

3. GLI STRUMENTI DI SISTEMA

3.1. ANALISI E ORIENTAMENTO DELLA DOMANDA

3.1.1. Analisi ed orientamento della domanda nel Piano sanitario regionale

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

3.1.2. I Piani integrati di salute

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

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

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

- *Gli attori*

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

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

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

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

- *Il metodo di lavoro*

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

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

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

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

- *Come avviare il processo*

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

- *Le risorse*

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

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

- *La Valutazione di effetto*

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.3.1. La comunicazione

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

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

La Giunta regionale è impegnata nel triennio a promuovere:

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

Le aziende sanitarie sono impegnate a:

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

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

3.1.3.2. La partecipazione

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

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

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

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

3.1.3.3. Lo sviluppo della Carta dei servizi

La carta dei servizi si configura come un "patto" tra il soggetto erogatore del servizio ed il cittadino/a, all'interno del quale sono definiti gli obiettivi, gli impegni assunti per il loro raggiungimento, gli standard di riferimento, le modalità per misurare i risultati ed il livello di soddisfazione dell'utente, le modalità di comunicazione.

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

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

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

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

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

Le aziende sanitarie in particolare sono impegnate a:

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

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

3.2. ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA

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

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

3.2.2. Il programma regionale per l'accreditamento

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

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

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

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

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

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

3.2.2.1. Il modello di accreditamento

Nel triennio sono garantiti:

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

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

3.2.2.2. Il sistema di verifica

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

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

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

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

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

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

3.2.2.3. Le procedure di accreditamento

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

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

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

3.2.3. Funzioni operative e criteri di organizzazione

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.4. L'integrazione socio-sanitaria

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

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

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

Il sistema integrato di interventi e servizi socio – sanitari, che ne deriva, promuove la solidarietà attraverso la valorizzazione delle iniziative delle persone, delle famiglie, delle forme di auto - aiuto e di reciprocità, nonché della solidarietà organizzata. Tale sistema ha come finalità lo sviluppo di azioni di prevenzione e il sostegno ai soggetti portatori di bisogni gravi.

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

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

3.2.4.1. L'integrazione a livello normativo

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

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

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

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

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

3.2.4.2. La concertazione tra i soggetti istituzionali a livello regionale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tali azioni dovranno riguardare la messa a punto di strumenti di informazione adeguati, di modalità di lavoro attive e rispettose della dignità e delle competenze dei soggetti, di misure di accompagnamento che compensino le situazioni di fragilità e valorizzino le capacità delle persone e delle reti sociali e familiari.

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

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

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

Per dare risposte efficaci ai problemi di accesso ai servizi in termini di equità, di globalità, di garanzia di continuità assistenziale, occorre che a livello di zona – distretto sia assicurato un percorso di accesso unitario a tutti i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari. Il modello di accesso unitario prevede diverse modalità di accoglienza e di gestione della domanda, a seconda che essa si caratterizzi con riferimento a bisogni sanitari, sociali e socio-sanitari. Nei primi due casi le figure di riferimento sono il medico di medicina generale e l'assistente sociale, che, oltre a valutare la domanda, creano le condizioni per attivare progetti personalizzati di intervento coerenti con la natura del bisogno.

In presenza di bisogni complessi, tali da richiedere competenze professionali integrate, l'accoglienza della domanda è assicurata dall'unità multiprofessionale, cui partecipano, tenendo conto della natura dei bisogni da affrontare, le professionalità sanitarie e sociali necessarie. L'unità multiprofessionale gestisce in modo globale il percorso, che va dall'analisi della domanda alla definizione del problema, dalla definizione del problema alla predisposizione del progetto personalizzato di intervento, alla sua attuazione e valutazione. La stessa struttura individua un operatore di riferimento che segue le diverse fasi attuative del progetto personalizzato, facilitando l'apporto integrato delle figure professionali coinvolte nel programma assistenziale.

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

3.2.4.4. Gli strumenti della programmazione regionale e locale

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

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

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

3.2.4.5. L'organizzazione gestionale e operativa

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

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

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

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

3.2.4.6. Le strutture dell'integrazione socio-sanitaria

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

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

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

3.2.4.7. Le azioni regionali

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

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

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

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

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

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

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

3.2.6. Le specificità geografiche

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.6.2. L'assistenza sanitaria negli ambienti montani ed insulari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- fattibilità
- compatibilità economica.

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

3.3. IL GOVERNO DELLE RISORSE FINANZIARIE

3.3.1. La disponibilità di risorse

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

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

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

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

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

3.3.2. Il Fondo Sanitario Regionale

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

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

Il fondo ordinario di gestione è finalizzato ad assicurare le risorse per la gestione ordinaria delle attività, siano esse gestite direttamente dalle aziende unità sanitarie locali che da queste erogate tramite produttori diversi pubblici e privati in base alla normativa vigente. Esso è distribuito tra le aziende unità sanitarie locali secondo un criterio di equità rispetto alla popolazione residente opportunamente ponderata in ragione del bisogno rilevato.

I fondi finalizzati all'organizzazione del sistema sono destinati a finanziare organi e istituzioni sanitarie di carattere regionale, nonché le iniziative dirette della Regione in materia di innovazione e sviluppo del sistema, ivi compresa l'erogazione di assistenza a fasce particolarmente svantaggiate nell'ambito di progetti di cooperazione internazionale.

I fondi per lo sviluppo dei servizi sono finalizzati a sostenere finanziariamente programmi regionali ed azioni di piano tese alla copertura di specifici fabbisogni per servizi di alta qualificazione o per interventi di particolare rilievo nell'ambito delle politiche regionali di sostegno delle attività rivolte alle fasce di popolazione più deboli.

In termini programmatici, si conferma il vincolo di destinazione del fondo sanitario regionale per la prevenzione previsto dal precedente Piano sanitario regionale nel 5%, alla cui determinazione concorrono i finanziamenti ordinari per quota capitaria alle aziende unità sanitarie locali e parzialmente i fondi speciali a destinazione vincolata di cui al successivo paragrafo 3.3.2.3., secondo quote determinate annualmente dalla Giunta regionale.

3.3.2.1. Il fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali.

Per l'assegnazione del Fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali si seguono i seguenti criteri:

a) Il totale del Fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali è determinato annualmente dalla Giunta regionale sulla base delle risorse disponibili; il 90% del fondo è ripartito a livello regionale tra i livelli e i sotto - livelli di assistenza in quote determinate, tenendo conto delle risorse effettivamente impiegate negli esercizi precedenti, corrette da indicazioni programmatiche e depurate delle quote finalizzate relative ai fondi speciali, che non si distribuiscono uniformemente tra tutti i livelli di assistenza; per il triennio 2002-2004 le quote nette di distribuzione del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali sono le seguenti:

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

La quota di fondo per la prevenzione è attribuita, nei limiti dell'ammontare complessivamente determinato in relazione alla precedente tabella, in quota parte in sede di assegnazione del fondo ordinario ed in quota parte, determinata annualmente dalla Giunta regionale, sulla base di specifici progetti.

Per ciascun livello l'attribuzione alle aziende unità sanitarie locali delle risorse di cui al Fondo ordinario di gestione è determinata sulla base della popolazione residente suddivisa per classe d'età con pesi differenziati per ciascuna classe in relazione ai differenti e specifici consumi per abitante rilevati. Per popolazione residente si intende quella ufficialmente riconosciuta nei flussi regionali relativi alle rilevazioni anagrafiche dei comuni toscani, nonché, in quanto aventi diritto all'assistenza, gli stranieri extracomunitari non residenti con o senza regolare permesso di soggiorno; sono inoltre considerate anche le popolazioni zingare presenti nel territorio regionale.

I pesi attribuiti alle classi d'età per livello e sotto-livello sono riportati nella tabella allegata al presente Piano sanitario regionale (allegato 4).

b) Il restante 10% del fondo è attribuito alle aziende sanitarie sulla base della popolazione residente pesata in relazione alle condizioni socio - ambientali del territorio delle aziende medesime. Alla determinazione di tali condizioni si perviene utilizzando le seguenti quote ed i seguenti pesi:

- il 7% per le caratteristiche morfologiche del territorio, in continuità con le disposizioni del Piano sanitario regionale 1999-2001, con pesi applicati alla popolazione come di seguito indicato:

caratteristiche del territorio	Peso
- Pianura	1,0
- Collina litoranea	1,2
- Collina interna	2,0
- Montagna	3,0
- Isole	10,0

- il 3% destinato a riconoscere i maggiori fabbisogni derivanti dal grado di accentramento della popolazione in ragione dei maggiori costi registrati nelle zone ad alta dispersione abitativa e dei maggiori consumi presenti nelle aree a forte concentrazione urbana. Il parametro utilizzato, definito di "accentramento / rarefazione" della popolazione, valuta le caratteristiche insediative dei territori delle diverse aziende unità sanitarie locali individuando sei classi caratteristiche alla cui popolazione relativa è attribuito un peso così determinato:

distribuzione popolazione in centri abitati	Peso
Popolazione in centri abitati inferiori a 2.500 abitanti	10,0
Popolazione in centri abitati da 2.501 a 5.000 abitanti	4,5
Popolazione in centri abitati da 5.001 a 10.000 abitanti	3,0
Popolazione in centri abitati da 10.001 a 50.000 abitanti	2,0
Popolazione in centri abitati da 50.001 a 100.000 abitanti	1,0
Popolazione in centri abitati superiori a 100.001 abitanti	2,5

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

La procedura prevede:

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

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

3.3.2.2. Il finanziamento delle aziende ospedaliere

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

- a) le aziende ospedaliere sono finanziate in via principale dalla remunerazione delle prestazioni erogate e valorizzate in base ai tariffari regionali;
- b) la Regione attua una politica tariffaria tendente a incentivare o a disincentivare forme di erogazione, come ad es. il *day hospital medico*, o particolari prestazioni, col fine di ottenere maggiori livelli di appropriatezza e di favorire la concentrazione delle funzioni di alta specializzazione nelle aziende ospedaliere;
- c) l'entità dei trasferimenti tra aziende unità sanitarie locali ed aziende ospedaliere può essere regolata, in sede di concertazione di area vasta, da accordi tra le stesse, in cui si possono determinare:
 - i volumi massimi erogabili per settore di prestazioni,
 - alcuni valori tariffari particolari anche articolati per percorsi assistenziali,
 - sistemi alternativi di pagamento per funzioni assistenziali particolari,
 - volumi finanziari di scambio onnicomprensivi, definiti in base a volumi di prestazioni complessivamente predeterminati.

La Giunta regionale promuove gli accordi, anche intervenendo sulla loro congruità e correttezza in relazione agli indirizzi della programmazione regionale.

- d) le aziende ospedaliere possono ricevere direttamente contributi regionali sulla base di una descrizione analitica della loro destinazione e modalità precise di utilizzo. In particolare possono ricevere specifici finanziamenti le attività non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario, come quelle svolte dalle funzioni regionali di riferimento e quelle dei centri con contenuti didattici e di ricerca, svolte con risorse delle Università.

3.3.2.3. Fondi speciali finalizzati

Annualmente, in sede di determinazione del fondo di gestione delle aziende unità sanitarie locali, la Giunta regionale provvede ad accantonare sul Fondo sanitario regionale le quote corrispondenti ai finanziamenti necessari alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale, alla copertura di particolari esigenze di sistema, a previsioni normative.

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

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

I fondi accantonati e finalizzati a programmi costituiscono fondi speciali la cui assegnazione può avvenire da parte della Giunta regionale o sulla base di progetti specifici o sulla base di specifiche di destinazione e di utilizzo.

- L'assegnazione dei Fondi speciali di finanziamento destinati a progetti specifici seguirà i seguenti criteri:
 - a) i progetti devono riguardare argomenti o settori specifici definiti;
 - b) i progetti devono contenere in modo esplicito indicatori di risultato o, eventualmente di processo, la cui tipologia è definita sulla base di un atto di indirizzo regionale, con i quali è valutata l'esecuzione del progetto stesso;
 - c) per i finanziamenti di natura pluriennale, in mancanza di una valutazione finale o in presenza di una valutazione negativa, l'assegnatario non potrà usufruire, per l'anno successivo, di finanziamenti speciali dello stesso tipo. La valutazione del progetto e l'utilizzo delle risorse attribuite fa parte della valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende.

- Per i Fondi assegnati sulla base di specifiche analitiche di destinazione e/o di utilizzo di natura poliennale, la Giunta regionale può stabilire che la erogazione negli esercizi successivi al primo sia condizionata alla valutazione positiva degli obiettivi raggiunti ed alla disponibilità di una adeguata rendicontazione economica.

I fondi speciali finalizzati sono definiti annualmente nel bilancio regionale e comprendono le risorse destinate alla attuazione delle azioni di piano e dei progetti obiettivo, nonché i finanziamenti necessari alle iniziative dirette regionali nello sviluppo di specifici servizi; in particolare, all'interno di detti fondi, annualmente la Regione è tenuta a trattenere sul fondo sanitario regionale i seguenti finanziamenti, così come quantificati nella successiva tabella (in milioni di euro – Meuro):

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

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

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

3.3.3. Il sistema tariffario

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

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

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

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

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

3.3.4. Gli investimenti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4.1. La formazione per l'accesso al servizio sanitario

Le disposizioni normative nazionali e regionali, nonché la contrattazione nazionale e i relativi accordi sindacali, non sempre sono stati accompagnati da una valutazione delle ricadute sull'organizzazione del lavoro, anche in termini di collocazione e modifica dei ruoli professionali. Politiche di formazione in grado di accompagnare, con la necessaria tempestività lo sviluppo organizzativo del sistema sanitario, richiedono invece una puntuale e preliminare definizione dei fabbisogni di personale connessi all'evoluzione degli assetti organizzativi.

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

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

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

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

3.4.1.1. Le implicazioni per la formazione a livello universitario

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

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

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

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

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

3.4.1.2. La formazione del personale non laureato

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

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

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

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

3.4.2. La formazione continua

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

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

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

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

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

Costituiscono obiettivi per il triennio:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5.1. Gli obiettivi del sistema informativo regionale toscano

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

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

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

3.5.2. Le linee di sviluppo del sistema informativo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5.3.1. I flussi informativi regionali

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

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

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

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

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

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

3.5.3.2. I sistemi di comunicazione e informazione

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

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

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

3.5.3.3. L'organizzazione del sistema

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

3.5.4. La telemedicina

Nel quadro generale dei *network* sanitari la telemedicina si pone oggi come uno degli strumenti potenzialmente di maggior rilievo per aumentare l'efficienza del sistema, riducendo le latenze assistenziali, razionalizzando la dislocazione dei servizi, ripartendo le risorse tra centri specialistici e tra questi e il territorio. Con il termine telemedicina si indicano oggi almeno cinque classi di concetti:

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

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

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

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

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

Il programma viene predisposto sulla base dei seguenti indirizzi:

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

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

3.5.5. Le attività di formazione

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

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

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

3.5.6. Il fabbisogno finanziario

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

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

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

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

3.6. LA RICERCA E LA SPERIMENTAZIONE PER L'INNOVAZIONE

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

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

3.6.1. La promozione della attività di ricerca.

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

Il Programma si propone di:

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

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

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

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

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

3.6.1.1. La ricerca ad orientamento preclinico e clinico

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

3.6.1.2. La ricerca epidemiologica e sui servizi sanitari

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

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

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

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

3.6.1.3. Le risorse finanziarie e le modalità operative

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

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

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

3.6.2. L'innovazione e la sperimentazione gestionale

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

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

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

La sperimentazione gestionale si propone prioritariamente:

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

La sperimentazione gestionale assume come vincolo progettuale:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.7. LE RELAZIONI DI SISTEMA

3.7.1. L'Università

3.7.1.1 Il quadro di riferimento

L'atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'articolo 1 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), adottato d'intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni e pubblicato in data 9 agosto 2001 – Gazzetta ufficiale n. 184 - costituisce riferimento essenziale per intraprendere la fase di negoziazione, preliminare alla stipula dei protocolli di intesa con l'Università.

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

- a) protocolli per disciplinare la collaborazione per le attività assistenziali funzionali alle esigenze istituzionali dell'Università;
- b) protocolli per lo svolgimento delle attività di formazione di base e specialistica per il corso di laurea in medicina e chirurgia;
- c) protocolli per la formazione per i restanti corsi di laurea di primo e di secondo livello della facoltà di medicina e chirurgia;
- d) protocolli per disciplinare le relazioni con l'Università per ulteriori attività di collaborazione con il servizio sanitario regionale.

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

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

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

I predetti protocolli debbono inoltre:

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

Il protocollo d'intesa per la parte assistenziale tra Regione e università definisce le soglie operative sulla base della casistica minima da conseguire per la costituzione delle strutture organizzative afferenti alle funzioni operative delle Aziende ospedaliere universitarie. Pertanto le soglie operative sono le stesse per tutte le aziende ospedaliere universitarie, mentre i criteri generali per l'applicazione delle soglie, di cui all'articolo 52, comma 7, della l.r. 22/2000, determinano margini di oscillazione per l'individuazione del numero delle unità operative, limitati e predefiniti.

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

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

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

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

3.7.1.2. Gli adempimenti preliminari

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

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

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

3.7.1.3. Le attività formative

Le materie e le forme di relazione che devono essere disciplinate e regolate in appositi protocolli d'intesa riguardano le attività formative. Le procedure di formazione dei protocolli e degli accordi prevedono la partecipazione degli ordini e collegi professionali.

Tali protocolli ed i relativi accordi attuativi dovranno in particolare riguardare, secondo gli indirizzi del presente Piano sanitario regionale:

- la definizione delle esigenze in merito allo sviluppo dei percorsi formativi per le specializzazioni mediche e la formazione delle altre competenze professionali sanitarie infermieristiche, della riabilitazione, tecniche e di vigilanza e ispezione;

- la collaborazione all'individuazione di specifici corsi di perfezionamento scientifico e di *master*, anche ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del Decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509 (Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei), tenuto conto delle esigenze di ulteriore qualificazione degli operatori del Servizio sanitario regionale.

La Giunta regionale, nell'ambito dei predetti protocolli, attiva appositi accordi per la promozione di percorsi formativi di alta specializzazione in settori di intervento predeterminati per lo sviluppo professionale e tecnico scientifico del Sistema sanitario regionale.

3.7.1.4. I rapporti con le altre Università toscane (Scuola di Studi Superiori Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna di Pisa – Scuola Normale Superiore di Pisa e Università per stranieri di Siena)

Per lo sviluppo delle competenze del Servizio sanitario regionale nei settori di loro specifica attribuzione, la Giunta regionale nell'arco di vigenza del presente Piano sanitario regionale opera per sviluppare adeguate forme di collaborazione con le università toscane (Scuola di Studi Superiori Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna di Pisa – Scuola Normale Superiore di Pisa e Università per stranieri di Siena), attraverso la stipula di appositi protocolli. I rapporti tra la Regione e la Scuola di Studi Superiori Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna di Pisa sono regolati dal protocollo di cui all'allegato n. 7, parte integrante del Piano sanitario regionale.

3.7.2. Gli Istituti scientifici e gli Enti di ricerca

3.7.2.1. Il procedimento di perfezionamento dei rapporti

La disciplina della materia è quella recata dalla l.r. 22/2000 che all'articolo 18 prevede che i rapporti con i soggetti in questione si instaurino sulla base del seguente procedimento:

- a) la Regione e i soggetti in argomento stipulano protocolli d'intesa che individuano gli spazi di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e conoscenze nel settore sanitario;
- b) i protocolli sono adottati nell'ambito del Piano sanitario regionale vigente e alla loro stipula provvedono il Presidente della Giunta regionale e i rappresentanti istituzionali degli enti medesimi;
- c) i rapporti per le attività assistenziali con il servizio sanitario regionale sono instaurati tra le aziende sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei predetti protocolli d'intesa.

La richiamata normativa regionale costituisce una importante innovazione in quanto riserva ai protocolli d'intesa preminenza assoluta nell'individuazione degli spazi di collaborazione e individua nel Piano sanitario regionale la sede competente per l'adozione dei predetti protocolli.

Altrettanto esplicita diventa la disposizione che riserva a specifici rapporti da intrattenere con le aziende sanitarie regionali, e non ad un rapporto con la Regione, la possibilità di intrattenere relazioni per la parte assistenziale con il servizio sanitario regionale. La natura di tali rapporti è convenzionale e si esplicita in atti che si instaurano tra gli enti medesimi e le aziende sanitarie regionali, unici soggetti che nel sistema sono preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Risulta pertanto essenziale che il Piano sanitario regionale determini, per ciascun ente, gli spazi di collaborazione con la Regione e le aziende sanitarie con le quali negoziare le convenzioni per le attività assistenziali.

3.7.2.2. I soggetti interessati

I soggetti operano nel sistema sanitario regionale secondo le disposizioni di seguito recate per ciascuno di essi, indipendentemente dalla natura pubblica o privata del loro ordinamento. Rientrano in questa particolare tipologia di soggetti:

- l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico INRCA con la propria sede di Firenze presso lo stabilimento IOT;
- l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Stella Maris" con la propria sede di Pisa presso Calambrone;
- l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Don Gnocchi" con la propria sede di Pozzolatico;
- il Consiglio nazionale delle ricerche come Centro di ricerca per l'alta specialità - CREAS - costituito dall'Istituto di fisiologia clinica di Pisa e dall'ospedale pediatrico apuano di Montignoso, di seguito identificato come CREAS IFC-CNR.

La Giunta regionale provvede, nell'arco di vigenza del presente Piano sanitario regionale, all'adozione degli atti di propria competenza per l'attuazione dei protocolli e per la promozione delle intese, di seguito indicati per i soggetti istituzionali sopra elencati.

INRCA

Per la sede INRCA di Firenze e per il periodo di vigenza del presente Piano sanitario regionale, si applicano le disposizioni del protocollo d'intesa tra Regione ed INRCA sottoscritto in data 9 agosto 2000 dal Presidente della Giunta regionale e dal Commissario straordinario dell'istituto.

La convenzione, di cui all'articolo 18 della richiamata l.r. 22/2000, va stipulata dal legale rappresentante dell'istituto e dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale 10 di Firenze sulla base delle disposizioni del richiamato protocollo e secondo le specifiche riportate negli allegati A - "Progetto sanitario" e B - "Progetto di gestione" al predetto protocollo.

"Stella Maris"

Per la sede "Stella Maris" di Pisa per l'attività ospedaliera svolta presso il proprio presidio di Calambrone e per il periodo di vigenza del Piano sanitario regionale, si applicano le disposizioni del protocollo d'intesa tra Regione e "Stella Maris" sottoscritto in data 22 luglio 1996 dal Presidente della Giunta regionale e dal Presidente dell'istituto.

La convenzione di cui all'articolo 18 della richiamata l.r. n. 22 del 2000 va stipulata dal legale rappresentante dell'istituto e dal direttore generale dell'azienda ospedaliera pisana sulla base delle disposizioni del richiamato protocollo, attraverso l'aggiornamento, previa deliberazione della Giunta regionale, dell'accordo attuativo del protocollo d'intesa stipulato con l'azienda ospedaliera Pisana in data 8 ottobre 1997.

Nel periodo di vigenza del Piano sanitario regionale sarà inoltre definito il ruolo della Fondazione Stella Maris quale:

- sede di alta specialità riabilitativa per le gravi disabilità dell'età
- sede di valutazione pre - chirurgica e di riabilitazione post - chirurgica dell'epilessia infantile, in collaborazione con l'Azienda ospedaliera Pisana;
- sede di diagnosi e terapia dei disturbi alimentari dell'infanzia e dell'adolescenza;
- sede di posti letto per l'emergenza psichiatrica in adolescenza;
- centro di riferimento regionale ed interregionale per le malattie rare di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva
- centro di alta specializzazione per le malattie genetiche di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- centro di formazione continua per la neuropsichiatria dell'età evolutiva, in collaborazione con l'università di Pisa;
- sede di elaborazione di appropriati percorsi e protocolli diagnostico - terapeutico - riabilitativi in ambito neuropsichiatrico dell'età evolutiva, anche alla luce della necessaria integrazione con il territorio, in collaborazione con le aziende unità sanitarie locali di Pisa e di Empoli;
- laboratorio di analisi epidemiologica dei bisogni dello specifico settore di interesse in collaborazione con l'ARS.

A tal fine la Giunta regionale istituisce un gruppo di lavoro formato da:

- Dipartimento del diritto alla salute;

- azienda ospedaliera pisana;
- aziende unità sanitarie locali di Pisa e di Empoli;
- Coordinamento dei Centri di Riabilitazione della Toscana;
- Fondazione Stella Maris.

“Istituto Don Gnocchi”

Per l'istituto *Don Gnocchi* il riconoscimento del carattere scientifico dell'attività svolta presso il presidio di Pozzolatico determina la trasformazione in attività di ricovero ospedaliero di una quota parte dell'attività residenziale svolta nel settore della riabilitazione.

Il presente Piano sanitario regionale determina tale quota per il periodo di vigenza in un numero di 40 posti letto di riabilitazione e di 6 posti letto di degenza diurna, secondo le disposizioni attuative di apposito protocollo d'intesa con la Regione, di cui all'allegato 8, parte integrante del Piano sanitario regionale .

La convenzione di cui all'articolo 18 della richiamata l.r. 22/2000 è stipulata dal legale rappresentante dell'istituto e dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale 10 di Firenze sulla base delle disposizioni del richiamato protocollo e delle esigenze della programmazione regionale e aziendale; anche dopo la prescritta autorizzazione sanitaria relativa alla trasformazione parziale dell'istituto in attività ospedaliera e in attesa della sottoscrizione della richiamata convenzione, l'attività svolta continua ad essere remunerata in base al regime tariffario relativo alle prestazioni di riabilitazione intensiva extraospedaliera.

“CREAS IFC-CNR”

La situazione in termini di rapporti di sistema e attuativi con il Centro di ricerca per l'alta specialità (CREAS) e l'Istituto di fisiologia clinica di Pisa del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR), risulta regolata dalle disposizioni emanate nel Piano sanitario regionale 1996 – 1998, che conservano validità anche per il triennio 1999 – 2001 e che prevedono:

- un protocollo d'intesa tra la Regione e l'Istituto CREAS IFC-CNR; tale protocollo è stato sottoscritto dal Presidente della Giunta regionale e dal rappresentante legale dell'Istituto in data 18 giugno 1997;
- un accordo attuativo con l'azienda ospedaliera pisana per regolare le attività svolte presso l'Istituto di fisiologia clinica dell'ospedale Santa Chiara di Pisa;
- un accordo attuativo con azienda unità sanitarie locali 1 di Massa e Carrara per la sede dell'ospedale pediatrico apuano di Montignoso.

Mentre è stata sottoscritta ed è operante la convenzione per l'utilizzo della struttura dell'azienda unità sanitaria locale 1 di Massa e Carrara, non è ancora stato adottato l'accordo attuativo con l'azienda ospedaliera pisana, con la quale peraltro il Centro di ricerca per l'alta specialità - costituito dall'Istituto di fisiologia clinica di Pisa e dall'ospedale pediatrico apuano di Montignoso, intrattiene rapporti di natura meramente economica. Tali rapporti derivano dallo svolgimento delle attività assistenziali dell'Istituto sulla base dei seguenti criteri individuati dalle disposizioni del Piano sanitario regionale:

- l'attività assistenziale del CREAS IFC-CNR è integrativa di quella svolta dalle aziende sanitarie regionali;
- l'attività assistenziale del CREAS IFC-CNR è svolta in collaborazione con l'azienda ospedaliera pisana.

Il protocollo conserva validità, per quanto concerne la parte generale ed i rapporti di sistema ivi indicati, salvo le modificazioni derivanti dalle nuove disposizioni della programmazione sanitaria regionale, che attribuiscono all'azienda ospedaliera Meyer un ruolo centrale nello sviluppo delle funzioni di alta specialità dell'assistenza pediatrica, e la diversa articolazione strutturale dei presidi del Centro di ricerca per l'alta specialità, costituito dall'Istituto di fisiologia clinica di Pisa e dall'ospedale pediatrico apuano di Montignoso, legata al trasferimento dell'Istituto di fisiologia clinica nella struttura di “S. Cataldo”

La validità del protocollo è peraltro limitata dalla mancata sottoscrizione della convenzione tra il CREAS IFC-CNR e l'azienda ospedaliera pisana, al perfezionamento della quale occorre procedere tempestivamente per non compromettere la validità del protocollo medesimo, che va aggiornato nel rispetto della condizione generale per cui tutta l'attività assistenziale del CREAS IFC-CNR, in quanto organo del Consiglio Nazionale delle Ricerche, deve essere finalizzata ad obiettivi di ricerca e sperimentazione medica, chirurgica, biomedica, di epidemiologia e statistica medica, e sia pianificata e dimensionata in relazione a detti obiettivi e, in particolare,

secondo le seguenti linee direttive:

- per l'attività pediatrica svolta presso la sede di Montignoso, oltre alla regolamentazione degli aspetti economici con l'azienda unità sanitaria locale 1 di Massa e Carrara, legati all'utilizzo della struttura da parte dell'Istituto, va stipulata apposita convenzione con l'azienda ospedaliera Meyer relativa allo svolgimento delle attività cardiologiche e cardiocirurgiche per il settore pediatrico;
- per l'attività di cardiologia e cardiocirurgia rivolta a pazienti adulti e per le altre attività assistenziali riconosciute dalla programmazione regionale, sarà adottata apposita convenzione con l'azienda ospedaliera pisana per definire gli apporti di reciproca collaborazione, utili allo sviluppo dell'assistenza nell'area vasta, nonché la disciplina dei rapporti contrattuali ed economici connessi alla gestione dell'attività.

La Regione Toscana opera perché l'attività assistenziale del CREAS IFC-CNR, effettuata in relazione alle finalità proprie di ricerca, sia svolta nell'ambito degli obiettivi della programmazione regionale e secondo le procedure di concertazione di area vasta definite; opera altresì per dotare il sistema sanitario regionale di un qualificato centro di ricerca e sperimentazione medica di altissimo livello che, nella collaborazione tra il CNR, Università e aziende ospedaliere regionali, diventi una risorsa del territorio per lo sviluppo del sistema, nonché un punto di riferimento a livello nazionale ed internazionale.

A questo fine la Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del Piano sanitario regionale, adotta, con la procedura di cui all'articolo 11, comma 6, della l.r. 22/2000, un provvedimento di istituzione di un soggetto di natura societaria (consorzio, fondazione), che dia attuazione all'articolo 11, comma 5, della l.r. 22/2000, costituendo il soggetto unico integrato di gestione delle attività di ricerca ed assistenziali attualmente svolte dal CREAS IFC-CNR.

Il provvedimento è approvato dal Consiglio regionale.

Di tale istituzione, oltre alla Regione e al CNR potranno fare parte, nella misura e con ruoli di responsabilità definiti dal Consiglio regionale, le aziende sanitarie regionali interessate e le Università toscane.

Il soggetto così costituito sarà impegnato al raggiungimento degli obiettivi di cui sopra in materia di ricerca e assistenza, partecipando a pieno titolo, per quest'ultima, alle procedure di concertazione di area vasta, disciplinate dal presente Piano sanitario regionale e dagli atti regionali attuativi.

CSPO

Rientra nel contesto dei soggetti di cui al presente paragrafo anche il Centro per lo studio e la prevenzione oncologica istituito (CSPO), istituito con legge regionale 6 aprile 2000, n. 52 (Centro per lo studio e la prevenzione oncologica C.S.P.O. Conferimento della personalità giuridica di diritto pubblico ai fini del riconoscimento statale di cui al decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 269), quale ente regionale dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa e gestionale. In caso di riconoscimento del proprio carattere scientifico, l'ente assumerebbe una connotazione del tutto particolare pur nell'ambito delle disposizioni sopra richiamate. Il centro infatti si caratterizza per una precisa peculiarità legata alla sua natura di soggetto operante nel settore della prevenzione oncologica, con attività assistenziali legate strettamente alle sue finalità istituzionali.

Nondimeno anche per questo soggetto si applicano le disposizioni recate dalla richiamata disposizione normativa regionale, con relazioni di sistema definite nel protocollo d'intesa con la Regione e rapporti specifici da intrattenere, tramite convenzioni con le aziende

sanitarie, per lo svolgimento e il supporto tecnico scientifico alle medesime nell'erogazione delle funzioni assistenziali di loro competenza.

Fino al perfezionamento dell'iter per il riconoscimento del CSPO, si applicano le disposizioni specifiche di cui all'articolo 3 della richiamata l.r. 52/2000, secondo quanto di seguito riportato:

- tramite specifica convenzione, stipulata con la Regione, svolge le seguenti attività di interesse regionale:

- a) gestione del registro tumori toscano e del registro di mortalità regionale in collaborazione e con il coordinamento dell'ARS
- b) gestione delle mappe di rischio oncogeno in ambito lavorativo in collaborazione con l'ARS;
- c) attività di ricerca epidemiologica di interesse regionale in ambito oncologico in collaborazione e con il coordinamento dell'Agenzia regionale di sanità;
- d) centro di riferimento regionale per la prevenzione oncologica;
- e) funzioni regionali formalmente attribuite dalla Regione;
- f) attività di formazione connessa con l'esercizio delle funzioni di competenza;

- tramite specifiche convenzioni stipulate con le aziende unità sanitarie locali, gestisce attività di screening oncologico e altre attività di collaborazione nelle convenzioni medesime individuate;

- tramite specifica convenzione con l'azienda ospedaliera Careggi sono regolati i rapporti di cui all'articolo 6 della richiamata l.r. 52/2000.

Nell'arco di vigenza del Piano sanitario regionale e in attesa del riconoscimento di cui all'articolo 1 della l.r. 52/ 2000:

- l'immobile denominato ex CPA, Viale Amendola, n. 28 di Firenze prima conferito all'azienda unità sanitarie locali 10 di Firenze con deliberazione del Consiglio regionale del 26 febbraio 1997, n. 48 (Azienda U.L.S. 10 di Firenze. Approvazione degli elenchi dei beni patrimoniali da trasferire dai Comuni alle Aziende sanitarie ai sensi della LR 14/96) e che attualmente ospita attività e funzioni del Centro per lo studio e la prevenzione oncologica, viene conferito a modifica della richiamata deliberazione consiliare al patrimonio del predetto ente regionale per essere quindi trasferito al costituendo istituto scientifico;

- al patrimonio del CSPO viene conferita la quota di proprietà dell'azienda ospedaliera di Careggi dell'immobile denominato "Monna Tessa", a seguito di conferimento alla medesima azienda dell'utilizzo del contributo statale di cui all'articolo 20 della legge 67/1988, per la realizzazione dell'immobile definito "Centro direzionale", anche per gli spazi prima riservati alle attività del CSPO nel medesimo progetto;

- viene reso disponibile, in uso gratuito per l'istituto, fino al permanere della destinazione di utilizzo per le finalità dell'istituto, anche la quota dell'immobile di cui sopra di proprietà dell'Università di Firenze, a seguito del trasferimento delle funzioni dell'Università, attualmente presenti nella struttura del padiglione di Monna Tessa, nel fabbricato sopra indicato in corso di realizzazione, e in altro futuro immobile in corso di progettazione da parte dell'azienda ospedaliera di Careggi.

La Giunta regionale procede a rendere operative le disposizioni, prima indicate, nell'arco di vigenza del Piano sanitario regionale, adottando i provvedimenti di competenza e promuovendo le opportune intese ed accordi per l'attuazione del Piano sanitario regionale.

3.7.3. I produttori privati

Nel riaffermare la titolarità delle aziende unità sanitarie locali nella individuazione dei bisogni dei cittadini/e e della programmazione complessiva dell'offerta di prestazioni di propria competenza, nell'ambito degli indirizzi e con i vincoli della programmazione regionale, va altresì affermata la pluralità dei soggetti deputati alla produzione delle prestazioni medesime in un quadro di pari dignità tra produttori ed erogatori, tra soggetti pubblici e soggetti privati, attraverso la costituzione di un tavolo di concertazione di livello regionale con la partecipazione della Regione, di rappresentanze delle aziende unità sanitarie locali e delle istituzioni private e dei professionisti.

Nell'ambito della concertazione sono individuati i termini, anche conclusivi, della contrattazione, lo schema tipo contrattuale, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale,

contenente la durata triennale dei rapporti, gli obiettivi operativi intermedi e finali, le forme di gradualità per eventuali modifiche dei volumi o delle tipologie delle prestazioni, i requisiti richiesti sotto il profilo della qualità, della solidità imprenditoriale e gestionale dell'istituzione accreditata.

La presenza di una pluralità di soggetti produttori, ed in particolare l'apporto delle istituzioni private e dei professionisti, deve costituire una risorsa del sistema che incentivi la competizione, e quindi la qualificazione dei soggetti, la riduzione dei costi e la rispondenza del servizio alla domanda appropriata del cittadino/a evitando l'affermarsi di fenomeni di autoreferenzialità e di inefficienza tipici dei sistemi operanti in regime di monopolio.

Il contesto relazionale tra il servizio sanitario regionale e le istituzioni sanitarie private deve presupporre come principio base la concertazione quale momento essenziale della definizione dei rapporti, essere caratterizzato dall'istaurarsi di processi di collaborazione in ambiti di reciproca convenienza, conseguente ad un concetto di integrazione intesa non come residualità e marginalità del privato rispetto al pubblico, ma come complementarietà dei due settori all'interno dello stesso sistema sanitario, su principi di diversificazione dei ruoli e di integrazione delle competenze.

Perché tali affermazioni diventino concreta realtà, in un quadro che veda la libertà di scelta del cittadino/a non una astratta scelta di principio, ma un istituto concretamente applicabile in quanto inquadrato nei limiti imposti dagli indirizzi della programmazione e nei vincoli di appropriatezza delle prestazioni e delle risorse disponibili, occorre che si realizzino alcune condizioni:

- a) le istituzioni private ed i professionisti sono ammessi ad operare nel servizio sanitario, a carico delle risorse regionali disponibili, solo previa contrattazione con il titolare pubblico della programmazione locale; l'esito della contrattazione è costituito da specifici accordi contrattuali con le singole istituzioni private stipulati ai sensi della normativa vigente;
- b) le istituzioni private ed i professionisti ammessi alla contrattazione devono risultare in regola con le procedure previste dallo sviluppo della normativa sull'accreditamento ed il loro rapporto sarà risolto ove non risultassero più in regola con le procedure ed i requisiti ivi previsti;
- c) l'attività delle istituzioni private e dei professionisti accreditati sono sottoposte alle stesse regole vigenti per le strutture pubbliche in tema di modalità di erogazione delle prestazioni, di appropriatezza ed eventuali limitazioni delle stesse.

3.7.3.1. La contrattazione

La contrattazione è lo strumento attraverso il quale si realizza l'incontro tra domanda e offerta. La Regione, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente e delle direttive europee in tema di libera concorrenza, amministra la gestione dell'affidamento dell'erogazione di prestazioni socio-sanitarie a strutture pubbliche e private.

A tal fine l'azienda unità sanitaria locale provvede, sulla base dei fabbisogni rilevati, dei vincoli normativi relativi ai livelli di assistenza e delle direttive emanate dalla Regione, alla definizione del proprio fabbisogno complessivo di prestazioni ed alla quota delle stesse alle quali può provvedere direttamente attraverso le proprie strutture.

La determinazione di tale quota non deve rappresentare un vincolo a priori, ma scaturire da una valutazione accurata della convenienza economica in relazione ai costi effettivamente sostenuti e di opportunità in relazione alla dislocazione territoriale delle strutture ed ai carichi di lavoro sostenibili dalle stesse, con l'obiettivo di mantenere e migliorare i livelli qualitativi dell'offerta ed avendo a riferimento il diritto del cittadino/a alla erogazione delle prestazioni in tempi congrui rispetto alle esigenze espresse ed alle indicazioni della programmazione nazionale e regionale. La valutazione economica dei costi delle prestazioni direttamente prodotte avrà a riferimento le analisi condotte e rese pubbliche ai sensi del paragrafo 2.5.1.

Analogamente, in presenza di programmi di potenziamento dell'offerta elaborati per specifici comparti di attività, in presenza di necessità di investimenti in personale e tecnologia, le Aziende sanitarie sono tenute a valutare gli stessi in un quadro di convenienza rispetto alla offerta potenziale esistente sul proprio territorio da parte di istituzioni private e professionisti accreditati.

In relazione al fabbisogno come sopra definito, l'azienda unità sanitaria locale stabilisce altresì la quota e la tipologia di prestazioni per le quali procedere alla contrattazione con i soggetti privati, tenendo conto:

- della convenienza economica, in relazione al livello tariffario delle prestazioni definito dal sistema tariffario regionale inteso come livello massimo applicabile;
- del livello dei tempi di attesa delle prestazioni rilevati, in relazione agli obiettivi posti dalla Regione a livello complessivo e per specifiche prestazioni o gruppi di prestazioni definiti come prioritari nella programmazione regionale o locale;
- delle specifiche potenzialità esistenti nelle istituzioni private per settori individuati come importanti nella programmazione locale ed in cui l'offerta pubblica sia carente o diseconomica;
- della necessità di assicurare la libertà di scelta del cittadino di ricorrere alle prestazioni dei produttori accreditati, quando la struttura pubblica non sia in grado di assicurare le prestazioni, nei tempi e secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale ai sensi di quanto previsto al paragrafo 2.3.7, anche prescindendo dai tetti di spesa stabiliti nell'ambito dei contratti.

Il programma dell'azienda unità sanitaria locale ed il relativo fabbisogno di prestazioni, proposto alla contrattazione con le istituzioni private, sono oggetto di valutazione di un tavolo di concertazione istituito a livello aziendale per settori omogenei (ricovero ospedaliero, specialistica, riabilitazione, strutture residenziali e semiresidenziali) con i rappresentanti delle associazioni delle istituzioni private che definisce il quadro di riferimento in cui procedere alla contrattazione con le singole strutture ed alla applicazione delle intese raggiunte a livello regionale. Il tavolo è attivato ed opera in tempi tali da consentire la regolare e tempestiva stipula degli accordi a valenza annuale o pluriennale con le singole strutture.

Costituiscono oggetto della contrattazione il numero, il prezzo, le modalità di erogazione di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e ambulatoriale, comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché in regime residenziale e semiresidenziale.

La contrattazione con le singole strutture private avviene nel rispetto dei seguenti principi:

- funzionalità al perseguimento degli obiettivi indicati dalla programmazione sanitaria a livello regionale e locale;
- coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale attinenti l'assetto organizzativo dei servizi, le forme e le modalità di erogazione delle prestazioni;
- osservanza delle norme generali sulla libera concorrenza;
- definizione delle procedure amministrative di rendicontazione delle attività, avendo a riferimento in particolare i debiti informativi derivanti dalle procedure definite dalla Regione;
- determinazione di volumi di prestazioni contrattualizzati e relative tariffe unitarie nei limiti delle tariffe massime regionali vigenti; la contrattazione definisce di norma i volumi in termini di quantità di prestazioni unitariamente valorizzate; può altresì essere prevista la individuazione di specifiche prestazioni aggregate in "pacchetti", in riferimento a percorsi assistenziali integrati, la cui valorizzazione può configurarsi in forma onnicomprensiva;
- definizione di possibili adeguamenti nel corso dell'esercizio dei volumi contrattualizzati in rispondenza delle rilevazioni effettuate sui fabbisogni, ed in particolare sui tempi di attesa, con le previsioni dei relativi livelli tariffari da applicarsi, eventualmente anche differenziati rispetto a quelli originari in ragione delle maggiori economie di scala raggiunte;
- modalità di eventuali specifici rapporti con i servizi pubblici gestiti dall'azienda unità sanitaria locale o dalle aziende ospedaliere, attraverso cui perseguire gli obiettivi di deospedalizzazione definiti a livello regionale e di razionalizzazione delle risorse complessivamente utilizzate sul territorio.

Al fine di attribuire alle istituzioni private ed ai professionisti un ruolo attivo nei processi di rilevazione dei fabbisogni e di programmazione delle prestazioni, nonché per facilitare e rendere trasparente l'accessibilità dei servizi ai parte dei cittadini/e, le aziende unità sanitaria locale ed i privati operano affinché l'accesso alle istituzioni private ed ai professionisti avvenga tendenzialmente nelle medesime condizioni e con le medesime modalità integrando gli stessi nelle procedure di prenotazione aziendali.

Il soggetto della contrattazione con le istituzioni private ed i professionisti accreditati è l'azienda unità sanitaria locale ove gli stessi sono ubicati. Nella procedura di contrattazione l'azienda unità sanitaria locale assume altresì un ruolo di rappresentanza "di sistema" in quanto contratta oltre il soddisfacimento dei propri fabbisogni, anche le prestazioni erogate a cittadini/e residenti in altre unità sanitarie locali della regione ed a cittadini/e di altre regioni. I volumi complessivamente contrattati hanno a riferimento la popolazione regionale nel suo complesso; la Regione può emanare specifiche direttive che vincolino alla contrattazione anche le prestazioni per cittadini/e residenti in altre Regioni a seguito di eventuali specifici accordi raggiunti in sede interregionale. Nel definire i volumi riferiti alla popolazione delle altre azienda unità sanitaria locale, l'azienda titolare della procedura di contrattazione valuta i volumi storicamente rilevati e può prevederne modificazioni di rilievo, sia in crescita che in riduzione, solo previa concertazione con le azienda unità sanitaria locale di riferimento.

La Regione promuove l'apporto al Servizio sanitario regionale dei produttori privati accreditati attraverso l'istituzione di appositi tavoli di concertazione regionali in cui vengono definiti, in attuazione del Piano sanitario regionale e degli atti normativi e regolamentari regionali che disciplinano le modalità di erogazione delle prestazioni, i criteri e gli obiettivi a cui devono riferirsi la concertazione e contrattazione in sede locale. La Regione opera altresì per favorire l'apporto delle istituzioni private all'elaborazione in sede tecnica dei provvedimenti previsti dal presente Piano sanitario regionale, in particolare in attuazione di quanto previsto al paragrafo 2.3.

3.7.4. Le convenzioni mediche

Il fondamento del sistema di relazioni fra il servizio sanitario nazionale ed i vari professionisti medici che svolgono ruoli differenziati nel sistema ma che afferiscono all'area della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale, è la specifica convenzione, di durata triennale, conforme agli accordi collettivi nazionali, che trova la sua matrice nell'articolo 8 d.lgs 502/1992

Gli accordi regionali realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione della Regione rispetto a quelli dell'Accordo convenzionale nazionale e coerenti con i livelli assistenziali ed uniformi di assistenza.

La Giunta regionale, in applicazione delle tre convenzioni nazionali recepite con i decreti del Presidente della Repubblica del 28 luglio 2000, n. 270 (Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale), n. 271 (Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni) e n. 272 (Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta), ha sottoscritto con le organizzazioni sindacali legittimate alla trattativa e alla stipula, cinque accordi integrativi :

1. accordo per la medicina generale, recepito con deliberazione di Giunta regionale del 26 giugno 2001, n. 686 (Approvazione "Accordo integrativo per la medicina generale in applicazione del DPR n. 270 del 28 luglio 2000".);
2. accordo per l'emergenza sanitaria territoriale; recepito con deliberazione di Giunta regionale del 26 giugno 2001, n. 685 (Approvazione "Accordo regionale relativo ai medici dell'emergenza sanitaria territoriale");
3. accordo per la continuità assistenziale, recepito con deliberazione di Giunta regionale del 27 agosto 2001, n. 965 (Approvazione "Accordo regionale per la continuità assistenziale");
4. accordo per la pediatria di libera scelta, recepito con deliberazione di Giunta regionale del 18 giugno 2001, n. 658 (Approvazione Accordo regionale per l'applicazione dell'Accordo collettivo nazionale per la pediatria di libera scelta di cui al dpr 272/2000);
5. accordo per la medicina specialistica ambulatoriale interna, recepito con deliberazione di Giunta regionale del 16 luglio 2001, n. 784 (Accordo integrativo per la medicina specialistica interna in applicazione del dpr. 28 luglio 2000 n. 271).

Tutti gli accordi si inseriscono in un quadro regionale, individuato dai vari atti di programmazione, tendenti al raggiungimento dei seguenti obiettivi :

- attuazione dei percorsi assistenziali;
- sviluppo della qualità dei servizi;

- perseguimento dell'appropriatezza delle prestazioni;
- implementazione dell'attività ambulatoriale e domiciliare;
- ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica.

Sono stati adottati in un contesto di sostenibilità finanziaria, assunto a riferimento per l'intera procedura negoziale, e con uno strumento operativo unificante, se si eccettua l'emergenza sanitaria territoriale e la continuità assistenziale, che è il processo di *budgeting*, inteso come percorso attuativo che realizzi un vero e proprio ciclo di programmazione e controllo, adattabile alle caratteristiche peculiari dei diversi contesti aziendali.

3.7.5. La farmaceutica convenzionata

Il servizio sanitario nazionale intrattiene rapporti con il sistema delle farmacie pubbliche e private, che assicura l'assistenza farmaceutica territoriale, attraverso l'accordo collettivo nazionale di durata triennale. L'accordo collettivo nazionale trova il suo fondamento nell'articolo 8 del d.lgs. 502/1992.

Gli accordi regionali integrano l'accordo collettivo nazionale per lo sviluppo di ulteriori servizi resi dalle farmacie, per una migliore integrazione tra il Servizio sanitario regionale e il sistema delle farmacie, nell'ambito della programmazione regionale e coerentemente con i livelli assistenziali ed uniformi di assistenza.

La Giunta regionale in applicazione dell'accordo collettivo nazionale, recepito con Decreto del Presidente della Repubblica dell' 8 luglio 1998, n. 371 (Regolamento recante norme concernenti l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private) ha sottoscritto con le organizzazioni sindacali delle farmacie l'accordo integrativo regionale sull'assistenza farmaceutica, recepito con deliberazione di Giunta regionale del 28 dicembre 1999, n. 1488 (accordo integrativo regionale sull'assistenza farmaceutica). L'accordo regionale è ispirato ai seguenti principi :

- riconoscere nelle farmacie pubbliche e private il ruolo di presidio del Servizio sanitario regionale, capillarmente diffuso nel territorio;
- ampliare e semplificare la disponibilità di servizi a favore dell'utenza;
- contribuire al governo della spesa.

L'accordo regionale si sostanzia principalmente nello sviluppo dei seguenti servizi :

- la possibilità di prenotazione dei servizi sanitari;
- l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica
- l'assistenza farmaceutica domiciliare;
- la partecipazione al sistema informativo con fornitura dei dati delle ricette;
- la regolamentazione dell'autoanalisi in farmacia.

E' altresì prevista una dettagliata disciplina applicativa per lo snellimento dei rapporti economici del servizio sanitario regionale con le farmacie.

3.7.6. Il terzo settore

La novità più significativa del ruolo del terzo settore è rappresentata dalla crescita di un nuovo quadro di rapporti con le istituzioni. E' soprattutto nell'ambito delle attività territoriali distrettuali che si esprime la portata particolarmente incisiva del concorso del terzo settore nelle politiche sanitarie e sociali.

Sulla base dei principi di sussidiarietà orizzontale e integrazione si è sviluppato un equilibrato mix tra servizio pubblico e terzo settore, soprattutto attraverso la concretizzazione di reti di protezione sociale e lo sviluppo di nuovi modelli per la realizzazione di interventi e servizi.

Al terzo settore è riconosciuta la capacità di mobilitare istanze di solidarietà e partecipazione in grado di rispondere alla domanda insoddisfatta di servizi di interesse collettivo; questo al di fuori sia di improponibili tentazioni di supplenza all'intervento pubblico sia della tradizionale collocazione di semplice soggetto attuatore.

Nel crescente rapporto di interazione strutturale con il terzo settore si è infatti avviato un processo per un nuovo assetto delle politiche pubbliche attraverso l'innovazione delle tradizionali modalità operative.

In tale contesto, il soggetto pubblico opera anche come soggetto regolatore, attraverso l'esercizio di funzioni di coordinamento per obiettivi, di gestione funzionale delle risorse, di valutazione della qualità. Il terzo settore, da parte sua, è chiamato, pur nella diversità e specificità delle esperienze che lo caratterizzano, a ricercare il coordinamento per accrescere la sua capacità di rappresentanza anche a livello della programmazione delle politiche.

3.7.6.1. Gli ambiti di collaborazione fra politiche pubbliche e terzo settore

Le indicazioni specifiche, che discendono dalle recenti disposizioni legislative, fra cui la legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), e dalle sempre più estese esperienze di politiche integrate, forniscono indirizzi verso un positivo utilizzo di risorse professionali, relazionali, tecniche e finanziarie, orientate alla costruzione di reti di solidarietà, che attribuiscono un ruolo attivo e propositivo alle aggregazioni primarie dei cittadini/e, fra cui le organizzazioni del terzo settore.

Si attribuisce all'articolazione enti locali – regioni – stato la primaria responsabilità della programmazione e dell'organizzazione del sistema integrato; ma un ruolo determinante nella programmazione, progettazione e gestione dei servizi alla persona è attribuito al terzo settore, nella prospettiva di una loro maggiore funzionalità.

Sul piano operativo si individuano procedimenti che, ripercorrendo il quadro delle competenze pubbliche, tengono conto delle peculiarità del terzo settore. In particolare, riguardo ai procedimenti per l'acquisto di servizi e prestazioni dai soggetti del terzo settore, la Regione deve definire:

1. forme di pubblicità del fabbisogno dei servizi attraverso l'ampliamento della gamma dell'offerta e il coinvolgimento degli operatori e degli utenti, nelle forme della concertazione e della promozione di patti locali che favoriscano la crescita di consapevolezza; tali modalità di coinvolgimento sono in fase di sperimentazione in alcune aree della Toscana;
2. indirizzi per la regolamentazione dei rapporti fra aziende unità sanitarie locali e terzo settore, prevedendo l'affidamento in base all'offerta economicamente e qualitativamente più vantaggiosa e le modalità di verifica degli adempimenti oggetto del contratto, contenuti nella direttiva di cui alla deliberazione del Consiglio regionale n. 199 del 2001, valorizzando altresì le realtà territoriali storicamente consolidate anche in virtù della continuità necessaria al miglioramento continuo dei servizi;
3. procedimenti di autorizzazione e accreditamento, per i quali occorre pervenire a specifiche normative che prevedano il concorso dei Comuni e delle aziende sanitarie alla costruzione del sistema qualità. Si tratta di definire un sistema di regole procedure, incentivi e controlli, orientato a conseguire l'adeguatezza ai bisogni, l'efficacia dei metodi, l'uso ottimale delle risorse, la valutazione dei risultati, l'apprendimento e il miglioramento continuo, sviluppando le sinergie con i servizi e le risorse del territorio. In questa prospettiva la Regione si muove sulla strada del sistema qualità valorizzando i procedimenti di sperimentazione in corso.

Il riferimento regolamentare che disciplina l'apporto del terzo settore a questo processo, risiede negli indirizzi del Piano integrato sociale regionale 2002-2004, da sottoporre al procedimento di concertazione sui principi generali ispiratori della qualità dei servizi.

Elemento di forte innovazione è l'istituzione di procedimenti di coprogettazione fra istituzioni nel territorio e terzo settore; al riguardo la Regione definisce indirizzi per l'indizione e il funzionamento dell'istruttoria pubblica e iniziative a supporto dell'azione del terzo settore, attraverso politiche formative, di agevolazione fiscale, di facilitazione dell'accesso al credito, di sostegno alla partecipazione a iniziative europee. I criteri per l'avvio dei procedimenti di coprogettazione, da adottare nel quadro delle disposizioni di cui alla deliberazione Consiglio regionale 31 ottobre 2001, n. 199 (Approvazione direttive transitorie per l'affidamento sei servizi alla persona), saranno inseriti nel Piano integrato sociale regionale 2002-2004.

