle commissioni possano essere rinominati, nei tre anni successivi alla scadenza del mandato, esclusivamente per la sostituzione di membri già nominati che si dimettano o comunque cessino dalla carica, nel caso in cui sia già stato esaurito l’elenco di cui al punto 3 dello stesso allegato, nella specifica area territoriale e categoria rappresentata. Ai fini di eventuali sostituzioni, l’elenco approvato con deliberazione del Consiglio regionale 23 aprile 2002, n. 73, mantiene validità fino all’approvazione di nuovo elenco.

4.3.2.3. Le procedure di accreditamento

Si conferma che la Giunta regionale potrà individuare ulteriori priorità, rispetto a quelle già individuate con i precedenti piani, in relazione agli indirizzi espressi dal presente P.S.R. e dagli altri atti della programmazione regionale, con particolare riferimento a quelli che scaturiscono dalla concertazione di area vasta e dalle attività di governo clinico regionale.

4.3.3. 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.

4.3.3.1. I criteri per il riconoscimento delle funzioni regionali di riferimento

La attuazione delle disposizioni, in materia di procedimenti per il riconoscimento delle funzioni regionali di riferimento, di cui piano sanitario regionale 1999-2001, ha consentito negli anni passati di individuare tutta una serie di centri di specifica competenza su quadri patologici definiti.

L'intera iniziativa necessita però ora di essere riordinata anche alla luce delle modifiche sopravvenute nella organizzazione sanitaria regionale con la costituzione delle aree vaste e delle disposizioni sopravvenute a livello interregionale in materia di individuazione dei "centri di elevata qualificazione".

Si intende pertanto andare ad un generale riordino del settore.

L'obiettivo generale della iniziativa è quello di individuare centri di riferimento idonei ad "assicurare gli standard di assistenza più elevati possibile, compatibilmente con le risorse disponibili, a quei cittadini che richiedano indagini e cure di elevata specializzazione e/o che sono affetti da patologie poco comuni".

I criteri generali di individuazione dei centri, da seguire saranno:

- differenziare i livelli di competenza dei "centri di riferimento" tra 3 gradi: area vasta / regione / interregionale;
- il livello di competenza dipende dall'evidenza epidemiologica relativa alla frequenza della patologia/procedura che giustifica il centro;
- il centro è, di norma, collocato nelle aziende ospedaliere;
- il centro svolge funzioni di «second/third opinion» in un sistema organizzato a rete rispetto all'ambito territoriale che lo individua;
- il livello di competenza che individua il centro, ne definisce anche il livello di finanziamento;
- il finanziamento è finalizzato al potenziamento del centro e giustificato dalla funzione;
- il centro individuato deve essere inserito nel sistema di accreditamento istituzionale, professionale e nel sistema della formazione;
- ogni centro deve garantire la erogazione delle prestazioni che lo qualificano, in un numero percentuale, rispetto alla casistica registrata nell'ambito territoriale di riferimento, che ne evidenzia la effettiva "centralità" della funzione svolta;
- l'elenco dei centri sarà dinamico ed aggiornato e verificato a cadenze non superiori al biennio.

La Giunta regionale definisce con propri atti le modalità attuative dell'intero processo, avendo cura, nella fase di prima applicazione, di salvaguardare (previo superamento della attività di verifica (già prevista dal precedente P.S.R.), le funzioni di riferimento già riconosciute con il precedente ordinamento quali centri di riferimento di area vasta.

4.3.4. 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.

4.3.4.1. 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 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.

4.3.4.2. 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 no profit e per la regolazione dei rapporti per l'affidamento dei servizi, anche in relazione alle forme di selezione dei soggetti.

4.3.4.3. 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 sociosanitarie 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;
- soggetti affetti da AIDS;
- 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.

La Deliberazione della G.R. del 26/04/2004 n. 402 "Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del piano sanitario regionale 2002-2004 di cui alla delibera .C.R.T. n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitarla sanitaria nella R.S.A." definisce la nuova organizzazione modulare dell'assistenza residenziale per le persone non autosufficienti e i livelli di intensità assistenziale per le cure domiciliari.

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 328/2000.

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 di valutazione 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.

La Giunta regionale provvederà con proprio atto ad individuare, entro 180 giorni, le nuove procedure e modalità di valutazione delle condizioni di bisogno, sulla base delle indicazioni contenute nelle linee guida approvate con D.G.R n. 402/2004.

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.

L'assistenza domiciliare prestata ai malati affetti da AIDS è stata attivata in tutte le aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere della Regione Toscana.

La Giunta regionale, con propria deliberazione, ha dato specifiche direttive alle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere per il corretto utilizzo delle risorse, messe annualmente a disposizione dal competente ministero della salute, per l'assistenza domiciliare da parte sia dei servizi territoriali che delle U.O. malattie infettive.

L'assistenza offerta da questi "Reparti" risulta essere di buon livello sotto il profilo qualitativo, pertanto è utile continuare a garantire l'attuale sistema organizzativo-assistenziale.

Nel rispetto di quanto previsto dalla Legge 05/06/1990 n. 135 e dal D.P.R. 14.09.1991, i servizi territoriali delle aziende unità sanitarie locali, qualora non siano in grado di provvedere direttamente a tutti gli aspetti dell'assistenza domiciliare possono convenzionarsi con istituzioni di volontariato e/o organizzazioni assistenziali diverse.

In questo senso le "Case Alloggio" rappresentano un punto di riferimento essenziale poiché in grado di supplire, attraverso un'assistenza qualificata e finalizzata, alle molteplici esigenze di questi pazienti. Si ritiene, infatti, così come frequentemente riscontrato, anche nei casi di grave situazione

famigliare, che la convivenza di più soggetti in dette strutture rappresenta un importante sostegno psicologico oltre che materiale.

La Giunta regionale, con propria deliberazione, istituisce specifica scheda di monitoraggio rivolta ai pazienti che usufruiscono dell'assistenza domiciliare.

4.3.4.4. Gli strumenti della programmazione regionale e locale

Nell'ambito della ridefinizione normativa delle procedure di programmazione regionale e delle linee di sviluppo del piano regionale di sviluppo, la Regione opera per la progressiva unificazione delle procedure di programmazione del settore sanitario e di quello sociale, nonché per il coordinamento e l'integrazione di tali strumenti con gli indirizzi programmatici regionali nei settori che concorrono alla determinazione di obiettivi di salute.

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-distretto, 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.

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, totalmente o parzialmente espressi in piani integrati di salute, costituiscono parti integranti del piano attuativo locale e del piano di zona dei comuni.

Nelle società della salute l'integrazione della programmazione dei servizi territoriali è garantita dalla Giunta della S.d.S. che assume la titolarità di rappresentanza e responsabilità dei processi di governo locale dei servizi funzionalmente ordinati attraverso il piano integrato di salute che costituisce lo strumento unitario di programmazione di zona.

4.3.4.5. 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-distretto di riferimento.

4.3.4.6. Le strutture dell'integrazione socio-sanitaria

Nella vigenza del piano sanitario regionale 2002-2004 sono state 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.

E' in corso la riqualificazione dei servizi semiresidenziali, in particolare per quanto riguarda lo sviluppo dei centri diurni orientati a gestire situazioni che richiedono elevata intensità assistenziale, così come dettato nella deliberazione della Giunta regionale del 26/04/2004 n. 402.

Nella medesima deliberazione n. 402/2004 sono inoltre dettati i criteri di riorganizzazione dei servizi residenziali orientata a sviluppare modularità differenziate per tipologia di bisogni assistenziali.

In coerenza con l'aggiornamento della classificazione delle strutture verranno 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.

4.3.4.7. Le azioni regionali

La Giunta regionale, nel triennio di vigenza del presente piano, provvede a:

1. proseguire l'attività, avviata nel triennio precedente, del 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. approvare gli atti previsti dalle linee guida sui percorsi assistenziali, approvate con atto n. 402/2004, 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, sulla base del lavoro di ricognizione svolto nel triennio precedente su tutte le tipologie di strutture operanti nell'area dell'integrazione socio-sanitaria;
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.

4.3.5. 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'A.R.P.A.T., soprattutto finalizzata alla collaborazione ai piani integrati di salute;
- la collaborazione tra l'A.R.P.A.T., l'A.R.S. 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'A.R.P.A.T., l'A.R.S. 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'A.R.P.A.T., l'A.R.S. 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 delle aziende sanitarie, l'A.R.P.A.T., l'A.R.S., e altre strutture e centri regionali di riferimento.

4.3.6. Le specificità geografiche

4.3.6.1. 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 3.5.2.

La Giunta regionale prosegue la sua azione a sostegno dei processi di riorganizzazione edilizia e funzionale in atto nell'area con un contributo finanziario finalizzato di 26,00 meuro nel 2005, di 16,00 meuro nel 2006 e di 6,00 meuro nel 2007. Tale fondo, finalizzato a fronteggiare i maggiori costi derivanti dal riassetto dei servizi sanitari e dalla razionalizzazione economica e gestionale dell'area metropolitana fiorentina connessi alla realizzazione del piano straordinario di interventi nei grandi centri urbani, è ripartito tra le tre aziende dell'area tenendo conto degli andamenti della mobilità sanitaria intra area nonché di specifici progetti di sviluppo di servizi di alta specialità.

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 supporta il raccordo delle stesse con le esperienze presenti sull'intero territorio regionale, riconoscendo un finanziamento finalizzato di euro

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.

4.3.6.2. L'assistenza sanitaria negli ambienti montani ed insulari

I programmi delle aziende unità sanitarie locali, finanziati dalla Giunta regionale sulla base delle indicazioni dei precedenti piani sanitari regionali 1999-2001 e 2002-2004, hanno conseguito concreti risultati nell'erogazione dell'assistenza sanitaria negli ambienti insulari e montani della regione.

In relazione agli esiti raggiunti, si confermano gli indirizzi precedenti:

- 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, e all'interno delle società della salute, ove costituite, 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 i precedenti piani sanitari regionali, 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 4.4.2.3. 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.

La Giunta regionale provvede con specifico atto al riparto triennale del fondo, avendo particolare riferimento ai comuni con elevato indice di intensità morfometrica, nonché alle caratteristiche delle zone insulari, destinando alle stesse almeno il 17,5% delle risorse disponibili.

In particolare la Giunta regionale finanzia, con quote del fondo, progetti presentati dalle aziende unità sanitarie locali relativi a servizi di emergenza sanitaria in territori di comuni montani in situazioni di maggior disagio, in attuazione dell'articolo 3, comma 2, della LRT 27/04/2004 n. 39.

La Giunta regionale 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.

4.4. Il governo delle risorse finanziarie

4.4.1. La disponibilità di risorse

Il triennio di vigenza del piano sanitario regionale si apre con un scenario di profonda criticità e incertezza del quadro di riferimento finanziario nazionale. E' infatti manifestamente emersa l'insufficienza degli stanziamenti previsti dall'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 rispetto al maggiore fabbisogno sanitario determinato dai rinnovi contrattuali; né, d'altro canto, lo stato delle trattative Stato-Regioni per il rinnovo dell'accordo dell'8 agosto è tale da consentire una adeguata programmazione delle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario per il prossimo triennio.

Tale scenario rischia di mettere in crisi l'equilibrio economico finanziario che il sistema sanitario toscano ha consolidato nell'ultimo triennio grazie ad una serie di azioni di razionalizzazione e di riorganizzazione che hanno consentito di contenere sostanzialmente il fabbisogno nell'ambito delle disponibilità riconosciute, evitando il ricorso a manovre fiscali per il reperimento di risorse aggiuntive.

A fronte di tale quadro di riferimento occorre inoltre 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 pertanto come compatibile con l'equilibrio economico del sistema e come impegno per le aziende sanitarie per il prossimo triennio, una crescita annua dei costi non superiore al 3,0%.

4.4.2. 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 della 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 debole.

Per il triennio di validità del presente piano, la Giunta regionale procede annualmente all'accantonamento di un fondo da destinare al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario complessivo del sistema. Tale fondo, che ha la finalità di accompagnare i processi aziendali di recupero di efficienza, è ripartito tra le aziende sanitarie sulla base della individuazione negoziale di specifici obiettivi e risultati a ciò tesi.

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 4.4.2.3.

Del 5% così definito, si assume nel triennio al 2% l'obiettivo di spesa per l'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro.

4.4.2.1. 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 2005-2007 le quote nette di distribuzione del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali sono le seguenti:

Livelli e sottolivelli	Composizione % del fondo
PREVENZIONE COLLETTIVA	5,00
ASSISTENZA TERRITORIALE	52,00
Di cui:	
Assistenza medica di base	5,50
Assistenza farmaceutica	13,00
Assistenza specialistica ambulatoriale	14,00
Assistenza distrettuale	7,50
Riabilitazione	2,50
Assistenza agli anziani	3,50
Salute mentale	4,50
Dipendenze	1,50
ASSISTENZA OSPEDALIERA	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. Nella valutazione di questi ultimi, costituiscono priorità le iniziative rivolte alla prevenzione nei luoghi di lavoro, nelle comunità residenziali (scuole, comunità alloggio), e nell'ambiente domestico.

Per ciascun livello l'attribuzione alle aziende unità sanitarie locali delle risorse di cui al fondo ordinario di gestione è determinata sulla base della popolazione residente suddivisa per classe d'età con pesi differenziati per ciascuna classe in relazione ai differenti e specifici consumi per abitante rilevati. Per popolazione residente si intende quella ufficialmente riconosciuta nei flussi regionali relativi alle rilevazioni anagrafiche dei comuni toscani, nonché, in quanto aventi diritto all'assistenza, gli stranieri extracomunitari non residenti con o senza regolare permesso di soggiorno; sono inoltre considerate anche le popolazioni zingare presenti nel territorio regionale.

I pesi attribuiti alle classi d'età per livello e sotto-livello sono riportati nella tabella allegata al presente Piano sanitario regionale (allegato 4).

b) Il restante 10% del fondo è attribuito alle aziende sanitarie sulla base della popolazione residente pesata in relazione alle condizioni socio - ambientali del territorio delle aziende medesime. Alla determinazione di tali condizioni si perviene utilizzando le seguenti quote ed i seguenti pesi:

- il 7% per le caratteristiche morfologiche del territorio, con pesi applicati alla popolazione come di seguito indicato:

caratteristiche del territorio	Peso
- Pianura	1,0
- Collina litoranea	1,2
- Collina interna	2,0
- Montagna	3,0
- Isole	10,0

- il 3% destinato a riconoscere i maggiori fabbisogni derivanti dal grado di accentramento della popolazione in ragione dei maggiori costi registrati nelle zone ad alta dispersione abitativa e

dei maggiori consumi presenti nelle aree a forte concentrazione urbana. Il parametro utilizzato, definito di “accentramento / rarefazione” della popolazione, valuta le caratteristiche insediative dei territori delle diverse aziende unità sanitarie locali individuando sei classi caratteristiche alla cui popolazione relativa è attribuito un peso così determinato:

distribuzione 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) E' 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 fermo restando qualità e quantità dei servizi.

La procedura prevede:

- il calcolo della quota complessivamente spettante alle aziende sulla base dei fondi disponibili a livello regionale 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, 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 ponderati per età (riconoscimento della spesa storica), ed infine corretta per il tasso di crescita della spesa 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.

4.4.2.2. 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, al fine di ottenere maggiori livelli di appropriatezza e di favorire la concentrazione delle funzioni di alta specializzazione nelle aziende ospedaliere;
- c) l'entità dei trasferimenti tra aziende unità sanitarie locali ed aziende ospedaliere 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 ricevono specifici finanziamenti per le attività non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario.

4.4.2.3. 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 al funzionamento di enti o organismi regionali costituiti ai sensi di legge, all'esercizio delle funzioni svolte direttamente dalla Regione a supporto del sistema, alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale, a previsioni normative.

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 con legge di bilancio. 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):

- a) Fondo per lo sviluppo dell'attività di ricerca e per l'innovazione; l'importo è definito in 8,00 meuro annui ed è erogato secondo le procedure di cui al punto 4.7. del presente piano sanitario regionale.
- b) 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 sono accantonati:
 - risorse per 8,26 meuro da destinare all'azienda ospedaliera Meyer a copertura degli oneri relativi alle prestazioni non ricomprese nei tariffari regionali o dagli stessi non sufficientemente remunerate, ai sensi di quanto disposto al punto 4.3.6.1.;
 - risorse per la copertura degli oneri di funzionamento del centro regionale per il controllo di qualità nei laboratori dell'azienda ospedaliera di Careggi, al netto delle entrate dirette del centro stesso;
 - risorse per i centri regionali di riferimento di cui al punto 4.3.3.1.;

La restante quota del fondo è attribuita alle aziende ospedaliere in proporzione al valore tariffario dei drg di alta specialità (peso superiore a 2,5) o sulla base di specifici progetti.

La Giunta regionale in sede di ripartizione annua del fondo assicura a ciascuna azienda ospedaliera una quota di valore non inferiore a quella assegnata nel precedente esercizio attualizzata per almeno il 75% dell'incremento del fondo medesimo;

- c) 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 2005, 2006 e 2007 rispettivamente in 24,3 meuro, 25,5 meuro, 26,7 meuro. Il fondo è ripartito tra le aziende ospedaliere in proporzione al valore tariffario dei drg alta specialità (peso superiore a 2,5);
- d) Fondo di sostegno delle attività delle aziende ospedaliere universitarie caratterizzate dalla rilevante presenza di funzioni di didattica e di ricerca svolte dall'università, determinato per gli anni 2005, 2006 e 2007 rispettivamente in 64,7 meuro, 67,9 meuro, 71,8 meuro. Il fondo è ripartito tra le aziende ospedaliere ospedaliere in proporzione al valore tariffario dei drg alta specialità (peso superiore a 2,5);
- e) Fondo per il finanziamento dell'A.R.S., determinato in 3,8 meuro per il 2005, 4,0 meuro per il 2006 e 4,2 meuro per il 2007. 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;
- f) Fondo per il funzionamento del consiglio sanitario regionale, determinato il 0,26 meuro annui;
 - g) Fondo per il finanziamento di quota parte delle attività dell'A.R..P.A.T., determinato ai sensi della LRT 18/04/1995 n. 66 e successive modificazioni;
 - h) Fondo per la valorizzazione e qualificazione dell'assistenza sanitaria nelle zone insulari e montane l'importo è definito in 8,5 meuro annui ed è erogato secondo le procedure di cui al punto 4.3.6.2 del presente piano sanitario regionale;
 - i) Fondo per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali; le risorse del fondo, determinate in 5,2 meuro annui, sono attribuite dalla Giunta regionale per il potenziamento dei servizi territoriali, anche con riferimento ai contenuti degli accordi integrativi regionali delle convenzioni mediche nazionali.
 - j) Fondo per la sperimentazione delle società della salute, determinato in 2,55 meuro annui, finalizzato a sostenere l'avvio delle sperimentazioni stesse;
 - k) Fondo finalizzato all'integrazione delle medicine non convenzionali negli interventi per la salute ed al sostegno della ricerca clinica nella materia, quantificato in 0,6 meuro annui;
 - l) Fondo di sostegno al riordino del sistema sanitario dell'area metropolitana fiorentina, determinato per gli anni 2005, 2006 e 2007 rispettivamente in 26 meuro, 16 meuro, 6 meuro da utilizzare secondo le modalità definite nel paragrafo 4.3.6.1.;
 - 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, quantificato in 7 meuro annui;
 - n) Fondo per il finanziamento di programmi di sviluppo dei servizi di prevenzione, quantificato in 11,8 meuro annui. A valere su tale fondo, è assicurata annualmente al settore sanità pubblica veterinaria del dipartimento della prevenzione della azienda unità sanitaria locale n. 9 – Grosseto un finanziamento di 0,940 meuro, finalizzato a sostenere lo sviluppo del distretto rurale grossetano ad alta valenza zootecnica. L'accesso alla quota residua del fondo avviene in base alla partecipazione dei dipartimenti a progetti specifici, convertendo risorse ad attività di provata efficacia nell'ambito di piani integrati di salute secondo quanto previsto al paragrafo 4.2.2 ed in base all'azione 5.1.2.
 - o) Fondo per il finanziamento dei progetti speciali di interesse regionale, quantificato in 30 meuro; tale fondo è destinato a finanziare i 12 progetti speciali di cui al paragrafo 3.2. del presente piano.

(valori in milioni di euro)

OGGETTO	2005	2006	2007
a) Fondo per lo sviluppo dell'attività di ricerca e per l'innovazione	8,00	8,00	8,00
b) Centri di riferimento regionali ed all'attività non sufficientemente remunerata delle aziende ospedaliere (0,75% Fondo sanitario regionale stimato)	40,4	41,8	43,3
c) Innovazione aziende ospedaliere	24,3	25,5	26,7
d) Attività con funzioni didattiche e di ricerca nelle aziende ospedaliere universitarie	64,7	67,9	71,8
e) Fondo per il finanziamento dell'agenzia sanitaria regionale	3,80	4,00	4,20
f) Fondo per il funzionamento del consiglio sanitario regionale	0,26	0,26	0,26
h) Programmi per zone insulari e montane	8,5	8,5	8,5
i) Fondo servizi territoriali	5,2	5,2	5,2
j) Fondo sperimentazione società della salute	2,55	2,55	2,55
k) Integrazione medicine non convenzionali	0,6	0,6	0,6
l) Fondo per area metropolitana fiorentina	26,00	16,00	6,00
m) Fondo per sostegno trapianti e prelievi organi e tessuti	7,00	7,00	7,00

n) Finanziamenti finalizzati allo sviluppo dei servizi di prevenzione	11,8	11,8	11,8
o) Fondo per il finanziamento dei progetti speciali di interesse regionale	30,00	30,00	30,00

4.4.3. Il sistema tariffario

Si confermano i criteri e le modalità di determinazione delle tariffe delle prestazioni erogate dai soggetti del servizio regionale definiti con i precedenti Piani sanitari regionali.

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

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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.

4.4.4. Gli investimenti

Il programma di investimenti sanitari per il prossimo triennio si inquadra nel complessivo ambito della programmazione regionale già delineata negli atti del Consiglio regionale e della Giunta regionale approvati nel corso dell'ultimo decennio.

A fronte del quasi completo utilizzo dei finanziamenti acquisiti nei primi anni '90, relativi alla prima fase del programma di cui all'articolo 20 legge 67/88, è in corso di avanzata prosecuzione l'utilizzo delle risorse di cui alla seconda e terza fase del medesimo programma e degli ulteriori fondi a corredo dei programmi generali. Nel corso del triennio di vigenza del nuovo piano sanitario, la Regione Toscana, è pertanto innanzitutto impegnata al completamento dei programmi di investimento finanziati con risorse già acquisite. Grande rilievo è dato alla accelerazione del completamento delle opere ancora in corso di realizzazione oltre alla individuazione delle ulteriori priorità al cui finanziamento dovrà essere provveduto nel corso del triennio di vigenza del presente piano.

In via generale, sono confermati gli obiettivi strategici già enunciati nel piano precedente, ovvero:

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

Nel triennio 2005-2007, buona parte della attività delle aziende, sarà diretta alla realizzazione dei programmi edilizi già avviati nel triennio precedente a valere sui finanziamenti statali a vario titolo assegnati e di cui si dà conto nell'allegato 5, attività che in alcuni casi si completerà nel triennio successivo.

Come già rilevato nel precedente piano, condizione essenziale per il completamento dei programmi di investimento, e quindi per il realizzarsi della programmazione regionale, è l'assicurazione, da parte dei soggetti istituzionali coinvolti - aziende sanitarie e ospedaliere ed enti locali - della necessaria continuità degli impegni assunti in sede di definizione dei quadri economici dei singoli interventi, nonché in termini di valorizzazione, di alienazione del patrimonio e di avanzamento delle procedure dei lavori.

Per quanto riguarda il programma di investimenti di cui all'art 20 L. 67/88, per cui sono stati stanziati complessivamente circa 1.210 milioni di euro, di cui dallo Stato 913 milioni di euro, si può evidenziare che la prima fase, pari a circa un terzo del totale, risulta quasi completamente conclusa; mentre gli interventi relativi alla seconda fase, tutti avviati a partire dal 2002, risultano in fase di avanzata attuazione e se ne prevede il completamento entro il 2007.

Nel corso del 2002 la Regione Toscana ha ottenuto gli ulteriori finanziamenti statali di cui alla delibera C.I.P.E. n.65 del 2 agosto 2002, pari a 156 milioni di euro. Si è trattato di una quota aggiuntiva di finanziamenti sul programma di cui all'art 20 L. 67/88, che sono stati assegnati alla nostra Regione sulla base del riconoscimento della consistente capacità di spesa regionale. Questi finanziamenti, pari ad oltre il doppio dell'indice di accesso della Regione Toscana, hanno consentito di poter completare il programma strategico di investimenti già avviato con la prima e seconda fase, e di programmare la realizzazione di ulteriori interventi innovativi di radicale sostituzione di strutture ospedaliere ritenute prioritarie e urbanisticamente fattibili. Agli stanziamenti statali sono stati aggiunti ulteriori finanziamenti regionali, aziendali e di altri soggetti, che nel complesso hanno portato a 578,9 milioni di euro i fondi destinati al rinnovo di strutture ospedaliere, con i progetti di seguito indicati:

- realizzazione dei nuovi quattro ospedali delle aziende unità sanitarie locali 1, 2, 3 e 4;
- riqualificazione dei presidi delle aziende ospedaliere.

E' impegno della Regione nel triennio di portare a significativo avanzamento, attraverso la conclusione della fase di progettazione e l'avvio dei lavori, i programmi d'intervento suddetti.

Nonostante la consistente quantità di risorse che sono state reperite e attivate, le necessità di investimento del sistema sanitario regionale non possono considerarsi esaurite. Infatti, nel prossimo triennio non si tratterà solo di provvedere alla prosecuzione e al completamento delle opere già programmate, ma occorrerà anche sostenere il mantenimento in efficienza delle strutture in esercizio e garantire il rinnovo e l'ammodernamento del parco tecnologico e delle attrezzature, secondo linee coerenti con i processi di accreditamento, nonché fronteggiare ulteriori necessità che dovessero sopravvenire a seguito del completamento e dell'apertura di nuovi presidi. Nel corso del triennio, ulteriori necessità finanziarie potrebbero soprattutto derivare dallo sfasamento temporale tra un'accelerazione del processo di avanzamento dei lavori in corso e di completamento delle nuove strutture e i tempi di incasso, da parte delle aziende, delle vendite di quelle parti di patrimonio destinate al cofinanziamento dei lavori. Potrà pertanto sopravvenire la necessità di sopperire in via temporanea a tale divario mediante l'attivazione di un volano finanziario costituito da risorse regionali che saranno recuperate al momento della realizzazione effettiva delle vendite.

Per le due finalità sopra indicate, la Regione provvede alla messa a disposizione, nel triennio di vigenza di questo piano, di finanziamenti per 130 milioni di euro finalizzati per 90 milioni di euro alla attivazione di un fondo di rotazione che sarà reintegrato dalle aziende in correlazione al processo di vendita dei beni e per i restanti 40 milioni alla copertura di eventuali criticità derivanti dal completamento e messa in funzione delle opere già programmate nonché all'acquisto di attrezzature e tecnologie sanitarie.

A conferma di quanto già evidenziato nel precedente Piano, il fabbisogno finanziario espresso dal sistema delle aziende sanitarie e ospedaliere toscane per nuove necessità di investimento è nel prossimo triennio pari a circa 400 milioni di euro, al quale occorre aggiungere le esigenze di mantenimento del patrimonio strutturale e lo sviluppo delle tecnologie sanitarie.

Tale fabbisogno deve essere tuttavia posto a confronto con la reale possibilità del sistema di reperire sufficienti risorse finanziarie da destinare ai nuovi investimenti.

A questo proposito, la Regione individua nella prosecuzione della ricognizione e messa in vendita del patrimonio disponibile delle aziende e negli accordi con enti pubblici e privati, modalità di reperimento di parte delle ulteriori risorse necessarie alla programmazione dei nuovi investimenti sanitari.

Ulteriori contributi di rilievo possono provenire altresì da risorse statali e di enti quali l'INAIL; con questo istituto occorrerà anche concertare iniziative per favorire l'utilizzo complessivo delle risorse. In particolare, si evidenzia che è stato attivato un tavolo 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), cui la Regione Toscana partecipa con l'obiettivo di riattivare quel flusso di finanziamenti finalizzati agli investimenti che fino all'anno 2001 erano stati assicurati dal FSN. Tali disponibilità risulta indispensabile per consentire un'efficace programmazione di quegli investimenti che non hanno la caratteristica della radicalità o della straordinarietà, ma che risultano comunque necessari per garantire l'adeguamento delle strutture alle evoluzioni della normativa in materia di sicurezza e accreditamento e il rinnovo delle tecnologie sanitarie e degli impianti sulla base dei progressi scientifici e tecnologici.

In quest'ottica, la Regione Toscana, avendo già impegnato tutte le risorse del programma decennale di investimenti, rivendica al tavolo nazionale la quota annuale di almeno 250 milioni di euro, ritenuta il minimo indispensabile per garantire il mantenimento in efficienza delle strutture ospedaliere e territoriali del proprio sistema sanitario.

Sulla base di quanto sopra detto, la Giunta regionale, entro il triennio di vigenza del piano, 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 e alienazione del patrimonio impegnato nella realizzazione dei singoli interventi, con particolare riferimento anche all'utilizzo di adeguati strumenti di finanza innovativa previsti dalla normativa nazionale o regionale;
- promuovere la partecipazione di soggetti pubblici e privati esterni al sistema alla realizzazione di 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 funzione di assistenza al sistema sanitario (aziende ospedaliere, aziende unità sanitarie locali, autonomie locali, Regione, altri soggetti) 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 l'impiego di competenze professionali maturate dal sistema delle aziende, di correlati strumenti di conoscenza del patrimonio edilizio e del suo stato di manutenzione. Il potenziamento si realizza con la attivazione di un nucleo operativo costituito da personale tecnico e amministrativo, messo a disposizione dalle aziende, nelle tre aree vaste, e facente capo alla struttura dipartimentale.

Al fine di favorire il perseguimento degli obiettivi stabiliti dai programmi evidenziati, costituisce obiettivo irrinunciabile dell'impegno regionale nel settore degli investimenti il rispetto degli adempimenti e delle scadenze programmate; a tale fine i direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere sono tenuti ad adottare tutte le iniziative di competenza nella materia specifica, tenuto conto che l'attuazione dei programmi costituirà elemento di valutazione del loro operato.

4.5. La formazione delle competenze per lo sviluppo di obiettivi di salute

Come esplicitato in particolare ai paragrafi 1.1. e 2., 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 e delle problematiche etiche connesse alla sua assistenza, favorendo l'acquisizione di competenze professionali relative alla comunicazione e alla gestione di tali problematiche, 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.

4.5.1. 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, le organizzazioni sindacali 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.

4.5.1.1. 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, oltretutto 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 riabilitative, 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.

4.5.1.2. La formazione del personale non laureato

Nell'ambito della formazione del personale non laureato assumono particolare rilevanza la figura dell'operatore socio sanitario (O.S.S.), 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 e la successiva qualificazione di questo operatore per il quale, con l'accordo Stato-Regioni del 16 gennaio 2003, è stata prevista la formazione complementare in assistenza sanitaria per far fronte alle crescenti esigenze di assistenza sanitaria nelle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private.

La Giunta regionale ha dato attuazione all'accordo approvando con la DGR 671 del 7 luglio 2003 il regolamento ed il curriculum formativo della durata di 400 ore, nonché la programmazione di 20 corsi la cui organizzazione ed attuazione è stata affidata alle aziende sanitarie toscane. La programmazione di tale attività formativa è prevista anche per l'anno scolastico 2004/2005, con una previsione di corsi ancora contenuta nei numeri considerato che l'avvio di questo percorso richiede ancora momenti di riflessione in termini di inserimento di tale personale nell'assistenza e di sperimentazione di nuovi modelli organizzativi che prevedano anche un diverso impiego delle risorse infermieristiche e di supporto all'assistenza.

Sul versante della formazione dell'operatore socio sanitario, iniziata già in via sperimentale dal 1999, sono stati qualificati fino all'anno 2003, 7249 operatori ed è stata quasi completamente esaurita la riqualificazione degli O.T.A. (operatori tecnici addetti all'assistenza il cui profilo è ad esaurimento). Rimane ancora in atto al riqualificazione degli A.A.B. (addetti all'assistenza di base) il cui profilo è di competenza del sistema della formazione professionale e la cui riqualificazione, a carico del sistema delle aziende sanitarie toscane, si conclude nel 2005.

Obiettivo del piano è quello di formare una figura unica che operi in un contesto sia sociale che sanitario, andando ad esaurimento con la figura dell'A.A.B. e della sua conseguente riqualificazione.

4.5.2. 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, tempestività e qualità 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:

- prevenzione e promozione della salute;
- 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;
- appropriatezza (corretto uso dei farmaci e degli esami diagnostici);
- l'errore in medicina.

Da un punto di vista metodologico assumono una particolare rilevanza i processi formativi durante l'attività lavorativa (incontri di aggiornamento professionale, periodi di tirocinio e stages) che assurgono a veri e propri progetti formativi che danno diritto a crediti formativi proprio per il rilevante valore formativo che è loro riconosciuto.

In materia di formazione continua la Regione, con il supporto della commissione regionale formazione, 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) lo sviluppo della progettazione della formazione a livello di area vasta e la ricerca delle necessarie convergenze da parte delle strutture aziendali;
- c) lo sviluppo e l'implementazione del sistema di accreditamento degli eventi formativi e della loro valutazione;
- d) la creazione dell'anagrafe formativa;
- e) l'avvio del sistema di accreditamento dei provider;
- f) 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;
- g) la programmazione e attuazione di processi formativi complessi, articolati su più anni;
- h) lo sviluppo di metodologie formative innovative, con particolare riferimento all' e – learning;
- i) lo sviluppo della formazione sul lavoro come strumento fondamentale della crescita professionale di ogni operatore sanitario.

La Giunta regionale nei prossimi tre anni procede, ai seguenti adempimenti:

- programmare le linee di indirizzo degli interventi formativi;
- programmare, progettare e attivare percorsi di formazione manageriale relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e di direzione di strutture complesse;
- implementare il sistema di accreditamento degli eventi formativi anche tramite un sistema di verifica degli eventi accreditati;
- creare un'anagrafe formativa che documenti attività di formazione, docenza e studio degli operatori, registri crediti formativi e che rappresenti un sistema di registrazione degli eventi formativi realizzati al fine di avere informazioni aggiornate sul percorso formativo del personale, in connessione con le informazioni in possesso degli ordini e collegi professionali secondo i principi della cooperazione applicativa;
- definire linee guida per la formazione a livello aziendale anche tramite la sperimentazione di un manuale che uniformi procedure e comportamenti aziendali;
- 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;
- 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.

Per valorizzare le competenze presenti sul territorio regionale ed in considerazione del livello di complessità degli impegni si ritiene opportuno consolidare la collaborazione con la scuola superiore S. Anna di Pisa attivando una sistematica attività di formazione manageriale e di ricerca sulle tematiche

di management ed organizzazione dei servizi sanitari, con la finalità di valorizzare le logiche fondanti del sistema sanitario toscano, studiarne le specificità anche in confronto con altri sistemi regionali e internazionali. La scuola S. Anna si impegna ad operare in logica di network con i diversi soggetti che possono dare un contributo utile alla realizzazione di progetti di ricerca e formazione in ambito manageriale.

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 l'attività di programmazione della formazione a livello di area vasta, cercando le necessarie convergenze fra le strutture aziendali della formazione;
- collaborare alla creazione di un'anagrafe aziendale che documenti attività di formazione, docenza e studio degli operatori, registri crediti formativi e che rappresenti un sistema di registrazione degli eventi formativi realizzati al fine di avere informazioni aggiornate sui percorsi conclusi, anche al fine di una migliore programmazione;
- collaborare alla fase di sperimentazione dei requisiti di accreditamento dei provider pubblici;
- 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;
- valorizzare la figura dell'animatore di formazione;
- garantire idonee risorse nell'ambito del bilancio aziendale rapportate al personale da coinvolgere nei processi formativi.

4.6. Il Sistema informativo e le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT)

Si confermano le scelte strategiche e operative. Quelle organizzative vanno coordinate con lo scorporo delle funzioni relative alle tecnologie informatiche e, in relazione alla previsione di cui al paragrafo 3.6.2.1., al sistema informativo. Le scelte organizzative garantiscono che le attività delle tecnologie informatiche e dei sistemi informativi sono in funzione delle competenze gestionali, di programmazione e di governo clinico dei diversi livelli istituzionali direttamente chiamati a garantire l'erogazione dei servizi alla persona.

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 e la condivisione 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.

4.6.1. 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.

Fino ad oggi l'utilizzazione di questa risorsa si è rivolta a garantire le funzioni di controllo decisionale programmazione, e gestione dei rapporti finanziari del sistema. Nel prossimo triennio si conferma il processo di implementazione dello stadio finale di evoluzione del sistema informativo, il supporto ai processi clinici ed assistenziali, al fine di sviluppare le funzioni di conoscenza orientate specificamente verso gli operatori che erogano prestazioni o servizi agli utenti.

Obiettivo del presente piano sanitario regionale è di realizzare quelle forme di integrazione organizzativa e tecnologica tra le aziende sanitarie nell'ambito delle funzioni definite di area vasta in raccordo con la sperimentazione delle S.d.S. ove esistente e con i piani integrati di salute. Tale obiettivo, coordinato con le scelte istituzionali descritte al paragrafo 3.6.2.1., mira a perfezionare il ruolo dei sistemi informativi aziendali e interaziendali nel circuito delle decisioni e dei controlli di azienda, di area vasta, regionali, delle società della salute e del progressivo coinvolgimento delle istituzioni locali nel governo del sistema. 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. E' 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 rappresentato dallo sviluppo di sistemi di raccolta digitale dei dati sanitari (EPR – electronic patient record ed EHR - electronic health record) attraverso il concorso delle diverse competenze professionali necessarie, garantendo il rispetto delle disposizioni in materia di protezione della riservatezza dei dati e ricercando, ove possibile, l'integrazione con le iniziative in corso a livello nazionale ed europeo.

4.6.2. Le linee di sviluppo del sistema informativo

Oggi esiste in Toscana un adeguato sistema di rilevazione per la maggior parte dei 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:

- le attività di ricovero;
- la specialistica ambulatoriale;
- la farmaceutica convenzionata;
- la distribuzione diretta dei farmaci;
- Il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali;
- I certificati di assistenza al parto, le interruzioni volontarie di gravidanza, gli aborti spontanei;
- La riabilitazione ex art. 26;
- Le terme;
- La spesa dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta in diverse configurazioni;
- L'anagrafe degli incarichi aziendali (attivata per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta);
- L'anagrafe sanitaria regionale (comprensiva delle esenzioni per patologia);
- La rilevazione della consegna dei ricettari (finalizzata a consentire la riconduzione ai medici prescrittori delle ricette emesse);
- L'elissoccorso;
- Le anatomie patologiche relativamente ai referti per patologie oncologiche;

- La rilevazione digitale dei certificati di morte;

e, in previsione

- le malattie infettive e diffuse;
- la sicurezza alimentare;
- le attività relative alla medicina dello sport;
- le attività di prevenzione e intervento sulla sicurezza in relazione alle problematiche NBC (rischio nucleare, batteriologico e chimico).

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 ed in particolare delle patologie oncologiche e dal registro regionale di mortalità.

Tale insieme di attività 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.

Dopo l'intervento previsto nel precedente piano volto a riunificare i settori delle tecnologie informatiche e dei sistemi informativi aziendali, si evidenzia come permanga una spiccata tendenza a considerare questi due settori come componenti accessorie del sistema socio sanitario regionale e non un elemento strategico per il suo sviluppo. Il forte richiamo al governo clinico impone di ridare un diverso respiro a queste due fondamentali funzioni; In particolare la necessità di far muovere in sincronia le diverse competenze presenti nel sistema; non solo tecnologie informatiche e sistemi informativi, ma le diverse competenze sanitarie e tecniche che di tali strumenti si devono avvalere.

Le frontiere che in diversi paesi occidentali si stanno delineando si rivolgono in modo pressoché compatto verso la costruzione di sistemi dove il valore della informazione intesa come la raccolta completa ed integrale dei dati sanitari a livello di singolo utente diventa un elemento centrale per garantire una qualità assistenziale di eccellenza. In tal senso le direttrici europee in ambito di Società dell'Informazione e della conoscenza e i consistenti investimenti di paesi come la Gran Bretagna, l'Australia, il Canada, fortificano la strategia assunta dalla Toscana nel precedente P.S.R..

L'avvenuta realizzazione della prima fase del sistema di cooperazione applicativa in sanità, consente alla Toscana di avere una infrastruttura tecnologica ed una struttura di comunicazione, unica nel panorama nazionale. La sfida per il prossimo triennio è quella di iniziare un profondo processo di trasformazione a livello dei sistemi informativi aziendali per consentire una effettiva integrazione delle informazioni socio sanitarie sul territorio regionale.

A livello aziendale permangono però livelli di realizzazione disomogenei, parziali e in linea di massima non adeguati rispetto alle reali necessità del sistema. Questo ha comportato una crescente difficoltà dei sistemi aziendali ad adeguarsi alle sempre maggiori richieste di informazione. 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 modelli di lavoro degli operatori per integrarli pienamente nella cosiddetta società dell'informazione. Si rivela ancora come le strutture organizzative addette al sistema informativo delle aziende sanitarie, le correlate strutture tecnologiche ed i diversi settori operativi che erogano servizi alla persona e quindi direttamente implicati nell'acquisizione e gestione dei dati siano ancora oggi parti scisse nei processi di progettazione costruzione, sviluppo e qualificazione dell'informazione, con una spiccata tendenza a soluzioni parziali e di settore non integrate in una strategia unitaria e coordinata.

Questa difficoltà è ulteriormente aggravata dalle 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.

Peraltro la crescente attenzione all'uso delle tecnologie informatiche stà generando sempre più fenomeni di autoreferenzialità dei singoli produttori di soluzioni che cercano di affermare la esaustività ed unicità della propria soluzione. Al contrario è necessario affermare come lo sviluppo dell'utilizzo

delle tecnologie della comunicazione e dell'informazione è una funzione di preminente interesse pubblico e come tale deve essere presidiata dalla componente pubblica.

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, delle società della salute e per i piani integrati di salute;
- 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 ICT 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 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;
- sviluppo del sistema strutturato di acquisizione digitale delle informazioni sanitarie e sociali per la costruzione di sistemi digitali di informazioni sanitarie e sociali individuali (EHR; EPR). In tal senso si conferma il sistema CARPE, che nel corso del precedente triennio ha dato avvio al progetto MIR (medici in rete) e che rimane l'elemento centrale da sviluppare ulteriormente nel corso del triennio 2005 – 2007.

4.6.3. Le indicazioni operative per il sistema informativo e le tecnologie per l'informazione e la conoscenza

4.6.3.1. I flussi informativi regionali

Relativamente ai flussi informativi regionali, la Giunta regionale nell'arco di vigenza del presente piano 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;
 - identificazione dei tempi di attesa per le prestazioni che contemplano l'inserimento in liste di attesa;
- Potenziamento del sistema di integrazione, denominato "cooperazione applicativa", tra processi di costruzione delle basi dati aziendali, di area vasta e regionali, in modo da decentrare i sistemi di validazione dei dati e di costruzione del basamento informativo ai diversi livelli decisionali del sistema (aree vaste, aziende sanitarie, società della salute, comunità locali, operatori). Per i flussi informativi più rilevanti saranno definite modalità di validazione dei dati a livello aziendale o di area vasta, ferma restando la funzione centrale nella definizione degli standard;
- Potenziamento 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, attivando la fase di progressiva integrazione con le anagrafi comunali;
- Messa a regime del sistema autonomo e coordinato con il livello nazionale in modo da consentire la piena integrazione con le evoluzioni del sistema informativo sanitario nazionale (SISN). Prioritariamente dovranno essere completati 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;
 - c) delle attività relative alle donazioni e ai trapianti di organo e di tessuto, tenuto conto della specificità di tale settore nel contesto del NSIS e delle attività di potenziamento della rete trapiantistica toscana previste anche tramite l'avvio di iniziative di livello europeo;
- definizione di standard tecnici e 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. In particolare oltre a definire 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, dovranno essere sperimentate le forme e le modalità per consentire ed agevolare la sperimentazione delle società della salute;
 - 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 e dell'e-commerce come supporto ai sottosistemi di area vasta;
 - allargamento degli standard tecnici e funzionali ai sistemi gestionali presenti nelle aziende sanitarie o progettati per le previste integrazioni di area vasta, 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 e delle società della salute, nonché per garantire lo sviluppo dei piani integrati di salute.
 - definizione di standard di sicurezza dei sistemi informativi nelle fasi di generazione, trattamento e trasmissione dei dati;
 - revisione, razionalizzazione e potenziamento del sistema di comunicazione socio-sanitario tramite WEB, finalizzato:
 - 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;
 - alla diffusione e promozione delle campagne mirate della Regione Toscana e, in generale, delle attività e delle realizzazioni del SST;
 - alla consultazione delle basi di dati in rete per fini di ricerca, monitoraggio e programmazione da parte dei soggetti del SST;
 - al monitoraggio dei siti sanitari tramite specifiche attività di valutazione e benchmarking;
 - all'attivazione del sottosistema di riferimento per la ricerca e l'innovazione in ambito socio-sanitario;
 - allo sviluppo delle procedure di e-commerce.

Per quanto riguarda i flussi informativi relativi alle patologie ed alle problematiche di salute, obiettivo del presente piano è di continuare nel 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: C.S.P.O.);
- Registro tumori toscano (area interessata: province di Firenze e Prato, sede operativa: C.S.P.O.);
- Registro regionale dializzati (area interessata: intera regione, sede operativa: C.S.P.O.);
- 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, C.N.R. Pisa);
- Registro delle malattie rare (Area interessata: intera regione, sede operativa: Dipartimento regionale, CNR 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: C.S.P.O.);

- 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.

4.6.3.2. I sistemi di comunicazione e informazione

Relativamente al profilo dell'utilizzo integrato di ICT per la razionalizzazione e lo sviluppo del sistema informativo regionale, in applicazione di quanto disposto con Deliberazione n.736/2002 dalla Giunta Regionale i sottosistemi di Area Vasta, per il tramite dei Consorzi, presentano 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, valutata la concorrenza del disposto della legge regionale n.1/2004 sulla "Società dell'Informazione", determina gli indirizzi, stabilisce le modalità di presentazione dei progetti e 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 ICT a livello regionale ex L.R.1/2004;
- 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 punto 4.6.4.;
- supporto alle società della salute ed ai piani integrati di salute.

4.6.4. 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 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 verifica i programmi avviati dalle Aziende sanitarie a livello aziendale, di Area Vasta e regionale e predispose, sulla base di tale accertamento, le necessarie integrazioni per il potenziamento dei 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 toscani particolarmente qualificati in materia;
- 3) le applicazioni di telemedicina sono ricondotte alle 5 classi sopra esposte con particolare riferimento ai sistemi di telediagnosi/teleconsulto e a quelli di teleassistenza;
- 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.

Un impegno specifico viene assunto per il sostegno e il potenziamento dei sistemi RIS-PACS in ambito di diagnostica di immagine, in relazione agli sviluppi previsti per il progetto regionale I.D.I.T. (Informatizzazione della Diagnostica di Immagine) e come supporto alle attività di sviluppo della ricerca previste nella sezione 4.7.5. del presente Piano. In ordine a quanto indicato in I.D.I.T., la Giunta regionale verifica lo stato di attuazione del progetto nelle 3 Aree Vaste operando anche tramite specifici interventi per la piena realizzazione delle previsioni progettuali. La Regione conferma, a tale scopo, l'impegno diretto al potenziamento della rete telematica regionale con le connessioni più adatte ai collegamenti teleradiologici. La Regione conferma infine l'impegno diretto alla realizzazione, come sistema regionale di archiviazione generale e indirizzamento dei sistemi locali di ricerca localizzato preferenzialmente presso il TIX regionale, del Master Patient Index di livello regionale.

4.6.5. 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, indagine 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 predispone 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.

4.6.6. 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 4.6.3 è stanziata la somma di 10 Meuro nel triennio.

Per le attività inerenti lo sviluppo del sistema regionale di telemedicina si stabilisce uno stanziamento complessivo di 4,13 Meuro 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 4.6.4.

Per le attività di formazione previste dal paragrafo 4.6.5 è stanziata la somma di 0,77 Meuro nel triennio.

4.7. Ricerca, innovazione, sperimentazione in sanità

4.7.1. Obiettivi e Linee-Guida

Il Servizio Sanitario della Regione Toscana promuove e sostiene lo sviluppo delle attività di ricerca istituzionalmente affidate ad una pluralità di soggetti pubblici e privati, con un ruolo speciale per la funzione pubblica sotto l'aspetto propositivo-regolatore nella determinazione delle priorità e modalità di azione.

Il ruolo della ricerca, in tale contesto, è migliorare la conoscenza e la capacità operativa del Servizio Sanitario della Toscana e la sua efficacia in termini di guadagno di salute della popolazione.

La Giunta Regionale persegue tale obiettivo attraverso il metodo della programmazione e dello sviluppo coordinato dei settori della ricerca di base e finalizzata, dell'innovazione e delle sperimentazioni anche a carattere gestionale.

L'obiettivo si integra a livello istituzionale e organizzativo con le strategie regionali rivolte alla sicurezza alimentare, alla tutela ambientale e con la ricerca finalizzata al progresso economico del territorio regionale in un quadro di sviluppo sostenibile, utilizzando risorse proprie, statali e comunitarie derivanti da azioni di promozione e sostegno della ricerca regionale presso l'Unione Europea.

L'interesse regionale è particolarmente legato alla possibilità di creare una rete coordinata e integrata di competenze scientifiche che contribuisca alla crescita culturale e professionale degli operatori e alla fiducia dei pazienti nel Sistema Sanitario della Toscana in quanto promotore o attore principale dei processi più innovativi e qualitativamente affidabili nel campo della salute.

Nell'implementazione degli obiettivi strategici la Giunta Regionale opera nell'ambito delle seguenti linee-guida:

- sviluppare le reti tecnico-professionali per la valorizzazione dei progetti e dei processi innovativi attraverso i soggetti regionali della ricerca promuovendo da un lato l'investimento nello sviluppo tecnologico e impiantistico dei laboratori di ricerca, con particolare riferimento a quelli delle Aziende ospedaliero-universitarie, dall'altro l'impegno degli operatori del Servizio sanitario regionale in attività di ricerca e innovazione;
- promuovere l'integrazione e la comunicazione tra le linee di ricerca omogenee attraverso specifiche azioni di coordinamento settoriale ed intersettoriali con particolare attenzione all'individuazione delle relazioni tra fattori sociali e ambientali e rischi per la salute;
- trasferire i risultati dei progetti innovativi di successo nel Servizio Sanitario della Toscana secondo criteri di aumento diffuso della qualità e di sostenibilità organizzativa ed economica;
- promuovere i centri di eccellenza coordinati al sistema di rete regionale e alle reti di eccellenza nazionali e di Unione Europea, favorendo in particolare la convergenza della ricerca in ambito di terapie geniche e cellulari (con particolare riferimento alle cellule staminali), clinica e trapiantistica nell'area della 'medicina rigenerativa' per poter disporre di sostenibile e competitiva piattaforma

tecnico-logistica, scientifica e operativa. La Giunta Regionale è impegnata a tale fine, avvalendosi degli organismi di cui al punto 4.7.5, a predisporre un progetto di integrazione tecnico-organizzativa delle funzioni supportabili e cofinanziabili per la creazione della Rete Regionale della Medicina Rigenerativa;

- promuovere i centri di eccellenza coordinati al sistema di rete regionale e alle reti di eccellenza nazionali e di Unione Europea;
- partecipare alle iniziative di ricerca nazionali, di Unione Europea e internazionali attraverso sistemi progettuali coordinati tra soggetti della ricerca toscani, anche per il tramite di specifiche attività di promozione e di una apposita banca dati della ricerca toscana;
- realizzare una razionale ed efficace finalizzazione delle risorse economiche, organizzative e tecnologiche impiegate nel settore anche attraverso l'apporto dei soggetti privati e l'avvio di collaborazioni su progetti di ricerca, innovazione e sperimentazione.

4.7.2.Soggetti

Partecipano alla funzione di ricerca in ambito sanitario e socio-sanitario tutti i soggetti pubblici del servizio sanitario regionale e le istituzioni alla stessa deputate.

Partecipano alle attività di ricerca, innovazione e sperimentazione, nell'ambito di progetti promossi o coordinati dalla Giunta Regionale o dai soggetti regionali della ricerca, le Aziende sanitarie della Regione Toscana e i soggetti accreditati con il Servizio Sanitario della Toscana.

Nell'ambito delle attività di sviluppo del sistema sono ricercate e promosse collaborazioni con altri gruppi di ricerca pubblici e privati nazionali, di Unione Europea e internazionali, con particolare riferimento ai soggetti dei Presidi afferenti alle reti dei Centri di eccellenza nazionali e internazionali.

4.7.3.Modalità di finanziamento

Il finanziamento delle attività di ricerca, innovazione e sperimentazione sarà sostenuto con risorse di provenienza comunitaria, statale, regionale e con fondi reperiti dalle Aziende Sanitarie Regionali, attraverso collaborazioni e contratti di sperimentazioni di farmaci e di dispositivi medici con le industrie farmaceutiche nonché con fondi reperiti con il coinvolgimento delle fondazioni bancarie, di enti pubblici e privati, di soggetti privati anche attraverso lo sviluppo di specifiche partnership.

In ordine alla partecipazione della Regione Toscana alla promozione e partecipazione alle attività afferenti al presente Piano viene istituito il Fondo Regionale per la Ricerca e l'Innovazione (FRRI) in ambito sanitario e socio-sanitario. La dotazione del Fondo per il periodo relativo al corrente Piano è di Euro 24 milioni così suddivisi:

- anno 2005: 8 milioni di Euro
- anno 2006: 8 milioni di Euro
- anno 2007: 8 milioni di Euro

L'accesso al FRRI dei soggetti di cui al precedente paragrafo 4.7.2. è disciplinato in base ai criteri definiti dalla Giunta Regionale sulla base delle disposizioni dei successivi paragrafi 4.7.4. e 4.7.5.

4.7.4. Requisiti e vincoli per l'intervento regionale nel settore

L'intervento regionale nel settore della ricerca, dell'innovazione e delle sperimentazioni dovrà garantire l'appropriato e razionale impiego della risorse anche privilegiando i progetti che vedano un cofinanziamento significativo da parte dei soggetti proponenti. La Giunta Regionale, anche tramite gli organismi di cui al paragrafo 4.7.5, assicurerà che i programmi e progetti che si avvarranno di finanziamenti regionali siano coerenti e integrati rispetto alle Diretrici di Azione di cui al paragrafo 4.7.5 nell'ambito degli Obiettivi Strategici di cui al paragrafo 4.7.1. nel rispetto dei seguenti requisiti e vincoli:

- a) prevalenza di azioni finalizzate al miglioramento del sistema assistenziale toscano ed ai guadagni di salute dei pazienti tramite programmi e progetti nel campo della ricerca biomedica, con particolare riferimento alla c.d. "Ricerca Traslazionale" volta a trasferire i risultati della ricerca di base alle applicazioni cliniche tramite la messa a punto sotto il profilo tecnico e organizzativo di nuove strategie diagnostiche o terapeutiche o per il reale miglioramento delle medesime già in uso clinico;

- b) valorizzazione del ruolo delle Aziende Ospedaliere - Universitarie con forte attenzione alle iniziative sviluppate dai Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) e dai DAI con gli altri soggetti della ricerca;
- c) svolgimento dei programmi e progetti di ricerca prevalentemente tramite il coinvolgimento di ricercatori, afferenti ai soggetti di cui al punto b), che evidenzino dai loro curricula di possedere l'esperienza e/o le potenzialità adeguate al raggiungimento degli obiettivi delle ricerche proposte;
- d) coerenza tra programmi e progetti al fine dell'utilizzazione integrata dei fondi, evitando le sovrapposizioni o duplicazioni tra medesimi ambiti di ricerca;
- e) messa a punto e impiego di metodologie e metriche di progettazione, valutazione e rendicontazione con avvio di un'azione di monitoraggio degli studi finanziati o cofinanziati che dovrà comprendere la definizione dei tempi, degli obiettivi e dei prodotti attesi per ogni ricerca finanziata o cofinanziata.

4.7.5. Diretrici principali di azione e organismi a supporto dell'azione regionale

Per il settore della ricerca, innovazione e sperimentazione si individuano le seguenti quattro direttrici di azione:

- a) consolidare l'apparato esistente mirando ad una convergenza "di sistema" dei Centri di ricerca toscani su 5 macrosettori:
 - 1) biotecnologie con sviluppo della biologia molecolare, anche tramite l'utilizzo di nanotecnologie e nanobiotecnologie, con particolare riferimento agli sviluppi delle indagini nella terapia genica e cellulare in ambito oncologico e nell'impiego a livello di medicina rigenerativa delle cellule staminali;
 - 2) tecnologie dell'informazione e comunicazione con particolare riferimento alla diffusione dell'imaging diagnostico e didattico e delle attività assistenziali con l'impiego della telemedicina;
 - 3) integrazione dei servizi nel ciclo prevenzione-produzione di salute;
 - 4) determinanti di salute come fattori di protezione e rischio con particolare attenzione al ciclo alimentare sotto il profilo genetico, produttivo, distributivo, degli stili di vita e delle patologie correlate a un distorto uso degli alimenti;
 - 5) modalità organizzative e operative del sistema socio-sanitario regionale ivi comprese le reti di ricerca e assistenziali;
- b) supportare i processi di convergenza, integrazione e analisi dei risultati tramite i seguenti organismi:
 - b.1) il Segretariato della Toscana per la Ricerca Sanitaria ed il Portale per la ricerca sanitaria, struttura tecnico-amministrativa già costituita secondo le disposizioni emanate dalla Giunta Regionale con Deliberazione n.119/2004;
 - b.2) La Commissione per la Ricerca Sanitaria, presieduta dall'Assessore regionale al diritto alla salute, da costituire con la partecipazione dei soggetti del sistema ed a cui affidare compiti di proposizione e coordinamento delle linee di ricerca da sviluppare nell'ambito dei settori sopra delineati;
 - b.3) Il Comitato Scientifico, da costituire, composto da esperti di comprovato valore nel settore della ricerca, innovazione e sperimentazione in campo sanitario nazionale e internazionale, al quale affidare compiti di valutazione delle azioni e dei progetti di ricerca, innovazione e sperimentazione finanziabili o cofinanziabili da parte della Giunta Regionale ai sensi del presente Piano Sanitario Regionale;
- c) promuovere lo sviluppo e la visibilità del sistema toscano della ricerca sanitaria a livello nazionale e di Unione Europea avendo attenzione anche alle iniziative adottate in ambito OMS sia sul versante europeo che su quello della cooperazione internazionale;
- d) sviluppare processi di convergenza e sinergie tra settore pubblico e investitori privati, favorendo la costituzione di filiere tra circuito della ricerca, circuito della produzione, circuito della formazione e sistema dei servizi afferenti al Servizio Sanitario della Toscana con particolare attenzione alla realizzazione di parchi scientifico-tecnologici e di incubatori di impresa.

4.8. Le relazioni di sistema

4.8.1. L'Università

4.8.1.1 Il quadro di riferimento

Nel triennio trascorso è stato attuato il percorso istituzionale, disciplinato dal decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, che ha portato l'Università a partecipare a pieno titolo al Sistema sanitario regionale non più attraverso l'istituto della convenzione ma tramite la trasformazione delle Aziende ospedaliere in Aziende ospedaliere-universitarie di cui l'Università è parte direttamente costitutiva al pari della componente ospedaliera.

Va sottolineato il particolare rilievo, ed anche la difficoltà, che ha assunto tale adempimento in quanto da un lato inserisce un soggetto istituzionalmente autonomo quale l'Università in un quadro di regole alla cui condivisione ed al cui sviluppo essa è oggi chiamata, dall'altro fornisce opportunità straordinarie alla Università stessa ed alla qualificazione complessiva del sistema sanitario tramite l'apertura al sistema e la diffusione di funzioni, quali la ricerca e la didattica, fino ad oggi caratterizzate da forte autonomia ma anche da limitazioni oggettive.

Il percorso si è concluso con l'adozione da parte delle Aziende ospedaliere-universitarie degli atti aziendali previsti dalla normativa e dovrà essere perfezionato attraverso un adeguamento della normativa regionale. E' però da attendersi una fase iniziale in un certo senso sperimentale che dovrà essere caratterizzata da un attento monitoraggio delle nuove forme di integrazione istituzionale ed operativa al fine di verificare ed affinare gli strumenti regolatori del processo. Non è un caso che lo stesso decreto legislativo 517 prevedesse una sperimentazione quadriennale il cui spirito, al di là della "formalità" legislativa inapplicabile in quanto temporalmente legata a scadenze ormai superate, va recuperato.

La gestione di questa fase vede in primo luogo l'entrata in funzione degli organi previsti per le nuove Aziende ed in secondo luogo la necessità di adeguare gli strumenti di regolazione dei rapporti alle modifiche che caratterizzano il sistema sanitario regionale.

Il passaggio alla nuova forma di concorrenza istituzionale alle finalità del Servizio sanitario è stato gestito tramite lo strumento fondamentale del protocollo d'intesa tra Regione ed Università che, avendo a riferimento il quadro normativo nazionale – decreto legislativo 517 ed Atto di indirizzo e coordinamento del 2001 dallo stesso previsto – ha disciplinato:

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

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; 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.

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.

Occorre ricordare, a rafforzare il ruolo essenziale dei protocolli, che, costituendo essi 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 e di funzionamento delle nuove aziende ospedaliero - universitarie, il protocollo medesimo è approvato in allegato parte integrante del presente Piano sanitario regionale.

Il protocollo allegato (allegato 6) al presente Piano costituisce il riferimento per il governo della fase di avvio delle nuove Aziende ospedaliere-universitarie e, superata la disciplina della fase costitutiva, determina indirizzi per l'evoluzione dei rapporti.

4.8.1.2. 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 colleghi 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.

4.8.1.3. 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.

4.8.2. Gli Istituti scientifici e gli Enti di ricerca

4.8.2.1. 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 gli accordi contrattuali per le attività assistenziali.

4.8.2.2. 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.

Per gli Istituti Scientifici sono in corso gli adempimenti previsti dal Decreto Legislativo 16.10.2003 n° 288, concernente il "Riordino della disciplina degli istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, a norma dell'art. 42, comma 1, della L. 16.01.2003 n° 3".

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 - 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 e il Consiglio regionale provvedono, secondo le rispettive competenze, alla attuazione o all'aggiornamento dei Protocolli ed alla promozione delle Intese.

INRCA

Per la sede INRCA di Firenze le disposizioni del Protocollo d'Intesa tra Regione e INRCA stesso sottoscritto in data 9 agosto 2000 dal Presidente della Giunta regionale e dal Commissario straordinario dell'istituto, aggiornate a seguito della Deliberazione della Giunta Regionale n° 111 del 10.2.2003, sono attuate ai sensi del D. Lgs. 288/2003, secondo gli indirizzi di cui alla Deliberazione di GRT n° 683 del 12.7.2004.

Gli accordi attuativi prevedono in particolare di:

- a) ricollocare le attività assistenziali svolte dall'Istituto INRCA all'interno delle strutture del Servizio sanitario regionale nell'ambito del progetto "Polo geriatrico fiorentino" prevedendo l'assorbimento da parte dell'Azienda unità sanitaria locale 10 di Firenze del personale dell'Istituto in servizio presso l'Istituto Ortopedico Toscano di Firenze;
- b) mantenere una collaborazione sotto il versante tecnico scientifico attraverso apposito rapporto convenzionale da stipulare tra l'Agenzia Regionale di Sanità, l'Azienda unità sanitaria locale 10 di Firenze e l'Istituto INRCA;
- c) definire gli aspetti economico patrimoniali al fine di conferire al progetto la necessaria sostenibilità economica in relazione ai risultati degli esercizi finanziari pregressi e di quello corrente, ottimizzando l'uso delle risorse, migliorando la qualità dei servizi attraverso lo sviluppo della continuità assistenziale e concludendo le opere relative alla ristrutturazione congiunta dell'Istituto Ortopedico Toscano da parte dell'Azienda unità sanitaria locale 10 di Firenze e dell'Istituto INRCA sulla base della ridefinizione dei contenuti dell'accordo vigente per l'utilizzo delle risorse attribuite ai due soggetti ex articolo 20 della legge 67/88 sulla base dei nuovi indirizzi recati dal presente atto.

"Stella Maris"

Ai fini dell'adeguamento a quanto previsto dal D.Lgs. 288/2003 per la conferma del carattere scientifico, la "Fondazione Stella Maris" ha richiesto l'autorizzazione all'esercizio e conseguentemente l'accreditamento di attività di ricovero ospedaliero, precedentemente svolte nel presidio di Calambrone della Fondazione ma di pertinenza della Azienda Ospedaliera Pisana, in quanto attività assistenziale della Neuropsichiatria Infantile universitaria.

Ciò corrisponde anche ad una più precisa adesione a quanto previsto dal D.Lgs. 517/99 che, all'art. 2, comma 5, prevede che le Università concordino con la Regione, nell'ambito dei protocolli d'intesa, l'utilizzazione, tramite l'azienda di riferimento, di specifiche strutture assistenziali private "purché già accreditate".

La Fondazione è comunque impegnata a mettere a disposizione i propri posti letto ospedalieri per le attività assistenziali della Neuropsichiatria Infantile universitaria pisana; l'Università, tramite l'Azienda Ospedaliera Pisana, è impegnata ad utilizzare, per le attività assistenziali della Neuropsichiatria Infantile universitaria, il presidio di Calambrone della Fondazione Stella Maris.

Per le attività di ricovero ospedaliero, il presidio di Calambrone svolge la funzione operativa regionale ospedaliera di neuropsichiatria infantile.

Gli specifici programmi di attività e di sviluppo sono definiti di intesa tra la struttura organizzativa universitaria di Neuropsichiatria Infantile e l'IRCCS nell'ambito della programmazione di area vasta, in raccordo con le altre strutture organizzative che svolgono funzioni operative regionali di neuropsichiatria infantile, anche alla luce della necessaria integrazione con le strutture organizzative di Neuropsichiatria Infantile territoriali, con particolare riferimento:

- alle gravi disabilità neuropsichiche in età evolutiva;
- alle malattie rare di interesse neuropsichiatrico in età evolutiva;
- alla valutazione pre-chirurgica ed alla riabilitazione post-chirurgica dell'epilessia infantile;
- alla elaborazione di appropriati percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi in ambito neuropsichiatrico in età evolutiva;
- all'analisi epidemiologica dei bisogni nello specifico settore, in collaborazione con l'ARS.

I protocolli di intesa Regione-Università e Regione-Stella Maris disciplinano la partecipazione dell'IRCCS alle attività integrate assistenziali, di ricerca e di didattica.

La convenzione AO Pisana-Stella Maris attua i protocolli di intesa di cui sopra.

La partecipazione dell'IRCCS alle attività di competenza psichiatrica per gli adolescenti è definita nell'ambito della programmazione di area vasta e forma oggetto di contratto con l'Azienda USL 5 di Pisa.

Per le attività non ospedaliere la Fondazione stipula gli appositi contratti con le Aziende USL di riferimento, nell'ambito della programmazione di area vasta.

Per le attività afferenti ai protocolli d'intesa, agli accordi attuativi ed ai contratti, il Comitato etico competente è quello dell'Azienda Ospedaliera Pisana.

Per l'aggiornamento dei protocolli d'intesa, per la formulazione di indirizzi attuativi e l'individuazione di strumenti di monitoraggio, la Giunta regionale istituisce un apposito gruppo di lavoro formato da:

- IRCCS Fondazione Stella Maris;
- Azienda Ospedaliera Pisana;
- coordinamento Area Vasta Nord Ovest;
- esperti designati dai coordinamenti delle Aree Vaste Centro e Sud Est.

"Istituto Don Gnocchi"

Per l'Istituto Don Gnocchi il riconoscimento del carattere scientifico dell'attività svolta presso il presidio di Pozzolatico ha determinato la trasformazione in attività di ricovero ospedaliero di una quota parte dell'attività residenziale svolta nel settore della riabilitazione.

Il Piano sanitario regionale 2002-2004 determinava 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. La convenzione di cui all'articolo 18 della richiamata l.r. 22/2000 è stata sottoscritta, unitamente al protocollo d'Intesa, dal legale rappresentante dell'istituto e dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale 10 di Firenze, in data 10.7.2002.

Si ritiene compatibile con la programmazione regionale un ulteriore incremento, fino a un massimo di 30, dei posti letto di riabilitazione ospedaliera (cod. 56) aggiuntivi alla dotazione inizialmente prevista.

L'aggiornamento del richiamato Protocollo d'Intesa e della relativa Convenzione attuativa, avviene, unitamente alla attuazione del D. Lgs. 288/2003, nell'ambito delle disposizioni della programmazione sanitaria regionale. Al tal fine la Giunta regionale istituisce un apposito gruppo di lavoro formato da:

- Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà;
- esperti designati dal Comitato Area Vasta Centro;
- Istituto Don Gnocchi.

"CREAS IFC-CNR"

La situazione in termini di rapporti di sistema e di collaborazione 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 2002 - 2004, che prevedono:

- un protocollo d'intesa tra la Regione e l'Istituto CREAS IFC-CNR;
- un accordo attuativo con Azienda Unità Sanitaria Locale 1 di Massa e Carrara per la sede dell'ospedale pediatrico apuano di Montignoso
- un accordo attuativo con l'Azienda Ospedaliera Pisana finalizzato a regolare le attività svolte in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera in riferimento al fabbisogno complessivo del bacino dell'Area Vasta Nord Ovest.

Il protocollo d'Intesa regola, tra l'altro, la partecipazione del CREAS IFC - CNR alla concertazione di Area Vasta, anche al fine della programmazione complessiva delle attività nel settore cardiologico e cardiocirurgico.

Ferma restando la validità del Protocollo d'intesa sopra richiamato e dei relativi accordi attuativi stipulati con le Aziende Sanitarie toscane, sono confermate le disposizioni del PSR 2002-2004 per l'aggiornamento dei contenuti dei medesimi accordi e per la stipula del rapporto convenzionale con l'Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze (relativa allo svolgimento delle attività cardiologiche e cardiocirurgiche per il settore pediatrico sul territorio regionale).

Resta altresì confermata la disposizione del PSR 2002 - 2004 che prevede per la gestione delle attività di ricerca ed assistenziali attualmente svolte da CREAS IFC-CNR, l'istituzione di un nuovo soggetto di natura associativa, che preveda e contempli la partecipazione diretta della Regione Toscana.

Il nuovo soggetto dovrà rispondere ai seguenti criteri ed indirizzi:

1. Finalità: il potenziamento dei rapporti in essere tra il Servizio Sanitario Regionale e i soggetti componenti il sistema toscano della ricerca (Università e CNR). A tal fine il nuovo soggetto si

propone come iniziativa istituzionalmente rivolta a promuovere e incentivare le sinergie tra tali soggetti, sia sviluppando una progettualità comune e condivisa a livello della ricerca finalizzata al miglioramento del servizio sanitario, che a livello delle attività sanitarie, tramite le Aziende Ospedaliere universitarie, in quanto titolari delle attività sanitarie espletate dalle università, e l'Istituto di Fisiologia del CNR in quanto titolare delle attività sanitarie espletate dal CNR nella Regione.

2. Attività: il nuovo soggetto dovrà promuovere, sviluppare e sovrintendere alle seguenti linee di attività:
 - a) attività di assistenza sanitaria e in particolare:
 - quelle svolte dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (IFC-CNR) - riconosciuto come Centro di Ricerca per l'Erogazione di Attività Sanitarie di rilievo nazionale ed internazionale con Decreto Ministro Sanità del 26 giugno 1993 - in quanto Azienda di Ente di Ricerca ex art. 4, comma 12 del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, nell'ambito degli obiettivi della programmazione regionale, anche attraverso la stipula di apposite convenzioni con le Aziende Sanitarie Regionali. In particolare spetta al nuovo soggetto promuovere e sviluppare l'attività di assistenza sanitaria di alta specialità nell'ambito delle malattie dell'apparato cardiovascolare e discipline affini svolte dal CREAS IFC-CNR presso gli Stabilimenti Ospedalieri di Massa, in località Montepepe, e di Pisa, in località S. Cataldo, partecipando a pieno titolo alle procedure di programmazione delle attività di Area Vasta Nord-Ovest (PSR);
 - quelle affidate da altre Aziende Ospedaliere universitarie toscane;
 - b) attività di ricerca, alta formazione e sperimentazione condotte dall'IFC-CNR che rivestano interesse diretto del Servizio Sanitario Regionale, nonché quelle risultanti dalla collaborazione tra IFC-CNR, Università, strutture Regionali e Enti privati come definite da appositi accordi, ed aventi la finalità di svilupparla e di agevolarne il trasferimento al Servizio Sanitario Regionale.
3. Soggetti partecipanti: partecipano necessariamente, oltre alla Regione Toscana e il CNR, l'Azienda USL 1 di Massa e Carrara, l'Azienda ospedaliero universitaria Pisana, e l'Istituto di Fisiologia Clinica CNR in quanto titolari dei rapporti attuativi in ambito sanitario tra la Regione Toscana e il CNR. Partecipano altresì le altre Aziende Ospedaliere universitarie toscane che concorrono alle finalità del nuovo soggetto mediante conferimenti patrimoniali e affidamento di attività sanitarie. Potranno altresì partecipare le università toscane ed altre aziende sanitarie interessate, nonché soggetti privati che ne condividano le finalità.
4. L'organizzazione interna dovrà prevedere:
 - un organo di indirizzo collegiale, espressione dei diversi soggetti partecipanti;
 - un organo di direzione gestionale monocratico, scelto tra soggetti esterni all'organo di indirizzo;
 - un organo di garanzia tecnico scientifica;
 - un organo di controllo.
5. Patrimonio: Il patrimonio sarà costituito da: conferimenti in denaro e beni mobili ed immobili, o altre utilità impiegabili per il perseguimento degli scopi, effettuati dai partecipanti in sede di atto costitutivo, ovvero anche successivamente; beni mobili ed immobili che pervengano a qualsiasi titolo; elargizioni fatte da enti o da privati con espressa destinazione ad incremento del patrimonio; rendite non utilizzate che, con delibera del consiglio di amministrazione, possono essere destinate ad incrementare il patrimonio; contributi attribuiti al patrimonio dall'Unione Europea, dallo Stato, da enti territoriali o da altri enti pubblici e privati. La gestione economico - patrimoniale è assicurata distintamente per le attività assistenziali e per quelle di ricerca e sperimentazione.

L'atto costitutivo del nuovo soggetto disciplina le modalità di ampliamento dei soggetti partecipanti e di definizione dei programmi di attività facendo salvo il ruolo e le competenze della Regione nella valutazione della loro congruità con gli atti della programmazione regionale e con l'ordinamento del servizio sanitario regionale.

La Giunta regionale, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Piano Sanitario, presenta la proposta di istituzione del nuovo soggetto al Consiglio Regionale. 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.

Alla costituzione del nuovo soggetto cessa l'efficacia del vigente protocollo d'intesa tra Regione Toscana e CREAS IFC-CNR.

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. La norma istitutiva è stata modificata con Legge regionale del 12.5.2003 n° 23 che ne conferma la validità fino al riconoscimento ministeriale e comunque fino al 30.4.2006. Fino a tale data conservano pertanto validità anche le disposizioni del PSR 2002–2004 di seguito riportate e che individuano un soggetto di natura scientifica operante nel settore della prevenzione oncologica con attività assistenziali legate alle sue finalità istituzionali.

Le relazioni di sistema sono definite nel Protocollo d'intesa con la Regione e da specifici rapporti 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 del procedimento previsto al 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'ARS;
 - 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.

Fino alla conclusione del procedimento conservano validità le disposizioni del PSR 2002–2004, di seguito riportate, ed i provvedimenti di perfezionamento delle disposizioni richiamate, promossi od attuati dalla Giunta Regionale:

- 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, al fine di rendere operative le previsioni programmatiche sopra riportate e di sostenere il riconoscimento, da parte del Governo nazionale, delle attività scientifiche svolte dal CSPO, promuove ogni utile iniziativa per la attuazione delle disposizioni specifiche del D. Lgs. 288/2003.

4.8.3. I produttori privati

Nel riproporre un quadro di pari dignità tra produttori ed erogatori, tra soggetti pubblici e soggetti privati, confermando 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, si ribadisce la titolarità delle aziende unità sanitarie locali nella individuazione dei bisogni dei cittadini/e e della programmazione complessiva dell'offerta di prestazioni di propria competenza, nell'ambito degli indirizzi e con i vincoli della programmazione regionale.

La Giunta Regionale, sulla scorta di quanto esitato nel tavolo di concertazione, individua i termini, anche conclusivi, della contrattazione e lo schema tipo contrattuale, 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.

Si confermano i seguenti principi:

- a) le istituzioni private ed i professionisti sono ammessi ad operare nel servizio sanitario, a carico delle risorse regionali disponibili, solo previa contrattazione con il titolare pubblico della programmazione locale; l'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.

4.8.3.1. 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, nonché dei vincoli di carattere economico, 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 3.6.1.

Analogamente, in presenza di programmi di potenziamento dell'offerta elaborati per specifici comparti di attività, che comportino 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, anche prescindendo dai tetti di spesa stabiliti nell'ambito dei contratti, dei vincoli di carattere economico.

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 Provinciali 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 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 con particolare riferimento ai Centri di Prenotazione Unificata (CUP) per la specialistica ambulatoriale.

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 aziende 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 aziende 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 promuove la partecipazione dei produttori privati ad iniziative congiunte di analisi e valutazione sulla attività complessiva, pubblica e privata, erogata in settori a particolare rischio di inappropriatazza, al fine di eventuali regolamentazione.

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 3.4.

4.8.4. 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.

Di particolare rilievo, nel processo in atto finalizzato al riconoscimento del territorio come luogo principale ed appropriato di erogazione dell'assistenza di primo livello, l'accordo sottoscritto con le organizzazioni sindacali della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale interna per la sperimentazione delle "Unità di Cure Primarie" recepito con Del.G.R. n. 1204 del 17.11.2003 e l'accordo raggiunto fra la Pediatria di libera scelta e la Continuità Assistenziale per lo svolgimento di un servizio di turni di consulenza pediatrica, esclusivamente a carattere ambulatoriale, integrativo dell'attività di continuità assistenziale e dei pronto soccorso (Del.G.R. 1279 dell'1.12.2003).

4.8.5. 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.

4.8.6. Il terzo settore

Il contesto delle attività territoriali distrettuali vede una presenza sempre più crescente del terzo settore in un equilibrato mix tra quest'ultimo ed il servizio pubblico ed attraverso lo sviluppo di nuovi modelli per la realizzazione di interventi e servizi.

Tale contesto si snoda al di fuori sia di improponibili tentazioni di supplenza all'intervento pubblico sia della tradizionale collocazione di semplice soggetto attuatore ma nell'ambito di un rapporto sinergico di interazione strutturale.

L'innovazione delle tradizionali modalità operative richiede un nuovo ruolo del soggetto pubblico quale soggetto regolatore, di coordinamento per obiettivi, di gestione funzionale delle risorse, di valutazione della qualità. Il terzo settore è chiamato all'introduzione di modelli di coordinamento ed di azione partecipata delle sue varie componenti. L'istituzione delle Società della Salute e la costituzione degli organismi di partecipazione per esse previsti dagli atti regionali costituiranno nel triennio terreno di verifica di modalità di integrazione più stretta del terzo settore con i soggetti del sistema e di un loro apporto più significativo alla programmazione locale dei servizi.

4.8.6.1. 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), richiedono, sul piano operativo, procedimenti che, ripercorrendo il quadro delle competenze pubbliche, tengano conto delle peculiarità del terzo settore. In particolare, riguardo ai procedimenti per l'acquisto di servizi e prestazioni dai soggetti del terzo settore, la Giunta Regionale deve definire:

1. forme di pubblicità del fabbisogno dei servizi che, nel rispetto dell'evidenza pubblica, si ispirino alla massima concertazione ed alla promozione di patti locali.
2. criteri 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;
3. schema di convenzione tipo;
4. procedimenti e requisiti 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.

Punto fermo della materia rimane l'istituzione di procedimenti di coprogettazione fra istituzioni nel territorio e terzo settore; al riguardo la Giunta Regionale 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.

5. LE AZIONI DI PIANO

5.1. Azioni di Promozione della salute e orientamento della Domanda

5.1.1. Educazione e promozione della salute.

La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla.

La strategia della promozione della salute, orientata a valorizzare l'integrazione, l'intersectorialità, il lavoro per progetti ha già avuto un forte impulso nel precedente Piano.

Tale strategia è riconfermata e valorizzata, attraverso il riconoscimento e la condivisione di metodologie già indicate dall'OMS, che rivolgono particolare attenzione ai determinanti di salute e ne stabiliscono gli obiettivi prioritari di intervento.

Aspetti metodologici

Per il triennio si intende procedere secondo le seguenti linee generali di lavoro:

1. Valorizzare il lavoro per progetti in funzione del Piano Integrato di salute, assicurando un adeguato sostegno metodologico ed organizzativo;
2. Sviluppare il lavoro in rete, favorendo l'intersectorialità, l'integrazione istituzionale, il rapporto con il volontariato e le aggregazioni di cittadini;
3. Sviluppare nell'Area Vasta livelli di raccordo organizzativo e metodologico per un confronto e scambio al fine di condividere le migliori pratiche e armonizzare le iniziative;
4. Prevedere forme di verifica e valutazione della progettualità in termini di efficacia ed efficienza.

Gli impegni del triennio

In sintonia con l'Accordo Quadro di collaborazione stipulato dalla Regione Toscana con l'OMS, la Giunta regionale assicura la continuità delle iniziative già avviate a livello regionale con il precedente Piano e il loro sviluppo, anche tramite un raccordo programmatico e di intervento tra questa direzione e le diverse Direzioni Generali favorendo così una comune progettualità che tenga conto della molteplicità dei determinanti di salute (genetici, sociali, culturali, economici, ambientali).

Si confermano inoltre le acquisizioni metodologiche e organizzative sperimentate nel triennio trascorso che hanno permesso di attivare e consolidare collaborazioni e integrazioni con il sistema scuola, il volontariato, le associazioni e gli enti locali.

In particolare con le istituzioni scolastiche, anche in relazione al protocollo stipulato con la Direzione Scolastica regionale dovranno essere privilegiate azioni tese a valorizzare "l'educazione tra pari" e "Skills for life".

Le aziende sanitarie sono impegnate attraverso la struttura organizzativa Eas a:

- assicurare lo sviluppo di una metodologia di lavoro per progetti, favorendo livelli d'integrazione con le istituzioni e le associazioni del territorio, secondo le linee diseguate dall'Allegato A di cui alla delibera GRT 998 del 6/10/2003;
- garantire la partecipazione per quanto di competenza ai lavori di programmazione e progettazione intersettoriale e interistituzionale con particolare riferimento al Piano Integrato di Salute;
- realizzare un momento di raccordo programmatico ed operativo con gli interventi previsti dal piano di Comunicazione Aziendale, dal Piano della qualità aziendale, dal programma delle attività formative.
- sviluppare le azioni previste dalla rete HPH integrandole con le attività territoriali.
- 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.

5.1.2. La prevenzione per la salute

I Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali erogano prestazioni nell'ambito della prevenzione collettiva nelle seguenti discipline:

- Prevenzione nei luoghi di lavoro;
- Igiene e sanità pubblica;
- Igiene degli alimenti e nutrizione;
- Sanità pubblica veterinaria;
- Medicina legale;
- Medicina dello sport.

In tali ambiti forniscono all'utenza informazione, assistenza e formazione, partecipando quindi all'azione di promozione della salute, ed esercitano azioni di prevenzione, di vigilanza e controllo.

Sia a livello regionale che a livello delle singole Aziende USL viene perseguita la massima integrazione operativa tra le diverse discipline afferenti, in maniera da fornire risposte e interventi coordinati ed esaustivi. Solo con questi presupposti può essere garantita una visione unitaria dei problemi della prevenzione, anche attraverso i Piani integrati di salute. Da segnalare l'opportunità di favorire, nelle singole Aziende USL, la nascita di poli unici della prevenzione collettiva finalizzati a fornire maggiore visibilità e facilità di accesso all'utenza.

La Giunta Regionale fornisce annualmente indirizzi relativi alle attività dei Dipartimenti della Prevenzione, dopo aver acquisito e valutato le proposte in merito del Comitato tecnico regionale e al fine di assicurare in questo ambito un comportamento fortemente omogeneo su tutto il territorio regionale.

5.1.2.1. Le strategie della prevenzione collettiva

Nella consapevolezza del grande rilievo delle funzioni della prevenzione collettiva, che si propone di ridurre la frequenza ed i costi della morbilità, rimuovendone le cause primarie e orientando la collettività verso un consapevole benessere, per il triennio 2005-2007 si ritiene opportuno riconfermare

gli indirizzi del precedente piano sanitario regionale e si forniscono in particolare due ambiti di priorità all'interno dei quali concentrare le energie dei Dipartimenti della Prevenzione, in analogia con le priorità di tutta la sanità pubblica toscana:

- a) Piani integrati di salute;
- b) Appropriatelyzza delle prestazioni.

Viene inoltre perseguita la massima integrazione possibile tra i Dipartimenti della Prevenzione e tutti i servizi aziendali con particolare riferimento a quelli territoriali e soprattutto a quelli di epidemiologia ed educazione alla salute, affinché la ricerca e la misura dei rischi e dei danni nelle popolazioni esposte indirizzino adeguatamente le iniziative di prevenzione. Debbono in particolare essere ricercate sinergie con l'assistenza sanitaria di comunità (vaccinazioni ed interventi di educazione alla salute), con i SERT (fumo di tabacco, alcool, droghe illegali), con i consultori materno infantili (educazione alla salute per fattori di rischio legati all'ambiente di vita e di lavoro ed agli stili di vita).

La Giunta Regionale è inoltre impegnata ad individuare tutte le iniziative di altre Direzioni Generali regionali che hanno rilevanza per le attività produttive al fine di addivenire a provvedimenti armonici che assicurino eventuali finanziamenti ed agevolazioni concesse dalla Regione e da altri Enti pubblici alle imprese che hanno adottato significative iniziative per garantire la tutela dei lavoratori, dei consumatori, dell'ambiente. Assicura inoltre il massimo raccordo dell'attività di prevenzione collettiva con Enti della Regione che hanno competenze utili alla tutela della salute collettiva (ARPAT, Agenzia Regionale Sanità, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, ARSIA, CSPO), e con Enti esterni che a vario titolo esercitano competenze nell'ambito della prevenzione collettiva.

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

Strategico risulta lo sviluppo della collaborazione con le Università toscane, in particolare per la programmazione delle attività formative per l'accesso ai profili professionali del SSR, che dovrà essere caratterizzato da percorsi rispondenti alla necessità di acquisire operatori con specifiche capacità e competenze professionali. E' interesse della Regione Toscana che alcuni contenuti indispensabili a qualificare l'attività professionale di coloro che dovranno accedere al SSR, siano presenti all'interno dei percorsi formativi gestiti dalle Università, nello specifico per quanto riguarda la fattispecie delle "professioni tecniche della prevenzione", tra le quali sono incluse le figure di tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e di assistente sanitario.

E' necessario che nell'attuazione di percorsi di laurea, venga prevista una forte integrazione tra le facoltà universitarie e i Dipartimenti di Prevenzione delle aziende USL toscane, per quanto riguarda la definizione dei programmi e la realizzazione degli stages formativi. Inoltre deve essere assicurata la collaborazione tra le Università ed il Sistema regionale della prevenzione, al fine di favorire la ricerca applicata, l'individuazione di soluzioni tecniche per il miglioramento delle condizioni di lavoro e per ogni altra iniziativa finalizzata a sviluppare in tutti i settori la "cultura della sicurezza", con riferimento ai settori più a rischio.

Particolarmente utile, al fine di sviluppare iniziative di prevenzione finalizzate, si è rivelata la disponibilità di risorse direttamente erogabili dalla Regione sulla base di specifici progetti presentati dalle Aziende UU.SS.LL. o direttamente impostati dalle competenti strutture regionali, risorse che è pertanto opportuno riconfermare nel presente Piano sanitario regionale.

Nel triennio deve proseguire inoltre l'azione di valorizzazione della rete dei laboratori di sanità pubblica, inseriti all'interno dei Dipartimenti di prevenzione territorialmente competenti, svolgendo l'attività istituzionale su programmi di ambito regionale o di Area Vasta. L'azione di valorizzazione si concretizza con l'elaborazione di un progetto di integrazione delle procedure e dei metodi sia analitici che organizzativo gestionali.

La Giunta si impegna inoltre ad approvare il regolamento di funzionamento del comitato tecnico regionale e delle sue articolazioni ed a valorizzare il ruolo di coordinamento regionale tra i diversi settori che afferiscono alla prevenzione collettiva.

a) Piani integrati di salute

Occorre lavorare per definire, all'interno di una cornice che già si è delineata in questi anni, il contributo della prevenzione collettiva alla realizzazione dei piani integrati di salute. E' infatti prioritario, non facendo parte il Dipartimento della Prevenzione in maniera organica della Società della

Salute, che essi rappresentino un importante elemento di riferimento nella produzione dei piani integrati di salute. Ciò non solo per l'importante ed insostituibile contributo che possono e devono portare alla individuazione dei bisogni, alle conoscenze epidemiologiche, a quelle nell'ambito della tossicologia occupazionale ed ambientale, a quelle relative alla educazione alla salute ed alla corretta comunicazione, ma soprattutto per allargare il concetto di integrazione che tende a restringersi a quella socio – sanitaria. Si ritiene che il vero valore aggiunto dei piani integrati di salute sia quello di incidere sui determinanti non sanitari della salute con particolare riferimento agli stili di vita (fumo, alimentazione ed attività fisica in particolare) ed alla pressione ambientale (inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo) sullo stato di salute, e quindi alle politiche dello sviluppo industriale, del lavoro e dell'occupazione, del traffico, dell'assetto del territorio, della gestione dei rifiuti, dell'igiene urbana veterinaria ecc. Un'attenzione particolare deve anche essere riservata all'inserimento dei lavoratori diversamente abili in maniera da fornire risposte ottimali alla complessa normativa che disciplina la materia, in armonia con il recente Patto di Sviluppo siglato dal Presidente della Regione Toscana con le forze istituzionali.

La cornice di riferimento cui si accennava sopra rimane quella di ritagliare un ruolo del Dipartimento della Prevenzione in tutti i piani integrati di salute, nella individuazione dei bisogni di salute che stanno alla base della scelta e della programmazione dei piani stessi e nella definizione degli indicatori per verificare l'efficacia degli interventi realizzati. In molti piani integrati i Dipartimenti potranno poi essere attori fondamentali per le competenze specialistiche sopra ricordate e per quelle tipiche delle proprie Unità Funzionali.

Per la migliore riuscita dei piani integrati di salute che coinvolgono il settore della prevenzione deve essere assicurata la valorizzazione del ruolo che possono svolgere i corpi intermedi, cioè quei soggetti che possono amplificare l'azione preventiva promossa dal servizio pubblico. In tale ambito rientrano ad esempio i medici competenti, i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i docenti di settore di ogni ordine e grado, i tecnici delle imprese e delle associazioni. Il coinvolgimento partecipato di questi soggetti può infatti consentire il raggiungimento di risultati ottimali con minori risorse direttamente impiegate dal servizio pubblico.

Nell'ambito dei piani integrati di salute, deve essere rafforzato il ruolo della prevenzione relativamente ad alcune tematiche esplicitate di seguito.

Comunicazione

Il futuro della prevenzione collettiva passa attraverso la capacità di interagire con i determinanti non sanitari della salute (percezione del rischio, inquinamento ambientale, stili di vita, alimentazione ecc.) e attraverso una forte capacità di comunicazione con la popolazione. E' infatti importante l'operato dei Dipartimenti della Prevenzione in tema di assistenza, informazione, formazione, vigilanza e controllo, ma è soprattutto importante consolidare una capacità di comunicazione con l'utenza e con la popolazione in grado di rendere comprensibili ed applicati i messaggi di prevenzione, anche attraverso la diffusione di flussi informativi periodici.

Per ottenere tale risultato è necessario qualificare ulteriormente la formazione dei soggetti che sono maggiormente impegnati nel contatto diretto con l'esterno (addetti allo Sportello unico della prevenzione, ai rapporti con i SUAP, in particolare) e far crescere la cultura della corretta comunicazione in un numero molto più consistente di operatori.

Opportuno anche incentivare campagne di comunicazione finalizzate su grandi temi di interesse per la tutela della salute (sicurezza e salute nel lavoro e negli ambienti di vita, abitudine al fumo e fumo passivo, incidenti stradali, corretta alimentazione). La predisposizione di una campagna di prevenzione su tali temi potrebbe essere promossa con iniziative e materiale informativo messo a punto dal personale già formato, in stretta collaborazione con tecnici esperti nei settori sopra ricordati.

Saranno scelte un numero ristretto di tematiche dedicando però alle stesse risorse adeguate, oramai indispensabili per campagne promozionali adeguate, anche attraverso il sistema web.

La giunta individua strumenti che consentano la continua circolazione delle informazioni all'interno del Dipartimento e anche all'esterno per socializzare al massimo l'attività svolta e le proposte programmatiche.

Sportello unico della prevenzione (SUP) e sportello unico delle attività produttive (SUAP)

Il SUP è un importante e consolidato strumento dei Dipartimenti della Prevenzione per la comunicazione con l'utenza per il cui avvio la Regione Toscana ha destinato ingenti risorse. Esso

rappresenta un supporto indispensabile per l'integrazione, la corretta informazione e la comunicazione con la popolazione, gli esercenti, gli imprenditori, le associazioni dei cittadini e dei lavoratori.

In tutti i Dipartimenti della Prevenzione è passato il concetto dell'importanza degli sportelli unici della prevenzione, in rapporto anche con gli sportelli unici delle attività produttive e sono oramai attivati e consolidati percorsi e strutture in grado di rispondere agli obiettivi principali che il progetto si era posto.

E' tuttavia importante mantenere un segnale della persistente attenzione regionale al problema, anche per contrastare cadute di interesse a livello periferico su questo tema, oramai riconosciuto di centrale interesse.

Si deve realizzare a livello delle singole Aziende USL una forte integrazione tra SUP e SUAP e la Giunta Regionale è impegnata a fornire indirizzi in merito entro 12 mesi dall'approvazione del presente Piano. In particolare le indicazioni regionali dovranno servire a garantire un approccio omogeneo su tutto il territorio regionale al rapporto tra Comuni e Aziende USL relativamente alla delicata tematica delle attività produttive con l'obiettivo da garantire la massima semplificazione delle procedure assicurando però i necessari livelli di tutela per la salute pubblica.

Popolazione migrante

Tutte le Aziende USL sono impegnate ad elaborare specifici progetti che, tenendo conto delle relative specificità territoriali, siano finalizzati a tutelare la salute dei lavoratori migranti e dei loro familiari. Tale azione potrà essere meglio condotta all'interno dei piani integrati di salute coinvolgendo le istituzioni locali che grande importanza rivestono nel favorire il complessivo inserimento sociale e lavorativo dei soggetti migranti.

b) Appropriatezza delle prestazioni

E' una delle tematiche portate avanti con maggiore forza nel precedente piano sanitario regionale e nei confronti della quale è necessario procedere con grande risolutezza, anche confortati dal risultato del contenzioso sui LISA risoltasi favorevolmente per la Regione Toscana in Corte Costituzionale.

Le tematiche, nell'ambito di tale tema, sulle quali concentrare l'attenzione sono riportate di seguito.

Miglioramento continuo della qualità

In tutto i settori della sanità si è oramai radicata la convinzione che è assolutamente necessario procedere nella direzione di un accreditamento istituzionale o di qualità. Per il conseguimento di tali obiettivi, ai quali non sono attualmente chiamate le strutture organizzative afferenti ai Dipartimenti della Prevenzione (con l'eccezione dei Laboratori di Sanità Pubblica, per i quali sono già in corso le procedure per ottenere l'accreditamento istituzionale), è necessario avviare un percorso per il miglioramento continuo della qualità che sistematizzi le conoscenze e le attività già in essere in molti Dipartimenti e che aumenti la cultura e le iniziative in questa direzione. Anche per i Dipartimenti della prevenzione il percorso da intraprendere dovrà prevedere la messa a punto di un preciso programma che riguardi i seguenti aspetti: gestione e sviluppo delle persone, gestione della qualità, governo del rischio, gestione amministrativa, contabile e tecnica, gestione organizzativa dei singoli processi.

La Giunta Regionale si impegna a sostenere alcune esperienze pilota di accreditamento dei Dipartimenti della Prevenzione, o almeno di alcune strutture, facendo riferimento alle realtà che hanno già realizzato importanti esperienze in questa direzione.

Indipendentemente dal conseguimento dell'obiettivo dell'accreditamento, non facile perché comprende anche gli aspetti strutturali e tecnologici, il percorso verso il miglioramento continuo della qualità avrà ripercussioni positive sul clima organizzativo interno ai Dipartimenti di Prevenzione e sull'efficacia delle prestazioni erogate.

Prevenzione Basata sull'Evidenza (EBP)

Il percorso dell'evidenza basata sulle prove e dell'appropriatezza delle prestazioni, fortemente voluto dal precedente piano sanitario regionale, si va affermando con notevole fatica nell'ambito dei Dipartimenti della Prevenzione, ostacolato in particolare dalla rigidità del quadro normativo di riferimento che rende difficile attuare modifiche nei confronti delle prassi obbligatorie per legge ma non sempre utili alla prevenzione.

Alcune iniziative sono tuttavia state avviate, l'esito positivo in Corte Costituzionale della legge regionale che ha abrogato i libretti di idoneità sanitaria per gli alimentaristi apre la strada ad altre iniziative analoghe, alcune delle quali già portate avanti da altre Regioni che, a questo punto, possono essere mutate, con particolare riferimento ai controlli sanitari sui minori, ai trattamenti antiputrefattivi, alla profilassi antirabbica e alla certificazione per lo spostamento dei suini, temi sui quali esiste oramai una rilevante letteratura di riferimento.

Questo percorso deve essere perseguito con grande determinazione in quanto consente di acquisire maggiore credibilità all'interno del servizio sanitario regionale, con le istituzioni e con l'utenza, e di effettuare una redistribuzione delle risorse su azione di maggiore rilievo.

Il risultato è conseguibile con un'azione sinergica tra gli organismi tecnici esistenti (comitato tecnico regionale e sue articolazioni) che hanno già classificato le prestazioni erogate sulla base della loro valenza preventiva e l'Agenzia regionale sanitaria, che deve rappresentare il necessario punto di riferimento per il percorso metodologico e per l'acquisizione della letteratura presente sull'argomento.

Flussi informativi

Rappresentano un presupposto indispensabile per garantire l'appropriatezza delle prestazioni. Non appare ulteriormente dilazionabile l'esigenza di affrontare questa tematica in maniera incisiva e tale da produrre strumenti adeguati, condivisi e rappresentativi dell'attività svolta dai servizi che operano nell'ambito della prevenzione collettiva.

Il sistema informativo, gestendo informazioni, deve essere strumento utilizzato ai fini di conoscenza, educazione, partecipazione, organizzazione per il miglioramento della qualità. E quindi necessario che venga in particolare curata:

- l'accuratezza delle informazioni che circolano nel sistema;
- la pertinenza al ruolo dell'organizzazione;
- la facile e tempestiva accessibilità per tutti i soggetti che devono usare le informazioni;
- la circolarità delle informazioni tra i soggetti interessati;
- l'essenzialità e la completezza.

Al sistema informativo spetta il monitoraggio di idonei indicatori che permettano di descrivere, interpretare, valutare qualsiasi fenomeno che condizioni l'attività a cui le informazioni si riferiscono e permettano di evidenziare in tempi utili eventuali criticità.

Il punto di riferimento è rappresentato dai così detti "prodotti finiti", la cui sperimentazione è ormai avviata.

Nell'ambito delle iniziative finalizzate al miglioramento dei flussi informativi particolare attenzione deve essere dedicata a quelli relativi ai danni alla persona, sia lavorativi che extralavorativi, sia utilizzando al meglio i dati in possesso dei medici competenti, sia ricorrendo a tutte le fonti informative disponibili in azienda, dalle SDO all'archivio della medicina legale.

Tutta la programmazione delle attività dei Dipartimenti della prevenzione deve essere fondata sui dati epidemiologici disponibili, alla cui ottimale acquisizione verrà dedicata la massima attenzione, anche come strumento informativo geografico, per meglio conoscere la distribuzione dei fattori di rischio sul territorio con l'impiego di strumenti specificamente finalizzati.

5.1.2.2. Gli ambiti operativi

1. Igiene e sanità pubblica

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

La sanità pubblica del presente e del futuro deve sempre più essere orientata verso attività di valutazione del rischio e sorveglianza epidemiologica, con attenzione all'emergenza di nuove patologie, indirizzandosi sempre più verso ruoli formativi ed informativi.

Conseguentemente, 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 regionale delle malattie infettive si basa già da anni su di un collaudato sistema di sorveglianza informatizzato (S.I.M.I) che permette una vigilanza puntuale di tali patologie. Il sistema necessita di un aggiornamento sia in termini informatici che epidemiologici, anche per adeguarsi alle direttive europee. Nel triennio di vigenza del Piano verrà realizzato un progetto per il collegamento informatico dei principali attori del sistema al fine di mantenere un costante monitoraggio e disporre un veloce intervento in caso di patologie infettive in sorveglianza.
- 1.1.2 La costituzione di un apposito Centro di riferimento regionale per le tossinfezioni ha già portato all'adozione di procedure omogenee di indagine e controllo sul territorio regionale. Tale sistema deve adesso divenire parte integrante del nuovo Sistema Informatizzato di vigilanza sulle malattie infettive.
- 1.1.3 La medicina dei viaggiatori rappresenta un settore nuovo ed in via di sviluppo, con funzioni di protezione nei confronti di coloro che per vari motivi (lavoro, turismo, migrazione) affrontano viaggi: tutte le Aziende USL hanno attivato centri specialistici che nel triennio debbono sviluppare un sistema di lavoro coordinato ed in rete, mirato particolarmente alla raccolta di dati epidemiologici.
- 1.1.4 Alcune malattie sono sottoposte ad una sorveglianza speciale sulla base di protocolli previsti da Comunità Europea, Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità o decisi a livello regionale in particolari situazioni. I principali protocolli individuati, che possono essere stabiliti ed aggiornati in base a direttive della Giunta regionale, si riferiscono in particolare alla sorveglianza della tubercolosi, della legionellosi, delle paralisi flaccide e dell'influenza.
- 1.1.5 Altre patologie alle quali riservare particolare attenzione sono:
 - malattie infettive per le quali la vaccinazione è prevista dal calendario regionale delle vaccinazioni;
 - meningiti batteriche;
 - encefaliti da West Nile.
- 1.1.5. La SARS non ha colpito direttamente in Italia ma ha messo in evidenza i punti deboli attuali del sistema di controllo che è in grado di monitorare l'emergenza di un patogeno, ma è poi deficitaria nel coordinamento delle istituzioni per arrestarne la diffusione. La Giunta regionale è impegnata ad emanare linee di indirizzo per implementare le attività, ed in particolare quelle di formazione del personale, necessarie per rispondere prontamente ai pericoli creati dai nuovi agenti infettivi o alle minacce legate al bioterrorismo.

1.2 Vaccinazioni

In Regione Toscana già dal 1996 esiste un calendario regionale che stabilisce l'offerta attiva e gratuita di alcune vaccinazioni e che si è dimostrato uno strumento efficace che ha portato ad un controllo, chiaramente evidenziato dai dati epidemiologici ma ancora non ottimale, di malattie quali morbillo, rosolia, parotite e pertosse.

Con atto della Giunta il calendario deve essere periodicamente aggiornato, avvalendosi della Commissione regionale per le strategie vaccinali e la prevenzione delle malattie infettive, in base alle conoscenze scientifiche e alla disponibilità di nuovi vaccini il cui impiego, subordinato allo studio della loro sicurezza ed efficienza, sarà valutato nell'ambito dei principi della sanità pubblica.

E' necessario raggiungere livelli di copertura tali da rendere possibile l'eradicazione delle malattie, e in tal senso si è già operato con i Piani sanitari pregressi ed attraverso atti specifici quali il Piano Regionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (in attuazione del Piano nazionale) i cui obiettivi andranno raggiunti nel triennio di vigenza del Piano sanitario.

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 antidiftotetica e antipneumococcica.

Costituisce inoltre obiettivo specifico del presente Piano l'implementazione di un efficace sistema di rilevazione e studio delle reazioni avverse alle vaccinazioni, attraverso il sistema di farmacovigilanza.

1.3 Controllo delle zoonososi

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

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

Particolare rilievo devono assumere nel triennio i progetti di lotta alle zanzare, con specifico riguardo alle attività di monitoraggio e controllo del territorio con l'uso di mezzi a basso impatto ambientale, finanziati attraverso la L.R. 14 aprile 2004 n.23.

1.4 Salute ed ambiente

L'igiene pubblica è sempre più impegnata nella valutazione dei risvolti sanitari connessi con le problematiche ambientali. Molte situazioni sono state gestite in emergenza, mentre vi è la necessità di intervenire con attività che siano in grado di monitorare e valutare in continuo gli eventuali rischi per la salute connessi all'ambiente e alla scelta di realizzare determinate infrastrutture. Obiettivo è assolvere con competenza la funzione di supporto ai processi decisionali ma anche saper dialogare ed interagire con i vari soggetti coinvolti, curando l'aspetto della comunicazione alla cittadinanza del rischio e delle soluzioni individuate.

Studi condotti negli ultimi due decenni hanno prodotto una messe di conoscenze tali da indicare senza margini di dubbio la necessità di adottare strategie di riduzione dell'inquinamento atmosferico per salvaguardare la salute dei cittadini. Alcuni gruppi di popolazione sono risultati particolarmente vulnerabili, sia per fattori intrinseci (fattori genetici, bambini) sia estrinseci (esposizione ad altri tossici, residenza in aree con alta densità di traffico).

Le informazioni sullo stato dell'inquinamento atmosferico urbano in Toscana, sugli effetti sanitari noti, sui costi sanitari e sociali, sui riferimenti normativi, le politiche e gli strumenti di pianificazione e programmazione in materia di inquinamento atmosferico, gestione del territorio, energia, mobilità e trasporti, sono oggetto del rapporto sull'impatto sulla salute da inquinamento atmosferico urbano in Toscana, in corso di ultimazione, da parte di un gruppo di lavoro regionale che vede coinvolti vari Enti e istituzioni (CSPO, ARS, CNR, ARPAT, Università, Aziende USL e Ospedaliere, Comuni e Regione Toscana). Tali informazioni rappresentano la base di partenza per la messa a punto di strategie specifiche di prevenzione da parte dei Dipartimenti di Prevenzione.

Obiettivo prioritario per il triennio di vigenza del Piano deve essere la individuazione di strategie "in rete" (sia all'interno che all'esterno del sistema sanitario regionale) per la riduzione dell'impatto sanitario dell'inquinamento atmosferico.

2. Prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di vita

Le normative che si sono succedute negli ultimi anni hanno cambiato le attività svolte in materia dai servizi di igiene pubblica, puntando allo snellimento delle procedure per il rilascio di autorizzazioni sanitarie: naturalmente questo impone di mantenere alta la vigilanza di competenza al fine di garantire il rispetto, non semplicemente formale, delle regole igieniche sanitarie.

Particolare attenzione deve inoltre essere posta sulla sicurezza in ambienti di vita: permangono numerosi i rischi per la salute, anche derivanti dall'uso sempre più diffuso di impianti e della tecnologia in ambiente domestico, nonché dal mutamento dello stile di vita, che si fa ogni giorno più frenetico. La diffusione dell'automazione negli ambienti domestici (si parla già da molto tempo di "Edificio Intelligente") comporta una sempre maggiore complessità degli impianti e degli apparecchi, con conseguente aumento delle fonti di rischio.

E' necessario riconvertire l'attività di controllo burocratico e sistematico in campo autorizzativo (ad esempio le abitabilità) in controlli a campione ed in attività di studio di problemi a carattere generale ed a maggiore contenuto scientifico, con prevedibile maggiore possibilità di incidere sulla qualità degli ambienti di vita. A fronte di una crescente offerta da parte del mercato di componenti edilizi sempre

nuovi e sempre più numerosi, le strutture del Dipartimento di Prevenzione, Laboratori di Sanità Pubblica compresi, devono essere in grado di valutare la salubrità degli ambienti; è pertanto auspicabile arrivare a linee guida che siano di aiuto sia ai professionisti che alle Amministrazioni Comunali, che possono recepirle nei regolamenti che costituiscono a livello locale lo strumento di governo del territorio.

Si individuano quindi come obiettivi prioritari:

- a) Inquinanti dell'ambiente indoor: in attuazione dell'Accordo siglato il 27 settembre 2001 in Conferenza Stato Regioni avente ad oggetto "Le linee guida per la tutela e la salute degli ambienti confinati" la Giunta ha approvato la deliberazione n.1255 del 24/11/2003 con la quale vengono fornite le indicazioni per la realizzazione di un programma regionale di prevenzione e promozione della salute che interessa un campione di scuole toscane. Si tratta di un'attività innovativa che deve essere sviluppata nei prossimi anni avendo a particolare riferimento la riduzione dell'esposizione al fumo passivo, con verifica dell'applicazione della legge 16 gennaio 2003 n.1, sia per quanto riguarda i requisiti igienico-sanitari dei locali, che i requisiti prestazionali e di sicurezza degli impianti di ventilazione e di ricambio aria.
- b) In considerazione dell'approvazione di nuove normative regionali, le attività di censimento e verifica in materia di:
 - estetica, tatuaggio e piercing di cui alla L.R. 31 maggio 2004 n.28
 - agriturismo di cui alla L.R. 30/2003 e regolamento di applicazione
 - piscine (normativa regionale in fase di approvazione) e palestre
 - studi medici, in particolare odontoiatrici, di cui all'art.5 comma 2 della L.R.23.2.1999 n.8Le attività di vigilanza di cui sopra saranno eseguite sulla base di linee guida e modelli regionali al fine di disporre di dati confrontabili ed aggregabili, con la predisposizione di report finali di livello aziendale e regionale.
- c) Prevenzione degli incidenti domestici: rappresentano un settore di notevole rilevanza sanitaria visto il costo per la collettività in termini sia di morbosità sia di mortalità. Per la attuale normativa, il Dipartimento di Prevenzione ha il compito, in collaborazione con i servizi territoriali, materno infantile e con la medicina di base di individuare e valutare i rischi presenti o che si possono determinare, promuovere e coordinare iniziative di educazione sanitaria nei confronti della popolazione. E' importante inoltre che venga valutata localmente la situazione dal punto di vista epidemiologico, sia per poter riconoscere eventuali situazioni di rischio specifiche (ad esempio abitazioni vetuste sprovviste dei più elementari sistemi di sicurezza degli impianti, parti della popolazione particolarmente vulnerabili come anziani, bambini, ecc.) sia per monitorare l'efficacia delle azioni preventive intraprese. La Giunta regionale, in stretta collaborazione con gli Enti locali e le Associazioni, è impegnata a emanare indirizzi e interventi mirati per la promozione della sicurezza in ambienti di vita, privilegiando le attività di assistenza e informazione verso la cittadinanza.
- d) Inquinamento acustico: è un altro campo in cui si manifesta una crescente attenzione da parte della popolazione. Attuando se necessario adeguate sinergie con l'A.R.P.A.T., le strutture hanno l'esigenza di mantenere una adeguata formazione per poter esercitare il loro compito di consulenti delle amministrazioni locali nella valutazione dei piani di zonizzazione acustica. Una altrettanto efficace opera di prevenzione in questo campo può essere l'emanazione di linee guida per l'applicazione delle leggi regionali sulla previsione di impatto acustico, di previsione di clima acustico, nonché sulla gestione della legge sui requisiti acustici passivi degli edifici, rimasta largamente inapplicata in tutto il territorio proprio per la mancanza di aggancio con le procedure edilizie. In questo campo i Laboratori di Sanità Pubblica operano a supporto tecnico in coordinamento con le altre strutture del Dipartimento di Prevenzione.

3. Sanità pubblica veterinaria

Il periodo conclusivo di vigenza del Piano 2002-2004 ha visto un crescente impegno della Regione Toscana sui temi della veterinaria pubblica.

In particolare, nell'ambito della riorganizzazione delle strutture interne della Regione, è stato costituito il settore Sanità pubblica veterinaria individuando nel contempo i relativi livelli di responsabilità. Tale esigenza è stata determinata dalla consapevolezza della complessità delle materie

affidenti al settore che svolge le sue attività in via prioritaria sul versante della sicurezza dei consumatori, sulla tutela sanitaria delle popolazioni animali e sul benessere degli animali stessi.

Per la complessità di tali azioni la intersettorialità, la interdisciplinarietà e la concertazione costituiscono strumenti indispensabili per conseguire efficaci risposte di sistema.

In particolare risultano importanti la collaborazione costante stabilita con il Settore regionale Zootecnica e la concertazione con le Organizzazioni Professionali e di Categoria.

Aspetti di interesse rilevante ha assunto la collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle regioni Lazio e Toscana, oggetto di un piano quinquennale di finanziamento per un necessario adeguamento dei laboratori toscani, e con la Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Ateneo di Pisa, con i quali è stato condiviso un protocollo di intesa che nel corso del triennio ha prodotto collaborazioni sempre attente alla realtà sanitaria e zootecnica regionale.

Lo sviluppo delle azioni previste dal presente Piano deve pertanto tenere conto delle azioni regionali in atto ed essere coerente con lo sviluppo delle normative comunitarie che nei prossimi anni ridisegneranno l'assetto complessivo della veterinaria pubblica.

E' intenzione della Regione Toscana costruire un sistema finalizzato nell'ambito delle norme nazionali e comunitarie, atto a migliorare la qualità complessiva della salute dei cittadini toscani nonché quella delle produzioni zootecniche.

La Sanità Pubblica Veterinaria svolge le sue azioni attraverso le articolazioni territoriali nei seguenti settori specifici:

- Sicurezza degli alimenti di origine animale
- Sicurezza degli alimenti zootecnici
- Farmacovigilanza e farmacovigilanza
- Prevenzione delle malattie animali trasmissibili all'uomo
- Prevenzione delle malattie infettive ed infestive degli animali
- Benessere degli animali
- Igiene urbana veterinaria
- Gestione dei sottoprodotti di origine animale.

Gli obiettivi della Sanità Pubblica Veterinaria per il triennio 2005-2007 sono quelli definiti:

- Nella presente sezione del Piano;
- Nel progetto speciale "La sicurezza alimentare" di cui al punto 2.2.12 del presente Piano;
- Nella Delibera della Giunta Regionale 206/2004 avente per oggetto "Il sistema veterinario regionale per la sicurezza alimentare e la tutela sanitaria delle produzioni zootecniche". Per quest'ultimo atto, al termine dell'anno 2005, dopo la verifica degli obiettivi raggiunti, si procederà ad un nuovo atto di programmazione per il biennio 2006-2007.

3.1 Accreditalamento e Miglioramento Qualità delle Strutture Veterinarie

La Sanità Pubblica Veterinaria, come tutti gli altri settori sanitari, sente pressante l'esigenza di adeguare il proprio livello di efficacia nella risposta e di qualità organizzativa, anche attraverso l'appropriatezza delle prestazioni erogate perseguite nel contesto più ampio delle strategie del Dipartimento di Prevenzione.

Questo per due fondamentali motivi:

- la diffusa ricerca, nel servizio pubblico, di valori positivi come la trasparenza, la soddisfazione dell'utenza e l'appropriatezza delle prestazioni;
- la quotidiana necessità di confrontarsi con le realtà produttive di filiera, sempre più caratterizzate dall'implementazione, per scelta propria o per adempimenti dovuti, di Sistemi Qualità ben strutturati.

Inoltre la crescente importanza del ruolo di prevenzione della Sanità Pubblica Veterinaria impone di fornire un positivo esempio agli altri attori, pubblici e privati, coinvolti nei molteplici campi di interesse veterinario.

Si indicano pertanto i seguenti percorsi:

- individuazione dei requisiti, degli strumenti e delle procedure di miglioramento della qualità, necessari per la strutturazione di un modello di accreditalamento specifico per il Settore e coerente con quello previsto per le altre strutture sanitarie;
- predisposizione di un progetto organico, che vedrà coinvolte anche realtà locali e nazionali che hanno già raggiunto significativi risultati in questo settore, in relazione alla certificazione,

all'accreditamento istituzionale o di eccellenza, con l'obiettivo di concludere compiutamente i lavori nell'arco del triennio.

3.2 Profilassi delle malattie infettive del bestiame

La tubercolosi bovina, le brucellosi, la leucosi enzootica bovina sono malattie del bestiame che nei primi due casi costituiscono anche delle zoonosi. Dopo anni di piani di profilassi che prevedevano screening e prove a tappeto con cadenza annuale, gli allevamenti della Regione Toscana hanno raggiunto elevati standard di sicurezza che, in linea con quanto programmato nel Piano sanitario regionale 2002-2004 e attraverso l'attuazione di uno specifico progetto regionale, hanno permesso l'acquisizione delle qualifiche comunitarie di Ufficialmente Indenne o il diradamento dei controlli per la maggior parte dei territori provinciali.

L'acquisizione delle qualifiche, oltre a garantire un più alto livello di sicurezza per la salute umana, ha consentito un risparmio di risorse umane e materiali per il SSR; inoltre sono stati raggiunti, con le qualifiche, vantaggi di carattere economico e commerciale per gli allevamenti toscani, garantendo una maggiore libertà di scambio di animali vivi.

Il percorso che ha consentito di raggiungere tale obiettivo si è imperniato su quattro condizioni essenziali:

- Il puntuale aggiornamento dell'anagrafe dinamica del bestiame;
- Il rispetto dello scadenziario delle prove diagnostiche nelle aziende;
- Le verifiche sulla correttezza degli spostamenti animali;
- l'aggiornamento in tempi reali del sistema regionale di notifica delle malattie infettive on-line.

Per il prossimo triennio, si pongono gli obiettivi per:

- l'accreditamento delle province che devono ancora raggiungere le qualifiche comunitarie;
- l'organizzazione dei controlli attraverso l'individuazione dei punti critici del sistema quali i flussi commerciali, le importazioni, la presenza di stalle di sosta ecc;
- il governo complessivo del sistema attraverso la definizione e l'applicazione di apposite Linee Guida regionali.

3.3 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive esotiche e delle antropozoonosi trasmesse da vettori

Il susseguirsi in anni recenti di emergenze sanitarie, tra cui la Blue Tongue e la West Nile Disease, sottolineano la necessità di perfezionare l'organizzazione dei relativi sistemi di sorveglianza e controllo.

Peraltro l'esistenza sul territorio regionale di vaste zone umide naturali e seminaturali, sommata ai cambiamenti climatici, richiamano l'attenzione sulla necessità di un'attenta sorveglianza epidemiologica delle malattie esotiche e in particolare di quelle trasmesse da vettori.

Rientrano nelle malattie in esame le infezioni comprese nella Lista A della O.I.E. tra cui la blue tongue ma anche antropozoonosi quali la West Nile Disease, le Leishmaniosi, le "meningo-encefaliti virali", la Filariosi canina, ecc.

Tale controllo si effettua, ove necessario, in collaborazione con il Settore Igiene e Sanità Pubblica, l'IZS, la Facoltà di Medicina Veterinaria di Pisa, la struttura di Zoologia Ambientale dell'Azienda USL 9 di Grosseto che a sua volta si può avvalere del gruppo operativo di entomologia sanitaria e ambientale della Azienda U.S.L. 2 di Lucca.

Costituiscono obiettivi specifici del presente Piano:

- la definizione, in accordo con il livello ministeriale, delle "Linee di Comando" in caso di emergenze sanitarie per le malattie della Lista A dell'O.I.E.;
- il recepimento organizzativo a livello regionale e delle Aziende USL dei piani di emergenza e dei manuali operativi delle singole malattie della Lista A dell'O.I.E., anche attraverso la costituzione di gruppi di lavoro dedicati e la loro formazione;
- georeferenziazione degli allevamenti toscani funzionale alla gestione non soltanto delle malattie infettive ma anche delle emergenze alimentari ed ambientali. Per questo ultimo aspetto il Piano si pone come sviluppo coerente del progetto sulle emergenze da fattori climatici o determinati dall'uomo sviluppato nel biennio 2003-2004. Si tratta di estendere ai servizi di tutte le Aziende USL l'utilizzo di strumenti informatici di gestione delle mappe territoriali di rischio (Sistema

- Informativo Territoriale) anche nell'ottica del lavoro per Piani Integrati di Salute, relazionandosi con tutti gli altri Enti od Amministrazioni che già operano con tali sistemi;
- attivazione di indagini finalizzate alla conoscenza dell'ecologia degli agenti imputati della trasmissione di patogeni e della loro distribuzione geografica;
 - definizione, di concerto con il livello nazionale, di piani specifici per il controllo e la sorveglianza della Blue Tongue;
 - definizione, di concerto con il livello nazionale e con i soggetti interessati di un piano specifico per la sorveglianza ed il controllo della West Nile Disease.

3.4 L'integrazione regionale per il governo delle molecole indesiderate negli alimenti e nei mangimi

Fatte salve le azioni considerate dal Progetto speciale "La sicurezza alimentare" cui si rimanda, risulta importante l'integrazione delle azioni dei diversi piani di controllo relativi alla presenza di sostanze indesiderate nell'alimentazione animale e negli alimenti destinati all'alimentazione umana.

Tali Piani si esplicano nell'attuazione a livello regionale del Piano Nazionale Alimentazione Animale e di altri piani specifici. Intento del Settore è quello di integrarli a livello regionale con le attività programmate per il controllo sull'uso del farmaco veterinario e sul benessere degli animali.

A tal fine nell'applicazione del Piano si pone l'obiettivo di:

- costituire una struttura di governo complessiva con funzioni di vigilanza, programmazione e controllo di livello regionale (Nucleo Operativo Regionale Veterinario);
- definire, in rapporto ai flussi commerciali, profili di rischio che orientino in modo mirato le azioni di vigilanza;
- predisporre a partire dal 2005 un Piano Integrato Regionale che comprenda: PNAA, Piano Regionale per il controllo delle farine animali, Piano regionale aflatossine, vigilanza sull'utilizzo del farmaco veterinario, vigilanza sul benessere animale ed altre azioni che saranno ritenute necessarie;
- attuare una periodica verifica delle anagrafiche specifiche, dei flussi informativi e della relativa analisi;
- messa a regime del sistema di tracciabilità delle partite di animali e merci (TRACES) con sperimentazione del sistema anche a livello regionale.

3.5 Controllo randagismo e promozione di un corretto rapporto uomo-animale

Le attività sanitarie di igiene urbana veterinaria si inquadrano come azioni volte a promuovere un corretto rapporto tra l'uomo e gli animali d'affezione.

Esse prevedono un ampio sistema di relazioni che oltre agli operatori del SSR, comprendono gli Enti Locali e le Associazioni animaliste. In tal senso il settore si avvale della collaborazione della U.F. di igiene urbana veterinaria della Azienda U.S.L. 10 di Firenze.

Nel corso del 2004 la Regione Toscana ha posto in essere attività finalizzate a dare ulteriore coerenza alle norme regionali vigenti.

In particolare:

- la modifica della L.R. 43/95 avente per oggetto "Norme per la gestione dell'anagrafe del cane, la tutela degli animali d'affezione e la prevenzione del randagismo";
- il regolamento attuativo della stessa approvato con D.P.G.R. 30 giugno 2004 n°33/R;
- l'adozione della delibera della Giunta Regionale 589/2004 con la quale vengono definiti i criteri e le procedure per l'erogazione ai comuni singoli od associati dei contributi regionali per la costruzione e il risanamento dei canili.

Per far fronte agli obblighi previsti dai disposti normativi citati sono obiettivi del Settore per il triennio 2004 2007 le seguenti azioni:

- la realizzazione e la messa a regime della banca dati regionale come strumento di governo e monitoraggio dello stato di benessere delle popolazioni canine;
- l'avvio e il monitoraggio del sistema di identificazione mediante chip delle popolazioni canine presenti sul territorio regionale anche attraverso il concorso operativo di tutti gli organismi di vigilanza;
- il governo regionale delle strategie di finanziamento dei comuni singoli od associati per la costruzione e/o il risanamento dei canili sanitari e rifugio;
- l'accreditamento dei canili;

- azioni specifiche per la prevenzione degli avvelenamenti in attuazione della L.R.39/2001 l'incremento delle attività di controllo demografico degli animali d'affezione, anche con sviluppo di nuove metodiche.

4. Igiene degli alimenti e della nutrizione

Le strutture di Igiene degli alimenti e della nutrizione, istituite con la riforma del Sistema Sanitario Nazionale (D.Lgs.502/92 e successivi), rappresentano tuttora delle realtà in divenire per le quali sono indispensabili indirizzi operativi, sia di livello regionale che di Area Vasta, che orientino l'attività svolta, al fine di garantire interventi coordinati con gli altri settori del Dipartimento di Prevenzione e omogenei sul territorio.

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

Le principali linee di intervento sono già state sviluppate nei Progetti Specifici allegati al presente Piano, ma si ritiene comunque di puntualizzare alcuni ambiti di intervento legati ad aspetti più contingenti.

4.1 Igiene degli alimenti

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

La Giunta regionale fornisce attraverso il Programma regionale di controllo su alimenti e bevande a validità triennale gli indirizzi più puntuali. Si ritiene di individuare alcuni ambiti specifici in considerazione di alcune novità normative già presenti o in via di definizione, attività da effettuare in collaborazione e coordinamento con le altre Unità Funzionali del Dipartimento di Prevenzione competenti:

- produzione e vendita di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare, con riguardo a quelli per la prima infanzia;
- utilizzo ed impiego di prodotti fitosanitari;
- autorizzazione e sorveglianza sui laboratori che effettuano analisi per l'autocontrollo;
- agriturismo di cui alla L.R. 30/2003 e al suo regolamento di applicazione;
- monitoraggio sull'applicazione della L.R. 38/2004 “Norme per la disciplina della ricerca, della coltivazione e sull'utilizzazione delle acque minerali, di sorgente e termali”.

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

4.2 Igiene della nutrizione

Gli aspetti prioritari sono sviluppati nel Progetto specifico “Alimentazione e salute” di cui al punto 2.2.10. e sono soprattutto focalizzati sulle attività di osservatorio nutrizionale e di promozione della salute, da svolgere attraverso iniziative già sperimentate o con carattere innovativo. Accanto ai tradizionali interventi di monitoraggio sui menù e di valutazione dei capitolati di appalto in ambito scolastico devono essere studiati e applicati nuovi strumenti quali il counseling su gruppi di popolazione.

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

5. Sport e salute

Le attività motorie e lo sport rappresentano un fattore importante per il mantenimento dello stato di salute, come evidenziato anche all'interno del Progetto Specifico "Alimentazione e salute" del presente Piano. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha richiamato l'attenzione sulla sedentarietà quale problema sanitario emergente, sottolineando che ormai numerose evidenze scientifiche dimostrano come l'attività fisica fornisca, a tutti gli individui, sostanziali benefici sanitari, psicologici e sociali.

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

Per favorire l'attività fisica quale corretto stile di vita è necessario intraprendere azioni per:

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

La L.R. 9 luglio 2003 n.35 "Tutela sanitaria dello sport" ed il successivo atto di indirizzo approvato con deliberazione della G.R. 17 maggio 2004 n.461 forniscono precise disposizioni in questo senso.

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

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

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

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

Sono inoltre obiettivi prioritari per il triennio di vigenza del Piano, per la piena attuazione della L.R. 35/03:

- l'implementazione dell'anagrafe degli atleti;
- la realizzazione di un programma di sorveglianza, sulla base di linee guida regionali, sul rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico;
- la conclusione della fase sperimentale del Programma triennale per i controlli anti-doping di cui alla delibera della G. R. 15 marzo 2004, n. 232 e l'avvio del successivo Programma definitivo di controlli ufficiali, da adottarsi con specifico atto normativo, che preveda:
 - a) organizzazione di eventi e campagne per la formazione, l'informazione e l'aggiornamento degli atleti, dei genitori, degli allenatori e preparatori atletici, degli insegnanti, dei Pediatri di Famiglia e dei Medici di Medicina Generale;
 - b) Mantenimento della rete di relazioni con le Federazioni e le Società Sportive, gli Enti di Promozione Sportiva e le Istituzioni scolastiche, per concordare strategie comuni e per l'effettuazione dei controlli analitici in accordo con la Commissione Ministeriale di Vigilanza;
 - c) Creazione di un Comitato scientifico che affianchi l'attività del Laboratorio Regionale anti-doping, con il compito di promuovere e garantire la ricerca e sviluppo in tema di controlli anti-doping.

6. Medicina legale

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

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

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'invalidità 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 con particolare riferimento alla messa a punto della rete sull'invalidità civile in coordinamento con i comuni;
- la partecipazione ai collegi per l'accertamento e la certificazione della realtà della morte e funzioni di certificazione necroscopica previste dalla normativa di riferimento;
- la partecipazione ai Comitati etici locali;
- l'attività di consulenza, anche in collaborazione con l'ufficio del Difensore civico, in materia di responsabilità professionale e di prevenzione dei conflitti, attraverso l'adozione di specifici indirizzi da parte della Giunta regionale, ed in attuazione dei programmi dell'Osservatorio Regionale Permanente sul Contenzioso.

Le attività da svolgere sono pertanto:

- realizzazione di sistemi di valutazione monocrona globale della persona portatrice di minorazioni, in collaborazione con le altre professionalità coinvolte, al fine di poter ottenere nel corso di un'unica visita collegiale, su richiesta dell'interessato, accertamento e valutazione per invalidità civile, handicap e collocamento al lavoro (l.68/99);
- completamento della rete informatica di supporto all'accertamento dell'invalidità civile con trasferimento per via telematica dei verbali ai Comuni;
- informazione, accertamento, controllo e certificazione in ambito di diritto al lavoro, stato di salute, incapacità lavorativa, temporanea e permanente, invalidità 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;
- apporto alle politiche aziendali in materia di rischio clinico e sicurezza del paziente, anche attraverso osservatori medico legali operanti in raccordo con l'Osservatorio regionale Permanente sul Contenzioso, sviluppando gli indirizzi già forniti dal precedente Piano;
- collaborazione 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:
 - controllo della legittimità etica e giuridica dei percorsi assistenziali;
 - diffusione della cultura della tutela dei diritti fondamentali dell'utente del servizio sanitario;

- miglioramento del rapporto medico-utente che si attua prioritariamente attraverso la realizzazione del consenso informato;
- 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;
- apporto alle politiche aziendali in materia di rischio clinico e sicurezza del paziente attraverso la conoscenza ed esperienza acquisita nell'ambito dell'attività medico legale, anche in attuazione degli indirizzi del precedente Piano.

5.1.2.3. Azione programmata lavoro e salute

1. Il quadro di riferimento

Il sistema economico – produttivo toscano, caratterizzato soprattutto dalle piccole e medie imprese e dall'artigianato, ha conosciuto soprattutto nel 2002 una stagnazione attribuibile al netto calo della dinamica della domanda.

Viceversa il mercato del lavoro ha visto migliorare significativamente la dinamica occupazionale pur con una crescita pressoché nulla del prodotto interno lordo. Il Rapporto sul mercato del lavoro della Regione Toscana per l'anno 2003 evidenzia una crescita del tasso occupazionale, in particolare di quella maschile e moderatamente anche di quella femminile, un ampio ricorso alle forme contrattuali flessibili previste dalla legge 30/2003 ed un'influenza delle regolarizzazioni di manodopera extracomunitaria. Lo stesso rapporto riferisce una consistenza significativa della crescita di lavoro formalmente autonomo, che comprende le diverse tipologie di collaborazioni coordinate e continuative.

Le maggiori criticità si riscontrano nei settori relativi alle costruzioni, metalmeccanica, siderurgia, legno e carta, agricoltura e movimentazione dei materiali con uso di mezzi meccanici.

Permangono, particolarmente in alcuni settori come quello delle attività estrattive, dell'edilizia e dell'agricoltura, fattori di rischio che evidenziano in alcuni casi la mancanza delle misure elementari di prevenzione.

Inoltre, la diffusione del lavoro casalingo (telelavoro) resa possibile dal progresso tecnologico implica una nuova percezione dello spazio domestico, la necessità di una diversa organizzazione dell'arredo ed un diverso approccio alla vita della casa da parte sia del telelavoratore che degli altri componenti della famiglia.

Spesso si realizza un'intersezione fra ambienti di lavoro e quelli di vita: il ruolo dell'ente pubblico assume pertanto un significato più ampio ovvero la garanzia che gli ambienti risultino sicuri e salubri per i lavoratori comporta che gli stessi risultino altrettanto sicuri anche per una parte più ampia della collettività.

Nell'ambito di una strategia di prevenzione a più ampio raggio, occorre pertanto prevedere una concertazione di azioni, fortemente interdisciplinari, nelle quali si integrino le competenze igienico-sanitarie con quelle ingegneristiche, tecnologiche, delle scienze sociali ma anche della formazione, dell'educazione alla salute e della comunicazione.

I costi di malattia da lavoro e di infortunio in Toscana, stimati in circa 2,5 milioni di Euro, rendono evidente il valore strategico della prevenzione, sia come vantaggio umano e sociale, che come vantaggio economico.

2. L'integrazione con le linee programmatiche di sviluppo della Regione Toscana

Lo sviluppo di un sistema economico innovativo che crei migliori lavori è tra gli obiettivi fondamentali che l'Europa si è data con il vertice di Lisbona e che la Regione Toscana ha fatto proprio con il Piano regionale di sviluppo.

Non a caso il nuovo Patto per lo sviluppo recentemente siglato con le parti sociali titola "Patto per uno sviluppo qualificato e maggiori e migliori lavori in Toscana" e individua tra le aree progettuali oggetto di interventi di governance cooperativa la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Dunque la programmazione regionale, che muove da quella europea, promuove il lavoro qualificato quale presupposto di un sistema che si pone l'obiettivo della qualità totale.

Lo strumento elettivo individuato per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo è la governance cooperativa, espressione massima della coesione sociale.

Il sistema di prevenzione toscano aderisce a questo modello di concertazione e promuove la partecipazione delle parti sociali, nel rispetto dei reciproci ruoli come anche definiti dal D.Lgs. 626/94.

Il modello partecipato di prevenzione promosso dal decreto deve diventare strategia di intervento, anche per superare il formalismo degli adempimenti da parte delle imprese.

A livello nazionale, la legge di modifica costituzionale ha inoltre operato una diversa ripartizione delle competenze normative tra Stato, Regioni ed Enti locali, in risposta ai principi di sussidiarietà, partenariato e collaborazione attiva. Ha proposto un profondo cambiamento nel modo di esercitare i poteri, promuovendo un modello meno verticistico e centralizzato, in favore di una maggiore apertura a diversi soggetti nel processo di elaborazione delle politiche, così da garantire una partecipazione più ampia delle istituzioni, dei cittadini e delle loro rappresentanze.

Infatti uno degli elementi di grande rilievo che caratterizza tutto l'impianto della riforma costituzionale è l'opportunità che è data alle Regioni e agli Enti locali di utilizzare una più ampia potestà legislativa per progettare e implementare nuove e più efficaci soluzioni in materia di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, sviluppando un modello che contemperi le criticità con gli elementi assolutamente positivi di questa riforma costituzionale affinché gli sforzi del legislatore regionale siano indirizzati alla progettazione e realizzazione di nuove ed efficaci soluzioni.

Uno strumento fondamentale, da valorizzare e potenziare, è rappresentato dal Coordinamento tecnico delle Regioni e delle Province Autonome in tema di tutela della salute e della sicurezza del lavoro, di cui la Regione Toscana svolge la funzione di capofila coordinatrice.

Rappresenta un'ulteriore occasione di innovazione nella costruzione del sistema a rete della prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro e costituisce un raccordo permanente fra le varie Amministrazioni pubbliche. Ciò ha permesso di creare un sistema di relazioni permanenti fra Ministeri, INAIL, ISPESL, di scambiare dati ed informazioni utili alla prevenzione; di progettare e programmare iniziative comuni. Grazie al funzionamento del Coordinamento sono stati elaborati indirizzi e linee guida uniformi per tutte le regioni, oltre a condividere, in sede tecnica, contributi su provvedimenti discussi in Conferenza permanente Stato-Regioni.

La Regione Toscana è impegnata a garantire, nel contesto del Coordinamento interregionale, il necessario supporto tecnico e giuridico affinché possano essere operate, a livello istituzionale, scelte sviluppate sulla base di proposte tecnicamente valide, capaci di valorizzare, accanto alle specificità derivanti dai diversi contesti economici, sociali e culturali, il patrimonio collettivo delle migliori esperienze realizzate.

3. Il coordinamento interistituzionale

La Regione Toscana ha costituito il Comitato di Coordinamento interistituzionale previsto dall'art.27 del D.Lgs.626/94: di esso fanno parte tutti gli enti ed organismi della pubblica amministrazione che operano nel settore della prevenzione e sicurezza sul lavoro a partire dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL, dalle Direzioni Regionali di INAIL, ISPESL, Ministero del Lavoro, Vigili del Fuoco, Sanità Aerea e Marittima. La Giunta regionale è impegnata a potenziare la funzione del Comitato prevedendone anche l'allargamento ad altri Enti ed Agenzie pubbliche, in particolare ad INPS ed IPSEMA, con periodici momenti di confronto con le forze sociali.

Il Comitato ha compiti di formulare proposte, esaminare i problemi applicativi della nuova normativa, proporre linee guida ed indirizzi tecnici, promuove il coordinamento fra le diverse strutture operative ai fini di una maggiore omogeneizzazione delle attività di vigilanza e controllo.

La Regione ha altresì stabilito di articolare il Comitato a livello territoriale istituendo in ogni ambito provinciale specifici organismi incaricati di definire e realizzare piani ed azioni a livello locale.

A riguardo, la Giunta Regionale è impegnata ad emanare indirizzi puntuali per il potenziamento delle funzioni di coordinamento che le Aziende USL sono chiamate a svolgere nell'ambito dei Comitati territoriali, impegnando direttamente i Direttori Generali, allargandone la partecipazione alle Autonomie locali e attivando periodiche consultazioni con le parti sociali.

Siamo inoltre profondamente convinti del fatto che la regolarità dei rapporti di lavoro sia presupposto indispensabile per garantire accettabili condizioni di salute e sicurezza.

Per questo la Regione Toscana promuove programmi di vigilanza integrata che prevedono una forte collaborazione operativa tra INAIL, INPS, Direzione regionale e provinciale del lavoro, Guardia di Finanza e servizi di prevenzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali con l'obiettivo di far emergere il lavoro nero ed irregolare.

In particolare la Regione Toscana, nel ruolo di coordinatrice del Comitato Tecnico Interregionale, è impegnata a collaborare nella definizione delle metodologie di intervento e delle priorità a livello nazionale, partecipando con propri referenti alle commissioni ministeriali ed interregionali.

4. I rapporti con l'Università degli Studi

La Giunta regionale assicura la collaborazione tra Università e sistema regionale della prevenzione, per favorire l'integrazione dei percorsi formativi, 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. In questo ambito potranno essere sviluppate forme di sperimentazione gestionale, anche con la costituzione di centri di ricerca interistituzionali, con lo scopo di studio dei fattori di nocività, dei relativi profili di rischio e delle azioni di prevenzione.

5. I Piani per lo sviluppo delle attività di prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro

I Piani per lo sviluppo delle attività di prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro dovranno rappresentare lo strumento per coordinare, anche a livello di ogni ambito territoriale, le iniziative da assumere, in relazione alle priorità e criticità rilevate, e dei piani integrati di salute e del Progetto speciale "La salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti".

L'esperienza maturata orienta ad una riconferma ed implementazione di tale strumento, effettuando, a livello regionale e territoriale, momenti di confronto e di verifica con le istituzioni e con le parti sociali e di coinvolgere, nelle diverse fasi di elaborazione, tutti gli operatori dei servizi interessati.

6. Le attività del dipartimento di prevenzione

Con l'entrata in vigore del D.Lgs. 626/94 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 e comunicazione;
- formazione ed assistenza;
- vigilanza e controllo.

6.1 Informazione e comunicazione

La Giunta regionale promuove la qualificazione delle attività di informazione e assistenza ai cittadini e il potenziamento delle funzioni di sportello.

Un requisito irrinunciabile delle attività di informazione è l'omogeneizzazione delle procedure secondo standard di attività condivisi a livello regionale e l'organizzazione delle attività di back office in base a criteri di trasparenza, unicità e semplificazione dell'azione amministrativa.

I servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro, entro il triennio di vigenza del presente piano, sono impegnati a promuovere azioni di comunicazione istituzionale nell'ambito del Piano aziendale.

La Regione Toscana e le Aziende USL hanno assunto precisi impegni ed iniziative per quanto riguarda la progettazione e la successiva realizzazione di importanti progetti di comunicazione, quali l'attivazione dello Sportello Unico della Prevenzione (S.U.P.), il Numero Verde per la Prevenzione, le pagine Web nel sito istituzionale della Regione Toscana.

A tale scopo saranno previste ulteriori iniziative per il coinvolgimento e la partecipazione degli operatori, al fine di migliorare il rapporto Sanità Pubblica/Utenza aumentando in quantità e qualità i servizi resi.

6.2 Formazione ed assistenza

I dati del Rapporto conclusivo del progetto di monitoraggio e controllo dell'applicazione del D.Lgs. 626/94 dimostrano come l'informazione e la formazione dei lavoratori, a dieci anni dall'entrata in vigore del decreto, siano ancora momenti critici nella realizzazione del sistema di prevenzione aziendale.

Le aziende sono risultate più adempienti nei confronti degli obblighi informativi rispetto a quelli formativi, processo più complesso ed impegnativo da sviluppare in termini organizzativi, di contenuto e di metodo.

La scarsa attenzione e importanza attribuita alla formazione è rappresentato anche dal dato che solo il 35% delle aziende oggetto dell'indagine ha elaborato un programma specifico, questo dato è particolarmente importante se si considera che la formazione alla sicurezza è un processo che deve accompagnare tutte le modifiche organizzative che si verificano all'interno dell'azienda.

Lo sviluppo di sinergie e forme di collaborazione con i Comitati paritetici territoriali, espressione delle organizzazioni datoriali e dei lavoratori, rappresenta una opportunità per promuovere in modo particolare la formazione dei lavoratori e dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Inoltre le opportunità offerte dal sistema di formazione professionale regionale potranno efficacemente contribuire alla qualificazione dei soggetti e dell'offerta formativa come dimostra l'approvazione dell'accordo attuativo del decreto legislativo 195/03 che definisce le capacità ed i requisiti professionali richiesti agli addetti e responsabili dei servizi di prevenzione e protezione dei lavoratori, che rappresenta una esperienza significativa anche per promuovere la formazione degli altri soggetti previsti dal D.Lgs. 626/94.

Analoghe iniziative potranno essere estese ai dirigenti e preposti, in quanto figure strategiche nei sistemi di gestione aziendali e di organizzazione del lavoro.

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 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'Aziende USL dovranno concordare iniziative specifiche per la formazione coordinata dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

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 informazione dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, per sostenerne la costituzione e favorirne l'agibilità e l'accesso nelle aziende.

6.3 Vigilanza e controllo

L'azione di vigilanza e controllo si conferma una funzione di fondamentale importanza per garantire l'applicazione della normativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro e, conseguentemente, condizioni maggiori di sicurezza per i lavoratori e per i cittadini in genere.

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 e igiene 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 giudiziaria, 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.

Le attività di controllo non devono essere rivolte esclusivamente a valutare il rispetto di standard di prevenzione, azienda per azienda, ma devono permettere di definire, nel territorio di competenza, la distribuzione dei livelli di esposizione a rischio per attività produttiva (o lavorazione, o fattore di rischio, ecc.), con particolare riferimento ai fattori organizzativi, agli impianti, alle attrezzature e alle macchine, agli agenti chimici, fisici, biologici, alla verifica ed indirizzo sugli aspetti tecnici correlati alla valutazione dei rischi ed ai piani di sicurezza.

A tali obiettivi contribuiranno anche le attività di verifica su impianti e macchine, con lo sviluppo di collaborazioni integrate con Enti competenti al controllo di mercato sui prodotti soggetti a Direttive comunitarie.

Nell'ambito delle attività di controllo rientra anche la valutazione di efficacia delle misure di prevenzione derivanti dall'applicazione in condizioni particolari dei criteri di igiene e sicurezza della buona tecnica, e delle misure preventive innovative rispetto agli stessi standard.

Nell'ambito della funzione di controllo rientra anche la rilevazione della distribuzione nella popolazione, o in gruppi della popolazione, dei danni alla salute e lo studio dell'associazione tra tali danni e i livelli di rischio specifico rilevati.

7. 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 vengono individuati come prioritari i seguenti settori lavorativi:

- edilizia;
- grandi opere infrastrutturali;
- settore estrattivo;
- settore conciario;
- settore cartario e cartotecnico;
- agricoltura e selvicoltura;
- meccanica e siderurgia;
- navi e porti;
- strutture sanitarie.

Nell'ambito delle strutture sanitarie la Giunta regionale si impegna a dare esecuzione al progetto ART (Archivio Radiologico Toscano) per:

- la gestione dell'archivio radiologico delle attrezzature che costituirà la base informativa per le azioni di vigilanza e programmazione regionale;
- la valutazione della dose da radiazioni alla popolazione della Regione Toscana.

Verranno promosse azioni di coordinamento ed indirizzo per l'esercizio delle competenze attribuite dalla legge regionale n.8/99, relativa all'autorizzazione e all'accreditamento istituzionale.

Ogni azienda sanitaria, sulla base delle situazioni locali, realizzerà i Piani mirati individuati dalla Regione e quelli proposti direttamente in relazione alle peculiarità del contesto territoriale, delle attività

produttive, dell'incidenza e gravità degli infortuni e delle malattie professionali, Per quanto riguarda i Piani mirati che, prevedendo la valutazione della esposizione professionale a determinati agenti di rischio, coinvolgono a vari livelli i Laboratori di Sanità Pubblica, è auspicabile la proposizione di piani di area vasta, sia in ragione della incisività e delle dimensioni dei piani stessi che per ottimizzare le potenzialità dei laboratori.

La Giunta regionale adotta un apposito provvedimento per definire gli indirizzi tecnici di programmazione e definizione dei piani mirati regionali e locali, prevedendo dei momenti di confronto e verifica con le parti sociali.

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 e controllo 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, che sempre maggiore importanza assume come determinante di infortuni e malattie professionali ed, in collaborazione con altri enti ed in particolare con INAIL, INPS e IPSEMA, 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 ed altri agenti cancerogeni 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 sanitaria sviluppate da parte dei medici di medicina generale, dei "medici competenti" e dei servizi di prevenzione delle Aziende USL.

5.2. Azioni di sviluppo e razionalizzazione dell'Offerta

5.2.1. Progetti obiettivo di alta integrazione: le strategie socio sanitarie

La strategia regionale di promozione di un sistema integrato di interventi socio sanitari ha come strumento fondamentale i progetti obiettivo ad alta integrazione, che costituiscono parte integrante e nucleo delle attività dei servizi socio sanitari territoriali; la loro realizzazione avviene nell'ambito della organizzazione sanitaria territoriale, ove costituita, della Società della Salute e della Zona-distretto, così come previsto dal Piano Sanitario Regionale 2002-2004- paragrafo 2.2 e secondo la modalità operativa dei Piani integrati di salute, di cui al paragrafo 3.1.2 del medesimo Piano Sanitario Regionale 2002-2004, 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.

I progetti obiettivo definiscono le strategie programmatiche specifiche per dare una risposta completa ed unitaria ai bisogni complessi in essi rappresentati, secondo i principi dell'unitarietà d'intervento, della continuità assistenziale, della valutazione multidimensionale del bisogno, del piano personalizzato di intervento, della progettazione integrata delle risposte sanitarie e sociali e della condivisione degli obiettivi, della valutazione partecipata e periodica degli esiti.

La metodologia di lavoro 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 e contrastare le disuguaglianze nell'accesso, per agevolare il raccordo tra il momento valutativo, identificativo del bisogno, e la messa a disposizione della risposta assistenziale necessaria, 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 di programmazione individuati nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004- paragrafi 2.4 e 3.1.2, si passerà 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 2002-2004, e a mettere a regime quelle già indicate e avviate con la Deliberazione del 26/04/2004, n. 402, 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. del Piano Sanitario Regionale 2002-2004 relativamente alle Società della Salute, al fine d'assicurare omogenea ed incisiva strategia aziendale nelle aree dei progetti obiettivo.

5.2.1.1 La salute degli anziani

La Toscana è una delle regioni italiane con il maggior numero di anziani in rapporto sia alla popolazione generale che ai giovani; nel 2001 si è registrata la presenza del 22,5% di ultrasessantacinquenni, il 10% dei quali presenta una condizione di non autosufficienza totale o parziale; le stime indicano un dato in continua crescita.

La salute degli anziani rappresenta pertanto la sfida del futuro, considerato l'allungamento della vita 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 intragenerazionali.

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, 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) Le residenze

Verificare e monitorare nel territorio l'attuazione della Deliberazione G.R. 402/2004 relativamente alla articolazione, nelle residenze sanitarie assistenziali, di diverse modularità mediante le quali viene garantita la possibilità di una risposta assistenziale appropriata, in base a quanto definito nel progetto di assistenza personalizzato. Il monitoraggio seguirà i livelli di programmazione di Zona-distretto e di Area Vasta, assicurando una cabina di regia sostenuta anche da percorsi di concertazione programmata.

c) Gli strumenti specifici per quanto riguarda l'assistenza domiciliare (ADI ed AD)

Completare la sperimentazione del modello organizzativo delle cure domiciliari (ADI) per le persone anziane non autosufficienti introducendo strumenti di valutazione delle condizioni di bisogno, modalità organizzative (Punto Unico di Accesso- PUA, cartella unica assistito, gruppo di progetto) ed articolazioni dei percorsi assistenziali (Livelli di intensità assistenziale) che configurano un processo assolutamente unitario ed integrato degli interventi di cura a domicilio delle persona con cronicità e complessità di carico assistenziale.

d) Le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

Riqualificare i nuclei distrettuali di valutazione (U.V.M.) in modo che gli operatori coinvolti siano adeguatamente in possesso delle competenze necessarie sia in ordine agli strumenti tecnici valutativi, sia in relazione agli aspetti organizzativi inerenti l'accesso ai servizi e l'utilizzazione delle risorse sanitarie e sociali disponibili.

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 si impegna a presentare le nuove procedure di valutazione delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente, raccogliendo i risultati dei progetti di ricerca (L.E.A. per l'assistenza ai malati di Ictus e di Alzheimer- Cure Domiciliari-) dove si sta sperimentando un nuovo strumento di valutazione denominato "Schema Polare". Tali procedure sostituiscono quelle approvate con Deliberazione del C.R.T. n.214/91.
- In tale circostanza la Giunta Regionale si riserva di emanare idonee direttive per l'assistenza geriatrica con riferimento ai principi di riconoscimento del ruolo del geriatra per le specificità, le caratteristiche e le peculiarità del paziente anziano nel regime di ricovero per acuti, e per assicurare la continuità assistenziale alla persona anziana, anche attraverso la consulenza specialistica necessaria nel territorio;
- richiedere alle Aziende USL ed ai Comuni associati, la formalizzazione delle U.V.M., indicando funzioni, responsabilità, professionalità coinvolte e riferimenti organizzativi unitari a livello distrettuale, prevedendo per altro la realizzazione di specifiche azioni formative rivolte ai componenti delle U.V.M. in modo da promuoverne la crescita di competenze e la consapevolezza del proprio ruolo;
- a prevedere l'estensione, anche temporale, della sorveglianza attiva verso le persone anziane non autosufficienti, avviata con Deliberazione GRT n° 301 del 29.3.2004 "Promozione degli interventi di salute nei confronti degli anziani nel periodo estivo", attraverso la sottoscrizione di un nuovo Protocollo d'intesa con le Autonomie Locali e le organizzazioni professionali.
- la Giunta Regionale si impegna a promuovere lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi dei servizi sociosanitari volti a valorizzare e integrare le risorse del territorio per l'assistenza a lungo termine delle persone con patologie cronico-degenerative, con particolare attenzione alle patologie neurologiche.

5.2.1.2 La salute mentale

Nel triennio di vigenza del Piano sanitario regionale 2002-2004 è proseguita l'azione di sviluppo e consolidamento dei servizi territoriali per la salute mentale; in particolare, la rete dei servizi è stata orientata ad assicurare l'assistenza ai malati più gravi e ad affrontare i problemi emergenti sia nel settore dell'infanzia-adolescenza che nel settore adulti.

Il quadro epidemiologico di questi ultimi anni, relativo alla popolazione che accede ai Servizi ha evidenziato che:

- aumenta l'accesso dei minori ai Servizi, fino al raggiungimento di una prevalenza media regionale superiore al 4%, con punte dell'8% (equivalenti ad un minore ogni tredici);
- nel settore adulti, la prevalenza di utenti afferenti ai Servizi è passata negli ultimi anni dall'1,5 al 2,5 della popolazione di riferimento (con punte fino al 3%), in conseguenza dell'incremento degli accessi delle persone portatrici di patologie tradizionalmente considerate minori (disturbi d'ansia e disturbi depressivi non psicotici);
- aumentano sempre di più i disturbi del comportamento, tra cui i disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.) e i disturbi noti come "doppia diagnosi", dove l'uso di sostanze si accompagna ad un disagio psicopatologico;
- i problemi relativi alla salute mentale hanno avuto maggiore visibilità nell'ambito della Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta. Il fenomeno, già rilevato dalle ricerche epidemiologiche sulla popolazione che segnalavano tassi di prevalenza vicini al 25-30%, è stato confermato dagli studi sull'uso dei farmaci psicoattivi. Oggi, non meno del 15% della popolazione adulta richiede e riceve, almeno una volta l'anno, prescrizioni psicofarmacologiche nell'ambito della medicina generale;
- vi è stato un progressivo invecchiamento della popolazione, con il conseguente incremento dei disturbi psicosomatici;

Tali dati confermano che stiamo attraversando una nuova fase che è caratterizzata da un cambiamento, sia del quadro epidemiologico che degli atteggiamenti culturali della popolazione, nei riguardi della sofferenza psichica ed evidenziano il diffondersi di condizioni di malessere sociale e di disagio psichico sia nell'infanzia e negli adolescenti, sia nella popolazione adulta con la conseguente necessità di coinvolgimento della medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Aumenta, inoltre, l'esigenza di una cultura nuova, che trova espressione in una dimensione ormai planetaria e che fa riferimento, da una parte, all'uomo, inteso nella sua spiritualità ed universalità, dall'altra, al recupero delle radici tradizionali e delle identità locali.

A fronte dell'incremento di richieste di intervento e dell'aumento epidemiologico del disagio psichico, si rende pertanto necessario per il prossimo triennio:

- a) assicurare una costante azione di verifica sulla situazione epidemiologica e sulla congruità dell'assetto dei servizi rispetto ai bisogni rilevati;
- b) proseguire il processo di cambiamento avviato in questi anni ribadendo i principi che devono orientare l'assetto dei servizi per la salute mentale:
 - non solo servizi psichiatrici, bensì concorso di più professionalità per un'azione complessiva multiprofessionale e multidimensionale di tutela della salute mentale, dalla prevenzione alla cura, sia per gli adulti che per l'età infantile e adolescenziale;
 - sistema di servizi in "rete", quale strumento di percorsi assistenziali fortemente orientati ad assicurare la continuità dell'assistenza e le finalità riabilitative;
 - rifiuto di logiche "istituzionalizzanti" e di segregazione;
 - scelta di "servizi di comunità" a forte interazione con la comunità locale, per la costruzione di percorsi di condivisione e di sostegno e di azioni di recupero e di reinserimento sociale; servizi di comunità, intesi come servizi comprensivi e dipartimentali, unitari per tutte le fasce di età e per tutte le patologie secondo le indicazioni dell'OMS;
 - ampia attenzione ai servizi per l'infanzia e l'adolescenza, come "luoghi di primo accoglimento" e cura della diffusa e variegata domanda dei minori e delle loro famiglie riguardo al malessere, al disagio psicologico e al disturbo psichico, che inizia a manifestarsi o è già conclamato;
- c) rafforzare i servizi territoriali attraverso la razionalizzazione delle risorse ed un adeguamento delle stesse, sulla base di un Piano organico delle attività per la salute mentale di tutto il Dipartimento di Salute Mentale, articolato per zona;

- d) sviluppare in ogni azienda unità sanitaria locale una efficiente/efficace “rete” dei servizi di salute mentale, integrati con gli altri servizi sia sanitari che sociali, in grado di rispondere ai bisogni vecchi e nuovi della popolazione e di assicurare, in modo particolare:
- 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, di tutela e promozione dei diritti, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali;
 - l’alta integrazione fra i servizi dedicati all’infanzia e all’adolescenza, in modo da creare appropriati interventi di rete, a sostegno dei percorsi evolutivi dei minori e delle loro famiglie;
 - 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;
 - la ricerca di forme nuove di trattamento fondate su approcci rispettosi ed attenti alla dignità personale ed alla unicità e complessità dell’essere umano.
- e) confermare le strategie complessive per la tutela della salute mentale, definite con il progetto obiettivo contenuto nel Piano sanitario regionale 1999–2001, nel Piano sanitario regionale 2002–2004 e con la deliberazione della G.R. n. 596 del 16.6.2003, con particolare attenzione alle strategie per la prevenzione nelle fasce giovanili.

Linee di sviluppo nel triennio:

1. assicurare l’integrazione dei servizi sanitari e sociali e promuovere la sinergia 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 accoglienza, 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 eterofamiliari, ecc.);
3. promuovere e sostenere nei servizi la cultura ad operare sulla prevenzione primaria e secondaria e a lavorare per “progetti di guarigione”, anche con lo sviluppo di percorsi sperimentali ;
4. favorire la partecipazione degli utenti, dei familiari, degli operatori e delle associazioni, che operano attraverso strumenti di partecipazione a livello aziendale e regionale;
5. potenziare l’azione di sostegno alle famiglie attraverso l’istituzione di servizi d’ascolto e d’informazione, con linee telefoniche dedicate in ogni Dipartimento di Salute Mentale: rilevata troppo debole la rete di protezione organizzata attorno alle famiglie al cui interno è presente un componente che soffre di disturbi psichiatrici, saranno attivate azioni specifiche, particolarmente nei casi più gravi, per aiutare le famiglie a sostenere le responsabilità che gravano su di loro, per orientarle ai fini del percorso terapeutico riabilitativo del paziente e per evitare la compromissione dello stato di salute degli altri componenti della famiglia stessa;
6. affrontare in modo sistematico i temi della promozione della salute mentale e della prevenzione, agendo non solo sull’individuo, ma anche sulla famiglia e sul gruppo allargato, attraverso strategie a lungo termine, nelle strutture della 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 soggetti con disturbi neurologici e psichiatrici, costituiscono il principale strumento di prevenzione primaria e secondaria.
7. implementare il processo di riqualificazione del sistema dei servizi di residenzialità, già avviato nel periodo di vigenza del Piano Sanitario Regionale 2002-2004, con lo sviluppo delle seguenti azioni:
 - a) adozione, da parte della Giunta regionale, di linee guida che orientino le aziende unità sanitarie locali nella riorganizzazione dei servizi di residenzialità per la salute mentale, nel rispetto dei seguenti principi:

- le strutture residenziali per la salute mentale , di competenza psichiatrica, sono strutture extra ospedaliere attraverso cui si realizza una parte del programma terapeutico e riabilitativo per soggetti che necessitano di residenzialità per tempi definiti secondo il piano terapeutico-riabilitativo individuale ovvero per il trattamento di situazioni di acuzie trattabili senza dover ricorrere al ricovero ospedaliero;
 - le strutture rappresentano un “nodo” della rete dei servizi per la salute mentale e devono differenziarsi e potersi modulare al loro interno in base alle esigenze dell’utenza ed agire in un’ottica di integrazione tra loro e con tutti gli altri luoghi di cura e di riabilitazione del Dipartimento di Salute Mentale, ivi comprese le abitazioni delle persone in trattamento;
 - le strutture residenziali socio sanitarie sono luoghi di supporto alla cura, da attraversare temporaneamente per favorire un graduale e duraturo inserimento sociale dei pazienti, nella prospettiva di una sistemazione in una casa di civile abitazione;
 - l’inserimento e la permanenza in una struttura devono essere definiti nell’ambito del progetto riabilitativo personalizzato, in accordo con il paziente e possibilmente con i familiari, in modo da evitare qualsiasi forma di istituzionalizzazione;
 - le residenze devono essere istituite in modo tale da favorire il contatto con la comunità locale e il coordinamento con tutte le risorse sociali e civili presenti nel territorio, quali le Associazioni di Auto Aiuto e di Auto Mutuo Aiuto degli utenti, le Associazioni dei familiari, le Associazioni di Volontariato e di tutela e promozione dei diritti, le Cooperative sociali, i Comuni ed altri Enti ed istituzioni pubbliche;
- b) riorganizzazione nelle Aziende USL dell’attuale assetto dei servizi di residenzialità ed eventuale sperimentazione di nuove strutture ad alta intensità e specializzazione dirette a favorire programmi di Area Vasta sulla base degli indirizzi forniti dalla Giunta regionale come indicato al precedente punto a);
- c) attivazione di almeno una struttura residenziale per Dipartimento di Salute Mentale ad alta intensità e breve durata di trattamento per soggetti giovani-adulti sul modello della comunità terapeutica e sviluppo di almeno una struttura residenziale sul modello della comunità terapeutica per adolescenti con disturbi psicopatologici complessi nell’ambito di ogni Area Vasta;
8. ricondurre a maggiore appropriatezza il ricorso alla funzione di ricovero nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura (S.P.D.C.), in termini di riduzione del numero delle persone ricoverate, delle reiterazioni e delle durate dei ricoveri stessi:
- evitando ogni forma di contenzione fisica e limitando allo stretto necessario il ricorso a quella farmacologia, che dovrà comunque essere attentamente monitorizzata;
 - avvalendosi dell’utilizzo di idonee soluzioni residenziali alternative e possibili sperimentazioni di servizi territoriali aperti 24 ore su 24, con disponibilità di spazi dedicati alla gestione della crisi;
 - mettendo in atto l’elaborazione partecipata del progetto terapeutico-riabilitativo, nel rispetto della persona e delle sue potenzialità;
9. rafforzare e adeguare gli interventi volti all’infanzia e adolescenza, tenendo conto delle seguenti esigenze:
- a) rispondere ai “bisogni emergenti” - cioè ai nuovi disagi ed ai nuovi disturbi: in particolare; i disturbi alimentari psicogeni, la “doppia diagnosi”, i disturbi derivanti da eventi traumatici, come gli abusi ed i maltrattamenti ed i disturbi connessi alla “nuova marginalità” degli immigrati, che le modificazioni socio-ambientali e familiari degli ultimi anni hanno contribuito a rendere evidenti;
- b) rafforzare l’integrazione tra servizi - quali le Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza e Adulti, le Unità Funzionale attività Consultoriali, i Consultori Giovani, i Servizi Tossicodipendenze (Sert), i Servizi dei Comuni dedicati all’infanzia e all’adolescenza, per perseguire il benessere e la salute dei bambini, dei ragazzi e degli adolescenti ed affrontare i bisogni e le richieste emergenti dagli stessi e dalle loro famiglie, attraverso un’azione comune, con la rete pediatrica regionale, la scuola e le Associazioni di volontariato;
- c) individuare i percorsi che portano all’ insorgenza dei vecchi e dei nuovi problemi per poter intervenire preventivamente;
- d) sviluppare specifiche soluzioni residenziali e terapeutico-riabilitative per la gestione delle situazioni di crisi psichiatrica acuta in utenti adolescenti, in alternativa al ricovero.
- A tal fine è necessario concludere il processo di riorganizzazione dei servizi per l’età evolutiva, completando l’istituzione delle Unità Funzionali Infanzia Adolescenza in ogni azienda unità

- sanitaria locale e assegnando alle stesse risorse e personale, sulla base degli standards che saranno definiti dalla Direttiva regionale;
10. rafforzare il ruolo e la consapevolezza all'interno dei servizi, per un'azione responsabile a tutela della salute mentale, mediante:
 - a) il riadeguamento e la riorganizzazione dei servizi, sulla base delle disposizioni contenute nel citato progetto obiettivo del Piano sanitario regionale 1999-2001 e nella deliberazione della Giunta regionale n. 596 del 16 giugno 2003, con particolare riferimento alla:
 - istituzione del Dipartimento di salute mentale (DSM) in ogni ASL, che avverrà anche sulla base di un atto di indirizzo della Giunta regionale sentiti i rappresentanti dei dipartimenti, quale garante, all'interno del Servizio Sanitario Regionale, della risposta globale ai bisogni di salute mentale della comunità, supporto alla direzione aziendale e strumento di coordinamento delle Unità Funzionali Salute Mentale zonali per un'azione strategica complessiva sulla salute mentale, sia nell'ambito dell'Area Vasta che in quello della sperimentazione delle Società della Salute;
 - costituzione, con effettiva attribuzione del personale con i profili professionali pertinenti, delle Unità Funzionali Salute Mentale Adulti e Infanzia Adolescenza zonali, in quanto fulcro dell'erogazione dei servizi nell'ambito della Zona/Distretto;
 - b) lo sviluppo di interventi costanti di riqualificazione e di formazione professionale continua degli operatori;
 - c) il rafforzamento della collaborazione, per quanto riguarda l'infanzia, con la rete pediatrica regionale, anche attraverso specifici protocolli per la gestione dei soggetti con problemi neurologici e psichiatrici, che necessitino di interventi specialistici_interdisciplinari presso le strutture ospedaliere, a fini diagnostici e terapeutico-riabilitativi;
 - d) la collaborazione con le cliniche universitarie nella 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-riabilitativa in ambiti territoriali definiti, anche al fine di assolvere alla funzione didattica e formativa.
 11. Proseguire il percorso avviato nel triennio di vigenza del Piano Sanitario Regionale 2002-2004 finalizzato a garantire adeguati livelli assistenziali alle persone malate di mente internate o detenute nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario ed il loro recupero sociale, mediante la realizzazione, nell'ambito della programmazione di Area Vasta, di specifiche strutture e di specifici servizi finalizzati a garantire percorsi di cura e di riabilitazione_psicosociale, da realizzare in stretta integrazione con il territorio e in collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria.

Gli impegni della Giunta regionale

La Giunta regionale si impegna a:

1. 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 necessari, nonché delle risorse necessarie;
2. emanare, entro sei mesi dall'approvazione del presente Piano sanitario regionale, indirizzi e linee guida in ordine alla riorganizzazione dei servizi territoriali e di ricovero per la salute mentale e alla definizione degli standards di riferimento, tenuto conto della necessità di un adeguamento dei servizi in relazione alla crescente domanda di salute mentale;
3. promuovere e sostenere in ogni Azienda unità sanitaria locale la sperimentazione di un servizio di consulenza tra Dipartimento di Salute Mentale e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, organizzato a livello della zona-distretto, per favorire la prevenzione e l'intervento precoce del disagio mentale;
4. promuovere la sperimentazione di interventi diretti ad attivare servizi territoriali operanti nel corso delle 24 ore, in grado di accogliere e di dare risposte tempestive anche a persone in situazioni di crisi;
5. adottare direttive per definire i livelli assistenziali necessari alla realizzazione della rete di servizi per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.), sulla base dei programmi e degli indirizzi di cui al paragrafo "Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.)" del Progetto 10 - Alimentazione e salute del presente Piano Sanitario Regionale e sostenere progetti per il consolidamento di tali servizi;

6. adottare direttive per definire programmi, indirizzi e livelli assistenziali necessari, all'interno dei servizi di salute mentale, per la diagnosi precoce, anche in collaborazione con i pediatri di libera scelta nell'ambito del bilancio di salute del 18° mese, il trattamento dei disturbi dello spettro autistico (A.S.D.), per i percorsi di presa in carico, per l'attivazione di strutture per adulti (nella logica di favorire il "dopo di noi") e per i percorsi di accoglienza ospedaliera, dando attuazione alla deliberazione della Giunta regionale n. 393 del 13/4/2001;
7. promuovere la realizzazione di iniziative di formazione, aggiornamento e ricerca scientifica, da parte degli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale, anche con la partecipazione dell'Università;
8. favorire lo sviluppo di intese convenzionali tra università e aziende sanitarie, avendo come riferimento l'esperienza effettuata in questi anni con l'Università di Firenze, per ampliare l'esperienza di lavoro territoriale dell'Università, in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale, ai fini dell'assistenza, della formazione e della ricerca;
9. favorire la realizzazione in ogni Azienda unità sanitaria locale di strutture residenziali ad alta assistenza per giovani adulti e l'attivazione nell'ambito dell'Area Vasta Centro e dell'Area Vasta Sud-est di strutture residenziali per adolescenti con disturbi psichiatrici complessi, sulla base dell'esperienza già realizzata nell'ambito dell'Area Vasta nord ovest, dall'Azienda unità sanitaria locale di Livorno;
10. assicurare la completa messa a regime del sistema informativo regionale sulla salute mentale, sulla base del progetto approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n.1181 del 28.10.2002;
11. sviluppare azioni di farmacovigilanza e un costante monitoraggio sull'utilizzo dei farmaci antidepressivi e sulle modalità con cui vengono prescritti;
12. favorire la sperimentazione di modalità terapeutiche orientate all'utilizzo di trattamenti non convenzionali;
13. garantire il consolidamento del processo, avviato nel triennio di validità del P.S.R. 2002-2004 nel campo del protagonismo degli utenti, attraverso lo sviluppo di progetti innovativi diretti a favorire la crescita dei gruppi e delle associazioni di Auto Aiuto e di Auto Mutuo Aiuto degli utenti promuovere, con l'apporto di tali Associazioni e delle organizzazioni di tutela dei diritti, lo sviluppo di azioni volte a diffondere nella popolazione, attraverso adeguate azioni di informazione, una corretta conoscenza dei disturbi mentali e della loro curabilità, al fine di combattere qualsiasi forma di pregiudizio ed emarginazione delle persone che vivono una sofferenza psichica.

Gli impegni delle Aziende unità sanitarie locali

Le Aziende unità sanitarie locali sono impegnate a dare piena attuazione alle indicazioni programmatiche contenute nel presente Piano Sanitario Regionale.

In particolare, dovranno assicurare:

1. la definizione e la realizzazione di un piano organico delle attività per la salute mentale, articolato per zona, con la destinazione delle risorse necessarie, nell'ambito della programmazione di Area Vasta e della concertazione con gli Enti locali, o attraverso le Società della Salute, laddove costituite;
2. la riqualificazione e il potenziamento del sistema dei servizi per la salute mentale, mediante:
 - la realizzazione di un assetto organizzativo coerente e adeguato alle finalità definite dal PSR, in modo conforme alle indicazioni emanate con la più volte richiamata Deliberazione della Giunta Regionale n. 596 del 16.6.2003;
 - il completo sviluppo della rete dei servizi per la salute mentale adulti e infanzia adolescenza, con l'assegnazione del personale necessario, in relazione a parametri demografici e alle caratteristiche del territorio, per assicurare l'effettiva accessibilità ai servizi e la copertura assistenziale per tutti i giorni della settimana e, per le crisi, 24 ore su 24;
3. la completa realizzazione di un sistema informativo sulla salute mentale, in grado di rispondere alle caratteristiche indicate dalla citata deliberazione della Giunta Regionale n.1181 del 28.10.2002, al fine di consentire una attenta lettura dei bisogni della popolazione e una programmazione rispondente dei servizi.
4. la piena partecipazione delle Unità Funzionali di salute mentale nell'elaborazione del Piano integrato di salute di zona favorendo nel contempo la concertazione con la Provincia, i Comuni e gli altri soggetti pubblici e privati del territorio di attività che possono incidere concretamente sui processi di inclusione sociale con particolare attenzione ai problemi abitativi e lavorativi."

5.2.1.3 La disabilità

“I percorsi socioassistenziali”.

Affrontare il tema della disabilità significa avere presente la globalità della persona con ridotte capacità funzionali al fine di valutarne complessivamente le condizioni di bisogno e di impostare un progetto di intervento che possa migliorarne lo stile di vita.

Le politiche regionali tendono a recuperare una dimensione unitaria delle strategie di intervento verso la persona con disabilità, assicurando livelli efficaci di governo e di coordinamento territoriale, e articolando la gamma delle risposte sulla prevalenza delle caratteristiche riabilitative o socioassistenziali del piano di intervento.

Diventa così centrale la distinzione tra progetti di intervento che si prefiggono l'obiettivo di un recupero tangibile di capacità funzionali, con una logica quindi di riabilitazione, e progetti che affrontano l'area della cronicità, con logiche e finalità prevalentemente di lungo assistenza.

L'orientamento di Piano è quello di individuare elementi di specificità dei singoli percorsi (assistenziale e riabilitativo) ed azioni comuni che qualificano l'insieme della rete dei servizi nel settore della disabilità.

In Toscana, nell'anno 2003, si registra il 58% di disabilità gravi sul totale di soggetti accertati in base alla L.104/92, 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 sociosanitaria 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 e 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 socioassistenziali 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 4.3.4.;
- coordinare i servizi ai quali la persona disabile intende accedere, per garantire la piena realizzazione del piano individuale di recupero ed inserimento;

- definire le modalità di valutazione del grado di raggiungimento dei risultati e della qualità degli interventi;
- 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 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;
- definizione e approvazione delle linee guida per sperimentare, dove è possibile, la "vita indipendente" della persona disabile.

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.

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 adotta gli schemi di percorso assistenziale per la persona disabile.

“Indicazioni programmatiche integrate con l’assistenza riabilitativa, per lo sviluppo, nel triennio, delle politiche socioassistenziali e riabilitative verso la persona disabile”

Confermando l’obiettivo di finalizzare gli interventi al raggiungimento della massima autonomia ed integrazione della persona disabile nel contesto familiare e nella vita sociale, la Giunta si impegna nell’arco di validità del PSR 2005-2007, ad approvare linee guida e ipotesi di modelli organizzativi integrati che siano coerenti con le finalità ed i contenuti del Piano d’azione, di prossima approvazione, sulla disabilità previsto dal PISR 2002-2004, che ridefiniscano il processo assistenziale nella sua globalità e continuità, ridisegnando le sue caratteristiche fondamentali.

Suddetto atto di indirizzo, costruito con la logica di affermare e realizzare la unitarietà delle politiche di assistenza verso la persona con disabilità, affronterà gli elementi critici del sistema e individuerà azioni mirate finalizzate a:

- attuare strategie educative per il mantenimento dell’autonomia e dell’autosufficienza residua unitamente all’eventuale recupero degli esiti invalidanti;
- aggiornare i criteri di valutazione dei bisogni, dalla fase di accertamento a quella progettuale, ricavando dall’ICF, attraverso un percorso sperimentale in tutto il territorio regionale con il coinvolgimento dei servizi assistenziali e riabilitativi, criteri di approccio multidimensionale e modalità di progettazione integrata che permettano anche di riflettere sui modelli organizzativi territoriali toscani;
- monitorare le procedure di valutazione da parte dei nuclei distrettuali, dello stato funzionale delle persone con problemi di disabilità all’interno dei percorsi di presa in carico integrata (sociale e sanitaria);
- rivedere i requisiti organizzativi e dimensionali delle strutture residenziali e semiresidenziali in ordine alle loro finalità riabilitative e socio assistenziali;
- garantire la riabilitazione del disabile in forme appropriate per mantenere e potenziare le sue capacità residue, limitando le inevitabili complicanze;
- orientare il governo dei percorsi socio riabilitativo assistenziali per persone pluridisabili e pluriminorati con gravità e l’individuazione di riferimenti regionali per la programmazione a livello di Area Vasta;
- avviare azioni innovative e sperimentali nell’ambito della “demotica”;
- dare 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.

5.2.1.4 La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze

Negli ultimi anni l’uso di sostanze stupefacenti e psicotrope ha assunto proporzioni sempre più vaste, interessando ampi strati di fasce di popolazione, in particolare quella giovanile, in considerazione della forte diffusione sul mercato illecito di nuove e vecchie sostanze (eroina, cocaina, sostanze sintetiche etc.).

Le ricerche e gli studi epidemiologici effettuati nel settore evidenziano altresì, oltre al notevole abbassamento dell’età del consumo, rituali e abitudini assuntive “nuove” rispetto a quelle tradizionali facendo emergere il fenomeno della “poliassunzione”, cioè l’uso contemporaneo o alternato di più sostanze associato in moltissimi casi ad alcol e farmaci, nonché la comparsa di altre forme di dipendenza patologica non correlata all’uso di sostanze quali il gioco d’azzardo, la dipendenza da internet etc.

Queste diverse modalità e abitudini di consumo determinano un forte impatto sociale e sanitario con la conseguente necessità di individuare e definire politiche socio-sanitarie in grado di comprendere l’ampiezza e la complessità del fenomeno ed affrontare le problematiche ad esso collegate in modo rapido ed efficace in termini di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope, legali e illegali, e da “dipendenza senza droga”.

Ne deriva pertanto la necessità di aggiornare costantemente le azioni per far fronte allo sviluppo dei problemi presenti. In tal senso sia il Piano sanitario regionale 1999-2001 che il Piano Sanitario regionale 2002-2004 avevano 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 2005-2007

La Regione Toscana con la precedente programmazione sanitaria e sociale aveva già compreso l’espandersi e l’evoluzione del fenomeno allestendo un sistema a rete di servizi pubblici e del privato no-profit capace di intervenire in modo tempestivo ed appropriato e di fornire risposte articolate e flessibili alle vecchie e nuove richieste di aiuto delle persone con problemi di dipendenza e delle loro famiglie.

In un’ottica di continuità con la precedente programmazione le linee strategiche precedente Piano sanitario regionale occorre proseguire nel rafforzamento e nel consolidamento delle azioni di prevenzione, cura e riabilitazione già intraprese; le linee programmatiche strategiche di sviluppo per il prossimo triennio sono pertanto 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;
- integrazione degli 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 nel quadro dell’integrazione e qualificazione dei servizi territoriali;
- rafforzamento del rapporto di collaborazione tra i servizi pubblici e gli Enti Ausiliari, 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 sensibilizzazione e di promozione della salute diretti a contrastare la diffusione dei consumi di sostanze psicotrope, legali ed illegali, ed a ridurre i rischi correlati, anche mediante servizi di consulenza e di orientamento, in particolare in ambito sportivo;
- azioni 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 e dei luoghi del divertimento giovanile, anche attraverso protocolli d’intesa con le Associazioni dei gestori di locali da ballo;
- 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;
- 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 regionale informativa dei servizi pubblici e del privato sociale per porre in atto una costante attività di osservazione epidemiologica, in collaborazione con l’ARS, al fine di orientare le scelte della programmazione regionale e territoriale;
- consolidamento della rete regionale dei centri di documentazione sulle dipendenze quale utili strumenti di informazione, formazione e aggiornamento degli operatori in un settore in continuo e notevole cambiamento;
- consolidamento nelle aziende unità sanitarie locali dei servizi per le dipendenze attraverso:
 - l’apposito dipartimento di coordinamento tecnico a livello aziendale, già previsto dai precedenti Piani Sanitari Regionali, 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 dei 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.

b) Gli impegni per il triennio

La Giunta regionale, nel triennio del Piano sanitario regionale, provvede prioritariamente a sostenere e sviluppare azioni specifiche per le seguenti aree di attenzione:

1. Riqualificazione e diversificazione dei Servizi, pubblici e del privato no-profit, in relazione all'evolversi e al mutare del fenomeno

- 1.1 Revisione della normativa regionale in materia di organizzazione dei servizi pubblici e privati per le dipendenze;
- 1.2 Azione Programmata regionale per l'individuazione dei percorsi assistenziali oggetto di concertazione di Area Vasta quali:
 - Centri per abuso e dipendenza da cocaina e/o psicostimolanti,
 - Dipendenze senza sostanze quali il gioco d'azzardo patologico, dipendenza da video, internet ecc.;
 - interventi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali per problematiche emergenti (minorenni dipendenti da sostanze, tossico-alcoldipendenze e genitorialità, stranieri, gravi marginalità e condizioni di degrado, ecc.);
- 1.3 Consolidamento e rimodulazione della sperimentazione delle nuove tipologie di servizi, residenziali e semiresidenziali avviata dalla Giunta regionale con deliberazione 1165/2002 "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di interventi nel settore delle dipendenze patologiche e sperimentazione regionale delle tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'Atto di Intesa Stato/Regioni del 5 agosto 1999" e definizione di nuove modalità di intervento (programmi di rete, interventi a bassa soglia, azioni innovative per la riduzione del danno);
- 1.4 Completamento del processo di accreditamento istituzionale del settore;
- 1.5 Indirizzi alle Aziende USL per l'attivazione del Comitato delle Dipendenze Patologiche quale organo di coordinamento con le Aziende USL e/o delle nuove sperimentazioni gestionali (Società della Salute) per assicurare flessibilità organizzativa, integrazione e appropriatezza degli interventi e collaborazione paritetica tra servizi pubblici, Enti Ausiliari e Terzo Settore;
- 1.6 Iniziative di formazione, riqualificazione professionale e sviluppo della ricerca nel settore;
- 1.7 Indicazioni alle Aziende Sanitarie per il trattamento in regime di ricovero ospedaliero delle dipendenze patologiche e delle patologie concomitanti, in particolare psichiatriche;
- 1.8 Sistema Informativo delle Dipendenze: piena messa a regime dell'integrazione tra pubblico ed Enti Ausiliari per la gestione omogenea e integrata dei processi assistenziali, per la risposta ai debiti informativi regionali e nazionali e per orientare le scelte programmatiche, regionali e locali, nel settore;
- 1.9 rafforzamento, stabilizzazione e aggiornamento della rete dei Centri di Documentazione per le Dipendenze, quale strumento di informazione, formazione e aggiornamento degli operatori del settore, destinando a tal fine un finanziamento annuale di Euro 150.000,00.

2. Sostanze legali

2.1 Alcool

- 2.1.1 Revisione dell'Azione Programmata: "organizzazione dei servizi alcolologici" di cui alla deliberazione del Consiglio regionale n. 281/1998, 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";
in tale ambito dovranno essere ridefiniti e previsti:

- l'assetto organizzativo e funzionale della rete dei servizi per le problematiche di alcoldipendenza e alcolcorrelate;
- individuazione di posti letto ospedalieri per le persone con problemi alcolcorrelati complessi che richiedono interventi specifici, intensivi e multidisciplinari;
- strutture territoriali residenziali e/o semiresidenziali (1 per Area Vasta) per quei pazienti che presentano un quadro clinico stabilizzato ma che abbisognano di interventi multidisciplinari integrati (medico-psicologici-educazionale) finalizzati all'acquisizione e/o recupero di abilità cognitive-comportamentali-sociali perdute durante il periodo di alcolismo;
- ridefinizione dei compiti e del ruolo del Centro Alcolologico Regionale, in collaborazione con i servizi pubblici territoriali, le realtà del volontariato e dell'auto-aiuto e con le diverse agenzie regionali, quale centro di riferimento regionale per gli interventi di formazione, prevenzione, documentazione, epidemiologia, ricerca clinica, trattamento e sperimentazione di nuovi modelli di cura; al fine di agevolare e rafforzare il funzionamento del Centro Alcolologico Regionale, le risorse previste dall'Azione Programmata: organizzazione dei servizi alcolologici” di cui alla Deliberazione del Consiglio 281/1998, sono erogate direttamente all'Azienda Ospedaliera Careggi, presso la quale è istituito il CAR;
- valorizzazione dei gruppi del volontariato e dell'auto-aiuto e rafforzamento dell'integrazione con la rete dei servizi pubblici.
- Attribuzione al Centro Alcolologico Regionale delle funzioni di monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati di cui all'art.3, comma c), della legge 125/2001; le risorse previste per il monitoraggio e derivanti dalla legge 125/2001 sono assegnate all'Azienda Ospedaliera Careggi presso la quale ha sede il CAR.

2.2 Tabagismo

- 2.2.1 Sviluppo delle iniziative di formazione del personale che opera nei Centri Antifumo, anche attraverso accordi con le Università toscane;
- 2.2.2 Realizzazione di iniziative di prevenzione innovative mirate alle fasce di popolazione maggiormente a rischio (giovani e adolescenti);
- 2.2.3 Ottimizzazione della rete dei Centri Antifumo attraverso la definizione dei requisiti minimi organizzativi, l'omogeneizzazione dei programmi di trattamento e del sistema tariffario;
- 2.2.4 La realizzazione di interventi di disassuefazione in ambienti che facilitino la cura di sé e il benessere della persona (es. stabilimenti termali);
- 2.2.5 Realizzazione di iniziative di sostegno negli ambienti di lavoro per l'applicazione della normativa sul divieto di fumo (consulenza ai datori di lavoro, attività di sensibilizzazione e informazione sui rischi da fumo attivo e passivo).

3. Assistenza in ambito penitenziario

- 3.1 Sostegno al processo di qualificazione dei servizi e degli interventi in ambito penitenziario e rafforzamento della rete esterna al carcere per un più efficace intervento delle misure alternative e per un pieno reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti alcol e tossicodipendenti.

5.2.1.5 L'assistenza materno infantile

Il 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, sono risultati validi anche nel precedente Piano sanitario Regionale e sono confermati anche per il prossimo triennio. 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. È 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 2005-2007 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" secondo gli standard assistenziali di qualità e le funzioni a questi collegate anche come stabilito nel documento della Rete materno-infantile regionale. Infatti risulta prioritario lo sforzo di dare omogeneità e qualità alle varie realtà ospedaliere nel rispetto delle indicazioni del Piano Sanitario precedente e delle raccomandazioni delle Società Scientifiche;
- migliorare l'assistenza al parto con orientamento a:
 - sviluppare gli interventi volti all'umanizzazione dell'assistenza anche rispettando la fisiologicità dell'evento parto, 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 anche attraverso l'Osservatorio Regionale nato allo scopo di coordinare le iniziative attraverso tutto il percorso nascita;
 - 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 realizzare a pieno quanto già stabilito nel documento della Rete Regionale Materno Infantile con la messa in "rete" e la razionalizzazione/omogeneizzazione delle

risorse e delle strutture al fine di migliorare la 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 3.5.2;
 - 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, diffondere e sostenere 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 4.2.2;
- 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 (anche attraverso la traduzione del libretto/protocollo di gravidanza e del libretto pediatrico nelle lingue delle comunità più numerose).

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 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.

5.2.1.6. Le attività consultoriali

La Giunta Regionale, nell'arco di vigenza del presente Piano, è inoltre impegnata a definire la rete consultoriale regionale individuando, in un momento storico caratterizzato da profondi mutamenti socio-culturali, il ruolo dei consultori familiari nella specificità della realtà toscana.

I consultori familiari in Toscana costituiscono una presenza capillare, conosciuta e significativa nell'ambito dell'assistenza materno-infantile, ma è forte la richiesta di una strategia più articolata in favore della famiglia, della coppia, del singolo e degli adolescenti in un contesto di problematiche che da emergenti oggi risultano strettamente connesse al tessuto sociale: la presenza consolidata di donne straniere, la riduzione della natalità, la procreazione in età avanzata, la sterilità, sono solo alcuni dei fattori determinanti il sistema di relazioni.

A questo sistema complesso possono dare risposta positiva i consultori, inseriti in un rete territoriale di servizi, se qualificati a fornire le prestazioni indicate nella legge 194 del 1978, con particolare riferimento agli articoli 2 e 5 della stessa legge concernente le finalità dei consultori e le modalità di attuazione dei servizi. Lo sviluppo di equipe multiprofessionali e la strutturazione di

percorsi di invio a servizi e professionisti del settore socio-sanitario devono poter consentire la risposta a bisogni tradizionali ma complessi (per es. accoglienza alla famiglia con disagio) e a bisogni emergenti (per es. accoglienza dell'utenza maschile sia in età adolescenziale che in andropausa) in un approccio che non sia esclusivamente sanitario ed ambulatoriale e che consenta l'interazione con le componenti sociali del territorio.

Il monitoraggio dell'attività deve essere condiviso dagli operatori coinvolti dall'equipe e deve poter consentire una adeguata programmazione delle azioni e degli interventi condivisibile in rete.

La rete consultoriale, per la quale si prevede una precisa ricognizione di attività nel primo anno di vigenza del piano, dovrà garantire un omogeneo livello di prestazioni su tutto il territorio regionale attraverso:

- la funzione di accoglienza
- l'attuazione degli interventi previsti dai progetti di prevenzione e di educazione alla salute
- l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali connesse ai percorsi assistenziali

Possono altresì essere individuati per gli interventi specifici rivolti ad uno specifico target di utenza delle "specializzazioni" (immigrati, giovani, percorso nascita, controllo fertilità).

E' necessario che il consultorio familiare abbia una connotazione fortemente orientata alla prevenzione, informazione ed educazione sanitaria con attività di diagnosi e cura, in particolare nelle seguenti aree:

A) Tutela della salute della donna e della maternità

- procreazione responsabile
- sterilità
- tutela sociale della maternità e IVG
- tutela della gravidanza e del puerperio
- fase post-riproduttiva (menopausa consapevole)
- prevenzione oncologica

B) Tutela del neonato, bambino ed adolescente

- con inserimento nelle attività della pediatria di comunità ed integrazione in quelle della pediatria di famiglia con lo scopo comune del benessere del bambino e della sua famiglia
- tutela minorile relativa ad abusi, maltrattamenti e disagio (vd. anche punto C)
- supporto alle politiche di sostegno per gli adolescenti e i giovani con interventi educativi, informativi, diagnostico-terapeutici, medici, psicologici e sociale

C) Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari

- un sistema di sinergie con gli enti locali e tra pubblico e privato può consentire l'avvio di sperimentazioni operative soprattutto nell'area del sostegno alle problematiche familiari (supporto alla genitorialità, maltrattamenti ed abusi, mediazione familiare, adozione e affidamento)

A livello regionale sarà costituito uno specifico gruppo di lavoro sulle attività consultoriali per consentire la partecipazione delle ASL a momenti di programmazione, di verifica sui servizi, di acquisizione di dati epidemiologici e di operatività comune.

5.2.1.7 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 sulla 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 e del pediatra di libera scelta 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 le direttive regionali sui programmi umanitari e di cooperazione internazionale, garantendo (nell'ambito di tali programmi) le cure mediche nelle strutture sanitarie regionali;
- 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.

5.2.1.8 La salute in carcere

La riforma del sistema sanitario penitenziario, dettata dal D.lgs. 230/1999, 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.

Tale processo di riordino ha comportato il trasferimento al servizio sanitario nazionale, a decorrere dal 1° Gennaio 2000, delle funzioni sanitarie inerenti i settori della prevenzione e della

assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, nonché il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle restanti funzioni sanitarie, in alcune Regioni, tra cui la Toscana.

In tal senso le iniziative assunte in Toscana sono state il frutto di un'importante opera di confronto e di collaborazione con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), ed hanno cercato di promuovere la costruzione di un processo d'interazione tra le Aziende UUSSLL e gli Istituti Penitenziari. Il precedente PSR prevedeva, infatti, una specifica azione inerente la salute in carcere ispirata al principio che ai detenuti e agli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, deve essere garantito il diritto fondamentale alla tutela della salute.

a) La situazione attuale

Il territorio toscano è caratterizzato da un elevato numero di strutture carcerarie (attualmente 21), presenti su quasi tutti i territori di competenza delle Aziende UUSSLL, e fortemente variegata per dimensioni e tipologia. Presentano caratteristiche particolari gli istituti penitenziari presenti nelle isole, l'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino, e la casa di cura e custodia femminile di Firenze e maschile di Montelupo.

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, nonché dalla carenza del personale.

Le iniziative assunte a livello regionale, in attuazione del D. lgs. 230/99 e della specifica azione prevista dal precedente PSR, sono state ispirate all'idea di lavorare per obiettivi concreti, secondo criteri di fattibilità condivisi con l'Amministrazione penitenziaria. Innanzitutto si è provveduto a fornire indirizzi operativi in merito all'attuazione del D.Lgs. 230/99, quindi, sono stati attivati a livello regionale, un tavolo di coordinamento con il PRAP volto ad affrontare (con competenze orizzontali) le problematiche generali, e Gruppi di Settore per le materie trasferite (Dipendenze e Prevenzione), è stato sottoscritto un primo protocollo operativo tra la Regione Toscana e il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione penitenziaria con la finalità di orientare il processo di riforma della sanità penitenziaria, 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.

Da sottolineare, ancora: le specifiche iniziative assunte a favore dei Servizi penitenziari minorili, la sottoscrizione di due protocolli d'intesa con l'Amministrazione penitenziaria al fine di assicurare la necessaria assistenza farmaceutica all'interno delle carceri toscane, la promozione di un progetto regionale per l'informatizzazione della cartella clinica e la creazione di un sistema informativo sanitario penitenziario, e la preparazione di un disegno di legge regionale in tema di assistenza sanitaria in carcere.

b) Le linee programmatiche per il triennio 2005-2007.

In conformità a quanto già previsto dal precedente PSR la Regione Toscana persegue, nel corso del triennio del presente Piano sanitario regionale, i seguenti obiettivi:

- definire le linee organizzative del sistema sanitario penitenziario, in attuazione del D.lgs 230 del 1999 e dell'emananda Legge regionale recante "Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli Istituti penitenziari ubicati in Toscana";
- proseguire nell'azione di raccordo con l'Amministrazione penitenziaria, al fine di favorire una approfondita conoscenza dei problemi sanitari, e sostenere tutte le collaborazioni possibili tra aziende unità sanitarie locali e istituti penitenziari per migliorare le 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 nazionale per le politiche sociali-Area di intervento "Dipendenze", volte a promuovere sia interventi formativi integrati, sia modalità di trattamento assistenziale omogenee tra le varie carceri;
- 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;

- proseguire nella promozione delle progettualità già avviate e per le quali siano emerse risultanze positive;
- proseguire nel 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 ai protocolli d'intesa già sottoscritti con l'Amministrazione penitenziaria toscana, e procedere alla definizione dei protocolli e del progetto obiettivo regionale per l'assistenza in carcere, previsti dalla emananda legge regionale sulla assistenza in carcere;
- sviluppare, sulla base del progetto obiettivo regionale, le linee programmatiche per la riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario nell'ottica di un costante coordinamento con l'Amministrazione penitenziaria;
- 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, al fine di consentire, in attesa di una riforma completa della sanità penitenziaria, 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;
- 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;
- proseguire nel 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 prestano attività all'interno delle carceri toscane;

5.2.2. Le azioni programmate

Il Piano sanitario regionale 2002-2004 ha proposto alle Aziende e ai Produttori accreditati alcuni strumenti di programmazione su individuati settori di attività o temi sanitari di particolare interesse, quali il percorso assistenziale di determinate patologie, la regolamentazione di specifiche pratiche mediche, diagnostiche o di interventistica chirurgica, l'organizzazione di particolari iniziative di prevenzione collettiva, con la finalità di dare indirizzi alla operatività aziendale e di uniformare sul territorio regionale i risultati attesi dalla operatività di tale iniziative.

I temi di interesse venivano individuati in ragione della loro rilevanza per lo stato di salute della popolazione toscana, anche sulla base delle risultanze della Relazione sanitaria regionale, tenendo in particolare evidenza gli aspetti relativi alla frequenza e alla gravità della morbosità interessata e alle possibili concause cliniche, epidemiologiche ed assistenziali.

La variabilità dei risultati di salute raggiunti nel territorio regionale e il suo possibile recupero con iniziative mirate sulle criticità riscontrate, rappresentavano obiettivi sostenibili e ragionevoli per proposte programmate verso la diffusione delle migliori pratiche cliniche, organizzative e preventive presenti negli ambiti di intervento.

L'articolazione organizzativa del sistema sanitario toscano precedentemente modulata sul concetto di Azienda sanitaria, anche in considerazione della necessaria ricerca di efficienza operativa, non consentiva metodi di implementazione di modelli di best-practice o di innovazione organizzativa, del tipo bottom-up, costruiti sulla partecipazione e la responsabilità dei professionisti, sia per la insufficiente dimensione aziendale di alcune specialità, sia per le scarse relazioni di rete esistenti tra i professionisti delle varie aziende.

Il Piano sanitario nella sua dimensione programmatica e dispositiva per tutti i produttori pubblici e accreditati operanti nel territorio regionale diveniva, quindi, il naturale contenitore per

iniziative strategiche caratterizzate da obiettivi di omogeneità nei risultati ottenibili e di conformazione ai modelli o procedure necessari per il conseguimento degli obiettivi indicati da parte di tutti gli attori interessati: le cosiddette Azioni programmate.

La constatazione che il bisogno sanitario del cittadino, soprattutto per le specialità ospedaliere, superava i confini aziendali e trovava soddisfazione in una dimensione territoriale più ampia, che aveva il proprio baricentro attrattivo nella Azienda ospedaliera di riferimento territoriale, introduceva il concetto di Area vasta, quale dimensione ottimale per la programmazione integrata dei servizi e luogo di incontro e confronto di esperienze professionali.

L'Area vasta, luogo di incontro e confronto di esperienze professionali, ha consentito con la costituzione, nel periodo di vigenza del P.S.R 2002-2004, delle funzioni di coordinamento tecnico interaziendale per settori professionali omogenei, l'evoluzione del pensiero originario contenuto nel Piano Sanitario 1999-2001, rappresentando un laboratorio originale per la programmazione e il governo clinico delle attività sanitarie interessate.

I settori professionali previsti nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004, di fatto rappresentano, e si sovrappongono, almeno per le aree a valenza clinico/assistenziale, agli ambiti di interesse e di intervento delle Azioni programmate contenute nello stesso Piano Sanitario.

L'Area vasta ha assunto, così, il duplice ruolo di luogo ottimale per l'applicazione degli indirizzi regionali in materia di azioni programmate e per l'individuazione di nuovi indirizzi ove siano stati costituiti coordinamenti tecnici per settori professionali e attività non previsti nelle precedenti azioni programmate, con un sviluppo tendenziale verso l'Area Vasta luogo unico di programmazione ed indirizzo, per i settori e le attività definite dal livello regionale.

Gli atti di concertazione di area vasta riferiti alle attività di programmazione costituiscono, infatti, atti della programmazione regionale e rappresentano, congiuntamente al Piano Sanitario Regionale strumenti della programmazione sanitaria a livello regionale.

Gli atti di concertazione delle aree vaste, già approvati dal Consiglio regionale, rappresentano, quindi, per i settori interessati i contenuti precedentemente disciplinati dalle azioni programmate, ne costituiscono la continuità sostanziale, sostituiscono la parte documentale relativa nell'attuale Piano sanitario regionale.

Nel rispetto delle indicazioni del Piano sanitario 2002-2004, la Regione Toscana si è, prontamente, dotata di strumenti innovativi di governo clinico, quali le Linee guida e i percorsi assistenziali, per rispondere all'esigenza di orientare l'appropriatezza della domanda e la sua adeguata soddisfazione organizzativa, necessità in precedenza attribuite alla cogenza dell'unico strumento disponibile, le Azioni programmate.

Questo duplice processo, di sviluppo del sistema delle relazioni professionali e di produzione e implementazione delle linee guida, ha consentito la contestuale disponibilità per i professionisti impegnati nei settori di coordinamento tecnico interaziendale di strumenti di programmazione e di governo clinico delle attività sanitarie; si è, così, ricomposto ed equilibrato il piano operativo delle azioni programmate riconducendolo alla possibilità, propria dei livelli di governo decentrato, di programmare concretamente, anche secondo linee guida, i percorsi assistenziali nella specifica realtà territoriale.

Gli stessi documenti concertativi prodotti nelle aree vaste, e già approvati dal Consiglio Regionale, riflettono questo equilibrio, difficilmente conseguibile, negli stessi settori, con strumenti di programmazione, quali le azioni programmate di Piano, che necessariamente devono privilegiare esigenze ampie, sacrificando le specificità locali che ne condizionano l'effettiva applicazione.

Nelle aree ad interesse prevalentemente clinico, lo sviluppo dei principi e la crescita del governo clinico del sistema, soprattutto dal punto di vista organizzativo, dai Dipartimenti interaziendali di area vasta agli Istituti o Commissioni regionali, inducono per il prossimo triennio a confermare le azioni del precedente Piano sanitario i cui indirizzi, unitamente all'attuazione del programma regionale delle linee guida costituiscono riferimento naturale per lo sviluppo della programmazione di area vasta affidata alle Aziende.

Si confermano quindi le azioni programmate previste nel precedente PSR 02 – 04 e relative a 5.3.2.1. Oncologia, 5.3.2.2. Patologie neurologiche, 5.3.2.3. L'assistenza ai medullosesi, 5.3.2.4. Patologie cardiovascolari, 5.3.2.5. Alcune patologie del metabolismo, 5.3.2.6. Nefropatie croniche, 5.3.2.8. La riabilitazione, 5.3.2.12. Le cure palliative, 5.3.2.13 L'assistenza all'insufficienza respiratoria cronica, 5.3.2.14. Le malattie reumatiche, 5.3.2.18. Le malattie rare. Nel merito di tali azioni, la Giunta potrà comunque intervenire con propri atti di indirizzo al fine di uniformare rispetto a standard ritenuti utili le attività programmatiche delle aree vaste.

Una attenzione particolare dovrà essere rivolta alla prevenzione e cura dell'ictus, anche attraverso azioni che favoriscano la realizzazione nella rete ospedaliera di area vasta di percorsi assistenziali che garantiscano un trattamento appropriato nella fase acuta e post-acuta.

In questo contesto è necessario diffondere le attività formative rivolte al personale di primo soccorso tese allo sviluppo di competenze nell'individuazione tempestiva della patologia.

Le considerazioni precedenti rendono ragione della riproposizione, nel presente Piano, di alcune azioni programmate, relative a temi prevalentemente organizzativi, che per le caratteristiche di contenuto opportunamente continuano ad impegnare direttamente il livello regionale, in particolare, le Azioni relative ai temi:

- I trapianti;
- L'emergenza – urgenza;
- Il Piano Sangue;
- L'assistenza termale;
- Le medicine non convenzionali;
- Gli interventi di cooperazione internazionale;
- Conservazione e valorizzazione del patrimonio scientifico, documentario ed artistico delle aziende sanitarie;
- L'assistenza religiosa.

Un aspetto particolare riveste la Nutrizione Artificiale che, pur non prevista come azione nel precedente piano, viene proposta per la particolare attenzione che richiede il pieno sviluppo della sua attività.

La malnutrizione per difetto conseguente a varie situazioni cliniche, quali insufficienza intestinale reversibile o irreversibile, impossibilità e/o controindicazione alla nutrizione orale per patologie neoplastiche, patologie neurologiche (coma, esiti di eventi acuti, traumi cerebrali, malattie croniche progressive ecc.), patologie intestinali in fase terapeutica, patologie rare, DCA in pericolo biologico, quando non più correggibile con dieta o integrazione, necessita di Nutrizione Artificiale.

L'epidemiologia di tale condizione evidenzia un trend in aumento e necessita di azioni di intervento organiche.

La Nutrizione Artificiale in alcuni casi, rappresenta un trattamento cronico salvavita e di norma richiede un programma che prosegue dall'ospedale al domicilio consentendo al soggetto il reinserimento nel proprio ambiente familiare, sociale e lavorativo con conseguente miglioramento della qualità di vita.

La Regione Toscana con delibera di GR 618/2001 ha provveduto ad indicare un percorso assistenziale per i soggetti che necessitano di questo trattamento prevedendo, tra l'altro, la costituzione, in ogni Azienda Sanitaria, di Team multiprofessionali dedicati all'attività.

L'attuazione del percorso, di cui alla delibera citata, che coinvolge ospedale-territorio è complessa ed attualmente non omogeneamente realizzata su tutto il territorio, ma i risultati dell'attività ad oggi svolta, in particolare l'analisi degli effetti della riduzione delle complicanze quando la malnutrizione è intercettata precocemente, confermano la necessità di assicurare il massimo impegno per la sua piena operatività.

In tal senso il piano fa propri gli obiettivi istitutivi dei team multiprofessionali e individua le iniziative necessarie al pieno sviluppo dell'attività.

Le aziende dovranno quindi garantire nel triennio di validità del piano:

- attività di formazione e informazione sulla Nutrizione Artificiale
- implementazione della attività assicurata dai Team nutrizionali
- costituzione di un coordinamento regionale dell'attività di nutrizione artificiale.

5.2.2.1. I trapianti

La Regione Toscana, in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, si impegna a promuovere i trapianti di organo, tessuti e cellule attraverso l'OTT (Organizzazione Toscana Trapianti) istituita con deliberazione CR n.138 del 29 luglio 2003, in attuazione del piano sanitario regionale 2002-2004.

La riorganizzazione del sistema donazione-trapianto, già avviata con l'istituzione dell'OTT, ha come obiettivo la realizzazione di un sistema sanitario di eccellenza con proiezioni extra-regionali,

anche in coincidenza della presidenza Toscana dell'AIRT (Associazione InterRegionale Trapianti) per il triennio 2004-2006.

Le finalità

L'attività del triennio sarà orientata prioritariamente a:

- potenziare l'esistente, al fine di garantire ai pazienti toscani un graduale incremento delle opportunità di cura nel tempo, tendendo all'autosufficienza in tutti i programmi di trapianto;
- migliorare la qualità in tutte le fasi del processo donazione-trapianto attraverso l'accreditamento delle procedure, al fine di rendere immotivata la preferenza di strutture trapiantologiche extra-regionali;
- aumentare la trasparenza del sistema, a garanzia della comunità che dona, dei pazienti in attesa di trapianto e dei sanitari impegnati nel processo donazione-trapianto;
- migliorare la qualità di vita dei pazienti trapiantati nel lungo termine al fine del loro reinserimento nella società;
- ottimizzare l'impiego di risorse pubbliche al fine di rendere competitivo il sistema toscano su scala nazionale e comunitaria.

Le azioni

Il programma dell'OTT prevede la realizzazione dei seguenti obiettivi:

- accreditare il processo regionale di donazione-trapianto e certificare le strutture trapiantologiche;
- rafforzare il ruolo dei Coordinatori locali adottando idonee forme di riconoscimento nell'ambito dell'organizzazione aziendale, per garantire stabilità e sicurezza all'attività svolta;
- realizzare la Rete Regionale della Sicurezza dei Trapianti;
- sviluppare il Sistema Regionale Informatico Trapianti;
- attivare il finanziamento alle aziende sanitarie "a funzione" previa verifica dei risultati e rendicontazione delle spese;
- rafforzare e sviluppare l'eccellenza scientifica e tecnologica mediante l'integrazione, a livello regionale, delle competenze scientifiche presenti nelle Università toscane attraverso la creazione di Reti di Eccellenza. Tali reti favoriranno la cooperazione delle Università, dei Centri di ricerca e delle imprese ad indirizzo biotecnologico;
- attivare osservatori per patologia a fini epidemiologici che consentano l'individuazione precoce del paziente da avviare al trapianto e la programmazione delle attività di donazione e trapianto sulla base del bisogno regionale;
- attivare i percorsi assistenziali per l'accesso al trapianto e per la gestione specifica del trapiantato nel lungo termine, in conseguenza dell'aumento della aspettanza di vita del paziente trapiantato;
- attivare osservatori per patologia a fini epidemiologici che consentano l'individuazione precoce del paziente da avviare al trapianto e la programmazione sulla base del bisogno regionale;
- realizzare la Fondazione per il sostegno delle attività dell'Organizzazione Toscana Trapianti;
- portare l'OTT a contatto con i cittadini attraverso lo sviluppo di un progetto di comunicazione interattiva.

Risorse

Si conferma per il triennio 2005-2007 l'importo di Euro 6,71 milioni disponibile per ciascun esercizio finanziario al capitolo 18199 del bilancio regionale per il potenziamento delle attività di donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule.

5.2.2.2. L'emergenza - urgenza

Per quanto attiene l'emergenza-urgenza, il presente Piano sanitario regionale, nel collocare il settore fra quelli per i quali sono stati costituiti i coordinamenti tecnici di area vasta, al fine della valorizzazione in rete dei livelli di offerta delle prestazioni esistenti nelle diverse aziende sanitarie, esprime in particolare il Progetto speciale di interesse regionale n.7 "Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza urgenza intra ed extra ospedaliero" di cui al punto 3.2.7.

Tale Progetto speciale si riferisce a modalità organizzative del Pronto Soccorso che possano temporaneamente affrontare il problema dei codici bianchi in attesa di una completa riorganizzazione

della risposta territoriale, ed alla ottimizzazione del servizio di elisoccorso regionale attraverso la previsione delle infrastrutture di supporto ed il miglioramento della relazione territorio-ospedale con particolare riferimento ai ricoveri per le alte specialità. Prevede inoltre un'attività di studio propedeutica alla definizione di un assetto toscano di Trauma System.

Nel ribadire gli indirizzi precedentemente espressi come conferma di una linea coerente con la strategia complessiva in atto, si ritiene necessario integrarli con i seguenti punti, che costituiscono specifico impegno per la giunta regionale:

- coordinamento del sistema di emergenza urgenza con le attività di protezione civile e di difesa civile, anche attraverso individuazione di specifici livelli di programmazione e di intervento, in sede aziendale, di area vasta e regionale, che tengano conto delle funzioni e risorse necessarie per garantire l'operatività adeguata a fronteggiare eventuali maxi-emergenze e/o il manifestarsi di rischi NBCR;
- previsione di un nuovo assetto di governo della programmazione del sistema di emergenza-urgenza, tendente ad omogeneizzare le modalità di risposta e, comunque, i percorsi assistenziali;
- organizzazione di un sistema di trasporto sanitario di emergenza con caratteristiche di appropriatezza e flessibilità in applicazione di quanto previsto dall'all. B all'Accordo Quadro per la disciplina del trasporto Sanitario di cui alla Del.G.R.379 del 19 aprile 2004, con previsione dei correlati supporti medici h24 nelle centrali operative 118;

La Giunta Regionale si avvale, per la realizzazione degli obiettivi sopraindicati, ed in relazione alle singole specificità, del contributo dell'ARS, del CSR, degli operatori del sistema e degli organismi già costituiti e presenti a livello aziendale, di area vasta e regionale.

5.2.2.3. Il piano sangue

1. Gli obiettivi fondamentali del Sistema Sangue

Il sangue umano ed i suoi componenti e derivati rappresentano una risorsa limitata e di imprescindibile valore strategico per l'erogazione dei più importanti e critici livelli assistenziali, dall'alta specialità, alle cure domiciliari, all'emergenza e urgenza.

Gli obiettivi cardine del Sistema Sangue sono l'autosufficienza, la sicurezza e la medicina trasfusionale. L'autosufficienza deve trovare il primo ambito di pianificazione e di coordinamento a livello nazionale, in sinergia e collaborazione con i livelli di governo regionali. L'autosufficienza deve risultare, pertanto, oggetto di programmazione e pianificazione di ampio respiro, non frazionabile né confinabile all'interno delle logiche economico-finanziarie tipiche dei processi di aziendalizzazione. Ciò implica che l'attività di raccolta non può essere limitata alle specifiche necessità delle singole Aziende Sanitarie e delle singole Regioni, ma deve essere sistematicamente allineata ai fabbisogni rilevati nel quadro di riferimento nazionale; in prospettiva a breve termine, risulterà necessario confrontarsi con il complessivo quadro dell'autosufficienza nella Unione Europea, nell'ambito del quale alcuni Stati presentano situazioni di rilevante criticità.

In qualsivoglia dimensione (regionale, nazionale, sovra-nazionale) un sistema solidale di compensazione di emocomponenti e plasmaderivati risulta efficace, efficiente e concretamente applicabile laddove siano adeguatamente pianificati fabbisogni e produzione, e dove siano previsti opportuni meccanismi di compensazione dei costi. Per quanto concerne le Aziende Sanitarie, i sistemi di compensazione intra-regionale dei costi di produzione degli emocomponenti e plasmaderivati, ove la gestione del settore risulti efficiente, portano valore aggiunto alle Aziende a produzione eccedentaria, mentre un incremento di produttività generato in economia di scala può significativamente ridurre il debito delle Aziende carenti.

La sicurezza dei componenti e derivati del sangue umano è la risultante di una complessa ed articolata serie di interventi che iniziano nell'ambito del reclutamento e della selezione clinica del donatore e si concludono con l'atto trasfusionale ed il monitoraggio della sua efficacia e non lesività.

A tutt'oggi le malattie infettive trasmissibili con la trasfusione rappresentano un elemento di forte impatto sull'opinione pubblica. Tuttavia, negli ultimi anni, anche grazie alla introduzione di nuove metodologie di screening che utilizzano tecniche di biologia molecolare, sono stati conseguiti livelli di progresso eccellenti, che consentono di asserire che la trasfusione è oggi un evento sostanzialmente sicuro.

Al riguardo è essenziale il ricorso alla donazione periodica, gratuita, anonima e consapevole e in tal senso risulta imprescindibilmente strategico il ruolo delle associazioni del volontariato del sangue.

Recenti ed autorevoli rilievi epidemiologici internazionali, infine, indicano che gli eventi avversi alla trasfusione incidono maggiormente nel percorso dei componenti del sangue esterno alle Strutture Trasfusionali, suggerendo la necessità di un più elevato livello di attenzione e sorveglianza nelle fasi del processo trasfusionale gestite dagli utilizzatori degli emocomponenti.

Altro fondamentale obiettivo del Sistema Sangue è la garanzia di erogazione delle prestazioni di medicina trasfusionale, come definite nella legislazione vigente, che rappresentano l'ambito all'interno del quale le Strutture Trasfusionali esercitano direttamente funzioni assistenziali. In tale settore il progresso tecnico-scientifico dell'ultimo decennio ha introdotto importanti e complessi elementi di innovazione, che interessano gran parte di queste attività, dall'assistenza trasfusionale ambulatoriale, alle attività di aferesi terapeutica, fino alle prestazioni di alta specialità.

La ricerca e lo sviluppo costituiscono un presupposto fondamentale perché il sistema sangue non si esaurisca con il reperimento delle risorse necessarie sul momento, ma possa costituire un sistema propulsivo per assecondare le grandi innovazioni terapeutiche che la scienza moderna sta proponendo.

2. Linee evolutive del Sistema Trasfusionale Toscano

Il sistema di governo per l'autosufficienza, la sicurezza e le attività di medicina trasfusionale deve essere caratterizzato da concrete determinazioni ed impegni, frutto di un processo di analisi e rilevazione dei bisogni, scientificamente corretto e gestionalmente sostenibile, partecipato e condiviso da tutti i soggetti coinvolti, e dove sia dato primariamente atto che gli obiettivi concordati non sono definiti in relazione alle necessità della singola Azienda, ma dell'intero Sistema Trasfusionale regionale.

Nei percorsi di pianificazione relativi agli anni 2002, 2003 e 2004 la Regione ha sostenuto i maggiori impegni richiesti ai Professionisti ed alle Associazioni con un sistema incentivante finalizzato, a testimonianza dell'elevato livello di attenzione al conseguimento dell'autosufficienza regionale e nazionale. Nel corso del triennio 2005-2007 la Giunta Regionale individuerà, con il supporto degli Organismi del Sistema Trasfusionale Toscano, modelli e strumenti di programmazione che definiscano da una parte un quadro di obiettivi aderenti alle esigenze e alle opportunità del sistema, dall'altra parte un conseguente uso coerente e razionale delle risorse. Analogamente potranno essere individuate forme organizzative dipartimentali tali da tener conto sia del sistema di Area Vasta che delle peculiarità proprie dei Servizi Trasfusionali.

Per quanto concerne la sicurezza trasfusionale, preso atto dell'attuale carenza di specifici momenti di riflessione scientifica e di direttive tecniche a livello istituzionale centrale, ad ulteriore testimonianza dell'elevato grado di sensibilità della Regione Toscana in ordine all'offerta di prestazioni sanitarie in condizioni di garanzia di sicurezza, appropriatezza e tutela della salute, saranno perseguiti i seguenti obiettivi:

- omogeneizzazione dei percorsi diagnostici di qualificazione biologica delle donazioni propri dei Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, su tutto il territorio regionale;
- implementazione di un sistema regionale di emovigilanza, coerente con le indicazioni tecniche di livello nazionale ed europeo, finalizzato ad analizzare e presidiare il rischio clinico associato alla trasfusione, in collaborazione con il Centro Regionale per il Rischio Clinico;
- rafforzamento delle attività di livello regionale e locale, finalizzate alla affermazione della appropriatezza nell'utilizzo clinico degli emocomponenti e dei plasmaderivati.

Per quanto attiene le attività di medicina trasfusionale, si dovrà perseguire l'obiettivo di mantenere tali attività costantemente allineate con le opportunità di innovazione e sviluppo offerte dal progresso scientifico del settore, con il contributo di esperienza e competenze che il Sistema Trasfusionale può apportare, anche nell'ambito delle importanti innovazioni inerenti la raccolta, il trattamento e la conservazione di cellule staminali emopoietiche, la tipizzazione tissutale ed i trattamenti di aferesi terapeutica.

Nell'ambito delle linee evolutive saranno definiti i livelli di attività delle strutture trasfusionali in accordo con quanto previsto dallo standard per l'accreditamento regionale. Tali livelli dovranno tener conto non solo delle tradizionali attività di raccolta e distribuzione, ma anche di quelle innovative previste dalla normativa.

Nell'ambito delle linee di sviluppo, il CRCC, oltre l'attività fin qui svolta, assumerà competenze e funzioni tali da costituire a pieno titolo l'Organismo regionale di coordinamento per il

governo clinico dello specifico settore, anche in relazione ai compiti istituzionali attribuiti dalla legislazione nazionale.

Particolare rilievo strategico assume il sistema informativo trasfusionale che, grazie alla scelta preliminare di adottare standard già codificati a livello nazionale, a garanzia che il trasferimento delle informazioni potesse avvenire con un "linguaggio" comune, ha reso possibili interventi coordinati a livello regionale tali da rendere la rete informativa del Sistema Trasfusionale Toscano fruibile a tutti gli utenti dello stesso (quali Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Aziende Sanitarie, Associazioni del Volontariato, Industria convenzionata per la lavorazione del plasma, Forze Armate). La rete così strutturata è già predisposta ad ulteriori sviluppi di qualificazione tali da supportare le molteplici attività del Sistema Trasfusionale e garantire il debito informativo peculiare del settore, con particolare riferimento alla tracciabilità ed alla tempestività di flusso dei dati, nonché al supporto della programmazione in materia trasfusionale, stante anche la molteplicità degli utenti coinvolti.

3. Gli Organismi del Sistema Trasfusionale Toscano

3.1 Organismo regionale di coordinamento

Presso la Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà è operante il Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione per l'attività trasfusionale (CRCC), Organismo regionale di coordinamento per il governo clinico, deputato a svolgere le funzioni assegnate dalla normativa nazionale, nonché dalla pianificazione e dalle disposizioni regionali in materia trasfusionale.

Il Direttore del CRCC è nominato per non più di due mandati dalla Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore al Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, tra i Direttori dei Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale della Regione e rimane in carica per la durata del Piano.

3.2 Commissione Regionale per le Attività Trasfusionali

Presso la Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà è costituita la Commissione Regionale per le Attività Trasfusionali. I componenti della Commissione sono nominati dalla Giunta Regionale.

La Commissione è così composta:

- l'Assessore al Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà o suo delegato con funzioni di presidente;
 - il Direttore del CRCC;
 - 4 componenti designati dalle Associazioni del Volontariato del sangue, rappresentative a livello regionale;
 - 1 componente designato dalle Associazioni dei politrasfusi;
 - 6 componenti designati tra i Dirigenti dei Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, su proposta dei Comitati di Area Vasta, tali da rappresentare sia le Aziende Ospedaliere che le Aziende USL, in misura di due rappresentanti per ognuna delle Aree Vaste;
 - 3 componenti designati tra i Direttori Sanitari, su proposta dei Comitati di Area Vasta, tali da rappresentare sia le Aziende Ospedaliere che le Aziende USL, in misura di un rappresentante per ognuna delle Aree Vaste;
 - 5 esperti non appartenenti al Settore Trasfusionale, individuati dalla Giunta Regionale tra gli specialisti delle Aree di Anestesia e Rianimazione, Chirurgia, Ematologia Clinica, Oncologia Medica, Farmaceutica Ospedaliera;
 - il Responsabile del Centro regionale di riferimento per le coagulopatie congenite;
 - 1 rappresentante della Sanità Militare.
- Le funzioni di segreteria sono svolte da un funzionario della Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà.

La Commissione resta in carica per la durata del Piano.

La Commissione svolge funzioni di indirizzo e controllo, propositive, consultive, in ordine alle attività trasfusionali di raccolta e produzione, alla convenzione per la lavorazione del plasma e, più in generale, alla programmazione delle attività trasfusionali.

La Giunta Regionale è impegnata, ad emanare specifico Regolamento per il funzionamento della Commissione.

3.3 Comitato Tecnico per le Attività di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

Presso la Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà è inoltre costituito il Comitato Tecnico per le Attività di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale.

I componenti del Comitato sono nominati dalla Giunta Regionale.

Il Comitato è così composto:

- 3 componenti designati tra i Dirigenti dei Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, su proposta dei Comitati di Area Vasta, tali da rappresentare sia le Aziende Ospedaliere che le Aziende USL, in misura di un rappresentante per ognuna delle Aree Vaste;
- 3 componenti designati tra i Direttori Sanitari, su proposta dei Comitati di Area Vasta, tali da rappresentare sia le Aziende Ospedaliere che le Aziende USL, in misura di un rappresentante per ognuna delle Aree Vaste;

Il Comitato è integrato in ragione degli argomenti trattati con i 4 componenti designati all'interno della Commissione regionale per le attività trasfusionali.

Le funzioni di segreteria sono svolte da un funzionario della Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà.

Il Comitato resta in carica per la durata del Piano.

L'attività del Comitato è diretta dal Direttore del CRCC. Il Comitato rappresenta l'organismo operativo di supporto alle attività istituzionali proprie del CRCC, e elabora le proposte da sottoporre alla Commissione regionale.

La Giunta Regionale è impegnata ad emanare specifico Regolamento per il funzionamento del Comitato.

5.2.2.4. 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, anche in attuazione delle disposizioni in materia di requisiti minimi, concordate a livello interregionale; fermo restando che per le prestazioni di medicina e riabilitazione fisica, gli stabilimenti termali sono soggetti alle procedure di cui alla Legge Regionale 23.2.1999 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;
- la sperimentazione negli stabilimenti termali di programmi antitabagici; il contesto termale offre la possibilità di coniugare le prestazioni sanitarie con quelle del benessere, quindi adatto a promuovere il cambiamento agendo sull'aspetto motivazionale; la persona infatti è stimolata a partecipare ad un programma di disassuefazione avendo deciso di dedicare una o due settimane a sé stessa, in un ambiente accogliente, lontano dal normale contesto di vita e senza ritmi frenetici e stereotipati.

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.

5.2.2.5. Le medicine non convenzionali

L'utilizzo delle medicine non convenzionali (MnC, secondo la definizione europea) da parte della popolazione mondiale è in continuo aumento, come dimostrano le indagini effettuate dai media o dagli istituti scientifici nella materia.

La tendenza è confermata a livello nazionale dai dati ISTAT, e per la regione Toscana dall'analisi degli stessi dati realizzata dall'Agenzia Regionale di Sanità (su 7.049 soggetti intervistati, il 19,3% ha riferito di aver fatto ricorso ad almeno un tipo di MnC nell'ultimo triennio, e il 13,3% nell'ultimo anno, e circa il 70% di coloro che ne hanno fatto ricorso ha dichiarato di averne avuto beneficio). Inoltre, da un sondaggio, realizzato sempre dall'Agenzia Regionale di Sanità nel 2003, sull'opinione dei medici di famiglia nei confronti delle MnC, è risultato che il 15.2% del campione le pratica, il 57.8% le consiglia ai propri pazienti, e il 65.7% è favorevole all'introduzione dell'insegnamento nei corsi universitari.

A partire dal 1996 gli atti di programmazione sanitaria della Toscana contengono riferimenti alle MnC, e gli ultimi tre PSR prevedono specifiche azioni a sostegno delle MnC.

Sulla base di quanto definito nelle azioni programmatiche regionali degli anni precedenti si sono conseguiti i seguenti risultati: sono stati istituiti e potenziati un numero crescente (attualmente sono più di 50) di ambulatori pubblici che erogano prestazioni di MnC (prevalentemente agopuntura, omeopatia e fitoterapia) presso le Aziende sanitarie toscane; ad opera dell'Agenzia regionale di sanità è stato realizzato uno studio sulle MnC in Toscana ed un censimento della documentazione scientifica e legislativa in materia; sono stati finanziati numerosi progetti di studio e/o ricerca sulle MnC; si è garantita la copertura, ad opera del Servizio Sanitario Regionale, delle prestazioni di agopuntura e moxibustione e si è prevista l'erogazione delle altre MnC nell'ambito di progetti finalizzati o a fronte del pagamento di tariffe concorrenziali con il mercato privato; è stata istituita una Struttura regionale di riferimento sulle MnC collocata presso il Centro di medicina Tradizionale cinese "Fior di Prugna" dell'Azienda USL di Firenze per lo svolgimento delle funzioni di interesse generale, e articolata, per le funzioni specialistiche, nell'Ambulatorio di Omeopatia dell'Azienda USL di Lucca, nel Servizio di Fitoterapia dell'Azienda USL di Empoli e nel Centro di medicina Tradizionale cinese "Fior di Prugna" dell'Azienda USL di Firenze; si sono svolti numerosi corsi di formazione e aggiornamento per gli operatori del settore; sono stati realizzati frequenti seminari e convegni sul tema; è stato istituito un notiziario regionale sulle MnC ed un settore specifico sul tema nel sito internet regionale sulla sanità; si è collaborato fattivamente con il legislatore nazionale per la definizione di una normativa generale sulle MnC, e si è lavorato alla definizione di un testo di legge regionale per aspetti specifici della materia.

Linee di sviluppo ed impegni per il triennio 2005/2007

L'esperienza fino ad oggi realizzata in Toscana di integrazione delle MnC nei programmi per la salute ha rappresentato un importante riferimento a livello nazionale, ha riscontrato un rilevante gradimento da parte degli utenti, una discreta accettazione e apprezzamento da parte del mondo medico e accademico toscano e un generale rapporto positivo con le associazioni e le società scientifiche del settore.

Tanto premesso la giunta regionale è impegnata a predisporre, in collaborazione con l'OMS, linee guida per l'uso appropriato della medicina complementare, da realizzarsi attraverso l'avvio di studi clinici, ricerche e sperimentazioni cliniche presso le strutture del Servizio sanitario regionale;

Il Piano sanitario regionale si pone l'obiettivo di:

- garantire l'integrazione definitiva all'interno del SSR di quelle MnC che presentino sufficiente livello di evidenza scientifica, da definirsi quindi quali medicine complementari, (agopuntura, fitoterapia, omeopatia e medicina manuale) prevedendo a tal fine, per esse: l'introduzione all'interno dei LEA regionali e del nomenclatore tariffario; l'approvazione della legge regionale che ne disciplini l'esercizio prevedendo, altresì, l'istituzione di albi o registri professionali tenuti dai relativi ordini professionali; l'inserimento dei rappresentanti di tali medicine complementari all'interno dei gruppi di lavoro del Consiglio Sanitario Regionale (CSR); l'introduzione nelle linee guida regionali quando tali tipologie di

medicines complementari sono riconosciute efficaci come terapia sostitutiva, complementare o come alternativa accettabile per indicazioni specifiche; la promozione della conoscenza di tali tipologie di medicine complementari nei corsi di laurea dell'area sanitaria; l'attuazione di ogni attività occorrente per realizzare una completa integrazione nel sistema sanitario regionale;

- valorizzare il ruolo del medico di medicina generale come elemento d'informazione e d'integrazione delle medicine complementari nelle politiche per la salute;
- per le ulteriori tipologie di MnC, diverse dalle precedenti, individuare quelle che si rivolgono alla promozione del benessere psico-fisico della persona regolamentandone l'uso, e quelle tecniche che hanno valore preventivo, terapeutico o riabilitativo e promuovere per esse azioni per la definizione dei profili professionali di chi le esercita;
- promuovere iniziative per il conseguimento di standard qualitativi adeguati nell'uso di farmaci non convenzionali e per lo studio di misure di farmacovigilanza;
- promuovere la qualità delle prestazioni professionali delle medicine complementari e delle medicine non convenzionali 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;
- garantire la diffusione dell'informazione sulla disponibilità delle attività in questione 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 tali medicine, anche in funzione di tutela della salute delle minoranze etniche;
- prevederne la possibilità di utilizzo in casi specifici, quali la tossicità o intolleranza a terapie tradizionali, 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. In particolare se ne prevede l'utilizzo 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 sostitutivi dei farmaci psicotropi minori e per ridurre il consumo farmacologico nella salute mentale;

La Giunta regionale assume opportuni provvedimenti per promuovere e realizzare a cura delle aziende sanitarie:

- l'inserimento nella Carta dei servizi delle aziende unità sanitarie locali di informazioni, impegni e standard sulla disponibilità delle medicine complementari e delle medicine non convenzionali;
- elementi di conoscenza da offrire ai medici di medicina generale, ai farmacisti ed agli operatori sanitari e iniziative culturali, da realizzare in collaborazione con le scuole accreditate operanti sul territorio regionale;
- iniziative di formazione specialistica che prevedano un'adeguata pratica clinica in presidi ambulatoriali pubblici;
- iniziative di formazione ed aggiornamento continuo degli operatori del SSR, in collaborazione con le scuole accreditate operanti sul territorio regionale;

La Giunta regionale, in conformità ai suddetti obiettivi, assume i seguenti impegni:

- provvedere al rinnovo della Commissione regionale (istituita con Delibera G.R. n.1041 del 14.09.1999) a composizione mista, con esperti in Medicine complementari e MNC ed esperti designati dal Consiglio sanitario regionale, con la finalità di promuovere l'attuazione della presente azione;
- definire, in collaborazione con gli ordini professionali e con le società scientifiche, le procedure di formazione, aggiornamento ed accreditamento dei professionisti, delle scuole di formazione e delle strutture, provvedendo alla adozione di appositi atti normativi per regolamentare il settore;
- prevedere, mediante il fondo finalizzato, il sostegno delle attività in questione erogate dalle strutture sanitarie pubbliche ed il funzionamento della struttura regionale di riferimento;
- individuare eventuali situazioni e condizioni cliniche per le quali prevedere il rimborso delle spese per le prestazioni erogate;
- collaborare con le Università toscane al fine di favorire la conoscenza di tali medicine all'interno dei corsi di laurea dell'area sanitaria;
- sostenere le attività dei Centri di riferimento regionale;

- promuovere la collaborazione con le strutture private del settore operanti sul territorio.

5.2.2.6. Gli interventi di cooperazione internazionale

L'attività di cooperazione internazionale a favore di comunità in condizioni di povertà o interessate da eventi bellici, si conferma uno dei punti qualificanti del programma di governo della nostra Regione in qualità di strumento insostituibile di quella politica di dialogo e di pace cui la Toscana è particolarmente chiamata, sia per vocazione naturale che per collocazione geografica.

Nell'attuale contesto internazionale, caratterizzato da continui e significativi processi di cambiamento, gli obiettivi principali cui tende il Sistema regionale della cooperazione si identificano nella promozione dello sviluppo umano sostenibile in una logica di approccio integrato, quindi su scala locale e globale allo stesso tempo, nel rafforzamento della società civile e nella creazione di reti di partenariato: sono questi i concetti chiave del nuovo modello di sviluppo nello scenario degli anni 2000, rispetto ai quali debbono coerentemente declinarsi anche gli obiettivi specifici degli interventi di cooperazione internazionale in campo sanitario.

Il triennio di vigenza del precedente Piano sanitario ha visto perfezionarsi il percorso di strutturazione della strategia regionale di cooperazione internazionale in sanità quale strategia ad hoc, distinta da quella complessiva di cooperazione internazionale ma da questa mutuataria della ratio sottostante nonché con essa necessariamente coerente e integrata sotto il profilo delle finalità da perseguire.

Con una serie di disposizioni attuative dell'atto di indirizzo la Regione ha provveduto a delineare compiutamente il quadro di riferimento della propria strategia di cooperazione sanitaria in campo internazionale, definendone contesto e attori nonché un sistema stabile e strutturato di procedure e di relazioni sia tra i diversi livelli istituzionali coinvolti che tra i livelli decisionali e di intervento individuati in ambito infra ed extra regionale.

La Giunta regionale in particolare:

- ha individuato e regolamentato i seguenti settori prioritari di intervento:
 1. erogazione di prestazioni in regime di ricovero a favore di soggetti stranieri prevalentemente in età pediatrica con oneri a carico del servizio sanitario regionale, entro un tetto annualmente determinato;
 2. attività di formazione e di aggiornamento di operatori sanitari dei paesi interessati svolta sia in loco che presso le aziende sanitarie toscane;
 3. interventi di emergenza;
 4. destinazione a favore di paesi terzi di attrezzature dismesse dalle strutture sanitarie toscane;
 5. sottoscrizione di specifici accordi e/o intese di cooperazione sanitaria nei termini stabiliti dalla Legge 5 giugno 2003, n. 131 (legge La Loggia);
- ha strutturato i seguenti livelli di supporto organizzativo-funzionale all'interno del sistema sanitario toscano:
 1. Comitato per la cooperazione sanitaria, organismo con compiti di supporto dell'azione regionale in sede di definizione delle priorità, programmazione operativa degli interventi, valutazione ex ante/ex post delle azioni realizzate;
 2. Referente per la cooperazione sanitaria, designato da ciascuno degli attori del Sistema Sanitario Toscano (Aziende sanitarie, enti di ricerca, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, strutture sanitarie private) quale punto di riferimento interno nonché momento di raccordo con i livelli esterni rispetto alle iniziative di cooperazione sanitaria;
 3. Azienda Ospedaliera Meyer, sede della Segreteria esecutiva a supporto del Sistema regionale della cooperazione sanitaria;
- ha predisposto strumenti e soluzioni organizzativo-procedurali a sostegno della razionalizzazione delle strategie di intervento in termini di:
 - attivazione di rapporti di collaborazione con soggetti esterni al sistema sanitario toscano;
 - concreta valorizzazione e integrazione di tutte le competenze coinvolte;
 - accettazione del lavoro in rete come modalità principale d'interazione tra i soggetti.

I risultati conseguiti nel triennio 2002-2004 evidenziano l'impegno della Regione nel garantire risposte tempestive ed efficaci ai bisogni sanitari urgenti di comunità straniere oltre che la capacità di qualificare la propria azione in una logica di sistema con modalità di intervento condivise e unitariamente programmate.

Per il triennio 2005-2007 l'obiettivo è quello di realizzare dinamiche di sviluppo della strategia regionale di cooperazione sanitaria che sempre più ne riconoscano l'aspetto qualificante nella

promozione della capacità delle comunità locali oggetto di intervento di realizzare autonomamente e stabilmente proprie strategie sanitarie in risposta ai bisogni delle comunità sottostanti.

Non si abbandona del tutto il tradizionale approccio di tipo selettivo/verticale incentrato su specifiche tematiche, sul controllo di singole malattie o sull'erogazione di assistenza medica ma si privilegia senz'altro un approccio di tipo sistemico incentrato piuttosto sull'accessibilità ai servizi sanitari sulla promozione della loro qualità e sulla prevenzione nel più generale contesto dell'approccio integrato allo sviluppo.

Intersettorialità degli interventi, appropriatezza e sostenibilità nell'utilizzo delle tecnologie, promozione dell'autosufficienza locale: sono questi i principi che la Regione riconosce debbano orientare le proprie azioni di cooperazione sanitaria, nella consapevolezza che non basta limitarsi alla promozione di singole attività ma che queste devono essere integrate nei servizi sanitari e devono essere permanentemente sostenibili.

Pur nella diversità dei contesti geografici in cui ci si trova a operare, le iniziative della cooperazione toscana in ambito sanitario devono collocarsi in un quadro di riferimento che ruota intorno ad alcune linee strategiche fondamentali:

- sostegno alle politiche di sviluppo dei sistemi sanitari nazionali;
- supporto ai sistemi sanitari locali e assistenza sanitaria di base;
- formazione delle risorse umane.

Si consolida un modello di cooperazione sanitaria che determina per tutti i soggetti coinvolti la necessità di confrontarsi con una impostazione di più ampio respiro, dove gli apporti e le risorse di ognuno sono efficaci solo se integrate e convergenti verso la stessa idea di sviluppo a livello sia locale, sia nazionale, sia globale.

La Giunta regionale, nel triennio di vigenza del presente Piano, assume le iniziative necessarie a promuovere e orientare gli interventi di cooperazione sanitaria verso obiettivi coerenti con le linee programmatiche dell'atto di indirizzo e, in particolare, si impegna a:

- intensificare la collaborazione e le sinergie con gli attori del sistema-Toscana con riferimento alle seguenti dimensioni:
 - gli attori del Sistema sanitario toscano (la cooperazione integrata);
 - le ong e il terzo settore (la cooperazione orizzontale);
 - gli enti locali (la cooperazione decentrata);
- valorizzare l'attività di progettazione per area geografica, individuando nei PIR (Progetti di Iniziativa Regionale) la modalità principale di promozione e sostegno del processo di integrazione tra gli attori del sistema-Toscana della cooperazione e lo strumento di un reale partenariato territoriale sia in Toscana che nelle aree di intervento.

La Giunta regionale adotta annualmente il Programma delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale da realizzare nell'anno, impartendo indirizzi specifici in attuazione dei contenuti strategici del presente Piano.

5.2.2.7. 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.
- costituire un sistema bibliotecario integrato relativo alla documentazione biomedica per le necessità delle Aziende Sanitarie.

Modalità di intervento

Sono confermati gli indirizzi di intervento da parte della Giunta regionale, di seguito specificati:

- 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.

La Giunta Regionale provvede ad una risistemazione complessiva della materia, con particolare riferimento a:

- suddivisione nelle principali linee di attività del settore medesimo;
- competenze della Direzione Generale del Diritto alla Salute e della Direzione Generale Politiche Formative, Beni e attività Culturali;
- organismi del Servizio Sanitario Toscano che operano a livello di Area Vasta;
- soggetti pubblici e privati che integrano il sistema e relative forme di collaborazione.

5.2.2.8. L'assistenza religiosa

Per il triennio di vigenza del Piano sanitario regionale sono confermate le disposizioni recate dal precedente Piano sanitario regionale 2002–2004 relativamente all'assistenza religiosa (paragrafo 5.3.2.19).

A tal fine la Giunta regionale aggiorna, d'intesa con la Conferenza Episcopale Toscana, lo schema tipo di convenzione adottato nell'ambito dei precedenti Piani sanitari e ne dà comunicazione al Consiglio regionale.

6. 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 sia supportato da soggetti il più possibile esterni rispetto ai contenuti della valutazione stessa. Inoltre, sono coinvolti nel processo di valutazione i soggetti stessi (autovalutazione strutturata, nell'ambito di un progetto di miglioramento) ed i decisori delle scelte oggetto di valutazione (Direzioni Aziendali, Regione). L'esito della valutazione viene collegato a decisioni ed incentivi, quando appropriato.

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, confermata nel presente Piano, permette di sorvegliare il livello di realizzazione dei cambiamenti che il Piano stesso 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, in termini di risultati e di qualità, e ai sistemi economico, sociale e ambientale della Toscana, da implementare in collaborazione con ARPAT ed IRPET. Per essere utili ed applicabili questi ultimi devono essere:

- informativi rispetto agli obiettivi;
- sintetici e numericamente limitati;
- 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 - fino a che punto i cambiamenti organizzativi previsti sono stati attuati - e di esito - 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 di ARS e degli altri soggetti con i quali definisce specifiche forme di collaborazione, 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. Ogni tre anni, nell'ambito della Relazione sanitaria regionale, viene fornito un quadro il più possibile esaustivo dei risultati raggiunti attraverso gli strumenti di programmazione e gli atti successivi. L'individuazione degli indicatori avviene ricercando la collaborazione con le altre regioni e i ministeri della salute e delle politiche sociali. In tale procedimento prosegue altresì la 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.

E' inoltre necessario prevedere modalità di valutazione delle aziende sanitarie, che pur nell'ambito della valutazione complessiva del piano sanitario regionale, acquisiscono una loro specificità. In tal senso la Giunta regionale coordina la collaborazione tra le diverse istituzioni, organismi e soggetti che realizzano i processi di valutazione del sistema, al fine di integrare le diverse competenze ed attività.

6.1. Indicatori generali di effetto

La Giunta regionale, avvalendosi del supporto tecnico di ARS e di altri soggetti specificamente individuati, definisce, 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 ed alla qualità dei servizi erogati. 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.

Ferma restando la possibilità di individuare ulteriori indicatori, i seguenti devono comunque essere realizzati:

Epidemiologici

- Speranza di vita alla nascita

Mantenimento degli attuali livelli nel triennio

- Mortalità infantile

Mantenimento del tasso nel triennio

- Tasso di Ospedalizzazione

160 ogni 1000 abitanti (aggiustato per età e sesso), anche tenendo conto delle indicazioni ministeriali.

Economici

- Sostenibilità: consiste nel determinare se la spesa sostenuta per i vari servizi sia compatibile con le risorse disponibili e preventivate.

Indicatore: spesa globale regionale per livelli e sotto-livelli di assistenza e articolata per area vasta. Confronti con i dati nazionali e di altre regioni significative.

Qualità dei servizi sanitari

- I livelli ed i tempi appropriati di erogazione della Assistenza

Misure di adesione agli standard, confronto geografico e temporale

- Tempi di attesa

90% di adesione ai tempi indicati dal Piano sanitario regionale nel triennio

6.2. Indicatori di effetto delle Scelte Strategiche e degli Strumenti

La Giunta regionale, avvalendosi del supporto tecnico di ARS e di altri soggetti specificamente individuati determina, 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. Tali indicatori sono orientati secondo le seguenti direttrici: valutazione gestionale, epidemiologica, economica e di qualità dei servizi sanitari e sociali.

Indicatori epidemiologici

- Misure di incidenza, ospedalizzazione e mortalità, confronti temporali e geografici.

- Misure di accessibilità ai servizi sanitari e sociali.

Indicatori gestionali

- Le Zone e le Società della Salute

Livelli di riorganizzazione territoriale, Società per la salute attivate e loro funzionamento. Per quanto attiene le SdS, la valutazione del loro funzionamento si basa su quanto registrato dalla apposita

Commissione Tecnica regionale ed è esercitata dal Comitato di valutazione. I risultati della valutazione, al termine della sperimentazione, vengono riportati e discussi in Consiglio Regionale.

- La programmazione

Disponibilità e congruità dei documenti di programmazione di Zona, Azienda, Area Vasta
Attivazione dei Piani integrati di salute nelle Zone-distretto e nelle SdS (v. per queste ultime le procedure di valutazione di cui sopra) e delle Carte dei Servizi.

- Il sistema informativo

Misure di qualità dei dati.

Qualità dei servizi sanitari

Gli ambiti di valutazione di qualità sono:

- Qualità dell'assistenza ospedaliera (adesione ai requisiti di accreditamento per le diverse specialità – indicatori di processo e di esito pertinenti all'assistenza ospedaliera, ad esempio di alcune patologie traccianti);
- Qualità assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria (sviluppo dei sistemi informativi, adozione di classificazioni comuni, costruzione di modelli concettuali, miglioramento della qualità e completezza dei dati), e successiva adesione ai criteri di accreditamento;
- Qualità dei percorsi assistenziali (integrazione tra sistemi informativi, sviluppo indicatori di continuità e integrazione, adozione di strumenti informativi comuni);
- Qualità dal punto di vista di pazienti e cittadini;

Valutazione economica

- Valutazione di produttività: consiste nel determinare quanto siano costate le prestazioni ed i servizi nei differenti presidi, per unità di produzione, da valutare come rapporto tra costo e prodotto di alcune prestazioni erogate. Saranno inoltre presi in considerazione i costi, o valori tariffari, delle prestazioni consumate dai prescrittori, in particolare dai MMG.
- Valutazione di equità nell'uso delle risorse economiche: consiste nel determinare se la spesa è stata omogenea nella popolazione regionale, da valutare come spesa pro-capite per area geografica (Ausl, Comuni) dei servizi erogati alla popolazione residente, in rapporto ai valori attesi regionali corretta per i principali confondenti.

6.3. Gli indicatori delle Azioni di piano e dei progetti speciali: modalità di individuazione.

La Giunta regionale, avvalendosi del supporto tecnico di ARS e degli altri soggetti specificamente individuati, determina 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.

Valutazione epidemiologica

Sulla base delle diverse azioni, ed in particolare di quelle di specifico interesse regionale, vengono individuati gli obiettivi da valutare in termini di processo e di esito dell'azione. Gli indicatori, specifici per ciascuna azione, sono individuati in termini generali nel presente PSR e saranno specificati nel corso della implementazione delle singole Azioni. Particolare attenzione deve essere dedicata al grado di visibilità delle Azioni e di soddisfazione da parte dell'utenza.

Valutazione economica

Per le attività che il PSR indica come prioritarie dovrà essere prevista anche una valutazione costi benefici, in relazione con altre possibili scelte. Tuttavia, le valutazioni di efficienza allocativa non devono essere l'unico parametro valutativo, ma è opportuno che affianchino i criteri dell'efficacia e del gradimento dell'utenza.

Valutazione di qualità dei servizi sanitari e sociali

Particolare attenzione deve essere dedicata alla valutazione di qualità dei servizi coinvolti nelle Azioni del PSR.

Qui di seguito vengono indicate alcune tipologie di indicatori da sviluppare nel corso del triennio.

- Indicatori di sicurezza , come ad es. infezioni ospedaliere, ulcere da pressione, errore medico;
- Indicatori di “dignità per la persona”, come ad es. qualità del nascere, qualità della morte, trattamento e controllo del dolore;
- Adesione ai requisiti di accreditamento per le principali attività specialistiche e per ulteriori settori del Sistema;
- Indicatori di qualità definiti e condivisi dai professionisti, nell'ambito di un modello di lettura dell'intero settore assistenziale, ma non ancora adottati e implementati dalle singole strutture, come ad esempio: Dialisi, Gestione di tecnologie sanitarie, riabilitazione intensiva ospedaliera, medicina trasfusionale. Questi indicatori possono essere utilizzati in una prima fase come strumento di autovalutazione;
- Indicatori di qualità dell'assistenza che riguardano patologie traccianti: stroke, frattura femore, IMA, scompenso, chirurgia maggiore del colon.

6.4. Il Procedimento della valutazione

La Giunta regionale, con il supporto tecnico dell'ARS e degli altri soggetti specificamente individuati , avvia il processo di valutazione del Piano sanitario regionale, avvalendosi anche di operatori delle aziende sanitarie; le modalità di lavoro comprendono un confronto aperto con i soggetti espressione della società civile, fra i quali l'associazionismo, per le tematiche attinenti. Si impegna altresì a comunicare adeguatamente i risultati, nella massima trasparenza, dopo aver attivato processi di audit e benchmarking con la partecipazione degli operatori e il supporto delle Aziende.

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.

ALLEGATI

Allegato 1 - I livelli di assistenza

1 – “Prevenzione collettiva”:

- 1.1. Profilassi delle malattie infettive e diffuse
- 1.2. Tutela dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale
- 1.3. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari connessi agli ambienti di vita e di lavoro
 - 1.3.1. Ambienti di vita
 - 1.3.2. Ambienti di lavoro
- 1.4. Sanità pubblica veterinaria
 - 1.4.1. Sanità animale
 - 1.4.2. Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale e loro derivati
 - 1.4.3. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- 1.5. Tutela igienico sanitaria degli alimenti e nutrizione
 - 1.5.1. Attività di controllo igienico sanitario in materia di funghi epigei
- 1.6. Medicina legale
- 1.7. Medicina dello sport

2 – “Assistenza territoriale”:

- 2.1. Assistenza medica di base
 - 2.1.1. Medicina generale
 - 2.1.2. Pediatria di libera scelta
 - 2.1.3. Continuità assistenziale
- 2.2. Assistenza farmaceutica
 - 2.2.1. Farmaceutica aziendale e assistenza integrativa
 - 2.2.2. Farmaceutica convenzionata e integrativa
- 2.3. Assistenza specialistica ambulatoriale
 - 2.3.1. Specialistica
 - 2.3.2. Diagnostica strumentale
- 2.4. Assistenza distrettuale
 - 2.4.1. Emergenza sanitaria territoriale
 - 2.4.2. Attività di prevenzione rivolta alla persona
 - 2.4.3. Attività distrettuali
 - 2.4.4. Attività consultoriali
 - 2.4.5. Assistenza ai malati terminali
 - 2.4.6. Assistenza alle persone con infezione da HIV
- 2.5. Riabilitazione
 - 2.5.1. Riabilitazione funzionale
 - 2.5.2. Disabilità
 - 2.5.3. Assistenza protesica
 - 2.5.4. Assistenza termale
- 2.6. Assistenza agli anziani
- 2.7. Salute mentale
- 2.8. Dipendenze
 - 2.8.1. Tossicodipendenze
 - 2.8.2. Alcoolismo

3 – “Assistenza ospedaliera”:

- 3.1. Emergenza urgenza
- 3.2. Ricovero
- 3.3. Raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
- 3.4. Attività per la donazione, il prelievo, il trapianto, di organi tessuti e cellule

1 PREVENZIONE COLLETTIVA

1.1 - PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Profilassi delle malattie infettive e diffuse mediante vaccino - profilassi e relative certificazioni
- Attività di vigilanza sulle vaccinazioni.
- Vaccinazione obbligatorie, raccomandate e facoltative nell'ambito di progetti autorizzati dalla regione.
- Promozione campagne di vaccinazione antiinfluenzale rivolte alla popolazione a rischio.
- Controllo malattie infettive e bonifica focolai.
- Interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive.
- Medicina del viaggiatore.
- Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione.

* Non rientrano tra i livelli essenziali di assistenza, come specificato nell'allegato 2A del DPCM 29 novembre 2001, le vaccinazioni non obbligatorie e in occasione di soggiorni all'estero

1.2 - TUTELA DAI RISCHI SANITARI CONNESSI ALL'INQUINAMENTO AMBIENTALE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Verifica degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico
- Verifica degli effetti sulla salute da impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani
- Verifica degli effetti sulla salute da detenzione e smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi
- Sorveglianza sulla qualità delle acque destinate al consumo umano
- Sorveglianza sulle piscine pubbliche o di uso pubblico
- Sorveglianza sulle acque di balneazione
- Verifica degli effetti sulla salute da scarichi civili, produttivi e sanitari

1.3 - TUTELA DELLA COLLETTIVITA' E DEI SINGOLI DAI RISCHI SANITARI CONNESSI AGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

1.3.1. AMBIENTI DI VITA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Valutazione dell'impatto sulla salute umana dei fattori di nocività, pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita di cui all'articolo 4, comma 1 della l.r. 66/95.
- Determinazione qualitativa e quantitativa dei fattori di rischio di tipo biologico presenti negli ambienti di vita di cui all'art. 4 comma 1 della l.r. 66/95
- Controllo e sicurezza di impianti negli ambienti di vita di cui all'articolo 4, comma 1 della l.r. 66/95
- Indicazione delle misure idonee alla tutela della salute umana nei confronti dei fattori di rischio negli ambienti di vita di cui all'articolo 4, comma 1 della l.r. 66/95
- Formulazione di mappe di rischio territoriale
- Verifica delle compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamento industriali e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute della popolazione
- Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico
- Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali
- Vigilanza e controllo sui cosmetici
- Controllo sui farmaci, stupefacenti, sostanze psicotrope, presidi medico chirurgici.
- Controllo sulla produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici.
- Controllo sull'uso delle radiazioni ionizzanti e non negli ambienti confinati con l'esclusione delle attività svolte nell'ambito della fisica sanitaria
- Vigilanza e controllo delle sostanze e dei preparati pericolosi e sulla loro etichettatura

- Vigilanza per fini di sanità pubblica nell'ambito della polizia mortuaria

1.3.2. AMBIENTI DI LAVORO

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di lavoro anche attraverso la formulazione di mappe di rischio.
- Determinazione qualitativa e quantitativa e controllo dei fattori di rischio di tipo chimico, fisico, biologico ed organizzativo presenti negli ambienti di lavoro.
- Controllo della sicurezza e delle caratteristiche ergonomiche e di igiene di ambienti, macchine, impianti e postazioni di lavoro.
- Sorveglianza epidemiologica e costruzione del sistema informativo su rischi e danni da lavoro.
- Indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro.
- Verifica della compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative e in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori.
- Attuazione dei compiti di vigilanza relativi alle aziende con rischi di incidenti rilevanti.
- Controllo della salute dei minori e adolescenti ed educazione alla salute in relazione alla loro collocazione al lavoro.
- Valutazione della idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge.
- Elaborazione e conduzione di programmi di ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute e di igiene e sicurezza del lavoro.
- Indagini per infortuni e malattie professionali.
- Controllo sull'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambiente di lavoro finalizzato alla tutela della salute dei lavoratori.
- Informazione all'utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.
- Formazione ed educazione alla salute.
- Tutela della salute delle lavoratrici madri.

1.4 – SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

1.4.1 SANITA' ANIMALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali.
- Prevenzione e controllo delle zoonosi.
- Interventi di polizia veterinaria.
- Vigilanza sui concentramenti e spostamenti animali, compresa l'importazione e l'esportazione, e sulle relative strutture ed attrezzature.
- Igiene urbana veterinaria.
- Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina.
- Controllo delle popolazioni sinantropiche e selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente

1.4.2 TUTELA IGIENICO-SANITARIA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Ispezione negli impianti di macellazione.
- Controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale.
- Vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente preveda il veterinario ufficiale.
- Disposizione di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti.
- Valutazione degli esiti analitici ed informazione dei conduttori degli stabilimenti, dei risultati degli esami e degli eventuali accorgimenti da adottare.
- Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari.

- Monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale.

1.4.3 IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario in coordinamento con il servizio farmaceutico e programmi per la ricerca dei residui di trattamenti illeciti o impropri.
- Controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi.
- Controllo e vigilanza sulla riproduzione animale.
- Controllo sul latte e sulle produzioni lattiero-casearie.
- Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione.
- Protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica.
- Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione.

1.5 - TUTELA IGIENICO-SANITARIA DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali.
- Campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande.
- Controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi, coloranti ed altro.
- Controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia.
- Controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande.
- Autorizzazioni e certificazioni sanitarie su fitofarmaci, additivi alimentari e sulla produzione, commercio, trasporto, vendita e somministrazione di alimenti e bevande.
- Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare.
- Informazione ed educazione sanitaria agli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande.
- Prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi.

1.5.1 – ATTIVITA' DI CONTROLLO IGIENICO SANITARIO IN MATERIA DI FUNGHI EPIGEI

- Rilascio delle certificazioni previste dall'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica n 376/1995 e a scopo commerciale. *
- Organizzazione dei corsi a frequenza facoltativa per la preparazione all'esame per il conseguimento dell'attestato di idoneità all'identificazione delle specie fungine e svolgimento degli stessi per il conseguimento degli attestati di idoneità alla identificazione specie fungina.
- Consulenza micologica gratuita alla cittadinanza per il riconoscimento dei funghi raccolti ai fini della commestibilità.
- Collaborazione con la struttura sanitaria per la consulenza in caso di intossicazione da funghi.
- Vigilanza sulla raccolta, commercio, trasporto, somministrazione dei funghi epigei spontanei freschi, secchi o comunque preparati.
- Interventi di carattere educativo formativo, rivolti alla popolazione con specifici accordi di programma coinvolgendo Province, Comunità Montane, Comuni e altri Enti.

NB : * Non rientrano tra i livelli essenziali di assistenza le certificazioni di competenza non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge.

1.6 - MEDICINA LEGALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Attività di consulenza specialistica per finalità pubbliche.
- Attività di accertamento e certificazione in materia di idoneità per finalità di sicurezza sociale.
- Attività di accertamento e certificazione per l'idoneità al servizio civile, affidamento e adozione dei minori ai sensi della L. 184/83.
- Attività di informazione, accertamento, valutazione, controllo e certificazione in ambito di idoneità nel campo del diritto al lavoro in materia di stato di salute, incapacità lavorativa, temporanea e permanente, per i dipendenti pubblici e privati.
- Medicina legale per la persona relativamente agli accertamenti preventivi di idoneità o inidoneità previsti da leggi e regolamenti.
- Medicina necroscopica.
- Attività di informazione, accertamento, valutazione e certificazione in ambito di tutela di portatori di menomazioni relativamente agli stati di invalidità e di portatore di Handicap.

NB : Non rientrano tra i livelli essenziali di assistenza, come specificato nell'allegato 2A del decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, le certificazioni mediche non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge.

1.7 - MEDICINA DELLO SPORT

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Certificazioni di idoneità allo sport agonistico rilasciate ai minori di anni 18, ai portatori di handicap e agli esenti totali, secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente.
- Attività di consulenza specialistica per finalità pubbliche inerenti i compiti del Servizio sanitario regionale.
- Interventi di educazione alla salute indirizzati alla promozione dello sport e all'adozione di stili di vita sani.
- Attività di consulenza specialistica per la promozione delle attività motorie sportive organizzate da istituzioni locali ed associazioni sportive.
- Valutazione funzionale di categorie a rischio per le quali una regolare attività sportiva può contribuire ad integrare un piano terapeutico.
- Protocolli per la valutazione medico sportiva.
- Informazione e valutazione degli effetti dei farmaci usati dagli sportivi e controllo antidoping.
- Vigilanza sul corretto rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico e non agonistico.
- Vigilanza sugli ambulatori privati che operano nel campo della medicina dello sport.

2. ASSISTENZA TERRITORIALE

2.1 - ASSISTENZA MEDICA DI BASE

Affidamento al medico della responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute del proprio assistito attraverso lo svolgimento di compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi individuali e familiari, e di educazione sanitaria, per il soddisfacimento dei bisogni sanitari dell'assistito correlati ai livelli essenziali di assistenza.

2.1.1 MEDICINA GENERALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Tra i compiti del medico, previsti dagli accordi nazionali e regionali, rientrano in questo livello di assistenza:

- le visite domiciliari e ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico,
- la prescrizione di farmaci, di prestazioni di assistenza integrativa, di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche ambulatoriali, la proposta di ricovero in

strutture di degenza e la proposta di cure termali,

- il consulto con lo specialista e l'accesso presso gli ambienti di ricovero,
- la tenuta e aggiornamento della scheda sanitaria individuale,
- le certificazioni obbligatorie ai fini della riammissione scolastica,
- le certificazioni di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche nell'ambito scolastico,
- la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro,
- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario, compreso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni e il regime delle esenzioni, nonché del corretto uso del farmaco.
- le visite occasionali ai non domiciliati sanitarimente, nei casi e secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

2.1.2 PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Tra i compiti del pediatra, previsti dagli accordi nazionali e regionali, rientrano in questo livello di assistenza:

- la presa in carico del neonato nei tempi e modalità previsti dalle disposizioni vigenti,
- le visite domiciliari e ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico,
- la prescrizione di farmaci, di prestazioni di assistenza integrativa, di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche ambulatoriali, la proposta di ricovero in strutture di degenza e la proposta di cure termali,
- il consulto con lo specialista in sede ambulatoriale o domiciliare, e l'accesso presso gli ambienti di ricovero,
- le certificazioni ai fini dell'ammissione agli asili nido, della riammissione scolastica, e dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino,
- la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria pediatrica individuale,
- le certificazioni di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche nell'ambito scolastico,
- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario, nonché del corretto uso del farmaco, nei confronti delle famiglie dei minori,
- il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e la ricerca di fattori di rischio con particolare riguardo alla individuazione precoce di handicap neurosensoriali e psichici (bilanci di salute), secondo i metodi e i tempi previsti dagli accordi regionali.
- le visite occasionali ai non domiciliati sanitarimente, nei casi e secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

2.1.3 CONTINUITA' ASSISTENZIALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Prestazioni domiciliari e territoriali aventi carattere di urgenza nelle ore notturne, nei giorni festivi e prefestivi nelle forme previste dalle disposizioni vigenti. In particolare il medico deve assicurare:
 - gli interventi richiesti direttamente dall'utente oppure dalla centrale operativa;
 - la prescrizione dei farmaci che trovano indicazione per una terapia d'urgenza e limitatamente al numero di confezioni necessarie per coprire un ciclo di terapia non superiore a 48/72 ore;
 - proposte di ricovero;
 - certificazioni di malattia per i lavoratori, esclusivamente nei casi di assoluta necessità, limitatamente ai turni di guardia festivi e prefestivi e per un massimo di 3 giorni;
- Prestazioni aggiuntive a domicilio dell'assistito.
- Assistenza stagionale ai turisti.

2.2 - ASSISTENZA FARMACEUTICA

2.2.1 FARMACEUTICA AZIENDALE E ASSISTENZA INTEGRATIVA PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Approvvigionamento, controllo e distribuzione di farmaci, ausili medici e materiali di supporto alle attività diagnostiche, per l'utilizzo in ambito ospedaliero, in regime di ricovero e ambulatoriale.
- Approvvigionamento, controllo e distribuzione di farmaci, ausili medici e altri prodotti sanitari, per l'impiego sia in fase di dimissione dai presidi sanitari che in ambito domiciliare o residenziale (sanitario e sanitario assistenziale) sostitutivo del domicilio.
- Supporto farmaceutico nei programmi di vaccinazione, cure palliative, nutrizione domiciliare, ossigenoterapia domiciliare e altre forme di assistenza domiciliare, di cui ai rispettivi livelli di assistenza.
- Vigilanza e controllo sulle attività farmaceutiche da esercitarsi secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti.
- Supporto, analisi e valutazioni sulle attività e sulle prescrizioni farmaceutiche da esercitarsi secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti.
- Partecipazione allo sviluppo delle procedure e delle attività di farmacovigilanza.
- Collaborazione in programmi di informazione ed aggiornamento con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, medici ospedalieri, società scientifiche, al fine di realizzare percorsi terapeutici appropriati e condivisi, di qualificare la prescrizione e ottimizzare l'uso delle risorse.

2.2.2 FARMACEUTICA CONVENZIONATA E INTEGRATIVA PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Erogazione dell'assistenza farmaceutica e di quella integrativa attraverso le farmacie private o pubbliche che dispensano, su presentazione della ricetta medica, medicinali, prodotti dietetici, ausili medici ed altri prodotti sanitari nei limiti delle prestazioni erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale e Servizio nazionale regionale.

2.3 - SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Prestazioni specialistiche e riabilitative, indagini di diagnostica strumentale e di laboratorio, previste nel nomenclatore regionale delle prestazioni ambulatoriali, erogate con le modalità e le indicazioni ivi stabilite, su richiesta del medico curante e di specialisti pubblici o nell'ambito di programmi di intervento delle strutture pubbliche, presso:

- il domicilio, individuale o collettivo, dell'assistito,
- le sedi ambulatoriali territoriali ed ospedaliere.

2.3.1 SPECIALISTICA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Sono compresi nell'intervento specialistico:
 - la richiesta di approfondimenti diagnostici su ricettario regionale, ove prevista,
 - la formulazione della diagnosi,
 - la refertazione, che deve essere circostanziata e riportare gli esami effettuati e le conclusioni diagnostiche,
 - l'eventuale prescrizione terapeutica su ricettario regionale,
 - l'indirizzo terapeutico per il medico curante, espresso preferibilmente come categoria chimica del farmaco, in caso di consulenza o consulto,
 - il rilascio della eventuale certificazione prognostica,

- la relazione al medico curante sulle terapie praticate e sui risultati conseguiti e l'eventuale suggerimento sull'indirizzo terapeutico farmacologico preferibilmente come categoria chimica del farmaco.

2.3.2 DIAGNOSTICA STRUMENTALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Diagnostica per immagini:
 - esecuzione, anche con l'uso di mezzi di contrasto, degli accertamenti diagnostici,
 - refertazione circostanziata con le conclusioni diagnostiche, sottoscritta dallo specialista che ha eseguito l'accertamento, per quelle indagini che prevedono il suo esclusivo intervento, o che legge i radiogrammi, per le indagini effettuate da personale tecnico.
- Attività di laboratorio:
 - prelievo e raccolta campioni, esecuzione di accertamenti analitici e relativa refertazione.

2.4 – ASSISTENZA DISTRETTUALE

2.4.1 - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Attività presso le centrali operative 118.
- Interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni all'ospedale, con mezzo attrezzato compreso eliambulanza.
- Trasferimento degli assistiti con mezzo attrezzato.
- Attività di assistenza e primo intervento presso i punti di primo soccorso e di pronto soccorso territoriali.
- Attività assistenziali e organizzative in occasione di maxi emergenze.

2.4.2 - ATTIVITÀ DI PREVENZIONE RIVOLTA ALLA PERSONA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Educazione sanitaria mediante interventi rivolti al singolo o alle comunità, attività di prevenzione primaria.
- Attività di screening.

2.4.3 ATTIVITA' DISTRETTUALI

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare, anche su prescrizione del medico di medicina generale.
- Assistenza Programmata del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta in favore di assistiti non ambulabili o non autosufficienti, che non siano in grado di frequentare lo studio del medico, al loro domicilio privato familiare o individuale o nelle residenze sanitarie o in quelle sanitarie assistenziali o nelle collettività, in collegamento con i servizi specialistici o sociali.
- Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) per l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie e socio – assistenziali.
- Trasporti sanitari per anziani non autosufficienti, dializzati, handicap, hanseniani.
- Assistenza residenziale presso gli Ospedali di Comunità.

2.4.4 ATTIVITA' CONSULTORIALI

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Attività di promozione della salute e di assistenza nell'ambito dei servizi consultoriali:
 - educazione sessuale,
 - assistenza sociale,
 - assistenza psicologica,
 - consulenza e visite specialistiche ostetrico – ginecologiche,
 - assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza,

- assistenza pediatrica in carenza di pediatra di libera scelta,
- attività in ambito pediatrico (vaccinazioni, screening) non affidate ai pediatri di libera scelta,
- adempimenti per affidamento e adozioni.

2.4.5 - ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Cure palliative finalizzate alla cura attiva di malati la cui patologia non risponde più a trattamenti specifici, erogate dalle Unità di Cure Continue presso il domicilio dell'utente e/o strutture dedicate.
- Hospice.

2.4.6 – ASSISTENZA ALLE PERSONE CON INFEZIONE DA HIV

- Assistenza domiciliare
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m.14 febbraio 2001 a favore di soggetti con infezione da HIV.

2.5 – RIABILITAZIONE

2.5.1 RIABILITAZIONE FUNZIONALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Predisposizione del progetto riabilitativo individuale e dei relativi programmi.
- Trattamenti riabilitativi di contenuto generico o specifico, a seconda delle necessità conseguenti alla patologia anche consolidata, erogati in regime domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale quando non compresi in altri livelli del macrolivello “assistenza territoriale”.

2.5.2 ASSISTENZA RIABILITATIVA SANITARIA E SOCIOSANITARIA ALLE PERSONE CON DISABILITA' FISICA, PSICHICA O SENSORIALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Formulazione dei progetti abilitativi riabilitativi globali e dei relativi piani di intervento.
- Erogazione, in forma coordinata ed integrata, di prestazioni di assistenza diretta alla persona, assistenza infermieristica, riabilitazione funzionale, di consulenze specialistiche, in ambito domiciliare (individuale e collettivo), ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, ed in altri spazi di vita.
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m.14 febbraio 2001 a favore di disabili psichici fisici e sensoriali

2.5.3 ASSISTENZA PROTESICA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Fornitura delle protesi e degli ausili tecnici inclusi nel Nomenclatore – tariffario (DM 332/1999), di cui all'ultimo comma dell'art. 26, legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale).

2.5.4 ASSISTENZA TERMALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Prestazioni idrotermali, di cui all'art. 36 legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) relativamente al solo aspetto terapeutico, erogate nei limiti e con le modalità previste dalla normativa vigente e dagli accordi stipulati annualmente a livello nazionale tra i rappresentanti della parte pubblica e delle aziende termali.

2.6 - ASSISTENZA AGLI ANZIANI

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Valutazione della condizione di non autosufficienza da parte della Unità di Valutazione Geriatrica ai sensi della Deliberazione CR 214/1991.
- Formulazione del piano terapeutico – assistenziale.
- Erogazione, in forma coordinata ed integrata, di prestazioni di:
 - assistenza sanitaria programmata (Medicina generale)
 - assistenza diretta alla persona
 - assistenza infermieristica, anche in forma indiretta
 - riabilitazione funzionale
 - consulenza geriatrica
 - consulenze specialistiche rese al domicilio, individuale o collettivo, in ambito ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m.14 febbraio 2001, a favore di anziani non autosufficienti.

2.7 - SALUTE MENTALE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- 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, ai pediatri di libera scelta e ad agenzie pedagogico - educative.
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m.14 febbraio 2001, a favore delle persone con problemi psichiatrici.

2.8 – DIPENDENZE

2.8.1 TOSSICODIPENDENZE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della

tossicodipendenza.

- Prevenzione:
 - intervento di primo sostegno e di orientamento all'utente ed alle famiglie
 - attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione, anche per gruppi omogenei o per fasce di età.
- Accoglienza della domanda e organizzazione degli interventi.
- Interventi in situazioni di emergenza ed urgenza garantiti nell'arco delle 24 ore, sulla base di protocolli operativi definiti con il DEU.
- Interventi diagnostici.
- Certificazione dello stato di tossicodipendenza, anche su richiesta dell'autorità giudiziaria e degli organi dello Stato.
- Interventi terapeutici e socio riabilitativi.
- Interventi di cura e riabilitazione a favore di tossicodipendenti detenuti, in collaborazione con il servizio sanitario penitenziario.
- Attività residenziale e semiresidenziale a carattere socio riabilitativo e pedagogico educativo.
- Attività di sostegno psicologico, sociale e sanitario per i soggetti tossicodipendenti in trattamento, in ordine alle problematiche AIDS.
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m.14 febbraio 2001, a favore di tossicodipendenti.

2.8.2. ALCOLISMO

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Interventi prevenzione, cura e reinserimento sociale in materia di alcooldipendenza e problematiche alcoolcorrelate.
- Consulenza, informazione, sensibilizzazione al riconoscimento dei problemi, rivolte alla popolazione, anche per gruppi omogenei e per fasce di età.
- Prevenzione dell'uso improprio e dell'abuso delle sostanze alcoliche.
- Accoglienza, osservazione e diagnosi.
- Definizione , attuazione e verifica di progetti terapeutici e riabilitativi individualizzati.
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m.14 febbraio 2001, a favore di alcooldipendenti.

3. ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.1 - EMERGENZA E URGENZA

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Trattamento, in sede ospedaliera, di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostici e terapeutici in condizioni di emergenza o di urgenza, anche non seguiti da ricovero.
- Accettazione d'urgenza per i trattamenti che richiedano la prosecuzione in regime di ricovero, anche provenienti dalle strutture di emergenza territoriale.

3.2 - RICOVERO

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Trattamento di patologie acute, nonché di condizioni patologiche di lunga durata, che richiedono un trattamento diagnostico - terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera, tramite:
 - Assistenza medica e infermieristica,
 - ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica, riabilitativa e di supporto necessari per risolvere

i problemi di salute del paziente degente.

- I trattamenti sono erogati secondo le seguenti modalità:
 - in forma di ricovero ordinario, anche di riabilitazione e lungodegenza,
 - in forma di ricovero a ciclo diurno (day hospital e day surgery), anche di riabilitazione.
- L'accesso può avvenire:
 - in forma di ospedalizzazione programmata,
 - in forma di ospedalizzazione d'urgenza,
 - in forma di ospedalizzazione domiciliare
- I trattamenti a ciclo diurno sono erogati esclusivamente con accesso programmato.

3.3 - RACCOLTA, LAVORAZIONE, CONTROLLO E DISTRIBUZIONE DEGLI EMOCOMPONENTI E SERVIZI TRASFUSIONALI

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Perseguire l'autosufficienza di sangue e di emocomponenti in relazione agli obiettivi posti dalla programmazione e pianificazione regionale e nazionale, in collaborazione con le Associazioni di Volontariato.
- In relazione alla normativa nazionale e regionale di riferimento ed alle relative linee di indirizzo:
 - garantire l'erogazione delle prestazioni di medicina trasfusionale in routine, urgenza ed emergenza, ivi incluse le attività correlate alla donazione, tipizzazione, conservazione, qualificazione biologica ed assegnazione di cellule progenitrici emopoietiche, e le attività diagnostiche di Immunoematologia;
 - promuovere l'utilizzo appropriato degli emocomponenti e plasmaderivati all'interno dei Comitati ospedalieri per il buon uso del sangue;
 - promuovere ed effettuare le tecniche autotrasfusionali alternative alla trasfusione omologa;
 - garantire la sicurezza della risorsa sangue, anche mediante l'effettuazione delle attività diagnostiche finalizzate alla qualificazione biologica degli emocomponenti;
 - effettuare le attività di emovigilanza e di rilevazione epidemiologica degli eventi avversi alla trasfusione.

3.4 – ATTIVITA' PER LA DONAZIONE, IL PRELIEVO, IL TRAPIANTO DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE

PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Predisposizione e sviluppo della donazione e del prelievo di organi, tessuti e cellule,
- Valutazione dell'idoneità del donatore e degli organi, tessuti e cellule reperiti,
- Verifica della compatibilità donatore-ricevente e conseguenti procedure di allocazione di organi, tessuti e cellule,
- Mantenimento e aggiornamento della rete della sicurezza di organi tessuti e cellule,
- Individuazione e selezione del potenziale ricevente,
- Gestione lista di attesa per organi, tessuti e cellule,
- Gestione di registri dei donatori e riceventi di organi, tessuti e cellule,
- Sviluppo di reti aziendali per il controllo del ricevente sul lungo termine,
- Reinserimento sociale del paziente trapiantato,
- Formazione specifica per gli operatori del sistema,
- Comunicazione nella comunità sociale.

Allegato 2 – Orientamenti generali per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali

1) Le funzioni operative

L'articolo 2, lettera 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.

Per le unità operative alle quali, seppur collocate a livello ospedaliero o extra-ospedaliero, sono attribuite funzioni miste per entrambi i regimi, la proiezione nel livello operativo complementare può trovare strutturazione in forme organizzative semplici che fanno comunque riferimento alla competente unità operativa.

3) Le soglie operative

Il presente allegato individua le soglie operative di costituzione delle relative strutture organizzative professionali ai sensi dell'articolo 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.

- 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 assistenza che consentano un adeguato standard qualitativo.

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.

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.

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.

Le modificazioni al percorso formativo delle professionalità infermieristiche, di assistenza ostetrica, tecnico sanitarie, tecniche della prevenzione e tecniche della riabilitazione, richiedono una riconsiderazione complessiva del settore. Del resto i processi formativi, che si sono attivati a partire dal 2001, hanno appena iniziato a sviluppare i loro effetti, soprattutto per quanto riguarda le potenziali

innovazioni rispetto al ruolo concreto che tali professionalità potranno effettivamente dispiegare nel sistema sanitario.

La legge 251/2000 ed in particolare il DM 2/4/2001 hanno configurato un sistema delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie articolato in 4 classi:

- classe 1 scienze infermieristiche ed ostetriche;
- classe 2 scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione;
- classe 3 scienze delle professioni sanitarie tecniche;
- classe 4 scienze delle professioni sanitarie della prevenzione;

Il modello di formazione ovviamente è destinato ad operare un forte impatto sui sistemi organizzativi sanitari; la difficoltà di delineare oggi la profondità di tali impatti, rende complesso definire un assetto organizzativo e funzionale a regime. In questo senso le indicazioni poste vogliono delineare questo processo di modificazione per segnare la tappa di partenza di un percorso che si articolerà per il prossimo triennio 2005-2007.

Le aziende sanitarie provvedono alla costituzione delle seguenti strutture organizzative, qualificate come dirigenziali, a livello aziendale:

1. Una unità operativa infermieristica;
2. Una unità operativa assistenza ostetrica;
3. Una unità operativa diagnostica di laboratorio;
4. Una unità operativa diagnostica per immagini;
5. Una unità operative delle professioni della riabilitazione;
6. Una unità operativa delle professioni della prevenzione.

Alle suddette strutture organizzative sono attribuite funzioni di integrazione e di omogeneizzazione tra le diverse attività, unità e figure professionali e di supporto al coordinatore delle professioni infermieristiche ed al coordinatore delle professioni tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione previsti dalla normativa regionale vigente.

Il Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario, nomina il coordinatore infermieristico ed il coordinatore tecnico sanitario tra i responsabili delle strutture organizzative dirigenziali di cui ai precedenti capoversi.

Restano confermate le altre unità operative previste dalla successiva tabella.

In relazione alla complessità ed al volume dell'attività svolta, nonché al numero delle strutture organizzative professionali previste dallo statuto aziendale, le aziende sanitarie possono costituire ulteriori strutture dirigenziali.

9) La direzione sociale in ambito sanitario

Per garantire a livello di zona-distretto l'integrazione socio-sanitaria ed in particolare per favorire percorsi assistenziali integrati che superino l'attuale sovrapposizione tra interventi sanitari e sociali e garantire l'unicità della presa in carico del cittadino, il regolamento aziendale definisce le modalità organizzative del servizio sociale professionale in ambito sanitario con particolare riferimento alla costituzione delle unità operative di assistenza sociale a livello di zona-distretto.

All'unità operativa di assistenza sociale potranno essere affidati i compiti previsti dalla legislazione regionale per il coordinatore sociale di cui al coordinamento della zona-distretto, con particolare riferimento alle funzioni di programmazione e progettazione dei servizi sociali nell'ambito del Piano Integrato di Salute.

Le aziende sanitarie provvedono alla costituzione delle strutture organizzative qualificandole come dirigenziali, a livello aziendale e di zona distretto. L'attribuzione dell'incarico di direzione di tali strutture avviene ai sensi della Legge 251/00 e della Legge 138/04.

TABELLA. REPERTORIO DELLE FUNZIONI OPERATIVE, STRUTTURE ORGANIZZATIVE E SOGLIE CORRISPONDENTI NELLE DIVERSE CLASSI E SOTTOCLASSI DI FUNZIONE OPERATIVA.

1) I servizi territoriali

Funzioni operative	Struttura organizzativa	Soglia
Assistenza sociale	Assistenza sociale	Una per zona-distretto
Assistenza sanitaria di comunità	Attività sanitarie di comunità	Una a livello aziendale
Medicina della Farmacotossicodipendenza	Formacotossicodipendenza	Una a livello aziendale
Psichiatria	Psichiatria	Una a livello aziendale
Attività di riabilitazione funzionale ed educativo – riabilitativa	Riabilitazione funzionale	Una per zona-distretto se con popolazione superiore a 30.000 abitanti; una per le aziende ospedaliere e per i presidi ospedalieri con un numero di posti letto superiore a 400
Psicologia, 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

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
Prevenzione, vigilanza e sicurezza nelle attività estrattive	Ingegneria mineraria	Una nella unità sanitarie locali 1 Massa Carrara
Individuazione e Determinazione degli inquinanti e dei loro metaboliti in matrici biologiche umane per la prevenzione nei luoghi di lavoro e nell'ambiente	Tossicologia occupazionale ed ambientale	Nei Laboratori di sanità pubblica dell'area vasta nord (azienda unità sanitaria locale 2 Lucca), centro (azienda unità sanitaria locale 10 Firenze), sud (azienda unità sanitaria locale 7 Siena)
Controllo e profilassi delle zoonosi rilevanti per la salute pubblica	Zoologia ambientale	Nel Laboratorio di Sanità pubblica dell'area vasta sud (azienda unità sanitaria locale 9 Grosseto)
Attività di determinazione degli inquinanti chimici, fisici e biologici per la salute collettiva	Tecnici di laboratorio	Nei Laboratori di sanità pubblica dell'area vasta nord (azienda unità sanitaria locale 2 Lucca), centro (azienda unità sanitaria locale 10 Firenze), sud (azienda unità sanitaria

		locale 7 Siena)
Individuazione e Determinazione dei fattori di rischio biologico	Biotossicologia	Nei Laboratori di sanità pubblica dell'area vasta nord (azienda unità sanitaria locale 2 Lucca), centro (azienda unità sanitaria locale 10 Firenze e azienda unità sanitaria locale 3 Pistoia), sud (azienda unità sanitaria locale 7 Siena e azienda unità sanitaria locale 9 Grosseto)
Prevenzione, determinazione e controllo sui rischi chimici e fisici negli ambienti di lavoro e di vita	Igiene industriale	Nei Laboratori di sanità pubblica dell'area vasta nord (azienda unità sanitaria locale 2 Lucca), centro (azienda unità sanitaria locale 10 Firenze), sud (azienda unità sanitaria locali 7 Siena)

- 2) La prevenzione
b) in ambito aziendale*

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
Attività professionale di prevenzione in ambito veterinario	Tecnici di prevenzione in ambito veterinario	Una a livello aziendale
Attività professionale di prevenzione per la sanità pubblica e l'igiene degli alimenti	Tecnici di prevenzione in ambito di sanità pubblica	Una a livello aziendale
Attività professionale di prevenzione sui luoghi di lavoro	Tecnici di prevenzione sui luoghi di lavoro	Una a livello aziendale
Igiene degli alimenti di origine animale	Igiene degli alimenti di origine animale	Una a livello aziendale
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	Una a livello aziendale
Igiene degli alimenti e nutrizione	Igiene degli alimenti	Una a livello aziendale
Igiene e prevenzione dei rischi per la salute pubblica	Igiene e sanità pubblica	Una al livello aziendale
Medicina legale	Medicina legale	Una a livello aziendale
Prevenzione e sicurezza negli ambienti confinati	Prevenzione e sicurezza	Una a livello aziendale
Prevenzione, igiene, salute nei luoghi di lavoro	Igiene e salute nei luoghi di lavoro	Una a livello aziendale
Sanità animale	Sanità animale	Una a livello aziendale

* Sulla base di specifiche scelte aziendali la Funzione operativa di Epidemiologia può essere collocata nell'ambito della Prevenzione a livello aziendale.

3) Le funzioni comuni ai servizi territoriali ed ai servizi di prevenzione

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
Assistenza infermieristica in ambito territoriale	Assistenza infermieristica di comunità e sanità pubblica	Una per zona - distretto
Medicina dello sport	Medicina dello sport	Una a livello aziendale
Assistenza sanitaria in ambito preventivo	Assistenza sanitaria in ambito preventivo	Una a livello aziendale

4) L'ospedale in ambito regionale

Funzione operativa	Struttura organizzativa
Allergologia ed immunologia clinica	Allergologia ed immunologia
Andrologia	Andrologia
Angiologia	Angiologia
Biostatistica e sicurezza di qualità in laboratorio	Biostatistica e sicurezza di qualità in laboratorio
Cardiochirurgia	Cardiochirurgia
Cardiochirurgia pediatrica	Cardiochirurgia pediatrica
Cardiologia invasiva diagnostica e terapeutica	Cardiologia
Cardiologia pediatrica	Cardiologia pediatrica
Immunoematologia e trasfusione del sangue (L. 107/90)	Centro regionale di Coordinamento e Compensazione
Chirurgia maxillo facciale	Chirurgia maxillo facciale
Chirurgia pediatrica	Chirurgia pediatrica
Chirurgia plastica	Chirurgia plastica
Microchirurgia ricostruttiva della mano	Microchirurgia ricostruttiva della mano
Chirurgia toracica	Chirurgia toracica
Chirurgia vascolare	Chirurgia vascolare
Laboratorio di citogenetica e citobiologia ematologica	Citogenetica
Diabetologia pediatrica	Diabetologia pediatrica
Dietetica e nutrizione clinica	Dietetica medica
Ematologia ed ematologia dei trapianti	Ematologia
Laboratorio di ematologia e coagulazione	Ematologia e coagulazione
Oncoematologia pediatrica e dei trapianti	Oncoematologia pediatrica
Endocrinologia	Endocrinologia
Gastroenterologia	Gastroenterologia
Genetica medica	Genetica medica
Grandi ustioni	Grandi ustioni
Grandi ustioni pediatriche	Grandi ustioni pediatriche
Genetica medica pediatrica	Genetica medica pediatrica
Laboratorio immunogenetica e biologia trapianti	Immunogenetica e biologia trapianti
Ingegneria clinica	Ingegneria clinica
Malattie infettive pediatriche	Malattie infettive pediatriche
Medicina legale	Medicina legale
Nefrologia dei trapianti	Nefrologia
Nefrologia pediatrica	Nefrologia pediatrica

Neurochirurgia pediatrica	Neurochirurgia pediatrica
Neurochirurgia e neurotraumatologia	Neurochirurgia
Neuropsichiatria infantile	Neuropsichiatria infantile
Neuroradiologia	Neuroradiologia
Neuroriabilitazione	Neuroriabilitazione
Odontostomatologia	Odontostomatologia
Psicologia	Psicologia
Reumatologia	Reumatologia
Riabilitazione cardiologica	Riabilitazione cardiologica
Rianimazione e terapia intensiva polifunzionale pediatrica	Rianimazione pediatrica
Terapia intensiva neonatale	Terapia intensiva neonatale
Tossicologia – centro veleni	Tossicologia
Tossicologia forense	Tossicologia forense
unità spinale	unità spinale
Laboratorio di virologia e sierologia	Virologia

4) L'ospedale in ambito aziendale

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
Analisi chimico cliniche	Analisi chimico cliniche	150.000 abitanti
Anatomia, istologia patologica e citodiagnostica	Anatomia patologica	150.000 abitanti
Anestesia, rianimazione, terapia intensiva polifunzionale, terapia del dolore e ossigenoterapia iperbarica	Anestesia e rianimazione	90.000 abitanti. Per le attività di ossigenoterapia iperbarica valgono le stesse previsioni formulate per le funzioni regionale
Assistenza infermieristica e attività di supporto all'assistenza in ambito ospedaliero	Assistenza infermieristica ospedaliera	Una per ogni presidio di zona
Biochimica clinica endocrinologica e tossicologica	Biochimica clinica	200.000 abitanti
Cardiologia, U.T.I.C., riabilitazione cardiologica	Cardiologia	80.000 abitanti
Chirurgia generale	Chirurgia generale	40.000 abitanti
Dermatologia	Dermatologia	200.000 abitanti
Diabetologia	Diabetologia	Una per azienda
Diagnostica professionale di laboratorio	Diagnostica professionale di laboratorio	Una per zona con popolazione superiore a 30.000 abitanti
Diagnostica professionale per immagini	Diagnostica professionale per immagini	Una per zona con popolazione superiore a 30.000 abitanti
Dietetica professionale anche in ambito extraospedaliero	Dietetica	Una per azienda
direzione medica di presidio ospedaliero	direzione sanitaria ospedaliera	Una per aziende salvo eccezioni per i presidi ospedalieri di maggiori dimensioni
Farmaceutica ospedaliera	Farmaceutica ospedaliera	Una per azienda
Fisica sanitaria	Fisica sanitaria	Una per azienda
Geriatrics anche in ambito	Geriatrics	150.000 abitanti

extraospedaliero		
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, compresa riabilitazione ortopedica	Ortopedia	80.000 abitanti
Ostetricia e ginecologia, anche in ambito territoriale	Ostetricia e ginecologia	90.000 abitanti
Assistenza ostetrica anche in ambito territoriale	Ostetricia professionale	Una per azienda
Otorinolaringoiatria e audiologia	Otorinolaringoiatria	150.000 abitanti
Pediatria, anche in ambito territoriale	Pediatria	90.000 abitanti
Pneumologia e fisiopatologia respiratoria, compresa riabilitazione	Pneumologia	200.000 abitanti
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

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
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

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
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

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
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 all'assistenza	Coordinatore infermieristico	Una a livello aziendale
Direzione delle attività tecnico-anitarie	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 ¹	Epidemiologia	Una a livello aziendale
Formazione delle competenze, formazione per l'accesso ai profili, formazione continua	Formazione	Una a livello aziendale
Progettazione, sviluppo e gestione del 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	Una a livello aziendale

¹ 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

politiche del farmaco		
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

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
Segreteria, gestioni economiche e servizi logistici, manutenzione impianti e tecnologie sanitarie, manutenzione immobili, gestione dei flussi informativi, analisi del budget di zona-distretto e dei bisogni	Struttura tecnico amministrativa e direzionale di zona-distretto, sulla base delle esigenze individuate a livello aziendale.	Una per zona-distretto.

Allegato 3 – I livelli di assistenza socio sanitaria

PRESTAZIONI – FONTI NORMATIVE – ONERI FINANZIARI

AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI NORMATIVE	ONERI FINANZIARI (% di attribuzione della spesa)	
				A carico 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 art. 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 24/4/2000 "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, psico-terapeutiche, 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. 285/97		100% prestazioni di supporto sociale ed economico alle famiglie, di supporto educativo domiciliare 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 24.4.2000 "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 socioriabilitative, secondo il piano di intervento individualizzato	d.p.r. 10.11.1999 "Progetto obiettivo tutela della salute mentale 1998/2000"	100%	
		b) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative 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 socioriabilitative secondo il piano di intervento individualizzato		100%	dal 40% al 25%
		d) prestazioni diagnostiche terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale nella fase intensiva ed estensiva, secondo il piano di intervento individualizzato		100%	
		e) prestazioni assistenziali e socioriabilitative, 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%	Almeno il 40% Almeno l'80%
		N.B. La conclusione della fase estensiva e il passaggio alla fase di lungoassistenza è definita mediante apposito momento valutativo multiprofessionale sulla base del piano di intervento individualizzato. Negli accordi di programma possono essere previsti interventi socio riabilitativi a sostegno dei piani terapeutici di intervento. Nei Piani di Zona le Province concorrono con le proprie competenze e risorse. Per le situazioni pregresse, 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.			

		Fase Estensiva sulla base del piano individualizzato, ed entro termini temporali definiti		Fino al 100%	Possibile compartecipazione alla spesa, sulla base del piano di intervento, fino a una misura del 20% e comunque nei limiti dell'assegno di accompagnamento
		<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prestazioni afferenti funzioni sanitarie, quali assist. di medicina generale e specialistica, assistenza infermieristica, riabilitativa, farmaceutica ove prevista, fornitura di protesi, di ausili e materiale sanitario a favore delle persone 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 	<p>l. 104/1992 l. 162/1998</p>	<p>100%</p> <p>fino al 70%</p> <p>fino al 20%</p>	<p>almeno il 30%</p> <p>almeno l'80%</p>
		l) assistenza sociale, scolastica ed educativa e programmi di inserimento sociale e lavorativo			100%
		<p>N.B.: 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</p> <p>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</p> <p>Per le situazioni pregresse ex art.26 già a carico del SSN per il 100%, limitatamente alle situazioni consolidate della fase estensiva, l'introduzione del concorso alla spesa di parte sociale può riguardare esclusivamente i redditi propri dell'utente con esclusione di oneri a carico dei Comuni</p> <p>La fase dei lungoassistenza e le prestazioni in essa contenute, dovranno essere concertate unitamente alla definizione dei percorsi assistenziali per le persone disabili</p>			

AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI NORMATIVE	ONERI FINANZIARI (% di attribuzione della spesa)	
				A carico SSN	A carico del Comune (salva eventuale compartecipazione utente)
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 art. 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% fino al 60%	almeno il 40% 100%
		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 31.3.1994 l. 67/1988 l. 451/1998 d.lgs n. 229/99 d.p.r. 23.7.98 "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% Fino al 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 delle oscillazioni previste è da rapportarsi alle diverse caratterizzazioni del servizio per nuclei di differente intensità assistenziale e deve essere applicata in maniera differenziata con riferimento all'organizzazione specifica di ciascun nucleo	100% almeno il 60% fino al 20%	Fino al 40 Almeno l'80% 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 21.1.1999	100%	
		b) trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico riabilitative in regime semiresidenziale e residenziale		100%	
		c) programmi di riabilitazione e di reinserimento per tutta la fase di dipendenza		100%	
		d) azioni di sostegno ai programmi di riabilitazione e di reinserimento			100%
		e) programmi di reinserimento sociale e lavorativo, allorché sia superata la fase di dipendenza			100%
INFEZIONI DA HIV	Attività sanitaria e 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 – Pesì attribuiti alle classi di età per livello e sottolivello di assistenza

Composizione % F.S.R.	PREVENZIONE COLLETTIVA	ASSISTENZA TERRITORIALE								ASSISTENZA OSPEDALIERA
		52,00								
Livello	5,00	5,50	13,00	3,50	7,50	2,50	14,00	4,50	1,50	
Sottolivello		Assistenza medica di base	Assistenza farmaceutica	Assistenza agli anziani	Assistenza distrettuale	Riabilitazione	Assistenza specialistica ambulatoriale	Salute mentale	Dipendenze	
0 - 4	2,500	1,000	0,230	0,000	1,500	1,500	0,455	0,300	0,000	1,027
5 - 9	2,500	1,000	0,227	0,000	1,500	1,500	0,312	1,000	0,000	0,234
10 - 14	2,500	1,000	0,192	0,000	1,500	1,500	0,344	1,000	0,500	0,219
15 - 19	2,500	1,000	0,192	0,000	1,000	1,000	0,474	1,000	3,000	0,318
20 - 24	1,500	1,000	0,228	0,000	1,000	1,000	0,617	1,000	3,000	0,373
25 - 29	1,500	1,000	0,308	0,000	1,000	1,000	0,713	1,000	3,000	0,443
30 - 34	1,500	1,000	0,359	0,000	1,000	1,000	0,786	1,000	3,000	0,527
35 - 39	1,500	1,000	0,468	0,000	1,000	1,000	0,769	1,000	3,000	0,497
40 - 44	1,500	1,000	0,555	0,000	1,000	1,000	0,774	1,000	3,000	0,509
45 - 49	1,500	1,000	0,642	0,000	1,000	1,000	0,889	2,000	3,000	0,598
50 - 54	1,500	1,000	0,837	0,000	1,000	1,000	1,072	2,000	1,000	0,739
55 - 59	1,500	1,000	1,190	0,000	1,000	1,000	1,166	2,000	1,000	0,972
60 - 64	1,500	1,000	1,470	0,000	1,000	1,000	1,372	2,000	1,000	1,252
65 - 69	1,000	1,000	1,960	1,000	2,000	2,000	1,707	1,000	1,000	1,690
70 - 74	1,000	1,000	2,345	1,000	2,000	2,000	1,871	1,000	1,000	2,111
75 - 79	1,000	1,000	2,657	2,000	3,000	3,000	1,826	0,500	1,000	2,541
80 - 84	1,000	1,000	3,075	2,000	3,000	3,000	1,514	0,500	1,000	2,935
Oltre 84	1,000	1,000	2,423	3,000	4,000	4,000	1,076	0,300	1,000	2,857

Allegato 5 – Stato di attuazione del programma regionale di investimenti

Con lo Stato di attuazione del programma regionale di investimenti si intende dar conto del grado di realizzazione degli interventi previsti negli atti di Consiglio e di Giunta ed affidati per la attuazione e conseguente pubblica fruizione alle aziende sanitarie e ospedaliere del sistema regionale.

In particolare si fa riferimento alla programmazione di quel complesso di investimenti che si è sviluppata in successive fasi nel corso dell'ultimo decennio, anche in relazione alle varie tornate di finanziamenti statali ottenuti dalla Regione, e che è caratterizzata da unitarietà delle strategie e da coerenza negli obiettivi.

L'insieme delle opere programmate che interessa diffusamente tutto il territorio regionale è finalizzato a:

- semplificare la rete dei presidi ospedalieri;
- riorganizzare in modo funzionale gli ospedali portanti delle aziende sanitarie e qualificare i presidi delle aziende ospedaliere;
- riordinare i presidi territoriali.

In particolare, le dinamiche generali della riorganizzazione prevista dal programma di investimenti sono state orientate alla:

- riduzione dei ricoveri ospedalieri privilegiando il potenziamento delle attività specialistiche e di quelle di ricovero diurno; miglioramento delle procedure di selezione e filtro per il ricovero;
- qualificazione dei ricoveri orientati alla fase acuta della patologia; riorganizzazione delle strutture di pronto soccorso; sviluppo di moduli di degenza per aree funzionali;
- accrescimento dei servizi sul territorio con sviluppo di modalità assistenziali a carattere residenziale, domiciliare e distrettuale;
- incremento dei servizi di prevenzione e di educazione alla salute.

La complessità del programma è rappresentata dal confronto tra la situazione iniziale e l'obiettivo di programmazione:

- 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 (comprensivi dell'offerta del privato accreditato), pari a 3,8 posti letto ogni 1.000 abitanti, riferito al fabbisogno espresso dai residenti in Toscana.

E' altresì rappresentativa di tale complessità la mole di finanziamenti mobilizzati nel corso del decennio che ammonta a oltre 2.333 milioni di euro così costituita:

- programma di cui all' art. 20 della legge n.67/88: 1.210,5 milioni di euro;
- riqualificazione delle aziende ospedaliere: 225,6 milioni di euro;
- art. 71 legge n.448/98 "Piano straordinario per la qualificazione dell'assistenza sanitaria dell'area fiorentina": 110,6 milioni di euro;
- L.39/99 " Realizzazione di centri residenziali di cure palliative": 18,3 milioni di euro;
- Dlgs. 254/00 "Realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libero professionale intramuraria: 80,5 milioni di euro;
- Mantenimento del patrimonio 310,4 milioni di euro;
- altri programmi interamente finanziati dal sistema regionale : 23,8 milioni di euro;
- progetto nuovi ospedali: 353,3 milioni di euro.

Per poter effettuare il confronto tra la capacità programmatica della Regione e quella attuativa del sistema di aziende, ovvero per poter evidenziare il grado di realizzazione del programma di investimenti e facilitarne la verifica e il monitoraggio dell' avanzamento, si ritiene opportuno suddividere l'analisi in due parti: una prima parte riferita ai finanziamenti acquisiti dal momento dell'avvio del programma decennale di investimenti fino all'anno 2001; una seconda parte riferita ai finanziamenti acquisiti nel periodo 2002-2004, ovvero nel triennio di vigenza del precedente Piano

sanitario. Si ritiene in questo modo di favorire la leggibilità del documento e i confronti con il Piano precedente.

A questo proposito si ritiene opportuno evidenziare che le informazioni contenute in questo allegato rilevano la situazione degli investimenti regionali aggiornata al 31 agosto 2004, e pertanto tengono conto dei quadri economici dei progetti di investimento a quella data. Ciò significa che sono contenute eventuali variazioni in aumento e in diminuzione rispetto al valore previsto delle opere che, in quanto consentite dalla legge e compatibili con le risorse a disposizione del sistema, sono intervenute successivamente alla originaria programmazione regionale per effetto della messa in cantiere dei progetti stessi. Pertanto, saranno rilevabili alcuni scostamenti tra il valore dei progetti contenuti in questo documento e quello rilevato nell' allegato 5 del precedente Piano.

Il documento è inoltre corredato da alcune tabelle riepilogative che evidenziano l'impegno finanziario per tipologia di intervento e la corrispondente percentuale di realizzazione.

I) STATO DI ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI FINANZIATI CON RISORSE ACQUISITE NEL PERIODO ANTECEDENTE IL 2001

1. LA SEMPLIFICAZIONE DELLA RETE DEI PRESID OSPEDALIERI

Gli obiettivi della programmazione regionale finalizzati al riordino dell'assetto ospedaliero hanno comportato l'attivazione di un pesante programma di investimenti in termini di manutenzione ordinaria e straordinaria mirati all'adeguamento degli impianti alle norme di sicurezza, al miglioramento del comfort, all'inserimento di aggiornate tecnologie informatiche. Il diffondersi di un'attenzione sempre più marcata verso il rispetto di standard di qualità, l'utilizzo efficiente delle risorse, l'economicità complessiva del sistema, ha imposto alla programmazione la definizione di una moderna struttura organizzativa che potesse garantire validi livelli qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, compatibili con il processo di sviluppo scientifico e tecnologico in ambito medico e chirurgico orientato alla graduale trasformazione di quote crescenti dell'attività ospedaliera da ricovero ordinario a ricovero diurno e, ove possibile, da ricovero a semplice attività ambulatoriale.

Tutti gli ospedali portanti della rete sono stati interessati dal programma di riordino e gli interventi sono stati individuati sulla base dei seguenti elementi:

- stato di obsolescenza e inefficienza funzionale delle strutture e sostenibilità degli interventi programmati in termini di impegni finanziari;
- possibilità di conseguire risultati coerenti con le nuove strategie di innovazione dell'assistenza ospedaliera;
- fattibilità di una localizzazione alternativa nell'ambito di riferimento.

1.1 I nuovi ospedali

Nel quadro generale di riorganizzazione della rete ospedaliera, in questi anni è stato attivato in Toscana un grande processo di ristrutturazione che è stato possibile realizzare grazie ai finanziamenti reperiti dalla Regione. Tale processo, ha consentito la dismissione programmata di oltre 30 piccoli ospedali, alcuni dei quali sono stati riconvertiti ad altra finalità sanitaria, alienati o in corso di alienazione.

In particolare si evidenzia che sono 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 Subbiano, Montevarchi e S. Giovanni Valdarno;
- azienda unità sanitaria locale 9: Manciano, Scansano e Pizzetti ; Orbetello (vecchio ospedale);
- 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;
- azienda unità sanitaria locale 12: Seravezza, Pietrasanta, Camaione e Viareggio.

Ad oggi sono in corso di dismissione:

- azienda unità sanitaria locale 8: Cortona, Castiglion F.no;
- azienda unità sanitaria locale 11: P.O. S. Giuseppe.

Per la realizzazione dei seguenti nuovi ospedali e dei due che sono tutt'ora in corso, sono stati impiegati finanziamenti pari ad oltre 419 milioni di euro, il 77% dei quali provenienti dallo Stato sui fondi della prima ed in parte della seconda fase dell'art. 20 della legge 67/88 e per la restante parte con fondi provenienti dalle alienazioni del patrimonio delle aziende interessate:

1. Val di Cecina;
2. Alta Val d'Elsa;
3. Val di Chiana Senese;
4. Valdarno;
5. Versilia;
6. Orbetello;
7. Arezzo.

E' in corso di attivazione il nuovo ospedale della Val di Chiana Aretina ed è in corso di esecuzione il nuovo ospedale di Empoli.

Nella tabella 1 si evidenzia che al 30 settembre 2004 le aziende interessate hanno utilizzato i fondi destinati a questi interventi per oltre l'82%, corrispondente a circa 345 milioni di euro.

2. LA RIORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DEGLI OSPEDALI PORTANTI DELLE AZIENDE UNITÀ SANITARIE LOCALI E LA QUALIFICAZIONE DEI PRESIDI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

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 come di seguito indicato:

- riorganizzazione Azienda ospedaliera Careggi;
- trasferimento dell'Ospedale pediatrico Meyer in Villa Ognissanti in Firenze;
- primi interventi di trasferimento a Cisanello delle strutture dell'Azienda ospedaliera pisana;
- riorganizzazione dell'Azienda ospedaliera senese con inserimento nuova struttura per laboratori ed infettivi.

Nel progetto di riqualificazione delle aziende ospedaliere assumono rilevante significato tutte le dinamiche di riorganizzazione interna degli ospedali legate al processo di deospedalizzazione che si è affermato prima con evoluzione quasi spontanea e poi come momento di governo del sistema, nel corso degli anni '90 e che in tempi più recenti è stato diretto al contenimento delle attività di ricovero ordinario, allo sviluppo di quelle diurne ed in particolare della day surgery, nonché alla sostituzione di quota consistente delle attività di ricovero ospedaliero con quelle specialistiche ambulatoriali, ivi comprese l'osservazione breve e gli interventi di primo soccorso.

Dalla tabella 2.1 risulta che questo programma, che ammonta a 335 milioni di euro, è stato finanziato per il 72% con fondi dell'art.20 legge 67/88 e per la restante parte con alienazioni del patrimonio delle aziende interessate.

In particolare risultano completati:

- il Dipartimento cardio – toracico - chirurgico dell' aziende ospedaliera Pisana;
- la Piastra servizi ed infettivi dell' aziende ospedaliera Careggi.

Sono in corso di attivazione:

- il complesso edilizio relativo alla riorganizzazione funzionale e ampliamento del padiglione S.Luca della AO Careggi;

- La nuova struttura che consentirà il trasferimento dell'Ospedale pediatrico Meyer in Villa Ognissanti in Firenze.

2.2 AIDS

Il progetto 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 (degenze e laboratori);
- Ospedale di Grosseto (degenze e laboratori);
- Ospedale di Prato (degenze e laboratori);
- Ospedale di Lucca (degenze e laboratori);
- Ospedale di Livorno (rimane da completare l'ultimo lotto);
- Pisa – Cisanello (degenze e laboratori);
- Ospedale di Pistoia – concluso con attivazione entro fine 2004;
- Siena – Le Scotte (degenze e laboratori);
- Ospedale SM Annunziata di Firenze (laboratori).

Per quanto concerne l'intervento relativo al Meyer il reparto infettivi è collocato all'interno della nuova struttura che consentirà il trasferimento dell'ospedale nella nuova sede di Villa Ognissanti.

Dalla tabella 2.2 risulta che il programma, dell'importo complessivo di oltre 54 milioni di euro, è stato quasi interamente realizzato.

2.3 Gli altri ospedali portanti delle aziende unità sanitarie locali

Questo programma prevede il riordino complessivo di tutti gli ospedali di riferimento provinciale non interessati da interventi di radicale sostituzione. In particolare, si tratta dei seguenti presidi ospedalieri:

- 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 presso gli ospedali di Abbadia S.Salvatore, Bibbiena, Massa Marittima e Pitigliano.

Come si rileva dalla tabella 2.3, i finanziamenti stanziati per questi interventi ammontano a complessivi 169 milioni di euro, di cui il 65% a carico dello stato sui fondi dell'art. 20 legge 67/88 e la restante parte a carico delle alienazioni del patrimonio delle aziende interessate.

Risultano già realizzati i seguenti interventi:

- Prima fase degli interventi relativi a Lucca, Prato e Grosseto;
- Ampliamento di S. Maria Annunziata a Firenze.

Risultano in fase di ultimazione gli interventi sui presidi di:

- Grosseto;
- la prima fase degli interventi relativi al PO di Livorno.

Sono in corso di realizzazione:

- la riorganizzazione degli ospedali di Pistoia, Pescia, Pontedera;
- il completamento del nuovo ospedale di Bibbiena;
- la realizzazione della piastra servizi e riorganizzaz. funzionale S. Giovanni di Dio;
- la riorganizzazione dell'I.O.T. e di S. Maria Nuova.

2.4. Progetto Materno infantile: rete ospedaliera

Con questo programma, finanziato per il 67% con i fondi di cui all'art.20 legge 67/88, si è inteso riqualificare le strutture ospedaliere destinate ad ospitare i dipartimenti materno-infantili.

Le seguenti tre strutture interessate al programma sono in corso di attivazione:

- dipartimento materno infantile e punto nascita dell'AUSL 1 di Massa e Carrara;
- dipartimento materno infantile e servizi assistenza al parto dell'AUSL 8 di Arezzo;
- nuova struttura di assistenza alla nascita dell'Azienda ospedaliera Careggi.

Nel complesso, come si evince dalla tabella 2.4 il programma risulta completato per l'80%.

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 oltre 16 milioni di euro finanziato con risorse del sistema sanitario regionale. Questo programma risulta interamente completato.

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. Anche questo programma risulta interamente completato.

3. IL RIORDINO DEI PRESIDII TERRITORIALI

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 ha privilegiato 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 territoriali. Il programma generale è pertanto articolato in settori in funzione della tipologia e della finalità degli interventi.

3.1 Le residenze sanitarie assistenziali

Risultano interessate al programma 74 strutture residenziali assistite, per un totale di 3.262 posti residenziali per non autosufficienti, costantemente integrate da centri diurni e, in molti casi, da servizi territoriali.

Nel complesso sono stati destinati a questo programma oltre 168 milioni di euro, per il 78% finanziati con i fondi dell'art.20 L.67/88 e per la restante parte con risorse derivanti dalla vendita del patrimonio delle aziende interessate.

Risultano ultimati i seguenti interventi:

- 43 RSA, per un totale di 1.908 posti residenziali per anziani non autosufficienti.

Sono in corso di avanzata realizzazione o di ultimazione:

- 31 RSA, per un totale di 1.354 posti residenziali per anziani non autosufficienti.

Nel complesso, come si rileva dalla tabella 3.1 il programma è stato attuato per oltre il 78%.

3.2. Le strutture per disabili

Il programma consiste nella realizzazione di residenze per dimessi dagli ospedali psichiatrici, funzionali alla totale riconversione degli stessi, ed al completamento della rete di strutture alternative e di strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche e per disabili.

Nel complesso, le risorse impegnate nel programma ammontano a oltre 19 milioni di euro per la quasi totalità finanziate con fondi a carico dell'art. 20 legge 67/88, che risultano utilizzate per oltre il 76%.

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.

Nel complesso le risorse impegnate nel programma ammontano a oltre 26 milioni di euro, di cui il 67% a carico delle risorse dell'art. 20 legge 67/88 e la restante parte a carico del sistema sanitario regionale.

Risultano ultimati:

- i nuovi presidi multizonali di prevenzione di Livorno e Siena;

Sono in corso di ultimazione:

- il nuovo presidio di prevenzione di Borgo S. Lorenzo;
- il presidio multizonale di prevenzione di Firenze.

Come si rileva dalla tabella 3.3 il programma è stato attuato per il 64%.

3.4. Progetto materno infantile: rete consultoriale

Si tratta di un programma finanziato con risorse dell'art.20 legge 67/88, finalizzate alla realizzazione della rete delle strutture territoriali del Dipartimento Materno Infantile, con particolare riferimento ai consultori, con interventi su tutto il territorio regionale.

Il programma risulta completamente realizzato.

4. INTERVENTI A CORREDO DEL PROGRAMMA GENERALE

Si tratta di un complesso di interventi che affiancano e sostengono il programma generale di investimenti sanitari finanziato con risorse provenienti da contributi statali finalizzati e da risorse messe a disposizione da una pluralità di enti pubblici e privati interessati alla realizzazione dei programmi.

Per tali interventi, le risorse messe a disposizione ammontano a circa 209 milioni di euro cui si aggiungono ulteriori 310 milioni di euro interamente messi a disposizione dal sistema regionale per il mantenimento in efficienza del patrimonio strutturale e strumentale.

4.1. Piano straordinario per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nell'area fiorentina (articolo 71 legge 448/1998)

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 la programmazione strutturale e funzionale. Questo 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, pari a 110 milioni di euro, sono da suddividersi in una parte a carico dello Stato, di cui all'articolo 71 legge 448/1998, per circa 83 milioni di euro e in un insieme di quote di cofinanziamenti dei soggetti interessati, per circa 27 milioni di euro.

Con questo programma, 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.

Come si rileva dalla tabella 4.1 il programma è stato attuato in misura parziale, in relazione al fatto che l'avvio di gran parte degli interventi afferenti a questo programma è condizionato alla conclusione di interventi finanziati con fondi di cui all'art.20 legge 67/88. Si evidenzia altresì che, a seguito delle manovre di contenimento della spesa a livello nazionale, l'incertezza sulla definitiva acquisizione del finanziamento ha in buona misura rallentato la conclusione delle progettazioni e l'avvio delle procedure di appalto. Nel corso del 2002 e del 2003 sono infatti intervenuti ulteriori elementi di incertezza sulla quantità effettiva dei finanziamenti statali disponibili.

4.2. Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative (legge 26 febbraio 1999, n.39).

Con la legge n. 39/1999 lo Stato ha attribuito alle regioni risorse in conto capitale finalizzate alla realizzazione di centri residenziali di cure palliative. In particolare, alla Regione Toscana sono stati assegnati 15,5 milioni di euro per la realizzazione di 16 centri su tutto il territorio regionale. A tali fondi si sono aggiunti ulteriori 2,8 milioni di euro finanziati con risorse a carico delle aziende interessate.

Ad oggi molti interventi sono in fase di esecuzione; per altri se ne prevede a breve la consegna dei lavori o sono comunque in fase avanzata le procedure di affidamento.

4.3. Programma per la realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libero professionale intramuraria. (decreto legislativo del 28 luglio 2000, n. 254)

Il programma 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 80,5 milioni di euro, di cui 70 a carico dello Stato e 10,5 a carico di risorse aziendali, anche attraverso l'alienazione del patrimonio.

Ad oggi 5 interventi risultano già ultimati; 16 interventi sono in fase di esecuzione, mentre per gli ulteriori 5 si prevede a breve la consegna dei lavori.

Come si evidenzia dalla tabella 4.3, il programma è stato attuato per oltre il 30%.

4.4. Risorse Regionali

Per quanto riguarda le risorse messe a disposizione dalla Regione a integrazione dei finanziamenti specificamente destinati al cofinanziamento delle risorse statali, occorre dire che si tratta in buona parte delle assegnazioni sul fondo sanitario nazionale destinate agli investimenti. In particolare la somma di 310 milioni di euro risulta costituita dai finanziamenti ottenuti sul FSN fino all'anno 2001, ultimo anno di erogazione da parte dello Stato, integrati da circa 103,8 milioni di euro che sono stati messi a disposizione dalla Regione (92,9 milioni di euro) e dalle aziende (10,9 milioni di euro). Queste risorse sono state utilizzate per interventi di mantenimento del patrimonio strutturale e strumentale delle Aziende e per il rinnovo delle tecnologie informatiche e sanitarie.

4.5. 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, ed è in corso 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.

Sono altresì previsti con tali risorse

- la realizzazione di un centro sanitario per attività di riabilitazione presso l'ex ospedale di Terranuova Bracciolini;
- 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.

Si evidenzia che è in corso di predisposizione un protocollo di intesa fra INAIL e Ministero della Salute che dovrà definire termini e modalità della destinazione dei fondi resi disponibili da INAIL nonché quelle per l'attuazione degli interventi.

II) STATO DI ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI FINANZIATI CON RISORSE ACQUISITE NEL PERIODO 2002-2004

Nel periodo di vigenza del precedente Piano sanitario, in correlazione al concretizzarsi di una nuova tornata di assegnazione di finanziamenti statali provenienti da una ridestinazione di fondi disponibili sull'art.20 legge 67/88 ed in conformità con le scelte strategiche già delineate, la Regione ha inserito nello strumento di programmazione:

- il completamento del trasferimento presso il presidio ospedaliero di Cisanello di tutte le attività della Azienda Ospedaliera pisana;
- uno specifico intervento ad integrazione e sostegno del più generale piano di riqualificazione delle strutture dell'azienda ospedaliera senese
- il completamento del progetto strategico di riordino delle strutture ospedaliere di Careggi.

La scelta programmatica in cui si è collocata la decisione di provvedere alla realizzazione dei 4 nuovi ospedali delle Apuane, Lucca, Prato e Pistoia, ovvero di procedere alla costruzione di nuove strutture, è derivata dalla considerazione che gli evidenti livelli di inefficienza funzionale, organizzativa e gestionale, che coinvolgono significativamente anche l'aspetto assistenziale, non

avrebbero potuto essere recuperati con i residui margini di riorganizzazione che avrebbero comunque prefigurato risultati inadeguati a permettere il rispetto di standard assistenziali d'accreditamento.

Nel corso del 2002:

- il CIPE con propria deliberazione del 02.08.2002 (G.U. n. 243 del 16.10.2002), ha attribuito alla Regione Toscana risorse per 156 milioni di euro, assegnazione pari ad oltre il doppio dell'indice di accesso della Regione Toscana relativamente ai fondi ex articolo 20 L. 67/88, che valorizza la capacità di spesa regionale e incentiva il rapido ed efficiente utilizzo delle risorse assegnate); ed ha consentito la ridestinazione di fondi già assegnati per ulteriori 13 milioni di euro;
- il Consiglio Regionale con deliberazione n. 18 del 10.07.2002 di approvazione del documento di programmazione economica e finanziaria per l'anno 2003, ha individuato per il triennio 2003-2005 investimenti sanitari per oltre 103 milioni di euro, destinando tali risorse ad interventi strategici di rilevante impegno finanziario.

Pertanto, in presenza di finanziamenti certi, indipendentemente dall'anno di stanziamento, è stato predisposto il programma pluriennale di interventi sanitari strategici di cui al Piano Sanitario Regionale 2002-2004 approvato dal Consiglio Regionale con deliberazioni n. 202 del 23.12.2002 e n. 31 del 12.02.2003, articolato in due distinti progetti.

Il primo progetto denominato "Nuovi Ospedali", orientato alla radicale sostituzione dei presidi portanti della rete ospedaliera con interventi innovativi, che individua i nuovi ospedali delle Apuane, Lucca, Pistoia e Prato, per il quale il principale sostegno finanziario deriva dalle risorse statali suddette (Deliberazione CIPE n. 65 del 02.08.2002 pubblicata su G.U. n. 243 del 16.10.2002), oltre a quelle derivanti dalla valorizzazione da parte dei comuni interessati dei beni patrimoniali derivanti dalla dismissione programmata delle strutture ospedaliere esistenti, nonché per una quota residua non superiore al 25% del fabbisogno finanziario complessivo attraverso strumenti di finanza di progetto. Nel complesso, le risorse destinate alla realizzazione dei 4 nuovi ospedali ammontano a 353,3 milioni di euro di cui quasi il 50% a carico dello Stato e la restante parte a carico delle aziende interessate mediante la valorizzazione e conseguente dismissione delle strutture ospedaliere esistenti, nonché per la quota residua, non superiore al 25% del fabbisogno finanziario complessivo, attraverso strumenti di finanza di progetto.

Per quanto riguarda questi progetti, stante la definitiva sottoscrizione del protocollo di intesa tra Regione Toscana e Ministero della Salute per la definitiva assegnazione dei finanziamenti statali che risale al maggio 2004, sono attualmente in corso le procedure di definizione della soluzione progettuale proposta dal promotore individuato ai sensi dell'art. 37-bis della L. 109/94 e s.m.i.

Per quanto riguarda invece il secondo progetto, denominato "Riqualficazione delle aziende ospedaliere", orientato alla riqualficazione complessiva delle aziende ospedaliere Senese e Pisana, il principale sostegno finanziario deriva dalle risorse regionali di cui alla D.C.R. n. 18 del 10.07.2002 con cui sono stati messi a disposizione dalla Regione circa 88 milioni di euro, cui si aggiungono quelle relative alla valorizzazione da parte del comune di Pisa dei beni patrimoniali derivanti dalla dismissione programmata dell'ospedale di S. Chiara, da parte dell'Azienda Ospedaliera Senese di parte dell'ex ospedale Sclavo, nonché da risorse derivanti da strumenti di finanza di progetto.

Nel complesso per i due presidi l'impegno finanziario sarà di oltre 179 milioni di euro.

Nel dicembre 2003 sono stati valutati positivamente da parte della Giunta Regionale i progetti preliminari presentati dalle Aziende Ospedaliera Pisana e Senese relativi al primo degli interventi sull'ospedale di Pisa-Cisanello e all'intervento per la realizzazione del nuovo DEU a Siena-Le Scotte.

Per quanto riguarda invece la riqualficazione della azienda ospedaliera di Careggi, lo stanziamento da parte della Regione di 46,5 milioni di euro si è aggiunto ai finanziamenti già assegnati sul programma di cui all'art. 20 legge 67/88 ed è stato finalizzato a specifici interventi di riorganizzazione edilizia e funzionale complementari a quelli in precedenza programmati per i quali sono attualmente in corso le procedure di affidamento tramite appalto integrato.

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 1.813,2 milioni di euro. Se a questa somma si aggiungono

le somme impegnate a corredo del programma generale, pari a circa 209,4 milioni di euro, si raggiunge il livello complessivo di 2.022,6 milioni di euro, di rilievo assoluto anche se riferita alla consistenza complessiva del patrimonio sanitario.

Per una valutazione più generale, vanno considerate anche le risorse impegnate dal sistema regionale per interventi comunque ascrivibili a manutenzioni del patrimonio o sostituzione del parco strumentale che portano il complesso delle risorse impegnate a 2.333 milioni di euro.

Si tratta di un programma che vede la Regione direttamente impegnata con risorse proprie e con risorse del sistema regionale per quasi il 50% del valore complessivo. Una parte di queste risorse, circa 344 milioni di euro, provengono dalla valorizzazione e alienazione del patrimonio non destinato a funzioni sanitarie delle aziende sanitarie e ospedaliere, circa 90 milioni di euro da forme innovative di contribuzione, quali il project financing e la restante parte con risorse regionali.

Nel corso del triennio di vigenza dei questo Piano sanitario il sistema delle aziende regionali è chiamato a rispondere all'obiettivo di proseguire nella realizzazione delle opere in corso ed a provvedere alla apertura dei presidi ospedalieri e territoriali finanziati.

La Regione provvederà a supportare le aziende impegnate anche finanziariamente nel processo di realizzazione, mediante l'attivazione di un volano finanziario che avrà la funzione di coprire il gap temporale tra le necessità di pagamento degli stati di attuazione dei lavori e le effettive possibilità di incasso delle vendite del patrimonio.

Nel triennio di vigenza del presente piano si presenteranno inoltre ulteriori esigenze di programmazione e finanziamento di nuovi investimenti che dovranno trovare corrispondente copertura finanziaria. A questo proposito, oltre alle risorse direttamente acquisibili con la prosecuzione della ricognizione e messa in vendita del patrimonio disponibile delle aziende e con ulteriori accordi con soggetti pubblici e privati, di rilevante importanza sono le risorse che potrebbero provenire dallo Stato a seguito degli impegni assunti dal Governo nell'accordo Stato Regione dell'8 agosto 2001. Al tavolo di trattative che è stato attivato, la Regione Toscana, avendo impegnato tutte le risorse del programma decennale di investimenti, partecipa con l'obiettivo di ottenere la quota annuale di 250 milioni di euro, ritenuta il minimo indispensabile per garantire il mantenimento in efficienza delle strutture ospedaliere e territoriali del proprio sistema sanitario.

1 - La semplificazione della rete dei presidi ospedalieri

(cifre espresse in migliaia di Euro)

	COSTO TOTALE	FINANZIAMENTO FINO AL 2001		FINANZIAMENTO 2002 - 2004		STATO DI ATTUAZIONE	
		finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Azienda Regione Altro	finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Azienda Regione Altro	meuro	%
1.1 I nuovi ospedali	419.206,77	325.457,19	88.572,87	-	5.176,71	344.922,73	82,3%
TOTALE 1	419.206,77	325.457,19	88.572,87	-	5.176,71	344.922,73	82,3%

2 - La riorganizzazione funzionale degli ospedali portanti delle Aziende USL e la qualificazione dei presidi delle Aziende ospedaliere

(cifre espresse in migliaia di Euro)

		FINANZIAMENTO FINO AL 2001		FINANZIAMENTO 2002 - 2004		STATO DI ATTUAZIONE		
		COSTO TOTALE	finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Azienda Regione Altro	finanziamenti statali	Azienda Regione Altro	meuro	%
2.1	Aziende Ospedaliere	335.388,87	242.419,70	82.681,13	-	10.288,03	128.739,20	38,4%
		COSTO TOTALE	finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88 L. 135/90)	Azienda Regione Altro	finanziamenti statali	Azienda Regione Altro	meuro	%
2.2	A.I.D.S.	54.118,89	53.291,12	-	-	827,77	52.511,30	97,0%
		COSTO TOTALE	finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Azienda Regione Altro	finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Azienda Regione Altro	meuro	%
2.3	Altri ospedali portanti Aziende USL	169.745,19	110.661,74	59.083,45	-	-	57.535,43	33,9%
		COSTO TOTALE	finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Azienda Regione Altro	finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Azienda Regione Altro	meuro	%
2.4	Materno infantile	12.240,03	8.283,45	3.956,58	-	-	9.741,20	79,6%
		COSTO TOTALE	Finanziamenti Statali	Azienda Regione Altro	finanziamenti statali	Azienda Regione Altro	meuro	%
2.5	Sale operatorie	16.463,10	-	16.463,10	-	-	16.463,10	100,0%
		COSTO TOTALE	Finanziamenti Statali	Azienda Regione Altro	finanziamenti statali	Regione	meuro	%
2.6	Piano sangue	7.334,72	-	7.334,72	-	-	7.334,72	100,0%
		COSTO TOTALE	Finanziamenti Statali	Azienda Regione Altro	Finanziamenti Statali	Azienda Regione Altro	meuro	%
TOTALE 2		595.290,79	414.656,02	169.518,98	-	11.115,80	272.324,95	45,7%

3 - Il riordino dei presidi territoriali

(cifre espresse in migliaia di Euro)

		FINANZIAMENTO FINO AL 2001		FINANZIAMENTO 2002 - 2004		STATO DI ATTUAZIONE		
COSTO TOTALE		finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Azienda Regione Altro	finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Azienda Regione Altro	meuro	%	
3.1	R.S.A.	168.496,69	131.789,99	36.706,70	-	-	131.931,67	78,3%

		FINANZIAMENTO FINO AL 2001		FINANZIAMENTO 2002 - 2004		STATO DI ATTUAZIONE		
COSTO TOTALE		finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Azienda Regione Altro	finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Azienda Regione Altro	meuro	%	
3.2	Strutture per disabili	19.279,34	16.275,11	3.004,23	-	-	14.690,42	76,2%

		FINANZIAMENTO FINO AL 2001		FINANZIAMENTO 2002 - 2004		STATO DI ATTUAZIONE		
COSTO TOTALE		finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Azienda Regione Altro	finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Azienda Regione Altro	meuro	%	
3.3	Altre strutture territoriali	26.322,27	17.659,73	5.245,65	-	3.416,89	16.683,72	63,4%

		FINANZIAMENTO FINO AL 2001		FINANZIAMENTO 2002 - 2004		STATO DI ATTUAZIONE		
COSTO TOTALE		finanziamenti statali	Azienda Regione Altro	finanziamenti statali	Azienda Regione Altro	meuro	%	
3.4	Materno infantile - rete consultoriale	5.760,04	5.760,04	-	-	-	5.760,04	100,0%

TOTALE 3		219.858,34	171.484,87	44.956,58	-	3.416,89	169.065,85	76,9%
----------	--	------------	------------	-----------	---	----------	------------	-------

		FINANZIAMENTO ANTE 2001		FINANZIAMENTO 2002 - 2004		STATO DI ATTUAZIONE		
COSTO TOTALE		Finanziamenti Statali	Altro	Finanziamenti Statali	Altro	meuro	%	
TOTALE 1, 2, 3		1.234.355,91	911.598,08	303.048,43	-	19.709,40	786.313,53	63,7%

4 - Interventi a corredo del programma generale: Aree Urbane, Cure palliative, Intramoenia e manutenzione

(cifre espresse in migliaia di Euro)

		FINANZIAMENTO FINO AL 2001		FINANZIAMENTO 2002 - 2004		STATO DI ATTUAZIONE	
COSTO TOTALE		finanziamenti statali (Art. 71 L. 448/98)	Altro	finanziamenti statali (Art. 71 L. 448/98)	Altro	meuro	%
4.1	Aree urbane	110.605,44	83.387,65	23.344,37	-	3.873,42	16.225,16 14,7%
		FINANZIAMENTO FINO AL 2001		FINANZIAMENTO 2002 - 2004		STATO DI ATTUAZIONE	
COSTO TOTALE		finanziamenti statali (L. 39/99)	Azienda Regione Altro	finanziamenti statali (L. 39/99)	Azienda Regione Altro	meuro	%
4.2	Cure palliative	18.354,45	9.941,80	-	5.563,65	2.849,00	3.875,86 21,1%
		FINANZIAMENTO FINO AL 2001		FINANZIAMENTO 2002 - 2004		STATO DI ATTUAZIONE	
COSTO TOTALE		finanziamenti statali (D.Lgs. 254/00)	Azienda Regione Altro	finanziamenti statali (D.Lgs. 254/00)	Azienda Regione Altro	meuro	%
4.3	Intramoenia	80.517,08	69.956,66	4.709,57	-	5.850,85	24.629,43 30,6%
		FINANZIAMENTO FINO AL 2001		FINANZIAMENTO 2002 - 2004		STATO DI ATTUAZIONE	
COSTO TOTALE		finanziamenti statali	Regione	finanziamenti statali	Azienda Regione Altro	meuro	%
4.4	Manutenzione	310.390,52	-	299.545,00	-	10.845,52	284.481,00 91,7%
TOTALE 4.1, 4.2, 4.3, 4.4		519.867,49	163.286,11	327.598,94	5.563,65	23.418,79	329.211,45 63,3%

		FINANZIAMENTO ANTE 2001		FINANZIAMENTO 2002 - 2004		STATO DI ATTUAZIONE	
COSTO TOTALE		Finanziamenti Statali	Azienda Regione Altro	Finanziamenti Statali	Azienda Regione Altro	meuro	%
TOTALE 1, 2, 3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4		1.754.223,40	1.074.884,19	630.647,37	5.563,65	43.128,19	1.115.524,98 63,6%

TABELLE RIEPILOGATIVE FINANZIARIE PIANO DI INVESTIMENTI 2002 - 2004

1 - La semplificazione della rete dei presidi ospedalieri

(cifre espresse in migliaia di Euro)

		FINANZIAMENTO 2002 - 2004				
		COSTO TOTALE	Finanziamenti statali (Art. 20 L. 67/88)	Regione	Azienda	Project financing
1.1	Nuovo Ospedale delle Apuane	74.376,00	41.373,00	-	14.500,00	18.503,00
	Nuovo Ospedale di Lucca	84.706,00	41.373,00	-	23.000,00	20.333,00
	Nuovo Ospedale di Pistoia	82.640,00	43.958,00	-	18.000,00	20.682,00
	Nuovo Ospedale di Prato	111.564,00	42.407,00	-	40.000,00	29.157,00
TOTALE 1		353.286,00	169.111,00	-	95.500,00	88.675,00

ALLEGATO 6 - PROTOCOLLO DI INTESA TRA LA REGIONE TOSCANA E LE UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE, PISA E SIENA

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)

Si conferma quanto già disciplinato dal protocollo d'intesa parte integrante del Piano sanitario regionale 2002-2004 ed i principi in esso contenuti.

Si prende altresì atto dell' avvenuta applicazione nella Regione Toscana di quanto previsto dal decreto legislativo 517/99 in materia di istituzione delle aziende ospedaliero - universitarie, considerato che con l'adozione degli atti aziendali da parte delle aziende ospedaliere toscane possono ritenersi costituite le nuove aziende ospedaliero universitarie.

Si ritiene altresì opportuno aggiornare il protocollo d'intesa inserendo ulteriori previsioni di regolamentazione che rispettino i seguenti criteri:

- a. aggiornamento del testo che rispecchi quanto già realizzato in fatto di costituzione dei Dipartimenti di attività integrata e di predisposizione degli atti aziendali;
- b. revisione dell'organo di indirizzo, prevedendo un ampliamento della sua composizione finalizzato a consentire un maggior coinvolgimento delle componenti mediche universitarie ed ospedaliere;
- c. adeguamento dei fondi finanziari dedicati alle aziende ospedaliero universitarie e loro correlazione a criteri di riparto che privilegino la missione delle aziende ospedaliero-universitarie verso l'alta specialità;
- d. definizione di modalità di indirizzo e verifica su questioni economico-patrimoniali aziendali, mediante la possibilità di prevedere nelle singole aziende ospedaliero universitarie appositi organi paritetici;
- e. predisposizione di procedure ed indicatori finalizzati alla valutazione dei risultati gestionali e di attività dei dipartimenti assistenziali integrati per le componenti di assistenza, di didattica e di ricerca.

Si dà mandato alla Giunta Regionale, di definire il testo di tale aggiornamento del protocollo d'intesa, entro 30 giorni dalla approvazione del Piano Sanitario Regionale 2005-2007 e di darne relativa comunicazione alla competente Commissione Consiliare.

Allegato 7 –Protocollo di 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-disciplinare;

CONSIDERATO:

- a) che la Regione ha inserito nel proprio Piano sanitario regionale, 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 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;
- c) che la Regione identifica nel proprio Piano Sanitario Regionale quali temi di ricerca prioritari quelli in materia di salute, di organizzazione e management sanitario, di economia e di tecnologia sanitaria, finalizzati a dare impulso a processi di innovazione per migliorare la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni, la valutazione dei modelli assistenziali, l’equità e l’accessibilità dei servizi;
- d) che la Regione ha intenzione di promuovere interventi formativi tendenti a consolidare le competenze, oltre che nello specifico settore professionale, anche nell’ambito degli strumenti di gestione, in modo da contribuire a diffondere l’orientamento all’utenza e al servizio, la cultura manageriale e organizzativa, la cultura relazionale e la cultura tecnologica;
- e) che la Regione individua quale livello privilegiato del sistema della salute la dimensione interaziendale dell’area vasta e che intende favorire la realizzazione di progetti sperimentali i cui risultati possano essere trasferiti anche ad altre aziende del Sistema Sanitario Regionale. In questa ottica la Regione intende promuovere a livello di sistema regionale e di Area Vasta un sistema di valutazione e valorizzazione della performance che permetta di attivare processi di benchmarking e apprendimento condiviso tra i soggetti del sistema;
- f) che la Regione favorisce e incentiva la collaborazione tra soggetti presenti nello stesso territorio e la valorizzazione delle sinergie tra le loro diverse competenze;
- g) 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 ed internazionale, 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);
- h) 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;
- i) 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;

j) che la Scuola ha realizzato per la Regione la progettazione e la sperimentazione del sistema di valutazione e valorizzazione della performance in tre aziende sanitarie toscane e in una azienda ospedaliera universitaria;

k) che la Scuola è da anni partner dell'INAIL nella ricerca in Bioingegneria della Riabilitazione;

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, cardiocirurgia e anesthesiologia, 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, tutela delle persone nel trattamento dei dati nel sistema sanità, responsabilità sanitaria; organizzazione e gestione della sicurezza e igiene nei luoghi di lavoro;

n) che nel 2003 è stata affidata alla Scuola la progettazione e la realizzazione del percorso formativo per i direttori generali, sanitari e amministrativi delle aziende sanitarie toscane;

o) che la Scuola opera, ormai da un decennio, nella cooperazione internazionale, svolgendo sia attività di consulenza che di formazione a favore di vari organismi internazionali e nazionali e che, in tempi recenti, ha svolto attività di consulenza in tema di cooperazione internazionale nell'area sanitaria a favore della Regione Toscana e di alcune delle sue aziende ospedaliere;

p) 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,

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 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.
- area Salute e Tutela della Privacy,
- area Salute e Sicurezza
- area Politiche locali e Management,
- area Welfare e Diritto ed etica,
- area Welfare e sviluppo locale,
- area Integrazione politiche e servizi alla persona;

3. Sull'area relativa al management sanitario la Regione e la Scuola si impegnano a realizzare una stretta collaborazione tesa alla costituzione di un polo di riferimento per la ricerca applicata e la formazione manageriale per le aziende sanitarie, ospedaliere universitarie e per i consorzi di Area vasta. Nell'ambito di questo settore sarà proseguita l'attività di supporto alla Regione nei processi di

valutazione e valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane e sarà svolta la formazione manageriale per i dirigenti di struttura complessa e per la direzione aziendale delle AUSL e AOU toscane.

4. La Regione e la Scuola si impegnano a consolidare e a rafforzare la propria collaborazione in attività di ricerca e di alta formazione (corsi specialistici, Master Universitari) sulle problematiche economiche, organizzative, giuridiche, etiche, tecniche e tecnologiche in materia di reperimento/donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule. In particolare, la Regione e la Scuola si impegnano, su tali tematiche, a ricercare sinergie e collaborazioni con Istituzioni nazionali e internazionali di eccellenza e a proporsi quali interlocutori privilegiati per le Istituzioni sanitarie dei Paesi appena entrati nella Comunità Europea e dei Paesi del bacino del Mediterraneo.

5. La Scuola si dichiara disponibile a fornire alla Regione assistenza e consulenza nella formulazione, programmazione e attuazione delle politiche di cooperazione internazionale in materia sanitaria.

6. La Scuola si impegna ad operare con una logica di network, coinvolgendo nelle funzioni di cui ai punti precedenti, sia gli altri atenei toscani sia tutti i soggetti del territorio che abbiano competenze utili ai diversi progetti o che possano ospitare l'attività di sperimentazione.

7. 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 tra le diverse aree vaste del Sistema sanitario regionale.

8. 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.

9. 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.

10. 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 – Il procedimento per la verifica di compatibilità: criteri, modalità, ambiti di applicazione ed individuazione delle tipologie di strutture e settori di attività per le quali la verifica viene esclusa.

In coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale contenuti nel presente PSR, sono indicati di seguito i criteri, le modalità e gli ambiti di applicazione della verifica di compatibilità richiesta dalla L.R. 8/99, art. 20, per la realizzazione di nuove strutture sanitarie e per l'ampliamento di quelle esistenti che erogano prestazioni di ricovero, ospedaliero ed extraospedaliero, a ciclo continuativo e/o diurno.

Come previsto dalla L.R. 8/99, art. 20, comma 3, i soggetti interessati sono tenuti a presentare al Comune la documentazione comprovante l'acquisizione della verifica di compatibilità, unitamente alla documentazione finalizzata al rilascio della concessione edilizia o dell'attestazione di conformità.

La verifica della compatibilità per le strutture sociosanitarie non regolamentate dalla L.R. 8/99 è effettuata nell'ambito delle disposizioni relative al sistema integrato di interventi e servizi sociali. In particolare, si rinvia al sistema sociale la verifica della compatibilità con la programmazione regionale e zonale, per la realizzazione di nuove residenze sanitarie assistenziali (RSA) e di residenze sanitarie assistenziali per disabili (RSD) o per l'aumento del numero dei posti letto di RSA o RSD esistenti.

Delle verifiche di compatibilità è data comunicazione dalla Giunta regionale alla Commissione consiliare competente.

1. STRUTTURE E SETTORI DI ATTIVITÀ

Sono soggetti a verifica di compatibilità ai sensi della L.R. 8/99, art. 20

- Presidi di ricovero ospedaliero;
- Presidi residenziali e semiresidenziali di riabilitazione extraospedaliera;
- Ambulatori di specialistica e diagnostica, limitatamente a:
 - per la diagnostica per immagini, P.E.T;
 - per le attività di laboratorio, laboratori di indagine genetica;
- Strutture residenziali psichiatriche;
- Strutture residenziali sanitarie di riabilitazione per tossicodipendenti.

E' comunque soggetta ad autorizzazione regionale l'installazione di apparecchiature di risonanza magnetica, secondo quanto previsto dal DPR 8 agosto 1994, n. 542. La verifica della compatibilità dell'installazione rispetto alla programmazione sanitaria regionale, richiesta dall'art. 2 del decreto per le apparecchiature con valori di campo statico di induzione magnetica compresi fra 0,5 e 2 tesla, deve essere effettuata anche per le apparecchiature soggette ad autorizzazione ministeriale.

Sono esclusi dalla verifica di compatibilità i presidi ambulatoriali di base ed i presidi ambulatoriali di specialistica e diagnostica, salvo che per i settori e le attività già indicati sopra, per le quali la verifica è comunque richiesta.

La verifica della compatibilità deve ritenersi effettuata e non deve, quindi, essere richiesta

- per le realizzazioni di posti letto ospedalieri destinati all'esercizio dell'attività libero-professionale del personale dipendente delle Aziende sanitarie, in quanto non aggiuntivi ma quota parte dei posti letto presenti secondo quanto previsto dall'art. 4, commi 10 e 11, del D.Lgs 502/92;
- per le realizzazioni già previste in atti programmatici della Regione e finanziati totalmente o parzialmente a carico di fondi regionali o statali.

2. Ambiti territoriali di riferimento.

L'area vasta è l'ambito territoriale di riferimento per la verifica della compatibilità per:

- Presidi di ricovero ospedaliero;
- Ambulatori di diagnostica strumentale
 - Diagnostica per immagini
 - R.M e P.E.T;
 - Attività di laboratorio
 - Laboratori di indagine genetica.

Il territorio dell'Azienda USL è l'ambito di riferimento per la verifica della compatibilità per

- Presidi residenziali e semiresidenziali di riabilitazione extraospedaliera;
- Strutture residenziali psichiatriche;
- Strutture residenziali di riabilitazione per tossicodipendenti.

La Regione acquisisce dal livello istituzionale competente per l'ambito territoriale di riferimento, Area vasta o Azienda USL, il parere preventivo in merito alla richiesta di verifica della compatibilità.

L'area vasta o l'azienda interessata esprimono il parere richiesto attenendosi ai criteri indicati ai punti che seguono.

3. Determinazione del fabbisogno e valutazione dell'offerta disponibile.

Il fabbisogno programmato per le prestazioni oggetto della richiesta viene confrontato con l'offerta disponibile nel territorio di riferimento.

L'offerta disponibile è intesa quale offerta complessiva nel territorio di riferimento, costituita quindi dalle prestazioni erogate dai presidi delle Aziende sanitarie e dalle istituzioni private, valutate secondo i criteri di cui al punto successivo.

L'offerta è opportunamente corretta, al fine della quantificazione della sua reale disponibilità, secondo gli indici di utilizzo dei servizi e delle strutture esistenti, anche in riferimento ai tempi e le liste di attesa registrati nell'accesso alle prestazioni e ai flussi di mobilità in entrata ed uscita.

Le strutture sanitarie pubbliche, o a partecipazione pubblica, previste negli atti di programmazione regionale e/o nei relativi provvedimenti attuativi, concorrono, ancorché in corso di realizzazione, alla costituzione dell'offerta disponibile.

4. Criteri di verifica

4.1 Presidi e attività per le quali è prevista espressione di parere da parte dell'Area vasta.

Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti (DCR 221/99, All 1, C)

Salvo specifici accordi regionali, fino a diversa determinazione non è consentita la attivazione di nuovi posti letto, sia per funzioni aziendali che regionali, in presenza nell'area vasta di riferimento di un numero complessivo di posti letto superiore all'indice programmato a completamento della ristrutturazione della rete ospedaliera toscana, pari a 3,85 posti letto per mille abitanti.

Fatti salvi specifici vincoli previsti dagli atti di programmazione regionale e/o dai relativi provvedimenti attuativi, è consentita, nel rispetto del parametro di 3,85 posti letto per mille abitanti nell'area vasta di riferimento, la attivazione di nuovi posti letto contestualmente alla trasformazione, almeno, di una pari quantità di posti letto esistenti.

L'indice di 3,85 posti letto per mille abitanti esprime il fabbisogno di ricovero ospedaliero per la popolazione toscana. In considerazione della rilevanza dei fenomeni di mobilità interregionale che caratterizzano, in particolare, questo livello assistenziale, i Comitati di Area vasta interessati alla espressione del parere, possono considerare una maggiorazione dell'indice di fabbisogno, pari a 0,30 posti letto per mille abitanti, ove particolari caratteristiche dell'offerta ospedaliera della Area Vasta, quali flussi di mobilità extraregionale entrante per la presenza di discipline regionali, funzioni di riferimento in ambito di Azienda USL, di Area vasta, interregionale, confrontati con la mobilità in uscita, ne rendano opportuno la maggiorazione.

Presidi ambulatoriali: Laboratori per indagine genetica (DCR 221/99, All 1, B1)

Sono ammesse nuove strutture e attività nel rispetto delle indicazioni espresse dalla Regione Toscana nei propri atti di indirizzo.

Presidi ambulatoriali di diagnostica per immagini: Tecnologie sanitarie innovative e ad alto costo - R.M e P.E.T. (DCR 221/99, All 1, B1)

E' ammessa l'introduzione di nuove tecnologie diagnostiche R.M e P.E.T entro gli indici di fabbisogno per strumentazioni R.M e P.E.T, indicati dalla Regione Toscana con propri atti di indirizzo.

4.2. Presidi per i quali è prevista espressione di parere da parte dell'azienda unità sanitaria locale.

Presidi residenziali e semiresidenziali di riabilitazione extraospedaliera (DCR 221/99, All 1, D1.1)

E' ammessa la realizzazione di nuovi presidi o di nuovi posti letto nel rispetto dello standard di 0,25 p.l. per 1000 abitanti, previsto al punto 3.4.7. del presente Piano.

Presidi residenziali e semiresidenziali di tutela della salute mentale (DCR 221/99, All 1, D1.1, D1.3)

E' ammessa la realizzazione di nuovi presidi o di nuovo posti/posti-letto purché coerente con gli specifici indirizzi del settore e con la programmazione aziendale.

Presidi sanitari residenziali e semiresidenziali per i tossicodipendenti (DCR 221/99, All 1, D1.1, D1.4)

E' ammessa la realizzazione di nuovi presidi o di nuovo posti/posti-letto purché coerente con gli specifici indirizzi del settore e con la programmazione aziendale.

5. Modalità.

I soggetti interessati presentano alla Giunta Regionale la richiesta di verifica di compatibilità.

L'ufficio responsabile del procedimento amministrativo provvede ad effettuare le verifiche previste ed a richiedere i pareri dovuti secondo quanto indicato ai punto precedenti.

Ove l'espressione del parere di compatibilità sia attribuito al livello di Area vasta, il parere è espresso con le modalità previste dalla D.G.R n.765 del 22 luglio 2002; ove sia attribuito al livello di Azienda, è espresso dal Direttore generale della stessa.