

REGIONE  
TOSCANA



## **Piano Sanitario Regionale**

**Aggiornamento ai sensi dell'art. 18, comma 3, e dell'art. 142,  
comma 3, della L.R. 40/2005**

**Documento di piano (proposta iniziale)**

DENOMINAZIONE PIANO/PROGRAMMA

**Aggiornamento Piano Sanitario Regionale 2005-2007**

DURATA

**2008 – 2010**

RIFERIMENTI NORMATIVI

**D.Lgs. 502/1992**

**D. Lgs. 229/1999**

**L.R. 49/1999**

**L. R. 40/2005**

ASSESSORE COMPETENTE

**Enrico Rossi**

DIREZIONE GENERALE

**Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà**

**Francesco Izzo**

## INDICE

<b>1. MOTIVAZIONI DELLA SCELTA .....</b>	<b>3</b>
1.0 Premessa .....	3
1.1 Riferimenti normativi .....	3
1.2 Le relazioni con altri atti di programmazione .....	3
<b>2. QUADRO ANALITICO .....</b>	<b>6</b>
2.1 Base di conoscenza disponibile.....	6
2.2 Scenari di riferimento: variabili esogene ed endogene.....	6
2.3 Risultati della programmazione precedente .....	7
2.4 Principi e finalità cui tendere attraverso le nuove politiche di Piano.....	10
<b>3. LE SCELTE STRATEGICHE DEL PIANO.....</b>	<b>13</b>
3.1 Gli obiettivi generali.....	14
3.2 Un nuovo approccio per la promozione e il mantenimento della salute.....	15
3.3 Le principali linee d'indirizzo.....	17
3.3.1 L'Assistenza territoriale.....	18
3.3.2 La rete ospedaliera.....	19
3.4 Orientamenti per lo sviluppo. Le nuove sfide.....	22
3.4.1 Area Vasta - ESTAV.....	22
3.4.2 Sistema Informativo.....	22
3.4.3 La Ricerca .....	23
3.4.4 La Formazione permanente e la didattica .....	24
3.4.5 Gli Investimenti.....	24
3.4.6 Il Sistema di Valutazione della performance.....	25
<b>4. QUADRO DELLE RISORSE FINANZIARIE PER L'ATTUAZIONE DEL PRESENTE PIANO.....</b>	<b>26</b>
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>26</b>

# 1. MOTIVAZIONI DELLA SCELTA

## 1.0 Premessa

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

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

## 1.1 Riferimenti normativi

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

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

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

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

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

## 1.2 Le relazioni con altri atti di programmazione

Il Piano Sanitario Regionale si collega in modo verticale con il Piano Sanitario Nazionale, con il Programma Regionale di Sviluppo e con il Piano d'indirizzo Territoriale (PIT), raccordandosi, inoltre, a livello orizzontale con il Piano Regionale di Azione Ambientale (PRAA), oltre che con il PIRS, condividendone comuni strategie di sviluppo ambientali, sociali ed economiche, che rappresentano come già detto l'intera gamma dei determinanti della salute.

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

Il Piano, focalizzando l'attenzione sulle scelte strategiche, afferma l'esigenza di strutturare in maniera considerevole le iniziative capaci di connotare in senso europeo la nostra organizzazione sanitaria: *"portare la sanità italiana in Europa e l'Europa nella sanità italiana"*. I punti focali dell'azione del SSN e le priorità a cui il PSN fa riferimento sono:

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

Sulla base delle priorità sopraindicate, il vigente PSN definisce **gli obiettivi di salute** da perseguire nel triennio 2006-2008:

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

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

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

La visione è resa più forte da una "filiera della salute e dei diritti sociali" che, facendo perno su un'ulteriore qualificazione del servizio sanitario regionale e sullo sviluppo di una rete articolata di politiche sociali, sia capace di realizzare un "nuovo welfare":

- integrato dai diversi soggetti ed istituzioni, pubblici e privati, chiamati a svolgere un ruolo per l'affermazione dei diritti di cittadinanza e di solidarietà e in grado di concretizzare e dare vita ad un modello di "welfare community";
- fattore di sviluppo di qualità, di attivazione economica, di pari opportunità ed occasioni di lavoro per dare risposte ai bisogni della famiglia, degli anziani, delle persone non autosufficienti e per contrastare povertà ed esclusione.

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

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

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

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

Il raccordo del PISR con il PSR, è assicurato attraverso la realizzazione di una programmazione regionale unitaria per le politiche relative all'alta integrazione che riunifica i contenuti dei 2 Piani, rendendo possibile il loro riallineamento anche rispetto alla validità temporale.

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

## 2. QUADRO ANALITICO

### 2.1 Base di conoscenza disponibile

La programmazione sanitaria della Regione assicura, in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale, lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari di zona e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.

Il sistema sanitario toscano dispone di una importante quantità di dati sui quali basa la propria programmazione.

Iniziando dai flussi informativi rilevati in modo sistematico in ambito dipartimentale che descrivono le attività svolte presso le Aziende sanitarie, il governo regionale si avvale di rilevazioni orientate a definire il profilo di salute della popolazione residente in Toscana (prodotte dall'Agenzia Regionale Sanità, le cui risultanze sono parte integrante della Relazione Sanitaria Regionale, di cui all'art. 20 della L.R. 40/2005), laddove è stato possibile integrate con i profili ambientali, anche a livello locale, nonché di analisi descrittive delle performance delle singole Aziende, sia sotto l'aspetto gestionale, sia in ordine ai risultati di salute raggiunti (realizzate dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola di Studi Superiori Sant'Anna di Pisa).

Le basi dati e le informazioni sono contenute negli allegati al presente documento di Piano:

1. "Il profilo di salute in Toscana 2003-2005" a cura di Agenzia Regionale Sanità, in collaborazione con Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana
2. "Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana" a cura del Laboratorio Management e Sanità.

### 2.2 Scenari di riferimento: variabili esogene ed endogene

Negli ultimi anni si sono affermati mutamenti e nuove dinamiche dello scenario epidemiologico e sociale che hanno contribuito alla creazione di aree socio-demografiche e socio-economiche, caratterizzate da una differenziazione della domanda di servizi e da disparità circa le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali. Le stesse relazioni tra individui, comunità e collettività hanno assunto caratteristiche di complessità, mentre la crescente multidimensionalità dei problemi legati all'individuo ed alla comunità hanno condizionato l'approccio ai problemi di salute.

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

L'innalzamento della vita media ha determinato un aumento delle patologie cronico degenerative collegate spesso alla disabilità, generando nelle famiglie, tra l'altro al centro di importanti trasformazioni nella loro struttura, un alto carico assistenziale non sempre adeguatamente sostenuto da politiche di protezione; inoltre, nel prossimo futuro, la diminuzione del rapporto tra giovani ed anziani rende più complessa la ricaduta dell'onere della cura degli anziani sull'assistenza informale.

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

Anche nel nostro Paese gli indicatori di salute confermano una significativa associazione tra peggiori condizioni di salute e situazioni di svantaggio sociale ed economico, rendendo l'equità una questione ancora attuale.

Rilevante appare, altresì, il problema della influenza delle condizioni ambientali e dei fattori di inquinamento sulle patologie croniche, tematica in merito alla quale si sta sviluppando, in collaborazione con l'OMS, un impegno comune a definire e sperimentare adeguati indicatori.

I recenti rapporti su salute e benessere sociale, occupazione ed immigrazione, così come su salute e qualità dell'ambiente, confermano la necessità di puntare ad una svolta delle politiche pubbliche basata sull'integrazione e sulla intersectorialità degli interventi, su forme di

“coordinamento aperto”, capaci di governare le grandi trasformazioni in atto con modelli di sviluppo sostenibili e qualificati.

Peraltro, l’analisi del profilo di salute della popolazione residente in Toscana, unitamente ai dati di letteratura disponibili, mettono in evidenza, soprattutto nei paesi occidentali, la crescente rilevanza epidemiologica della morbilità per patologie croniche nella popolazione adulta.

Anche i dati di mortalità evidenziano come queste malattie siano la principale causa di morte in Toscana, così come in Italia ed in Europa. Il dato, generalmente attribuito alla “transizione demografica”, cioè all’invecchiamento della popolazione, è il risultato anche di molti altri elementi, tra i quali la maggior capacità di cura (ad es. in campo oncologico, neurologico, cardiologico, infettivologico) e la tempestività con cui vengono portati i soccorsi sanitari, così da trasformare in croniche, patologie prima destinate a provocare la morte.

A fronte di queste osservazioni, gli attuali sistemi socio-sanitari trovano ancora difficoltà ad impostare la propria organizzazione per riuscire ad *intercettare* tali bisogni di assistenza, affrontandoli tempestivamente così da prevenire un loro aggravarsi, evitando, in ultima analisi, che di tali patologie il sistema si faccia carico solo quando sfociano in cause di ricovero che, nelle fasce sociali più deboli, si svolge soprattutto in emergenza.

Il ricorso all’ospedale – nonostante siano auspicabili ulteriori miglioramenti – si è ridotto sensibilmente. A ciò ha contribuito certamente, oltre che una saggia revisione degli assetti organizzativi, una più diffusa attenzione fra i professionisti ad un uso appropriato di questa risorsa costosa e quindi da riservare alla sola fase acuta della malattia.

Una analisi più approfondita dei dati sulla ospedalizzazione denota come vi siano ancora, però, difficoltà da superare sia in ambito ospedaliero, che nell’assistenza territoriale.

Il fenomeno dei ricoveri ripetuti e della ri-ospedalizzazione, l’osservazione di un’eccessiva variabilità in eccesso nella durata della degenza per le stesse linee assistenziali fra le varie Aziende Sanitarie e soprattutto la permanenza, in tutti gli ospedali per acuti, di una casistica caratterizzata da ricoveri di durata superiore a 30 giorni mostrano la necessità di un ulteriore impegno affinché si rafforzi la risposta assistenziale socio-sanitaria e la capacità del sistema di assicurare che l’assistenza ospedaliera e quella territoriale si interfaccino nell’interesse di ogni singolo malato, nell’ottica del corretto utilizzo dei servizi.

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

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

A ciò si aggiunge un’oggettiva difficoltà, nell’ambito dell’assistenza socio-sanitaria, a far fronte alle aumentate necessità che derivano da bisogni di salute sempre più complessi ed articolati e da un contesto sociale sempre meno coeso e solidale.

Rispetto al continuo modificarsi del quadro epidemiologico, e quindi dei bisogni assistenziali, non sempre si è tenuto conto dell’importanza che i necessari cambiamenti, soprattutto nel campo della organizzazione, fossero preceduti e poi accompagnati da adeguati processi formativi, tali da poter rispondere ai nuovi bisogni di conoscenze, di capacità operative, di padronanza nei comportamenti e nelle relazioni.

## **2.3 Risultati della programmazione precedente**

Lo scenario più ampio e complesso del “mantenimento/perseguimento della salute”, ruota attorno alle strategie d’integrazione, maturate nel PSR 2005 – 2007, che qui si confermano quali elementi di continuità e punti di forza del modello di sanità toscana; un modello originale che ha

saputo anticipare temi e assetti organizzativi al servizio degli obiettivi di tutela, di efficienza e sostenibilità, di governo clinico e di qualità diffusa.

Negli ultimi 10 anni, le scelte condivise del S.S.R. Toscano, parte in coerenza con il PSN, sono state orientate a *3 principali* indirizzi strategici.

1. Il primo di questi è stato di promuovere nel sistema l'uso appropriato degli ospedali. Questa scelta ha permesso di spostare in regime ambulatoriale una consistente quota di attività prima erogata in forma di ricovero, così raggiungendo, per la prima volta nel 2005 e nel 2006, un tasso di ospedalizzazione pari o migliore dello standard pre-fissato a livello nazionale, cui è conseguita la riduzione del numero dei posti letto ospedalieri. La complessità degli interventi effettuati, relativamente alla riorganizzazione e ristrutturazione della rete dei presidi ospedalieri, è rappresentata dal confronto tra la situazione iniziale (alla fine degli anni '80), e quella a regime:
  - Situazione iniziale: 93 ospedali pubblici, 75 dei quali collocati in edifici costruiti prima del 1920, alcuni addirittura al tempo dei Liberi Comuni, altri realizzati nel periodo delle Signorie e del Granducato, altri ancora costruiti dal giovane Stato unitario: disponibilità complessiva di 23.108 posti letto, pari a 6,4 posti letto ogni 1000 abitanti.
  - Situazione a regime: 40 ospedali, nuovi o in gran parte rinnovati, con un'offerta di 13.500 posti letto, pari a 3,8 posti letto ogni 1000 abitanti, riferito al fabbisogno espresso dai residenti in Toscana.
  - Soltanto lieve è stata, invece, la flessione negli ultimi 5 anni della degenza media.
2. Parallelamente al processo di "de-ospedalizzazione", è stato avviato un importante processo di rimodellamento organizzativo della offerta territoriale. Fra gli interventi più importanti in questo settore, ricordiamo:
  - l'unificazione della zona-distretto,
  - la sperimentazione delle Società della Salute,
  - la promozione dell'associazionismo dei MMG e dei PLS,
  - lo sviluppo della offerta di "cure intermedie", dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), dei centri residenziali per le cure palliative,
  - la promozione della continuità delle cure attraverso l'utilizzo integrato delle altre strutture residenziali a carattere socio sanitario e socio assistenziale, dei servizi ambulatoriali di diagnosi e cura e di quelli di riabilitazione.
3. La terza, non meno rilevante, scelta degli ultimi PSR è stata quella di creare le opportune condizioni strutturali finalizzate a favorire le "sinergie di rete", la *cooperazione* piuttosto che la *competizione* fra produttori interni, così come accade in altri sistemi sanitari.

In tale contesto, è stata cercata e promossa l'integrazione nel momento del passaggio fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale (e viceversa), così come particolare impegno è stato profuso per la realizzazione e per il continuo miglioramento della rete dell'emergenza.

La nascita e il progressivo consolidamento del *network* assistenziale nell'ambito delle tre Aree Vaste ha prodotto rilevanti processi di cooperazione fra i diversi livelli specialistici ed ha reso possibile la definizione e l'avvio di percorsi di cura integrati e multi-professionali. Sono stati, inoltre, costituiti vari Organismi di Governo Clinico cui si deve la nascita e la progressiva messa a punto di una rete regionale per il governo dell'assistenza e della ricerca nel campo oncologico, dei trapianti, nonché per l'uso sicuro e appropriato del sangue e dei suoi derivati.

I macro indicatori dello stato di salute della popolazione rappresentano indiscutibilmente i punti di forza, che collocano la Toscana a livelli d'eccellenza:

- In 10 anni abbiamo guadagnato 3 anni di vita media in più: la speranza di vita alla nascita è infatti cresciuta da 76 a 79 anni per i maschi, e da 82 a oltre 84 anni per le femmine, collocando la Toscana al di sopra del valore medio nazionale di 78 anni.
- La mortalità infantile, nell'ultimo decennio, si è notevolmente ridotta, passando dai valori intorno al 6 per 1000 del 1995, ai valori al di sotto della soglia del 3 per 1000 del 2005, con un valore medio nazionale di circa il 4 per 1000.
- L'analisi della mortalità evitabile in Italia, come emerge dallo studio "Era-Atlante 2007", pone la Toscana nella posizione più favorevole fra le regioni italiane, con il minore numero di giornate perse per cause evitabili in entrambi i generi.
- I dati di ospedalizzazione degli anziani risultano abbastanza buoni (200 per 1000 abitanti), con tassi di ospedalizzazione, per gli anziani oltre i 74 anni, inferiori del 10% rispetto alla media nazionale.
- Negli ultimi dieci anni siamo passati da 10 a 38.1 donatori per milione di abitanti ponendo il nostro "sistema trapianti" tra i primi posti in Europa (media europea 16.3) e nel Mondo ed, in assoluto, al primo posto in Italia anche per la completezza dell'offerta trapiantologica. Questo risultato ha permesso di ridurre sensibilmente l'attesa per il trapianto d'organo e di azzerare l'attesa per i tessuti.
- Le donne straniere utilizzano i servizi per la gravidanza ed il parto (solo il 4% dichiara di non rivolgersi a nessuna struttura durante la gravidanza) in adesione al protocollo previsto dalla Regione.
- La spesa farmaceutica in Toscana è relativamente contenuta (spesa pro-capite nell'anno 2006 pari a 181,9 rispetto al valore nazionale di 213,0), a fronte di un valore di consumo giornaliero che non si discosta significativamente dalla media rilevata a livello nazionale (882,2 in Toscana versus 851,0 in Italia), grazie anche ad un più esteso impiego di farmaci generici (incidenza percentuale del 7,3% in Toscana e del 5,8% in Italia).
- Il consumo terapeutico di farmaci oppioidi, farmaci indicati per il controllo e la cura del dolore, al contrario, mostra un incremento in coerenza con gli indirizzi programmatici regionali (valore di dose giornaliera media 2,72 rispetto a una media nazionale di 1,32).
- La Toscana è una delle poche regioni italiane che dispongono di un sistema di valutazione della performance sia sanitaria (qualità, appropriatezza, ecc.) sia economico-finanziaria, sistema che consente operazioni di benchmarking fra le Aziende.
- Registriamo una elevata attrazione, con trend in crescita, dalle altre regioni (proporzione del 12% di pazienti, residenti altrove, dimessi da strutture toscane), a fronte di una bassa propensione alle fughe dei nostri residenti presso strutture extra-regionali (proporzione del 6%, stabile negli ultimi anni).
- Abbiamo una buona tendenza all'impiego di tecniche innovative e avanzate.
- Vantiamo una bassa ospedalizzazione: la Toscana è la terza regione per tassi di ospedalizzazione più bassi ed è stato raggiunto e superato per la prima volta nel 2005 e nel 2006 l'obiettivo pre-fissato a livello nazionale.
- Parallelamente al processo di "de-ospedalizzazione", è stata avviato un riesame dei processi organizzativi dell'offerta territoriale.
- Il sistema di valutazione evidenzia una sostanziale capacità di cambiamento: gli indicatori che registrano un miglioramento di performance per le Aziende sono in quantità e di entità maggiore rispetto a quelli che registrano peggioramenti.
- Dal punto di vista dell'offerta il sistema sanitario toscano è in grado di assicurare servizi ambulatoriali e diagnostici adeguati, in termini di volume e assai migliorati riguardo ai tempi di attesa.
- Nettamente elevata risulta la qualità percepita dall'utente che rappresenta l'area di migliore performance per la Regione.

- In base alla valutazione comparativa dei sistemi sanitari delle regioni italiane condotta dalla Presidenza del Consiglio (Studio Formez – anno 2007), la Regione Toscana offre ai propri cittadini il miglior risultato complessivo di “governance” e “performance”.

## 2.4 Principi e finalità cui tendere attraverso le nuove politiche di Piano

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il presente P.S.R. intende integrare i valori e i principi "storici" del sistema toscano con ulteriori elementi in grado di connotare con coerenza ed efficacia i nuovi bisogni, ma anche di assumere valore di riferimento e di valutazione delle iniziative e dei programmi futuri.

***In questo senso si assumono i principi dell'appropriatezza e della qualità, della produttività e dell'iniziativa.***

L'appropriatezza è la condizione per coniugare in maniera etica la programmazione dell'offerta sanitaria, svincolandola dal mercato e dalle pressioni di lobby.

Occorre allargare il valore operativo di questo principio dall'atto clinico all'organizzazione dei servizi, sapendo che questi ultimi sono una delle componenti attraverso le quali si possono dare risposte oltre che giuste, anche tempestive e sincrone all'evolvere delle esigenze e della tecnologia. Sono, inoltre, necessarie azioni per rafforzare il valore etico per la comunità dell'appropriatezza come strumento di bene collettivo, anche in termini di utilizzo delle risorse che si possono generare.

Del principio della qualità, nel presente Piano, si vuole sottolineare la stretta relazione che questa ha con il governo clinico e con l'innovazione; in particolare, il binomio qualità e innovazione viene inteso come la scelta di recepire tempestivamente, nel solco della appropriatezza, le nuove acquisizioni, quale indice di effettiva capacità di perseguire e diffondere la qualità.

Questa scelta trova sostegno nella valorizzazione del *governo clinico* nella sua accezione più vasta e nella sua capacità di permeare tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria, ivi compresi i meccanismi di valutazione e finanziamento. Questa azione si affianca e si completa con il ruolo del management e del *governo dell'efficacia* intesi come elementi proattivi e non conflittuali nella dinamica dei percorsi di programmazione.

*Si sottolinea qui lo stretto rapporto tra appropriatezza e qualità, entrambi elementi intrinseci di un Sistema che si propone "di dare a tutti ciò che è loro necessario", senza sprechi e senza carenze, senza inutili eccessi e senza penuria di mezzi, secondo il livello di conoscenze professionali più avanzate ed impiegando le tecnologie e i processi di cura più evoluti ed innovativi.*

*In questa cornice il principio della produttività assume un significato decisivo per assicurare la crescita e liberare risorse, intellettuali ed economiche, altrimenti intrappolate in settori organizzativi disallineati alle nuove sfide per la salute. Tale principio si traduce essenzialmente nella capacità di utilizzare in modo ottimale le risorse secondo priorità definite da bisogni collettivi che devono avere la possibilità di esplicitarsi, consentendo al sistema di avvalersi di strumenti in grado d'intervenire in un'ottica di anticipazione degli eventi, quale approccio insieme efficace ed economico.*

L'utilizzo ottimale delle risorse richiede, però, la condivisione partecipata alle scelte, la trasparenza nelle motivazioni, la valorizzazione dei contributi individuali e di squadra, il ricorso a strumenti di valutazione e di confronto con gli altri sistemi, superando l'autoreferenzialità.

Appare rilevante sottolineare, a tale proposito, il valore aggiunto per il sistema di un rapporto eticamente corretto fra l'autonomia professionale e la responsabilità delle scelte e degli esiti.

*Appare, altresì, importante sviluppare una sanità d'iniziativa che consenta d'intercettare le fasce più deboli della popolazione, "chi meno sa e chi meno ha", nei processi di cura, facilitandone l'accesso ai servizi ed accrescendo la loro consapevolezza e capacità di miglioramento delle proprie condizioni di salute.*

Infatti, l'evoluzione del contesto epidemiologico in cui operiamo pone la necessità di predisporre modelli di intervento pensati in un'ottica di anticipazione degli eventi che possono generare il bisogno di ospedalizzazione, non solo per assicurare la qualità e l'efficacia delle cure, ma anche come presupposto di economicità ed efficienza: un sistema che *intercetti il bisogno* al suo nascere e che operi sul rischio prima che diventi malattia.

### 3. LE SCELTE STRATEGICHE DEL PIANO

Chi andasse a rileggere i Piani Sanitari Regionali (PSR) della Toscana, non potrebbe non cogliere come questi prefigurino, in virtù del loro contenuto originale, un grande disegno di una costante e continua evoluzione del sistema sanitario regionale che ha anticipato ed accompagnato le tendenze e gli obiettivi della nuova sanità garantendo, nello stesso tempo, la massima copertura assistenziale, al più alto livello, a tutti i cittadini. Gli esiti del modello regionale di risposta ai bisogni sanitari della popolazione sono stati rilevanti e descritti in dettaglio, come detto, nelle due relazioni allegate (Il profilo di salute in Toscana 2003-2005; Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana 2006).

Ogni PSR costituiva l'evoluzione armonica e consequenziale di quello precedente, di cui si assumeva criticamente i risultati ottenuti al pari delle nuove sfide, in una continua dialettica del conoscere e del fare. Pur inserendosi con forza in questa tradizione, il PSR che ci accingiamo a predisporre, per una serie di motivi e di valutazioni ampiamente esposti in questo documento, introduce anche elementi di discontinuità e segnali di cambiamento che, nella indispensabile revisione di metodologie e modelli, mira ad assicurare coerenza tra gli obiettivi strategici del prossimo triennio e l'organizzazione delle risorse e degli strumenti più idonei a conseguirli. L'organizzazione è infatti uno strumento che deve essere trasformato e adattato al mutare dello scenario e delle finalità che si intendono perseguire nel tempo.

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

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

Nessuna innovazione sarebbe però concepibile senza il coinvolgimento di chi opera quotidianamente in Sanità; senza non si studia, non si fa ricerca, sperimentazione, non si organizzano servizi che anticipano nuovi modelli e praticano le scelte più avanzate.

La Visione, sottesa al PSR, individua perciò la chiave di successo nella partecipazione convinta di ogni operatore sanitario al processo di cambiamento, nell'accrescimento del senso di appartenenza all'azienda sanitaria vista come l'unità elementare ove si realizza la missione di salute in ciascuna Area Vasta, promuovendo nuove modalità di lavoro integrato e di squadra che vedano la leadership dei dirigenti ispirare, motivare e formare i collaboratori a conseguire prestazioni di eccellenza, connotando la risorsa umana come patrimonio strategico e la cultura dell'outcome e della valutazione come condizione indispensabile a garantire il miglioramento continuo.

A questa consapevolezza, il PSR ne associa una seconda di non minor rilievo. Il Sistema Sanitario Regionale contribuisce in modo cospicuo alla generazione della ricchezza nell'economia toscana: se non esistessero i servizi sanitari il PIL regionale risulterebbe inferiore del 7.5% e gli occupati sarebbero l'8% in meno (IRPET, 2007). La Sanità toscana possiede dunque i titoli per essere non solo una delle componenti del "vivere bene in Toscana", ma anche per affermarsi a tutto tondo come volano di iniziativa, in sinergia con le politiche degli altri settori regionali (ambiente e agricoltura, istruzione, turismo, sviluppo economico), con i centri di eccellenza della ricerca (atenei e imprese), con le punte avanzate dell'innovazione imprenditoriale nel territorio (imprese farmaceutiche, biotecnologiche, etc), con soggetti ed istituzioni tra le più dinamiche in ambito internazionale. Grazie all'insieme coerente di interventi dell'amministrazione, di buon governo delle risorse ed di interdipendenza di questi con la responsabilità collettiva espressa dalla popolazione, il

diritto alla salute trascende l'espressione di un settore pur importante del governo regionale, per assumere piuttosto l'identità di motore di crescita e strumento di unificazione di azioni strategiche diverse con lo scopo dichiarato di posizionare, in Italia, la Regione Toscana come leader in appropriatezza e qualità, produttività ed iniziativa.

### 3.1 Gli obiettivi generali

L'ultimo documento sulla *Strategia della salute per tutti* ("Health21: La salute per tutti nel 21° secolo"), adottato dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 1998, individua 21 obiettivi strategici che dovrebbero essere perseguiti a livello internazionale, nazionale e locale nei Paesi della Regione Europea e si basa su una serie di analisi e di valutazioni secondo le quali, in particolare:

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

La sanità non è un mondo a sé e non opera in un sistema immobile: i comportamenti sociali, gli scenari demografici, ambientali, i nuovi bisogni, le modalità d'uso dei servizi, mettono in evidenza la loro interazione, la loro continua evoluzione con i necessari interventi di adattamento e di innovazione, tali da garantire la sostenibilità anche finanziaria del sistema.

Oggi, la domanda di assistenza sanitaria è sempre più alta, sia a seguito della rapida evoluzione qualitativa e quantitativa dei bisogni, sia in conseguenza del cambiamento delle attese di salute della popolazione. Ne deriva la necessità di accelerare il percorso d'innovazione della sanità toscana, che pone al centro della propria strategia le seguenti indicazioni:

1. *superare le visioni settoriali*, sia in campo sociale sia in campo sanitario, con un insieme di sistemi condivisi e sostenibili nell'organizzazione pubblica della sanità, in grado di dare risposte ai bisogni complessi, con azioni "sincrone". L'intersettorialità delle politiche e degli interventi sociali con quelli sanitari e socio sanitari si realizza, nell'ambito di questo stesso Piano, con l'introduzione di un unico documento di programmazione per le attività ad integrazione socio sanitaria, nonché per le forme innovative di gestione unitaria ed integrata dei servizi tra Comuni e Aziende Sanitarie locali tramite la Società della Salute. Questa novità è il risultato di un complesso percorso normativo che si è basato sulla sperimentazione operativa del modello e che ha reso necessario un nuovo strumento di programmazione integrata;
2. *rispondere*, attraverso una collaborazione sistematica e più efficace tra i settori sanitario, ambientale e della ricerca, *alle nuove sfide* mediante azioni *tese a ridurre i rischi* nell'ambiente di vita e di lavoro, prevenendo altresì le malattie connesse *al clima ed all'inquinamento ambientale*;
3. *migliorare la sostenibilità e la qualità del sistema sanitario* pubblico con politiche che rispondano più da vicino ai bisogni del territorio e dei suoi abitanti, agendo in una logica diametralmente opposta a quella del consumismo sanitario, per ottenere ulteriori guadagni di salute incentrati nella promozione degli stili di vita, nella prevenzione della disabilità e della non autosufficienza, nell'attenzione alle fasce svantaggiate di popolazione. La sostenibilità del sistema non è mai disgiunta dalla promozione continua della qualità dei percorsi assistenziali anche attraverso un assetto organizzativo che favorisca l'uso integrato ed appropriato dei servizi ospedalieri e territoriali nonché la sicurezza delle cure;

4. *favorire la partecipazione dei cittadini e dei professionisti* con un PSR rivolto a loro: il presente Piano sanitario ha forma e contenuti pensati perché sia letto e valutato da cittadini e professionisti tutti. L'innovazione è un processo difficile se non è accompagnato da una migliore circolarità dell'informazione e della comunicazione dei principi e delle motivazioni che sostengono le scelte tra i diversi attori coinvolti nel binomio salute – società. Tuttavia, informare non basta, occorre assicurare momenti e strumenti attraverso i quali il "modello toscano" di sanità si confronta con professionisti e con i cittadini che, in forma singola o associata, concorrono alla realizzazione del diritto alla salute: dare voce agli utenti ed agli operatori accresce la fiducia nel sistema;
5. *recepire il contributo del volontariato e del terzo settore* per la promozione di politiche di salute sempre più efficaci e diffuse nella comunità: il terzo settore è una risorsa della comunità toscana ed è una realtà radicata ed organizzata, capace di costruire, in rapporto con i servizi pubblici, una formidabile rete di protezione sociale e di collaborazioni nel settore sanitario e socio sanitario. L'associazionismo, il volontariato, le cooperative sociali, ecc. giocano un ruolo strategico nella sinergia dei progetti per la promozione e protezione della salute come bene da difendere, passando *dall'idea di servizio pubblico a quella di sistema pubblico dei servizi*;
6. *integrarsi con il contributo e l'esperienza del mondo scientifico*: si colloca in questo contesto l'apporto, assai rilevante, del sapere espresso globalmente dal nostro sistema, dal mondo Universitario, dagli Istituti Scientifici e gli Enti di ricerca. Occorre aumentare il peso del Sistema Sanitario Regionale nel "mercato mondiale dei saperi", ridisegnare le strategie nella Regione Toscana, sia interne sia esterne, nel fecondo contesto inter-regionale europeo (anche attraverso la rete ENRICH, ad esempio), per accrescere la quota di risorse destinate al settore Ricerca e Sviluppo, e quindi al "futuro", capitalizzando il rapporto che vi è tra la ricerca scientifica e le sue ricadute applicative per l'attrazione di investimenti e per il più generale sviluppo del sistema.
7. *rinnovare e qualificare le strutture e le tecnologie per la salute*: così come previsto dal PRS, assicurare ad un sistema in continua evoluzione come quello per la salute, una "forte iniezione" di investimenti significa cogliere, pur in un contesto economico di stazionarietà delle risorse correnti, il bisogno di qualificazione che è presente sia in ambito territoriale che ospedaliero.

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

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

### **3.2 Un nuovo approccio per la promozione e il mantenimento della salute**

Puntare all'equità nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi significa assumere questo principio guida nella programmazione, aggiungendo valore al concetto di uguaglianza, che da solo non è in grado di garantire, specie nelle situazioni a maggior rischio, la fruibilità dell'alta specializzazione, dell'innovazione tecnologica, degli approcci orientati a promuovere la salute, contrastando le cause di rischio e intercettando i principali fattori patologici connessi all'ospedalizzazione d'urgenza.

Due nuovi approcci, a nostro avviso, dovranno guidare in modo trasversale la programmazione, interessando in varia misura i livelli di assistenza.

**La prevenzione** si conferma la più importante delle sfide del presente piano sanitario regionale. In essa convergono tutti gli interventi organizzati tesi a sviluppare politiche di promozione della salute e di anticipazione della diagnosi e di tutela ambientale.

Così definita la prevenzione estende il suo campo di azione ben aldilà del tradizionale settore di competenza sanitaria, coinvolgendo tutti i settori della società siano essi pubblici che privati.

Intendiamo qui sottolineare, da subito, il contributo innovativo *delle Società della Salute*, così come delle possibili, anzi necessarie, alleanze con la scuola, i mass media, il mondo dello sport, della produzione e della distribuzione.

La prevenzione si avvale, a tal fine, di una pluralità di strumenti, conoscenze, progetti integrati e metodi tesi ad assicurare lo sviluppo condiviso ed appropriato di percorsi per la tutela dell'ambiente di vita e di lavoro, per la promozione dei corretti stili di vita e di progetti finalizzati a favorire l'equità nell'accesso alla diagnostica precoce.

*In questo ambito anche piccoli cambiamenti, nella giusta direzione, possono produrre importanti miglioramenti della salute nella popolazione.*

Ciò è tanto più vero laddove gli sforzi siano orientati a superare quelle barriere socio-economiche che ostacolano sia l'accesso a servizi innovativi, sia la scelta di sani stili di vita.

Fermo restando l'impegno prioritario per ogni Istituzione ad apportare il massimo contributo possibile agli interventi di riduzione dei rischi connessi all'inquinamento dell'ambiente ed ai cambiamenti climatici, in particolare le cause antropiche, occorre rafforzare la strategia regionale di adattamento volta a ridurre la vulnerabilità del tessuto sociale con azioni di contenimento degli impatti potenziali per la popolazione degli effetti connessi all'innalzamento delle temperature medie, all'incremento delle variazioni climatiche e legati alla qualità dell'acqua, dell'aria e del suolo. A tale proposito, il sistema sanitario, in collaborazione con l'ARPAT e con l'ARS, si dispone a definire azioni conoscitive, formative (anche in relazione alla necessità di meglio integrarsi con altri strumenti e professionalità per la valutazione dell'impatto ambientale) e di supporto informativo, finalizzate ad individuare assetti ed idonee pratiche operative.

Lanciare una strategia regionale di prevenzione, che ha come obiettivo l'adattamento ai cambiamenti climatici, è possibile; essa si pone non certo in alternativa, ma a completamento rispetto alla strategia di mitigazione dei rischi.

*"Lavorare sulla coda"* (la coda della curva gaussiana) significa, quindi, concentrare il nostro impegno, anche economico, sui sottogruppi di popolazione, che lo studio epidemiologico ed ambientale ci indicano a maggior rischio.

*Produrre salute piuttosto che consumare assistenza* è un target di assoluta priorità, che intendiamo raggiungere anche attraverso azioni innovative adottate tenendo conto di quanto sopra detto.

Su tale base, lo sviluppo di progetti tesi a contrastare il fumo di sigaretta o l'abuso di bevande alcoliche dovrà essere pensato tenendo conto che una parte dei destinatari sono a maggior rischio (le donne e coloro che si trovano nelle prime decadi della vita) e sapendo che nei giovani, insieme all'alto rischio, vi è contemporaneamente una bassa propensione ad accogliere interventi di educazione alla salute, interventi che, quindi, dovranno essere coniugati ad azioni più strutturali (quali il c.d. *marketing* sociale).

La programmazione degli screening oncologici, per i quali si registra già una adesione statisticamente soddisfacente, affinché produca un'ulteriore riduzione della mortalità, occorre che venga ridisegnata puntando alle categorie a rischio e con ridotta propensione all'accesso.

Esempi analoghi sono possibili anche nel vasto campo delle patologie croniche (vi torneremo più diffusamente), per le quali è importante che si adottino programmi di prevenzione delle loro complicanze cercando di superare gli ostacoli ambientali, personali, socioeconomici che si possono frapporre.

A tale proposito, va sottolineato il contributo assai rilevante che viene, e potrebbe essere maggiormente valorizzato, dalla attività di sorveglianza sanitaria rivolta ai lavoratori a rischio professionale (accertamenti preventivi e periodici).

**La medicina d'iniziativa**, intesa come il modello assistenziale per la presa in carico "proattiva" dei pazienti, costituisce, nell'ambito delle malattie croniche, un nuovo approccio organizzativo che affida alla assistenza primaria l'ambizioso compito di coordinare gli interventi a favore di quei malati i quali, se non vengono attivamente presi in carico, finiscono per accedere Parte significativa inserita nel testo (V. Scheda sinottica – Elementi di novità incorporati, art. 11)al Sistema sanitario prevalentemente attraverso la rete dell'emergenza urgenza, con minori possibilità di recupero e, certamente, con maggiori costi per il sistema sanitario e per la società. Come è noto, gran parte dei modelli di assistenza sanitaria occidentali sono stati pensati per assicurare gli interventi sugli acuti ovvero il trattamento della patologia chirurgica a carattere elettivo.

La prevalenza, straordinariamente elevata, di malati cronici (quali ad esempio: diabetici, persone affette da ipertensione medio-grave, con pregressi episodi di scompenso cardiaco, angina instabile, insufficienza respiratoria cronica, malattie osteo-articolari, obesità) impone, invece, di riconfigurare il sistema delle cure primarie attraverso una nuova strategia finalizzata ad impedire o ritardare l'aggravarsi delle malattie croniche, evitando in particolare che l'intervento tardivo si concentri su chi, soprattutto per ragioni socio-economiche, è a maggior rischio e con minore propensione all'accesso ai servizi (*fenomeno della selezione avversa*).

Il modello operativo è basato sulla interazione "produttiva" tra il paziente, reso esperto da opportuni interventi di informazione o addestramento, e il team multiprofessionale (infermieri e MMG) "competente" e a tal fine adeguatamente formato. Il modello si avvale di un sistema informativo centrato sul paziente che permetta fra l'altro la gestione condivisa - e disponibile a tutti i *care giver* - di un registro (*data base*) dei casi, stratificato per rischio/patologia, e la ricerca attiva dei pazienti.

Il controllo delle malattie croniche, e la prevenzione del loro aggravamento, è una pratica assistenziale che deve costantemente confrontarsi da un lato con le migliori evidenze scientifiche, dall'altro con le diverse competenze che ha ogni assistito, competenze che il modello punta a sostenere e promuovere, anche attraverso il contributo di idee e le risorse della comunità ed in particolare del volontariato.

### **3.3 Le principali linee d'indirizzo**

L'analisi fin qui condotta è il frutto di un pensiero unitario, orientato con forza a rispondere ai bisogni di salute della popolazione attraverso il continuo e progressivo rimodellamento dell'offerta, e delle relative risorse necessarie per fronteggiarla, affinché essa sia, per quanto possibile, allocata con coerenza e proporzionalità rispetto all'intensità dei bisogni stessi.

Infatti, il Piano intende assicurare una qualità uniforme indirizzando le Aziende Sanitarie non verso modelli di risposta "standardizzati", ma verso assetti organizzativi in grado di commisurare l'offerta di servizi di buona qualità in modo appropriato e funzionale al livello di intensità del bisogno e della domanda.

In coerenza con quanto detto, occorrerà sempre più legare il sistema di spesa, nella sua composizione articolata per livelli di assistenza, ai risultati attesi in termini di miglioramento della salute e della qualità della vita, regolando e promuovendo, contemporaneamente, servizi che privilegino i principi della qualità ed innovazione, della produttività, dell'iniziativa. Tali principi - prima trattati contenutisticamente - rappresentano per il S.S.R. Toscana la scelta e lo strumento ottimale per operare nel duplice intento di aumentare l'efficacia di tutto il sistema e di privilegiare le azioni il cui buon funzionamento può ridurre l'ammontare dei bisogni e, quindi, dei costi complessivi per soddisfarli.

Vengono qui indicate le principali direttrici che, con questo aggiornamento del Piano, si intendono perseguire sia per lo sviluppo dell'assistenza nel territorio, sia per il miglioramento in qualità e sicurezza della rete ospedaliera.

### 3.3.1 L'Assistenza territoriale

**L'offerta integrata** dei servizi sul territorio, superando visioni parziali, rappresenta un obiettivo non banale del Piano che completa un complesso normativo toscano che, già in passato, ha dedicato un'attenzione particolare al tema della intersectorialità degli interventi.

Occorre, peraltro, ricordare come a questo tema faccia costante riferimento il documento "unico" di programmazione per le attività ad integrazione socio-sanitaria, richiamando le forme innovative di gestione unitaria dei servizi tra comuni e ASL, attraverso le SdS, e la programmazione integrata (PIS).

Così come per l'assistenza ospedaliera, è necessario che anche sul territorio venga meglio programmata e rimodellata *l'offerta assistenziale per intensità di cure*, e ciò in base ai livelli di complessità e dipendenza rilevati nell'analisi dei bisogni o alle diverse fasi del percorso assistenziale.

Il criterio ispiratore nasce dalla esigenza anche concreta, oltre che valoriale, di porre il cittadino-paziente al centro del sistema e di prevedere percorsi assistenziali *in funzione della specificità del bisogno*, finalizzati alla ottimizzazione della risposta.

Noi sappiamo che l'assistenza al domicilio del paziente, quando possibile, costituisce il perno centrale (*hub*) fra i diversi modelli, potendo offrire il meglio delle cure, nel modo più vicino all'utente. Essa però non può rappresentare certo l'unica risposta.

Occorre che, partendo dai dati che la epidemiologia e le competenze ormai consolidate in questo campo ci forniscono, per ogni zona/distretto si valuti "il fabbisogno prevedibile" di assistenza, garantendo standard assistenziali in relazione agli effettivi bisogni dei pazienti ed *attrezzando il territorio conseguentemente per livelli di intensità assistenziale*: dall'assistenza integrativa, alla assistenza domiciliare programmata, dai Centri diurni alle Cure intermedie, che per intensità di cura sono pari ad una efficace assistenza domiciliare integrata (ADI), alla residenzialità.

Affinché l'assistenza territoriale superi, pur con la necessaria gradualità, le sue criticità, occorre che al più presto vengano adottati alcuni strumenti, peraltro in parte già validati dalle ASL:

1. Il ***punto unico per l'accesso*** degli utenti ai servizi sanitari e socio – sanitari come mezzo per assicurare una risposta sicura e ampia e per raccordare fra loro i professionisti dell'ospedale con quelli del territorio.
2. La ***cabina unica di regia*** pensata per assicurare il governo della continuità assistenziale, dei servizi e delle risorse, in funzione dei bisogni integrati fra ospedale e territorio e fra assetti assistenziali del sociale e quelli sanitari.
3. L'***accreditamento*** delle sedi di erogazione delle prestazioni, basato sulla sussistenza dei requisiti organizzativi e strutturali, nonché sul rispetto dei doverosi parametri costi-efficacia.
4. L'***adozione di flussi informativi*** e di un set minimo di indicatori che permettano, sia a livello locale che regionale, di rilevare gli attesi miglioramenti della salute e il corretto uso delle risorse.
5. La realizzazione ***di Percorsi Integrati Ospedale Territorio (PIOT)*** da prevedere per la casistica più complessa ove rimangano, dopo la dimissione, bisogni assistenziali da assolvere in ambito territoriale.

6. Definitiva strutturazione delle **Unità di Cure Primarie (UCP)**. Strutture organizzative di base, integrate all'interno del sistema delle cure primarie, cui afferiscono i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici della continuità assistenziale.
7. **MPI (Master Patient Index)**: è un codice standard identificativo di ciascun utente del sistema sanitario regionale. Questo codice verrà utilizzato uniformemente, nel corso del PSR 2008 – 2010, da tutti i sistemi informativi ed informatici che sono già in funzione all'interno del sistema sanitario regionale e che costituiscono ormai un patrimonio di dati ineliminabile e di grande valore. L'adozione di questo codice unifica e rende fruibile da parte di tutti i soggetti autorizzati l'insieme delle informazioni sanitarie di ciascun cittadino, indipendentemente dal luogo e dal servizio ove queste vengano prodotte o richieste. Il progetto regionale RIS-PACS, al di là delle sue specifiche tecniche, si basa sull'adozione di un unico MPI che consentirà di creare la cartella radiologica individuale regionale. A questo progetto si affianca quello sui Laboratori di analisi, che seppure con ovvie differenti specificità, si avvarrà degli stessi standard identificativi. L'MPI costituisce la spina dorsale della cartella sanitaria informatica del cittadino che coinvolge nel suo sviluppo progettuale la Medicina Generale, i servizi distrettuali e la rete ospedaliera.
8. **CUP (Centro Unico di prenotazione)**: strumento tecnico principale dell'accesso ai servizi ambulatoriali, patrimonio storico del sistema sanitario toscano, dovrà crescere ancora nel presente PSR verso due obiettivi di pari importanza:
  - passare dalla gestione dell'offerta della singola prestazione, o di insiemi di prestazioni, alla più complessa gestione dei percorsi assistenziali, offrendo al cittadino un utile supporto, adeguato ad una risposta sanitaria sempre più articolata;
  - sviluppare un'ulteriore integrazione tra il territorio e le dimensioni di Area Vasta e regionale, in modo da garantire contemporaneamente l'accesso ai servizi forniti localmente e la risposta al bisogno, in particolare quello urgente non differibile, nell'ambito di tutti i servizi di Area vasta e regionali.

### 3.3.2 La rete ospedaliera

In un contesto sociale, demografico ed epidemiologico in evoluzione, l'ospedale deve "riconfigurarsi", dando risposte adeguate ai nuovi assetti, in un processo di cambiamento reale che, laddove non perseguito, potrebbe comportare un peggioramento dei risultati in termini di efficacia, sicurezza, sostenibilità e soprattutto fiducia da parte dell'opinione pubblica.

Da sempre, infatti, l'Ospedale non rappresenta, per la collettività che vi si riferisce, semplicemente uno strumento di erogazione di funzioni ad alto livello professionale e tecnologico, ma viene vissuto come "autorevole baluardo solidaristico" che, andando oltre gli obiettivi utilitaristici di efficienza, riesce a esprimere un proprio valore etico, in termini di equità, diritti, appropriatezza, responsabilità verso le future generazioni.

L'Ospedale, pertanto, deve soddisfare alcune *fondamentali missioni*:

- La continua revisione delle procedure e dei processi organizzativi, finalizzata alla gestione del rischio clinico per il miglioramento dell'assistenza;
- Il progressivo miglioramento della salute e della sicurezza della comunità di riferimento, dovuto alla concentrazione al suo interno di risorse specialistiche e tecnologiche;
- Il progressivo miglioramento della qualità dei servizi e della percezione che i cittadini hanno degli stessi e la garanzia di una equità nell'accesso, che, tenendo conto delle preferenze dei cittadini, sia in grado di dare una risposta flessibile.

Per non disperdere questo "capitale" di fiducia e permettere all'Ospedale di sostenere il suo importante ruolo, con questo PSR si ritiene necessario affrontare il cambiamento, utilizzando come strumenti alcuni nuovi modelli e/o percorsi di cura.

### ***L'Ospedale per intensità di cure***

È un modello organizzativo che si colloca in continuità con il processo di cambiamento dell'ospedale, già anticipato dal vigente PSR, volto a caratterizzare lo stesso sempre più come un luogo di cura delle acuzie e pensato per disegnare i processi di cura in funzione della specificità dei bisogni assistenziali.

Nel passaggio dall'attuale modello organizzativo dell'ospedale per reparti specialistici al riassetto per Intensità di Cure è necessario soprattutto un *cambiamento culturale*, trovando forme di coinvolgimento, in fase di progettazione, dell'utenza e del personale che vi opera, che vadano nel duplice senso della partecipazione attiva e della comunicazione. Se adeguatamente informato e coinvolto, infatti, il personale può più facilmente superare le resistenze interne ("nelle vecchie strutture non è realizzabile...", "mortifica le specializzazioni..."), così come una visione tradizionale del rapporto *Primario↔Reparto/P.L.*

La nuova organizzazione dell'ospedale per intensità di cura richiede un ripensamento della presa in carico del paziente perché sia il più possibile personalizzata, univoca ed assicurata da adeguate competenze professionali specifiche. La sua attuazione, pertanto, richiede l'introduzione di modelli di lavoro multidisciplinari e presuppone la creazione e lo sviluppo, con *adeguati percorsi di formazione*, di ruoli professionali coerenti con questo nuovo approccio.

### ***L'Ospedale quando serve, quanto serve***

In alcuni Paesi Occidentali le giornate di degenza nei grandi ospedali non superano le 4,5 – 5 gg. Comparando l'andamento della degenza media negli ospedali per acuti, dal 1990 al 2005, in alcuni Paesi europei, si osserva che il valore italiano, simile a quello spagnolo, viene superato solo dalla Germania e dall'Olanda, mentre Danimarca, Regno Unito, Francia e Austria si collocano a livelli inferiori.

Nonostante vi siano validi motivi - di carattere assistenziale (ad es. rischio infezioni), preventivo ed economico - per **ridurre** a quanto necessario **la durata di degenza**, molti nostri ospedali registrano ancora valori notevolmente superiori agli standard internazionali. Ma un *grosso ospedale non è necessariamente un grande ospedale* e se i posti letto fossero utilizzati con maggiore efficienza e appropriatezza si potrebbero risparmiare molte risorse da destinare dove maggiore è il bisogno, ad esempio per:

- facilitare l'adeguamento delle risorse migliorando così le attività assistenziali e, dove possibile, l'accessibilità alle stesse
- favorire il riassetto degli spazi ed il loro decongestionamento
- avere una migliore disponibilità di posti letto in urgenza dal Pronto Soccorso.

### ***I Piccoli Ospedali***

Di fronte ai cambiamenti nei bisogni sanitari, il sistema sanitario deve saper adeguare le sue strutture e i suoi servizi alle nuove esigenze, sia migliorando i servizi territoriali, avvicinandoli ai cittadini, sia individuando una serie di criteri per la riqualificazione dei piccoli ospedali che possono, così, tornare a svolgere un ruolo rilevante nella rete assistenziale.

Infatti, *piccolo non significa meno importante*, tuttavia gli ospedali, ai quali è richiesto un elevato livello di qualità clinica e sicurezza, hanno tassi di successo nelle attività chirurgiche molto variabili, in parte spiegati dai differenti livelli di esperienza dei team nelle varie specialità. L'incremento della specializzazione e della complessità tecnica pone importanti esigenze di perizia ai singoli professionisti e alle equipe, ma l'erogazione di servizi per un bacino di popolazione ristretto non

consente lo sviluppo di capacità professionali, in quanto ai clinici non viene assicurato un flusso di pazienti adeguato.

La *mission* dei piccoli ospedali sarà:

- a) il coordinamento e lo sviluppo della medicina nella rete di Area Vasta e in continuità con la medicina generale nel territorio e lo sviluppo delle specialistiche mediche di ampio impatto, quali le cure oncologiche;
- b) lo sviluppo di centri diagnostici (*Day Service*) per buona parte delle attività specialistiche/diagnostiche ambulatoriali;
- c) la realizzazione di percorsi didattici per medici in formazione;
- d) le procedure di chirurgia elettiva;
- e) la stabilizzazione dei pazienti in urgenza.

### ***Il Pronto Soccorso***

L'Ospedale assicura una funzione di soccorso di primaria importanza, giocando un ruolo determinante nella riduzione della mortalità e nel miglioramento dell'autonomia e qualità della vita. Grazie al suo potenziale diagnostico, dovuto alla contemporanea presenza di elevate professionalità e di moderne tecnologie, assume un ruolo centrale, difficilmente sostituibile, in risposta ad un bisogno soggettivamente percepito come urgente.

Costituisce una *priorità per i cittadini* poter disporre di servizi di soccorso: la disponibilità degli stessi produce una indubbia funzione di rassicurazione e aumenta la fiducia nei confronti dell'intero servizio sanitario.

Il Pronto Soccorso si colloca "*a ponte*" fra medicina del territorio e servizi ospedalieri; è un luogo di transizione dove viene definita la presa in carico e la cura dei pazienti, dove si incrociano i bisogni e le risposte, in un equilibrio difficile tra esterno e interno. Appare, quindi, evidente come questa collocazione lo renda suscettibile a situazioni di sovraffollamento qualora siano presenti criticità nella capacità di risposta del sistema sia territoriale che ospedaliero.

Di seguito alcuni spunti innovativi:

- **Accoglienza**, rassicurazione del malato e informazione ai familiari: l'accoglienza, intesa come il processo relazionale che si realizza all'arrivo del paziente, affiancata ed integrata dalla funzione di triage, rappresenta il primo momento della presa in carico, nei confronti della quale le aspettative sociali e istituzionali sono elevate. Ne consegue che le azioni di miglioramento riguardano da una parte interventi di tipo strutturale, dall'altra approfondimenti delle tematiche relazionali non solo con i familiari e i cittadini, ma anche interne al team.
- **Percorso dedicato ai codici a bassa priorità e fast track** con valorizzazione del nuovo curriculum formativo della professionalità infermieristica nella gestione dei casi a minor complessità.
- Potenziamento della **Diagnostica per immagini**, al fine di ridurre i tempi di attesa legati all'effettuazione di indagini strumentali.
- Creazione di un **Centro di coordinamento**, con un nucleo operativo dedicato alla gestione dei dati, al monitoraggio e all'analisi della disponibilità di posti letto, al raccordo con i medici MG e gli operatori del 118 .

### ***Il Trauma system***

Uno degli obiettivi primari al quale deve tendere la rete ospedaliera è la riduzione della mortalità e della frequenza e complessità delle sequele disabilitanti legate ai traumi.

Questo PSR riprende e rafforza quanto contenuto nel precedente piano nella definizione di un modello organizzativo altamente qualificato orientato alla realizzazione di un Trauma system fondato su:

- La definizione di una *rete per livelli di competenza*, che parte dai sistemi pre-ospedalieri, passa per i dipartimenti di emergenza di livello inferiore e termina nei centri di alta specialità, che si configurano come *Trauma center*;
- L'assicurazione della *interconnessione gerarchica fra i livelli* ospedalieri e il sistema di emergenza-urgenza pre-ospedaliero, tramite la definizione precisa delle relazioni funzionali fra i centri e dei parametri da utilizzare nel disegnare la rete.

A tale proposito appare importante creare in Area Vasta un *coordinamento forte* di tutte le strutture organizzative e funzionali, che gestiscono le risorse finalizzate all'emergenza-urgenza, siano esse in ambito ospedaliero che territoriale.

### **3.4 Orientamenti per lo sviluppo. Le nuove sfide**

Negli ultimi anni il Sistema sanitario toscano, al pari di altri, è stato soggetto di un'importante crescita della sua performance e di una puntuale revisione degli assetti organizzativi tesa a ridurre i fenomeni di competizione fra i produttori e ad aumentare le economie di scala nel campo delle funzioni di supporto alle Aziende sanitarie.

Questo processo di sviluppo, naturalmente, è stato sostenuto ed accompagnato dall'adozione di concreti strumenti, peraltro ripresi nella L.R. 40/2005 recante "Disciplina del Servizio sanitario regionale". Ne vengono, qui, indicati alcuni sui quali si ritiene sia opportuna una revisione migliorativa delle linee d'intervento e degli indirizzi regionali.

#### **3.4.1 Area Vasta - ESTAV**

Negli ultimi anni, si è andato progressivamente consolidando il *network* assistenziale di Area Vasta cominciando concretamente a risolvere le contraddizioni, a volte persino le contrapposizioni interne al sistema delle aziende.

L'introduzione in Italia del sistema remunerativo a prestazioni tariffate, infatti, se da un lato ha stimolato le Aziende Sanitarie verso una maggiore attenzione all'efficienza organizzativa, dall'altro ha introdotto potenziali elementi di opportunismo, finalizzati al raggiungimento dell'autosufficienza aziendale, che certo non hanno favorito l'integrazione nei percorsi assistenziali, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, lo sviluppo armonico della rete delle attività specialistiche.

In Toscana, si è assai lavorato per contrastare questo rischio sia introducendo nella pratica clinica Linee guida di percorso assistenziale elaborate dai professionisti, attraverso i Dipartimenti Interaziendali di Coordinamento Tecnico in Area Vasta (DICT), sia adottando approcci economico finanziari orientati a limitare la competizione fra le Aziende (bilancio consolidato di area vasta), sia attraverso la costituzione degli ESTAV, organismi cui sono state progressivamente trasferite funzioni di supporto tecnico-amministrativo, sviluppando il confronto fra produttori, economie di scala e sinergie di rete.

Al fine di garantire un appropriato e coerente sviluppo dei percorsi assistenziali, in particolare per le patologie che richiedono attività di alta specializzazione, relative a funzioni assistenziali a carattere regionale, si ritiene opportuno implementare i contenuti della *programmazione di Area Vasta*, affinché si tenga maggiormente conto del necessario collegamento funzionale con i livelli assistenziali propri del territorio e quindi della zona/distretto.

#### **3.4.2 Sistema Informativo**

Oggi è operante in Toscana un sistema di rilevazione delle attività delle Aziende Sanitarie, in grado sia di acquisire le informazioni per il governo regionale, sia di permettere alle Aziende di assolvere

il necessario monitoraggio dei processi assistenziali e dei risvolti amministrativi ed economico-finanziari ad essi connessi.

Inoltre, con l'introduzione in corso del sistema RIS/PACS, la Regione ha effettuato un investimento finalizzato a mettere in rete le immagini radiologiche ed evitare inutili e pericolose ripetizioni di esami strumentali.

A livello aziendale permangono, però, livelli di realizzazione disomogenei e parziali, comunque non in grado di integrare adeguatamente gli aspetti assistenziali con le funzioni gestionali (amministrative, logistiche e di controllo delle risorse economiche impiegate).

La sfida dei prossimi anni è, quindi, la progettazione di un Sistema Informativo unico ed integrato, aperto a tutte le informazioni socio-sanitarie generate nel territorio regionale, in cui le diverse sorgenti possano scambiare i dati in tempo reale. Tale sistema deve assicurare il collegamento e sviluppare l'integrazione anche con gli altri basamenti informativi regionali, tra cui quello ambientale. La nuova struttura del sistema è pensata come una piattaforma tecnologicamente avanzata a supporto dell'intero sistema regionale, nativamente integrabile, che garantisca la interoperabilità degli applicativi relativi ai dati gestionali e clinici, la messa a comune delle informazioni, nonché la accessibilità "protetta" a tutto il sistema, in primis il cittadino e il medico di MG.

*Il sistema di raccolta dei dati centrato sul singolo utente*, e non più sul sistema ospedaliero, dovrà realizzare una *repository* assolutamente innovativa dei dati clinici paziente-centrato, fruibile ovunque, localizzato nel sistema, e sviluppare un'anagrafica regionale comune.

### 3.4.3 La Ricerca

Il continuo sviluppo delle conoscenze scientifiche ed operative e la conseguente messa a punto di processi e prodotti innovativi rappresenta un fattore in grado di migliorare il livello di risposta e garantire l'adeguamento e il miglioramento in campo scientifico e tecnologico. La ricerca biomedica, inoltre, assume un ruolo di grande rilevanza per la messa a punto delle migliori pratiche cliniche e per offrire una risposta efficace ed innovativa ai bisogni di salute, favorendo lo sviluppo tecnologico e la crescita complessiva del sistema .

Da questa considerazione consegue il ruolo determinante della ricerca, elemento fondante del Servizio Sanitario Regionale e "core business" del sistema.

L'interesse regionale in questo ambito è particolarmente legato alla possibilità di:

1. creare una *rete* coordinata ed integrata di competenze che supporti il sistema e permetta la piena valorizzazione delle conoscenze scientifiche espresse dai nostri professionisti, attraverso più strette collaborazioni e forme di capitalizzazione della proprietà intellettuale;
2. sviluppare momenti di *sinergia* con centri di ricerca internazionali pubblici e privati, nel rispetto delle priorità del SSR;
3. promuovere la ricerca applicata anche allo scopo di verificare la *trasferibilità* delle nuove scoperte scientifiche nella pratica clinica.

L'aggiornamento del PSR 2008-2010 vuole da un lato proseguire nei rapporti di collaborazione avviati con la Delibera GRT n. 788 del 30/10/2006 attraverso la stipula di Protocolli quadro per la sperimentazione clinica in Toscana, dall'altro intende consolidare l'impegno a sostenere a livello regionale la nascita di *un distretto industriale delle scienze della vita* e a mantenere una posizione di rilievo come catalizzatore delle politiche europee (partecipazione, ad esempio, alle reti ENRICH, ERIK) per promuovere in modo inter-settoriale l'obiettivo di Lisbona di creare entro il 2010 in Europa la più grande e solida economia mondiale basata sulla conoscenza. In tal senso il Piano si colloca in piena coerenza rispetto al nuovo Protocollo d'intesa, siglato il 23/07/07, dalla Giunta regionale e dalle istituzioni universitarie toscane in materia di promozione della ricerca e dell'innovazione.

### 3.4.4 La Formazione permanente e la didattica

In un contesto dinamico e orientato al cambiamento, quale risulta essere l'attuale SSR, la programmazione sia della didattica di base e specialistica, sia della formazione successiva per l'aggiornamento (*life-long learning*), deve essere maggiormente orientata alla innovazione anche organizzativa, in modo tale da indurre "come effetto collaterale" un migliore coinvolgimento dei professionisti, quindi una loro maggiore partecipazione nella fase operativa dei progetti di innovazione o cambiamento.

Per tale ragione sono necessarie:

- Iniziative di formazione volte a sviluppare la cultura, i metodi, le abilità che possono promuovere la disponibilità degli operatori a divenire parti attive per la "*costruzione dei processi di integrazione professionale*";
- Valorizzazione del concetto di continuità della formazione, basato su elementi di collaborazione e interdisciplinarietà, per una valorizzazione delle relazioni tra pazienti, operatori sanitari, studenti e insegnanti, come fondamento per il mantenimento e consolidamento di una *continuità dell'idealismo*, attraverso la quale possono manifestarsi i valori basilari di eccellenza nella comunicazione, di competenza culturale, di attenzione alla giustizia sociale tipici delle professioni sanitarie.

### 3.4.5 Gli Investimenti

Il processo di ammodernamento del SSR necessita di essere accompagnato da un altrettanto efficace processo di rinnovamento e riqualificazione delle strutture e delle attrezzature sanitarie.

La necessità di utilizzare nel modo più efficiente le risorse disponibili per rendere al cittadino servizi efficaci e tempestivi, pur in costanza di risorse stanziare per la gestione corrente, ci induce a procedere ad una nuova fase di investimenti resa altresì indispensabile dal continuo progresso della tecnologia nel campo chirurgico e diagnostico e dalla necessità di adeguare i presidi alle più moderne forme di accoglienza del paziente e alle nuove modalità di cura che comportano forme diverse di organizzazione del lavoro sanitario e degli spazi da destinare alle attività di assistenza.

Il nuovo Piano straordinario degli investimenti comporterà, pertanto, il rinnovo tecnologico e l'ammodernamento strutturale dei presidi ospedalieri e territoriali della Toscana nel rispetto della sostenibilità ambientale, dell'eco-efficienza e della bioedilizia, percorsi, peraltro, già avviati in alcune realtà.

I finanziamenti, complessivamente previsti in circa 469 milioni di Euro, proverranno, in parte dalle risorse stanziare dalla Legge Finanziaria per il 2007 che ri-finanzia l'art. 20 Legge 67/1988, cui la Toscana avrà accesso per una quota di riparto premiale rispetto al proprio indice, stimata in 169,57 milioni di euro, avendo già sottoscritto gli accordi di programma con il Ministero della Salute per quanto riguarda tutte le risorse già stanziare negli anni precedenti.

Le restanti risorse proverranno dalla Regione Toscana che nel DPEF 2008, approvato con delibera GRT n. 391/2007, ha inteso stanziare 300 milioni di euro, 100 per ciascun anno del triennio 2008-2010, per l'adeguamento delle strutture ospedaliere e dei presidi territoriali e per il rinnovamento delle tecnologie sanitarie.

Al fine di attivare il ricambio delle tecnologie sanitarie, già nel corso del 2006 è stato messo a punto un consistente piano di acquisti teso a rinnovare e ad introdurre in tutte le aziende sanitarie e ospedaliere macchinari tecnologicamente avanzati, sistemi diagnostici evoluti quali il sistema RIS PACS, sistemi informatici adeguati alle nuove necessità di scambi di informazioni.

Il piano sarà completato in modo progressivo nel triennio 2008-2010, sulla base delle effettive necessità espresse dalle aziende. Gli acquisti previsti comprendono, oltre alle attrezzature e alle tecnologie necessarie per l'attivazione dei nuovi ospedali di Empoli e Meyer, l'acquisto di

macchinari tecnologicamente avanzati quali TAC 64 slice, risonanze magnetiche di ultima generazione, acceleratori lineari, PET- Tac.

Le nuove risorse come sopra indicate, verranno utilizzate anche per attrezzare i 4 nuovi ospedali delle Apuane, di Lucca, di Pistoia e di Prato, nonché il nuovo complesso di Cisanello a Pisa, a seguito del completamento dei lavori di realizzazione dei nuovi presidi e, per quanto riguarda le altre strutture preesistenti, per l'attuazione del programma di interventi, già definito, finalizzato alla realizzazione del Pronto Soccorso, all'ammodernamento dei servizi territoriali ed ospedalieri ed al completamento della loro messa a norma, anche ai fini dell'accreditamento.

In particolare, per quanto riguarda i Pronti Soccorso, il Piano comporterà da un lato azioni sulle strutture che migliorino gli spazi di accoglienza e di triage e dall'altro che inseriscano nei pronti soccorso attrezzature specificatamente dedicate a quelle attività.

Specifici interventi sono altresì previsti in alcune particolari realtà quali la gli ospedali di Barga e Castelnuovo, Pontedera, , Massa Marittima, Casteldelpiano, Pitigliano e Terranova Bracciolini e consistenti interventi di ristrutturazione e ammodernamento sono infine previsti nei presidi ospedalieri di Grosseto e di Livorno; in quest'ultimo caso, parte dei lavori saranno finanziati direttamente dalla Azienda sanitaria con risorse derivanti da mutui ed alienazioni.

Nel triennio 2008-2010 saranno poi spese le risorse già stanziati nel precedente Piano sanitario, e previste dal Programma Regionale di Sviluppo 2006 – 2010, PIR 2.4 "Le nuove infrastrutture del Sistema sanitario regionale", per la realizzazione dei 4 nuovi ospedali provinciali delle Apuane, di Lucca, di Prato e di Pistoia e giungerà a completamento anche buona parte dei lavori previsti per lo spostamento delle funzioni dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana dal P.O. S. Chiara al P.O. di Cisanello le cui risorse sono state già stanziati dalla Regione e dalla Azienda con l'Accordo di programma siglato a marzo 2005.

### **3.4.6 Il Sistema di Valutazione della performance**

Nel triennio di vigenza del precedente P.S.R., è stato progettato e implementato un sistema di valutazione della performance delle Aziende sanitarie. Lo strumento si è andato progressivamente perfezionando e consolidando, divenendo di fatto uno degli elementi costitutivi del sistema di governo della sanità toscana.

In modo differenziale rispetto ad altri sistemi di valutazione presenti in ambito nazionale ed internazionale, quello toscano è strutturato su sei dimensioni, finalizzate ad esplorare e valutare in modo comparativo sia gli esiti per la salute dei percorsi di cura, sia i risultati economico finanziari delle singole aziende, così come quelli connessi alla aderenza delle stesse agli indirizzi ed agli obiettivi di qualità contenuti nella programmazione regionale, ivi inclusa la valutazione del clima interno alle singole realtà aziendali e della soddisfazione dell'utenza e della cittadinanza rispetto alle prestazioni erogate ed ai servizi resi.

Nelle sei dimensioni vengono monitorati 50 indicatori di sintesi e 130 indicatori analitici, riportati in un prospetto a bersaglio e classificati in 5 fasce di valutazione. A tale sistema di valutazione è collegato il sistema di incentivazione delle Direzioni Generali aziendali.

Per garantire l'affidabilità, il rigore, la trasparenza del sistema è stato ritenuto fondamentale coinvolgere un soggetto terzo, pubblico, di livello universitario che potesse condividere la finalità stessa del progetto e farne una missione propria come servizio reso al territorio in cui opera. Tale ruolo è stato affidato al Laboratorio Management e Sanità, costituito dalla Regione Toscana in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna, istituto universitario a statuto speciale.

Considerando l'utilità dello strumento, sia per la Direzione Generale regionale, sia per il management delle Aziende, si prevede nel prossimo triennio di mettere a punto un sistema di valutazione della performance anche per le Società della Salute e per le Aree Vaste.

#### **4. QUADRO DELLE RISORSE FINANZIARIE PER L'ATTUAZIONE DEL PRESENTE PIANO**

La quota del Fondo Sanitario Nazionale destinata al funzionamento del Servizio Sanitario Regionale deriverà dal riparto di tale Fondo, determinato dall'art. 1 comma 796 della L. 296/2006 (Legge Finanziaria 2007) in misura di 96.040 milioni di euro per il 2007, 99.082 milioni per il 2008 e 102.285 per il 2009. L'effettiva quota di spettanza della Regione Toscana, che deriverà dalla quota di accesso al Fondo approvata annualmente dalla Conferenza Stato-Regioni, è stimata, sulla base delle pregresse ripartizioni, in circa 6.200 milioni per il 2008 e 6.400 milioni per il 2009, con un incremento annuo del 3% circa. Per l'anno 2010 non ci sono invece ancora elementi per stimare la quota di spettanza, non avendo indicazioni a livello nazionale sull'ammontare dello stesso.

Per la parte di risorse in Conto Capitale, le risorse previste sono quelle specificate al paragrafo 3.4.5 e riportate nel seguente schema.

	2008	2009	2010
Conto esercizio	6.200	6.400	
Conto Capitale	269,57	100	100

Valori in milioni di Euro

#### **ALLEGATI**

1. "Il profilo di salute in Toscana 2003-2005" a cura di Agenzia Regionale Sanità, in collaborazione con Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana
2. "Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana" a cura del Laboratorio Management e Sanità.