

2. LE SCELTE STRATEGICHE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE

2.1. GLI OBIETTIVI DI SALUTE

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

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

2.1.1. Diritti uguali per tutti

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

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

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

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

Obiettivo:**ridurre le disuguaglianze**

- **Nella prevenzione**

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

- **Nella diagnosi**

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

- **Nelle cure**

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

- **Nelle fasi terminali della vita**

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

Parti del Piano sanitario regionale attinenti all'obiettivo:

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

2.1.2. Che ne pensano i cittadini?

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

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

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

Obiettivi

- **Migliorare la competenza**

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

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

Fornire a tutti prestazioni di buona qualità adeguate ai bisogni.

- **Migliorare l'accessibilità**

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

- **Migliorare l'accoglienza**

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

- **Migliorare il consenso**

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

Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

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

2.1.3. Per un'etica del servizio socio sanitario integrato

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

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

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

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

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

Obiettivi

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

Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

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

2.1.4. Miglioriamo la salute con un ambiente di qualità

Nelle città italiane, per ogni incremento di 10mg/m³ dei diversi componenti dell'inquinamento atmosferico, i rischi di mortalità aumentano mediamente tra l'1 ed il 5%, come anche il rischio di ospedalizzazione per malattie cardiache e respiratorie. Fra le città toscane, Firenze presenta livelli di inquinamento dell'aria, che necessitano di particolare attenzione. Qualità dell'aria, dell'acqua, del suolo e degli alimenti sono fra loro interconnessi e dipendenti: difendere efficacemente la qualità dell'ambiente di vita nel suo complesso può avere effetti positivi anche immediati sulle condizioni di salute. Nel lungo periodo, vivere in un ambiente con bassi livelli di inquinamento permette di ridurre il rischio di alcune malattie cronico - degenerative fra cui i tumori e migliora la qualità della vita.

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

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

Obiettivi

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

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

- **Migliorare la qualità dell'acqua**

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

- **Migliorare la qualità del suolo**

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

- **Assicurare la qualità degli alimenti.**

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

- **Riduzione delle emissioni rumorose**

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

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

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

- **Assicurare la protezione da radiazioni ionizzanti**

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

Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

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

2.1.5. Allunghiamo la vita aumentando la sicurezza

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

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

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

Obiettivi

- **La sicurezza sulla strada**

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

- **La sicurezza nelle case**

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

- **La sicurezza sul lavoro**

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

- **La sicurezza nel tempo libero**

Educazione a comportamenti prudenti, controllo delle strutture.

Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

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

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

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

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

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

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

Obiettivi

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

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

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

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

- **Controllare il peso e mantenersi attivi**

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

- **Sport ed esercizio fisico**

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

Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

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

2.1.7. Aiutiamo i bambini a nascere e a crescere bene

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

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

Obiettivi

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

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

- **Il parto naturale è meglio**

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

- **Prevenire è meglio che curare**

Aumento della copertura vaccinale per le vaccinazioni consigliate.

- **I bambini e la sicurezza**

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

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

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

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

Parti del Piano sanitari regionale attinenti agli obiettivi:

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

2.1.8. I tumori. Primo non ammalarsi, secondo guarire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivi

- **La prevenzione primaria**

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

- **Gli screening e la diagnostica**

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

- **La rete delle cure**

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

Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

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

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

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

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

Obiettivi

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

Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

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

2.1.10. I servizi per le persone anziane

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

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

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

Obiettivi

- **Prevenire la disabilità**

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

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

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

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

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

Parti del Piano sanitario regionale attinenti agli obiettivi:

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

2.2. LA PARTECIPAZIONE: SERVIZI TERRITORIALI PER LE COMUNITÀ LOCALI

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

L'avvio della riforma dell'assistenza territoriale comporta:

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

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

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

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

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

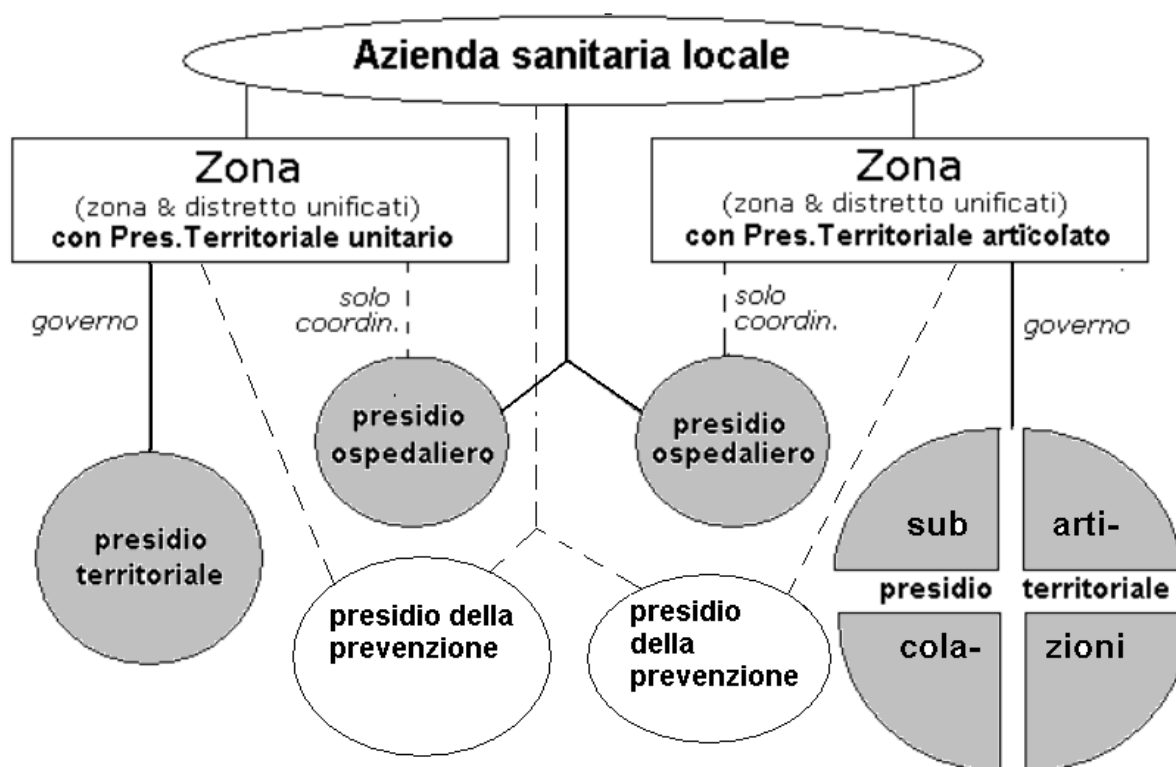
Per il profilo istituzionale, nel Piano sanitario regionale si intende la dizione "distretto" presente nella legislazione nazionale come equivalente alla unificazione funzionale fra zona e distretto, indicata di seguito col termine di "zona - distretto", che viene utilizzato per coerenza con la terminologia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

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

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

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

Lo schema seguente rappresenta quanto sopra enunciato.



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

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

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

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

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

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

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

2.2.2. L'orientamento della domanda

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

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

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

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

2.2.3. La gestione dell'offerta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.6. Erogazione di livelli assistenziali integrativi

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

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

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

2.2.7. Le Società della Salute

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

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

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

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

2.2.7.1. Perché sperimentare le Società della Salute

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

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

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

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

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

2.2.7.2. Le soluzioni istituzionali ed organizzative

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

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

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

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

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

2.2.7.3. Il ruolo delle Società della Salute

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

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

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

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

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

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

2.2.7.4. Le modalità di funzionamento

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

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

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

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

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

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

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

2.2.7.5. Modalità di avvio della sperimentazione.

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

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

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

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

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

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

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

2.3.1. Definizioni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3. L'appropriatezza nella Prevenzione Collettiva

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

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

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

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

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

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

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

2.3.4. L'appropriatezza nei servizi territoriali

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

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

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

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

2.3.5. L'appropriatezza nella specialistica ambulatoriale

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

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

- *Linee di indirizzo*

La Regione Toscana intende procedere secondo i seguenti indirizzi:

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

- *Ambiti di intervento in favore dell'appropriatezza*

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

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

- *Modalità operative*

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

La proposta relativa a ciascuna tematica deve:

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

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

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

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

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

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

2.3.6. L'appropriatezza nelle cure

- Farmaceutica

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

- *Salvaguardare la salute*

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

Gli strumenti che vengono attivati per migliorare la sicurezza sono:

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

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

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

- *Contenere la spesa.*

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

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

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

- 1) predisposizione di procedure centralizzate di acquisto;

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

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

- Assistenza in regime di ricovero ospedaliero.

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

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

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

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

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

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

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

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

b) valorizzazione di strutture territoriali alternative all'ospedalizzazione

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

- fase post acuta soprattutto negli anziani,

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

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

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

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

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

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

Le funzioni operative da considerare prioritariamente sono:

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

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

2.3.7. L'appropriatezza e le liste di attesa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *La Commissione regionale per le linee guida*

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

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

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

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

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

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

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

- *Le attività per il triennio*

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

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

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

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

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

2.3.9. La registrazione dei dati clinici

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

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

2.4. LA PROGRAMMAZIONE

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

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

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

2.4.1. Il livello Regionale

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

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

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

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

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

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

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

2.4.2. Il livello aziendale e di area vasta

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

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

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

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

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

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

- *Gli ambiti della concertazione di area vasta*

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

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

In particolare:

- le attività relative a funzioni operative a carattere regionale, nonché per il potenziamento di attività con investimenti rilevanti, l'azienda sanitaria assume iniziative solo a seguito di preventivi accordi in ambito di area vasta che ne valutino gli effetti in termini di qualificazione delle prestazioni, costi, effetti sulla mobilità sanitaria, fattibilità e produttività;
- l'attività di base è compito dell'azienda sanitaria; l'azienda sanitaria concorda in sede di area vasta i programmi di sviluppo o contenimento laddove possano verificarsi fenomeni di duplicazione di attività in eccesso e variazioni di rilievo nei flussi di mobilità; in particolare l'intesa interaziendale costituisce obbligo nel caso le attività riguardino l'azienda unità sanitaria locale e l'azienda ospedaliera con bacino d'utenza nello stesso territorio provinciale;
- l'azienda ospedaliera tende a costituirsi come polo di riferimento per le attività di alta specializzazione, che integra con le aziende unità sanitarie locali del bacino, al fine di assicurare una qualificazione diffusa dell'attività e l'attivazione di percorsi assistenziali appropriati ed efficaci; l'azienda ospedaliera Meyer partecipa, per le materie di competenza, alle procedure di concertazione di tutti gli ambiti di area vasta in quanto azienda pediatrica di ambito regionale;
- per l'implementazione di procedure innovative e per l'avvio di attività che comportano uso di tecnologie nuove o ad alto costo, le aziende sanitarie possono assumere iniziative solo previa concertazione preventiva di area vasta che tenga conto degli effetti sulle attività ordinarie, dell'interesse interaziendale all'attività, delle eventuali necessità di sperimentazione, dei costi e dei benefici delle innovazioni.

La Giunta regionale predispone, avvalendosi delle competenze del Dipartimento del diritto alla salute, dell'ARS e delle professionalità presenti nelle aziende sanitarie, sentito il Consiglio Sanitario Regionale, appositi standard di riferimento per le attività di alta specializzazione, con riferimento agli specifici ambiti territoriali. Le aree vaste costituiscono l'ambito funzionale in cui validare gli standard quantitativi e qualitativi, individuati in relazione ai livelli di appropriatezza delle prestazioni, così come indicato al paragrafo 2.3.

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

- *La funzione di coordinamento tecnico*

Al fine di consentire la crescita in rete del sistema di offerta delle prestazioni specialistiche di ricovero ed ambulatoriali di secondo livello, le aziende sanitarie di ciascuna area vasta individuano funzioni di coordinamento tecnico interaziendale per settori professionali omogenei, che hanno i seguenti compiti:

- elaborare proposte di sviluppo delle attività che rispondano ai requisiti della programmazione di area vasta, così come sopra definiti, che tengano conto dell'evoluzione delle procedure cliniche e diagnostiche nonché dei livelli di complessità e qualificazione delle prestazioni;
- garantire un effettivo coordinamento delle attività delle singole aziende sanitarie, che preveda l'utilizzo pieno delle professionalità presenti, al fine di assicurare ai cittadini/e percorsi assistenziali integrati; a questo fine le aziende sanitarie adottano modalità concordate di remunerazione del personale attraverso l'utilizzo degli istituti contrattuali al fine di incentivare la partecipazione attiva ai processi connessi alla realizzazione dei percorsi assistenziali, anche a livello interaziendale;
- proporre, a livello regionale, apposite linee guida, validare quelle esistenti o elaborate dalla Commissione regionale allo scopo costituita, curarne la implementazione e la valutazione a livello di area vasta, al fine di sviluppare una vera e propria funzione di "Governo Clinico". Al fine di evitare la separazione fra attività ospedaliere e territoriali, il coordinamento professionale deve essere assicurato da professionalità miste ed integrate ospedale - territorio.

Il coordinamento tecnico interaziendale deve tendere alla valorizzazione in rete dei livelli di offerta delle prestazioni e dei servizi specialistici esistenti nelle diverse aziende sanitarie, salve le attività di alta specializzazione, per le quali sono individuate le competenze delle aziende ospedaliere, anche al fine di sollecitare forme utili di incentivazione della produttività e della qualità.

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

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

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

- *Le funzioni di coordinamento degli Enti locali*

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

- *Il coordinamento delle aziende*

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

- *Le funzioni territoriali e della prevenzione*

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

- *Particolari aree di programmazione*

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

2.5. L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DELLE AZIENDE

2.5.1. Il controllo della gestione e la produttività del sistema

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5.2. La seconda fase dell'aziendalizzazione

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

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

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

2.5.2.1. La funzione acquisti

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5.2.2. La gestione logistica dei materiali

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

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

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

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

