REGIONE
TOSCANA

Piano Sanitario Regionale 2008-2010
Proposta intermedia

Rev. 07.01.2008

07/01/2008		

INDICE

INDICE

Parte Prima
UN PIANO PER LA SALUTE, UNA SANITÀ D'INIZIATIVA

1. MOTIVAZIONI DELLA SCELTA 1
1.1 Premessa 1
1.2 Riferimenti normativi 1
1.3 Le relazioni con altri atti di programmazione 1
2. QUADRO ANALITICO 4
2.1 Base di conoscenza disponibile. 4
2.2 Scenari di riferimento: variabili esogene ed endogene. 4
2.3 Risultati della programmazione precedente 5
2.4 Principi e finalità cui tendere attraverso le nuove politiche di Piano. 7
3. LE SCELTE STRATEGICHE DEL PIANO 11
3.1 Gli obiettivi generali 12
3.2 Le scelte e le alleanze per la promozione della salute 14

Parte Seconda
Obiettivi specifici e Azioni

4. UN PIANO PER IL CITTADINO: Quattro grandi progetti 22
Cosa chiedono i cittadini toscani 22
4.1 Un'interfaccia trasparente fra il sistema e il cittadino: il CUP di Area Vasta e la Carta sanitaria del cittadino 23
4.1.1 Il CUP di Area Vasta 23
4.1.2 La "Carta sanitaria" personale 24
4.2 Il pronto soccorso: la porta dell'ospedale - I percorsi di miglioramento 26
4.2.1 Sul versante territoriale 27
4.2.2 Sul versante ospedaliero 27
4.3 Dalla medicina di attesa alla sanità di iniziativa 29
4.3.1 La sanità di iniziativa in ambito territoriale – Il Chronic Care Model 30
4.3.2 La sanità di iniziativa nell'assistenza ospedaliera 34
4.3.3 La sanità di iniziativa nell'ambito materno infantile 34
4.3.3.1 Contrasto all'obesità infantile e promozione di sani stili di vita in età pediatrica *34*
4.3.3.2 Consultori per le immigrate *36*
4.3.3.3 Sordità infantile: diagnosi precoce e trattamento del deficit neonatale *37*
4.3.3.4 Prevenzione dentale in età evolutiva *39*
4.4 La valutazione come metodo di lavoro 39

5. UN PIANO PER COGLIERE LE NUOVE OPPORTUNITÀ NEI LIVELLI DI ASSISTENZA 42
5.1 La prevenzione collettiva 42
5.1.1 Igiene e sanità pubblica - Protezione e controllo delle malattie infettive 47
5.1.2 Lavoro e salute 50
5.1.3 Igiene degli alimenti e della nutrizione 56
5.1.4 Alimentazione e salute 59
5.1.5 Sicurezza alimentare 60
5.1.6 Sanità Pubblica veterinaria 61
5.1.7 Sport e salute 65

5.1.8 Medicina legale 66
5.1.9 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di vita 68
5.1.10 Incidenti stradali 70
5.1.11 Il coordinamento interistituzionale 72
5.2 I servizi territoriali per le comunità locali 74
5.2.1 Il sistema delle cure primarie integrato ed evoluto 74
5.2.2 Il punto unico di accesso - Unità di valutazione multidisciplinare 77
5.2.3 La rete delle "Cure intermedie" – l'offerta per livelli di intensità 78
5.2.3.1 Nutrizione Artificiale Domiciliare *80*
5.3 L'Ospedale come valore per la collettività 81
5.3.1 L'ospedale per intensità di cure 82
5.3.2 Piccoli Ospedali 83
5.4 Il sistema dell'emergenza fra ospedale e territorio 86
5.4.1 L'emergenza urgenza territoriale 86
5.4.2 La gestione del trauma in rete 88
5.4.3 La rete delle terapie intensive nel sistema di Area Vasta 90
5.5 Le Azioni programmate ed i Progetti Obiettivo 90
5.5.1 Le Azioni Programmate 90
5.5.1.1 La rete Oncologica *91*
5.5.1.2 Il percorso assistenziale del paziente con ictus *94*
5.5.1.3 L'organizzazione del sistema trapianti *95*
5.5.1.4 Il Piano Sangue *96*
5.5.1.5 La cooperazione internazionale *98*
5.5.1.6 Medicine Complementari (MC) e non Convenzionali (MNC) *101*
5.5.1.7 Riabilitazione *104*
5.5.1.8 Il percorso di diagnosi e cura delle maculopatie degenerative *108*
5.5.1.9 La rete specialistica per la diagnosi e cura delle malattie rare *109*
5.5.1.10 Diagnostica predittiva e medicina personalizzata *110*
5.5.1.11 Assistenza termale *113*
5.5.1.12 Il patrimonio scientifico, documentario ed artistico delle aziende sanitarie *113*
5.5.1.13 Assistenza religiosa *115*
5.5.2 Progetti Obiettivo 116
5.5.2.1 Salute Mentale *116*
5.5.2.1.1 La promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza 121
5.5.2.1.2 Diagnosi precoce, presa in carico multiprofessionale e continuità delle cure dall'infanzia all'età adulta dei disturbi dello spettro autistico 126
5.5.2.2 Dipendenze *128*
5.5.2.3 Disabilità *136*
5.5.2.4 Anziani *137*
5.5.2.5 Materno Infantile e Consultori *138*
5.5.2.6 Salute Immigrati *146*
5.5.2.7 La salute in carcere *148*

6. I PROGETTI SPECIALI DEL PIANO SANITARIO 2005-2007 - I risultati raggiunti e le criticità emerse 150
6.1 Le azioni per la prevenzione e la cura dei tumori 150
6.2 Attivazione di interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana 155
6.3 Il controllo del dolore come diritto del cittadino 156
6.4 L'Odontoiatria: un percorso sostenibile 158
6.5 Nascere in Toscana 159
6.6 Il percorso organizzativo 'Artroprotesi dell'anca - Ortopedia chirurgica' come modello di programmazione e governo clinico 160

6.7 Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza urgenza intra ed extra ospedaliero 162
6.8 Le unità di cure primarie, un nuovo modello organizzativo territoriale 162
6.9 Visite specialistiche: un obiettivo di qualità 163
6.10 Alimentazione e salute 167
6.11 La salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti 170
6.12 La sicurezza alimentare 172

7. GLI ORIENTAMENTI PER LO SVILUPPO. LE NUOVE SFIDE 174
7.1 La Formazione 174
7.2 Ricerca, innovazione e governance 179
7.3 Il Sistema informativo per la salute, unitario e integrato 182
7.4 Le buone pratiche, la qualità, l'accreditamento 187
7.4.1 Governo Clinico nei diversi ambiti: qualità e appropriatezza clinica e organizzativa 187
7.4.2 Le attività del "governo clinico": linee guida e percorsi assistenziali 189
7.4.3 La prevenzione e gestione del rischio clinico, e l'ergonomia del sistema... 191
7.4.3.1 La sicurezza nella gestione della terapia anticoagulante orale ***194***
7.4.4 Rischio Radiazioni ionizzanti 195
7.4.5 L'Accreditamento istituzionale e l'evoluzione verso l'eccellenza 196
7.4.6 Verso l'accreditamento dei servizi sociali e socio-sanitari 199
7.4.7 La valutazione delle tecnologie nel sistema regionale e d'area vasta (HTA) 201
7.4.8 Umanizzazione, etica nelle cure e di fine vita 204
7.5 La politica del farmaco e per l'uso appropriato dei dispositivi medici 208

8. GLI STRUMENTI DI GOVERNO E DI GESTIONE 211
8.1 Comunicazione per la salute e per la partecipazione 211
8.1.1 La comunicazione per la salute – reti e tecniche di marketing socio sanitario 211
8.1.2 Partecipazione - Il sistema carta dei servizi e gli strumenti di tutela 213
8.1.3 Il percorso privacy 218
8.2 La programmazione 220
8.2.1 Il procedimento di programmazione 220
8.2.2 La concertazione nel procedimento di programmazione 223
8.3 ESTAV: verso un moderno ed efficiente centro servizi 227
8.4 Valorizzazione delle risorse umane e responsabilità di governo 229
8.5 Le relazioni di sistema 231
8.5.1 Università, Istituti scientifici, ARS, CSPO, Le Fondazioni (FGM) 231
8.5.2 Le relazioni con le imprese private 234
8.5.3 Le relazioni con il terzo settore 234

9. LE RISORSE 235
9.1 Il governo delle risorse economico finanziarie 235
9.1.1 Assegnazione, fondi, sistema tariffario, scambi economici nel sistema di rete 236
9.1.2 Il governo delle specificità geografiche: Aree insulari e montane 236
9.2 Gli investimenti 237

ALLEGATI 238
Livelli di assistenza 238
Livelli di assistenza socio sanitaria 238
Orientamenti per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali 238
Pesi attribuiti alle classi di età per livello e sottolivello di assistenza 238
Protocollo d'intesa Regione Università 238
Protocollo d'intesa Regione Sant'Anna 238
Procedimento per la verifica di compatibilità 238

Parte Prima
UN PIANO PER LA SALUTE, UNA SANITÀ D'INIZIATIVA

1. MOTIVAZIONI DELLA SCELTA

1.1 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.

1.2 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.

1.3 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 forte 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:

- organizzare e potenziare la promozione della salute e la prevenzione;
- rimodellare le cure primarie;
- favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel SSN;
- potenziare i sistemi integrati di reti, sia a livello nazionale o sovraregionale (malattie rare, trapianti), sia a livello interistituzionale (integrazione socio-sanitaria), sia tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie);
- promuovere l'innovazione e la ricerca;
- favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del SSN;
- 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:

- la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza;
- le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie;
- la non autosufficienza: anziani e disabili;
- la tutela della salute mentale;
- le dipendenze connesse a particolari stili di vita;
- il sostegno alle famiglie;
- gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali;
- il controllo delle malattie diffusive e la sorveglianza sindromica;
- la sicurezza alimentare e la nutrizione;
- la sanità veterinaria;
- la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- 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 dai 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'intersettorialità 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" che sia:

- 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 le probabilità 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 correlate sono allegate al presente documento di Piano.

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 bisogno e carico assistenziale non sempre adeguatamente sostenuto da politiche di protezione; inoltre, nel prossimo futuro, la diminuzione del rapporto tra giovani ed anziani renderà 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 aperta.
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 intersettorialità 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, per affrontarli 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, specie 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 una significativa 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:

a. 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.

b. 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.

c. 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, 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).
- 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 interessante 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, sia in termini di volume che 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 settore 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 di disequità 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 differenze 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 presa in considerazione di 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 in cura e le integrazioni se non vogliamo che questi diventino elementi di criticità e frammentazione.
In questo senso, il principio di continuità deve essere applicato:

- nel percorso assistenziale, prevedendo procedure di tutoraggio fondamentali per garantire la centralità del paziente;
- nell'organizzazione dei servizi, strutturando connessioni e infrastrutture in grado di declinare il percorso assistenziale senza soluzioni di continuo;
- nella formazione, adottando il mentoring per ricomporre la frammentazione dell'offerta didattica in una sintesi tra conoscenze fondanti e specialistiche;
- nella comunicazione con i cittadini e fra strutture erogatrici in quanto fattore costitutivo dell'organizzazione stessa;

- 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 non solo come strumento di bene collettivo, anche in termini di utilizzo delle risorse che si possono generare, ma anche come riferimento per autoregolare la domanda.

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 stessa.
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 disallinneati 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 obbiettivi 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 (Relazione Sanitaria ARS 2003-2005, Valutazione della Performance MES Report 2006).
Ogni PSR costituiva l'evoluzione armonica e consequenziale di quello precedente, di cui si assumevano 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 presente PSR, 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, mirano 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 e dei servizi assistenziali.
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 di loro 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, nella promozione 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 così 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 volàno 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 questo ambito 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:

- 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 <u>unico documento di programmazione</u> per le attività di 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;
- 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;
- 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 <u>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</u>. 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;
- 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;

- 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;
- 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.
- 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, 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 Le scelte e le alleanze per la promozione della salute

Per "dare più anni alla vita e più vita agli anni" (OMS -), il Servizio Sanitario intende sviluppare alleanze, azioni intersettoriali e sinergie per mettere in gioco tutte quelle opportunità che consentano di operare sui determinanti di salute, di migliorare gli stili di vita, avviando processi di promozione e di educazione alla salute basati sulla comunicazione e consensualità, dando valore alle politiche di genere.

Lo stato di salute di un individuo è influenzato, determinato, da molteplici fattori. Lo studio dei determinanti della salute è la base di una buona politica di sanità pubblica, perché consente di analizzare (e possibilmente modificare) i fattori che in varia misura influenzano l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie. L'evidenza scientifica dimostra infatti come agendo sui determinanti di salute si possano contrastare e ridurre molte malattie.

Importante è dunque da un lato rafforzare la capacità del cittadino di fare scelte consapevoli per la salute (empowerment) favorendo l' acquisizione di stili di vita sani, dall'altro avviare strategie integrate e intersettoriali tra i diversi attori del sistema al fine di condividere obiettivi comuni sulla salute.

Già con il precedente piano sanitario è stata ampiamente riconosciuta la multifattorialità dei determinanti della salute. La collaborazione con l'OMS, avviata attraverso l'accordo quadro per il quinquennio 2003-2007, ha permesso di attivare una solida strategia per la promozione della salute della popolazione, basata sui determinanti sociali ed economici.

Nel documento di lavoro "Concetti e strategie per gli investimenti per la salute- Sfide e opportunità della Regione Toscana" (2005) l'OMS ben evidenzia come un sistema capace di posizionare la salute della popolazione in un contesto più ampio di sviluppo regionale, diventi un elemento essenziale per una strategia efficace nell'ambito degli investimenti per la salute; occorre cioè posizionare la promozione per la salute come una risorsa per lo sviluppo sociale, umano ed economico della Toscana.

I punti deboli del sistema, che impediscono un'azione sistematica per la promozione della salute, sono spesso collegati a aspettative non realistiche nei confronti di programmi "isolati" diretti solo al cambiamento comportamentale a livello individuale. Un'azione sostenibile per la promozione della salute non può realizzarsi solo tramite azioni individuali o programmi isolati su temi che riguardano la salute.

La maggiore opportunità nel creare guadagni in salute nella popolazione e garantire la salute come risorsa per uno sviluppo generale sta nella capacità del sistema complessivo di un paese o regione di strutturarsi su tali obiettivi. Una solida strategia di promozione della salute si deve pertanto considerare non solo come parte della spesa sanitaria, ma anche come parte degli investimenti per il benessere e lo sviluppo equo e sostenibile della regione, delle sue provincie e dei suoi comuni.

Un buon stato di salute della popolazione è indicatore di una società civile ed un fattore base di sviluppo. Per raggiungerlo è necessario non solo un esplicito impegno a tutti i livelli di governo locale e regionale, ma anche il sostegno di risorse finanziarie e umane, l'impiego di infrastrutture e sistemi adeguati.

Una società civile, che partecipa attivamente alle questioni pubbliche, è in grado di organizzarsi meglio e mobilitare le risorse da investire nei settori che influiscono maggiormente sulla promozione della salute. Allo stesso modo, le comunità con maggiore capacità di autogestione e leadership, e che agiscono per migliorare la salute ed i suoi determinanti, sono meno soggette ad un rapporto di dipendenza. Occorre in questo senso rafforzare le iniziative per coinvolgere, informare e consultare le comunità su come e dove si dovrebbero promuovere gli investimenti e le azioni per produrre migliori guadagni in salute nella popolazione.

Le opportunità per la promozione della salute e dello sviluppo dipendono in gran parte da situazioni e risorse locali. Le risorse per la salute si possono definire come capacità o fattori "salutogenici", di protezione e/o di promozione, che contribuiscono allo sviluppo della salute della popolazione. Per esempio una delle risorse che la letteratura descrive come "protettiva" è il senso di appartenenza a una comunità. Una crescente evidenza scientifica indica che molte risorse che hanno un impatto di protezione/promozione della salute delle persone contribuiscono anche a uno sviluppo

socioeconomico equo e sostenibile. Tra queste risorse si possono citare la qualità del capitale sociale toscano, la qualità e distribuzione delle reti civiche (social networks), la qualità dell'ambiente fisico, ecc. Tuttavia, il fatto di pensare in termini di risorse per la salute e lo sviluppo non è un atteggiamento che nasce spontaneo. La maggior parte degli interventi per migliorare la salute della popolazione si concentrano principalmente sui bisogni o sui problemi della popolazione (per esempio sulle risorse mediche). Senza un approccio che tende a massimizzare le risorse "salutogeniche" presenti in un determinato territorio non sarà possibile produrre guadagni in salute che siano equi, sostenibili ed efficaci.

STRATEGIE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

La Regione Toscana ha contribuito negli anni a promuovere la salute dei cittadini avviando processi di crescita culturale e civile, azioni intersettoriali e sinergie di livello internazionale, nazionale, regionale e locale.

Il livello internazionale

La collaborazione con l'OMS, attraverso il citato accordo quadro per il quinquennio 2003-2007, ha rafforzato la capacità di stabilire, implementare, monitorare e valutare le strategie per la promozione della salute nella popolazione, prendendone in considerazione prioritariamente i determinanti sociali, economici e ambientali.

Ciò ha rappresentato la prima cornice organica alla quale riferire i programmi e le iniziative di promozione della salute da parte delle organizzazioni sociali e di scelta consapevole di stili di vita da parte dei cittadini.

L'accordo quadro con l'OMS ha permesso, infine, di aderire a reti internazionali (Network Regions for Health), di adottare modelli di sviluppo quali il CEHAPE (Piano europeo di Azione per l'ambiente e la salute dei bambini), di partecipare a studi e ricerche transnazionali quali l'HBSC sugli adolescenti (11-13-15 anni) e sui loro stili di vita.

In particolare:

La Rete degli ospedali per la salute (HPH) ha accresciuto l'attenzione degli operatori sociosanitari sui temi di salute delle comunità locali, assicurando agli ospedali una responsabilità sociale e culturale nella promozione del benessere.

L'HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), ricerca condotta per la parte scientifica in collaborazione con l'Università di Siena, ha coinvolto direttamente le istituzioni scolastiche, dando ad esse la possibilità di acquisire un quadro organico e sistematico sugli stili di vita degli adolescenti toscani. Ciò ha dato la possibilità di cogliere l'influenza che alcuni contesti sociali, quali la scuola, la famiglia, la comunità, hanno sugli stili di vita e sulla salute degli adolescenti. Nello specifico è emerso che per gli adolescenti sono indispensabili azioni educative integrate con il territorio facendo leva sulle loro competenze abilità di vita facilitando relazioni per arricchire con nuove prospettive la convivenza sociale e civile.

Il livello nazionale

La Regione Toscana ha attivato dal 2005 collaborazioni con il Ministero della Salute all'interno del piano del Centro Controllo Malattie (CCM) per la prevenzione degli incidenti domestici e stradali.

Le sollecitazioni del programma ministeriale "Guadagnare in salute- Rendere facili le scelte salutari" si sono integrate positivamente nel percorso di sviluppo delle azioni della regione Toscana sugli stili di vita sani.

L'azione del Ministero, in tal senso, è diventata elemento strategico ulteriore per alimentare un costante confronto e monitoraggio delle azioni di promozione della salute e di prevenzione nel campo degli stili di vita anche ai fini della progettualità delle Aziende sanitarie e delle Società della Salute.

Il livello regionale

Nel triennio del piano sanitario sono stati rafforzati i processi di integrazione e di operatività intersettoriale, sviluppando soprattutto collaborazioni con le istituzioni scolastiche e il mondo delle associazioni.

Le esperienze di livello internazionale e nazionale hanno favorito lo sviluppo di metodologie partendo anche dalle risultanze sugli stili di vita della ricerca HBSC.

Proposte per il triennio

Nel triennio saranno consolidati e rafforzati i processi culturali e strategici avviati con il precedente piano sanitario attraverso il finanziamento per progetti di promozione della salute.

In particolare si intende operare per :

- rinnovare il Programma Quadro con l'OMS al fine di consolidare ed ampliare i risultati raggiunti in termini di sviluppo strategico e di miglioramento della salute in Toscana, attraverso il ruolo determinante dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di recente investita dall'OMS del ruolo di WHO collaborating center;
- dare continuità ai progetti che scaturiscono dalla collaborazione con l'OMS in particolare alla rete Health Promotion Hospital (HPH), accrescendo lo scambio e il confronto tra mondo sanitario, organizzazioni sociali e cittadini, finalizzandoli anche allo sviluppo di forme integrate di azione culturale in collaborazione con le Aziende USL e le Società della salute per la promozione della salute;
- § Proseguire lo studio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) impegnandosi a costruire in modo integrato politiche giovanili strutturate sui reali bisogni dei giovani;
- promuovere un raccordo strategico e funzionale con il Ministero della Salute nell'ambito del "Programma guadagnare salute";
- sviluppare forme organiche e sistematiche di collaborazione con le organizzazioni dei Pediatri di libera scelta e dei Medici di Medicina Generale per stimolare nei cittadini l'acquisizione di stili di vita salutari;
- favorire, tramite i Piani Integrati di Salute, lo sviluppo di azioni intersettoriali per sperimentare a livello territoriale percorsi formativi e culturali al fine di accrescere la conoscenza scientifica e far maturare motivazioni sociali per stili di vita sani e consapevoli;
- operare per favorire nella popolazione processi di inclusione sociale e attraverso la conoscenza, l'istruzione scolastica e la partecipazione sociale;
- creare e facilitare alleanze con i soggetti pubblici e del privato sociale per sviluppare intese e collaborazioni che permettano alle persone di guadagnare salute e accrescere il benessere nelle organizzazioni sociali;
- sostenere processi di sviluppo locale con obiettivi di salute misurabili e valutabili;
- definire un modello integrato di documentazione sulla promozione che sostenga le iniziative regionali e locali e raccolga i risultati relativi alle buone pratiche su temi della salute, gli stili di vita, il contrasto alle malattie e alla povertà, affidandone lo sviluppo al Centro di documentazione per l'educazione alla salute dell'Azienda USL 10 di Firenze.

Si citano di seguito alcuni temi paradigmatici:

1. UNA SCUOLA CHE PROMUOVE SALUTE

Tutti i bambini e i giovani hanno diritto e dovrebbero avere l'opportunità di essere educati in una "Scuola che promuove Salute".

Una scuola che promuove salute, secondo l'OMS, risponde ai seguenti requisiti:

Offre un ambiente sano, dove poter lavorare e imparare;

Identifica obiettivi chiari per la promozione della salute;

Utilizza le risorse disponibili nella comunità per sostenere azioni di promozione della salute;

Recepisce i servizi sanitari e scolastici come risorsa educativa in modo che gli alunni e gli operatori ne diventino degli utilizzatori competenti;

Responsabilizza l'individuo, le famiglie e la comunità nei confronti della salute;

Incoraggia stili di vita sani offrendo opportunità che risultino attraenti sia per gli alunni che per il personale della scuola;

Promuove l'autostima degli alunni mettendoli in grado di realizzare le loro potenzialità fisiche, psicologiche e sociali (life skills);

Favorisce buoni rapporti tra il personale della scuola e gli alunni, tra gli alunni stessi e tra la scuola, la famiglia e la comunità;
Predispone percorsi curricolari coerenti con le finalità dell'educazione alla salute, la cui applicazione ricercherà metodi educativi che coinvolgano attivamente gli alunni;
Fornisce agli alunni le conoscenze e le capacità necessarie sia per prendere decisioni consapevoli riguardanti la loro salute.

Le scuole, i genitori, le organizzazioni non governative e le comunità locali, devono lavorare insieme per sostenere e rinforzare il l'istituzione scolastica che promuove salute e si impegna a sviluppare la coesione e il capitale sociale.

La Regione Toscana ha stipulato con l'Ufficio Scolastico Regionale – Direzione Generale il Protocollo "Promozione di azioni per favorire tra i giovani stili di vita sani e consapevoli per il benessere ed il successo formativo nella scuola e nella comunità", il quale permetterà di comprendere al meglio il rapporto tra educazione, organizzazione scolastica e salute. La scuola che promuove salute, infatti, ha i suoi fondamenti in un modello sociale di salute che mette in evidenza da un lato, il ruolo dell'intera organizzazione scolastica nei confronti delle esigenze del territorio e dall'altro l'attenzione sugli individui e sulle loro competenze e capacità di scelta nell'intento di comprendere e favorire il rapporto tra l'educazione e la salute.
Come previsto dal protocollo è stato istituito un comitato di attuazione, composto dai rappresentanti delle diverse direzioni generali regionali, con l'intento di programmare annualmente azioni, interventi e strumenti innovativi non settoriali al fine di fornire alle istituzioni scolastiche un'unica proposta integrata di lavoro che prenda in considerazione il benessere complessivo dello studente.
E' stato dimostrato come le scuole che promuovono salute costituiscano un investimento sia per l'educazione che per la salute. Inoltre tale approccio ha un notevole impatto positivo nei confronti di tutti coloro che insegnano, amministrano, sostengono e sovvenzionano le scuole e le comunità in cui esse sono inserite. L'apprendimento e la salute sono strettamente legati. Il buono stato di salute degli alunni è un requisito essenziale per il raggiungimento degli obiettivi formativi così come lo stato di salute dei docenti è importante per lo sviluppo di scuole efficienti.
Una scuola che promuove salute mette al centro del programma il ragazzo che vive, lavora, gioca, e impara all'interno di un contesto dinamico che è la scuola.
L'educazione alla salute centrata sui ragazzi anziché sulle discipline significa sollecitare il mutamento per la costruzione di una nuova cultura della salute, una cultura che comprenda le interrelazioni, le interdipendenze dei fattori che determinano la salute.
Occorre un lavoro di squadra e un forte impegno collettivo perché la scuola possa effettivamente diventare "promotrice di salute" e assicurare ai giovani strumenti che permettano di promuovere scelte consapevoli e stili di vita sani, accrescere la responsabilità nell'autotutela, al fine di contrastare il disagio e il malessere con un'attenzione particolare verso chi ha meno opportunità.

2. LA SALUTE DELLE DONNE COME PARADIGMA DI CIVILTA'

La salute delle donne conta (OMS, Dichiarazione di Vienna, 1994), ma l'approccio di genere non è ancora pienamente utilizzato come strumento sistematico per programmare le azioni e gli interventi di promozione della salute, persistendo da una parte stereotipi e pregiudizi ad esempio nella ricerca biomedica, nello studio dell'eziologia dei fattori di rischio, ecc., dall'altra una sottovalutazione dei bisogni di salute delle donne, fatti derivare esclusivamente dalla sfera biologica-ormonale.

Il genere è, al contrario, un fattore determinante essenziale per la salute, in quanto lo stato di salute, la percezione del grado di benessere, l'insorgenza e il decorso delle malattie, l'approccio terapeutico sono diversi tra uomo e donna. Superare il pregiudizio scientifico che riconosce alle donne differenze esclusivamente di tipo biologico, focalizzando l'attenzione sulle differenze legate alla dimensione sociale e culturale del genere, durante l'intero corso della vita delle donne, diventa pertanto elemento essenziale preliminare ad ogni programma di intervento.

L'iniziativa "Investire nella Salute delle Donne" lanciata dall'OMS è guidata da 6 principi:

1) Investimenti in salute: le donne costituiscono una risorsa fondamentale per la società: molti studi effettuati dalle Nazioni Unite e dalla Banca Mondiale dimostrano con chiarezza che investire nelle donne offre ritorni più elevati sottoforma di sviluppo più rapido, efficienza elevata, maggior risparmio e riduzione della povertà. Attraverso i miglioramenti nella salute delle donne, i governi possono dare significativo impulso allo sviluppo economico e sociale, grazie al miglioramento della salute dei bambini, al miglior benessere della famiglia e della comunità, a costi sanitari inferiori, a una maggior produttività.
2) Diritti umani: gli interventi di sanità pubblica devono porsi l'obiettivo di riequilibrare una situazione di diseguaglianza fra uomini e donne la cui evidenza epidemiologica è confermata da numerosi studi. La dimensione di genere rappresenta un efficace strumento per contrastare le disuguaglianze nella salute, legate all'appartenenza a classi sociali svantaggiate, alla povertà, all'invecchiamento. Pertanto, la promozione della salute delle donne costituisce un indicatore da una parte di qualità, efficacia ed equità del nostro servizio sanitario, dall'altra della coerenza delle politiche sanitarie e non sanitarie, in un'ottica di intersettorialità e integrazione.
3) Salute per tutta la durata della vita: una olitica sanitaria che sia favorevole alle donne deve considerare la qualità della loro salute durante l'intero corso della vita e rispondere alle realtà sociali, politiche ed economiche della vita delle donne.
4) Empowerment: deriva dalla capacità delle donne di unirsi per promuovere il cambiamento, assumendo un ruolo guida nella definizione delle politiche sanitarie, nell'assunzione di decisioni e nella realizzazione di programmi. Ciò costituisce un prerequisito essenziale per aumentare la priorità riservata alla salute delle donne.
5) Servizi adatti alle donne: le strategie e i servizi rivolti alla salute delle donne devono rispettare e tutelare la dignità delle donne, senza discriminazioni o stigmatizzazioni, rispondendo ai bisogni specifici delle donne.
6) Relazioni fra uomini e donne: cambiamenti significativi nella salute delle donne implicano una trasformazione nel rapporto fra uomini e donne che devono condividere le responsabilità della pianificazione familiare e dello sviluppo dei figli.

La regione Toscana in conformità a quanto previsto dall'art. 59 della L.R. n. 41 del 24.02.05. riconosce che ogni tipo di violenza di genere ivi compresa la minaccia costituisce la violazione dei diritti umani fondamentali alla vita ed una autentica minaccia per la salute. Pertanto, con la L.R. n. 59 del 16.11. 2007 "Norme contro la violenza di genere" promuove l'attività di prevenzione e garantisce adeguata accoglienza, protezione,solidarietà, sostegno e soccorso alle vittime, indipendentemente dal loro stato civile e cittadinanza.
Le Aziende Sanitarie assicurano, per quanto di competenza, l'attivazione di almeno un centro di coordinamento per i problemi della conferenza di genere con funzioni di:

1. garantire l'immediato intervento di personale sanitario adeguatamente formato per l'accoglienza, l' assistenza e la cura alle vittime della violenza
2. garantire la valutazione e l'attivazione immediata di un intervento multidisciplinare sulla vittima
3. attivare una rete di protezione con le Società della Salute, gli Uffici scolastici regionale e provinciali, le forze dell'ordine, la magistratura, i centri anti violenza presenti sul territorio, al fine di assicurare l'immediata predisposizione di azioni e servizi necessari.

3. PROMOZIONE DELLA SALUTE DEI MIGRANTI E MEDIAZIONE

Nell'attuale scenario sociale, ricco di elementi e attori che complessificano sia la definizione della salute quanto il suo raggiungimento, un'efficace programmazione di interventi di promozione della salute richiede una lettura approfondita del contesto, dei bisogni e delle caratteristiche sociali e culturali dei gruppi target. A questo proposito, si deve registrare il fenomeno della strutturalizzazione dei flussi migratori come uno degli elementi caratterizzanti l'attuale scenario con ricadute rilevanti:

tra queste il dato che nelle statistiche Onu del 2005 ha portato l'Italia a figurare per la prima volta tra le prime 20 nazioni al mondo con il più alto numero di immigrati, con una trasformazione profonda del suo profilo sociale e demografico. Ciò comporta l'aumento della presenza degli stranieri, non solo sul territorio, ma anche nei servizi sociosanitari, e la conseguente necessità di far fronte a questo cambiamento in un'ottica di prevenzione e promozione della salute. Nel rapporto Assr del dicembre 2006 viene rilevata la crescita, nel triennio 2001-2004 di ricoveri di stranieri negli ospedali di tutto il SSN per oltre 415mila stranieri, di cui 395 mila regolari: il 46% in più rispetto al 2001 per una spesa di 659,543 milioni di euro. Il 20% degli stranieri regolari ricoverati afferivano al Lazio e in Toscana Questo dato, collegato ad alcuni studi multicentrici prodotti in Italia (Zincone 2002; Morrone et Al. 2003), secondo cui le persone migranti non mettono in atto comportamenti preventivi, ma si rivolgono al medico o ai servizi solo quando la malattia è in atto, ricorda che più che mai come rispetto alle persone straniere sia necessario progettare modalità attive all'interno dei servizi, dotate di specificità ed efficacia.
Guardando alla Toscana, l'aumento dell'incidenza dei migranti sulla popolazione autoctona raggiunge alcune punte ben oltre la media italiana e delle altre regioni, caratterizzandosi, tra l'altro per una sempre più consistente percentuale di donne (già oltre il 50% secondo il Rapporto Caritas/Migrantes 2006), in particolare all'interno di alcuni gruppi.
La presenza strutturale dei migranti e la significatività del profilo femminile in Toscana richiama pertanto l'attenzione verso i bisogni di salute di questi target. La necessità di progettare la promozione della salute dei diversi attori alla luce di una 'concezione integrale della salute' obbliga, inoltre, a non fare riferimento esclusivamente ai dati numerici, ma soprattutto alle criticità ancora ad esso correlate, quali la carenza di informazioni sull'offerta dei servizi e le risorse di salute, oppure le conoscenze parziali o non corrette di queste, anche in relazione al diritto alla salute di cui donne e uomini stranieri sono detentori nonché alle norme che lo tutelano.
Nel 2005 è stato istituito in Toscana presso l'Azienda USL 4 di Prato con delibera della Giunta regionale L'Albero della salute, Struttura regionale di riferimento per la mediazione culturale in sanità, con la finalità di porre al servizio dell'intero territorio toscano la sua funzione di analisi, modellizzazione, elaborazione di percorsi e pratiche finalizzate a favorire la promozione della salute dei migranti, affiancando le aziende sociosanitarie e ospedaliere nella sperimentazione e attuazione di quel modello di mediazione culturale, definito 'di sistema'. Tale modello prevede l'inclusione degli obiettivi sopra citati all'interno di un programma di comunicazione complessivo dei servizi locali che declina il rapporto significativo alla differenza culturale come funzione centrale dei servizi stessi, accanto e a supporto della presenza dei mediatori linguistico culturali.
Nel corso dell'intervento Mum Health (DRG 259/06) - realizzato in rete con le aziende sociosanitarie toscane e con la collaborazione di gruppi e associazioni migranti - e ispirato a tale modello, le priorità emerse nella promozione della salute dei migranti risultano quindi essere:

- il monitoraggio e la vigilanza anche sul piano della rilevazione di dati, in collaborazione con il Sistema informativo regionale relativamente ai bisogni di salute dei migranti, con particolare attenzione a quelli delle donne, dei bambini e dei gruppi particolarmente a rischio di esclusione dall'accesso ai servizi e di "fragilizzazione" sociale.
- lo sviluppo di una strategia comunicativa complessiva in rete tra le aziende, attraverso l'elaborazione dei materiali informativi in lingua,elaborati secondo protocolli condivisi e verificati con gli stranieri
- il monitoraggio e la diffusione di informazioni uniformi e conformi alla normative relativa alle persone migranti sul diritto alla salute nei servizi sociosanitari.
- la razionalizzazione delle risorse di mediazione culturale nell'ottica dell'utilizzazione di tutti gli strumenti atti a favorire la comunicazione linguistica- culturale e a valorizzare la presenza e il ruolo dei mediatori possibilmente all'interno di progettualità comuni e condivise tra aziende per prossimità territoriale o bisogni
- l'inserimento dell'obiettivo della formazione degli operatori sociosanitari alla transculturalità in un ruolo di preminenza all'interno dei piani formativi aziendali
- l'utilizzo di metodi partecipativi che favoriscano l'inclusione dei migranti all'interno delle progettualità relative i bisogni di salute propri e condivisi con il territorio

4. AMBIENTE E SALUTE – IL COORDINAMENTO INTERISTITUZIONALE

La definizione di "ambiente e salute" dell'OMS comprende sia gli effetti patologici diretti degli agenti chimici, fisici e biologici, sia gli effetti indiretti sulla salute e sul benessere dell'ambiente fisico, psicologico, sociale ed estetico in generale, compresi l'alloggio, lo sviluppo urbano, l'utilizzo del territorio e i trasporti. Dunque, una definizione ampia che richiede un approccio globale ed integrato alla materia e l'elaborazione di politiche innovative. È necessario realizzare un nuovo sistema organizzativo integrato ambientale sanitario che assicuri livelli d'intervento professionale ed etico appropriati ai problemi ed i bisogni territoriali, attraverso la costituzione di un'efficiente "cabina di regia politico-programmatica" regionale finalizzata alla pianificazione ed all'incentivazione delle politiche di raccordo. La costituzione di un Coordinamento dei soggetti interessati, sia a livello di Direzioni Generali regionali, che degli operatori delle Agenzie e delle Aziende USL, permetterà la programmazione e l'attuazione di interventi unificati e multifocali, suscitando una rinnovata partecipazione degli operatori, e una nuova visibilità delle attuali strutture coinvolte (ARPAT, ARS, Dipartimenti della Prevenzione delle Aziende USL, Università e Centri di ricerca).
Il Coordinamento regionale in tema di ambiente e salute deve garantire che la risposta istituzionale alle istanze della popolazione sia veloce ed univoca; inoltre, deve supervisionare l'implementazione delle azioni previste dalla programmazione regionale (paragrafo 5.1) , monitorando i risultati e progettando interventi di miglioramento, attraverso il contributo della ricerca.
Analoga collaborazione è auspicabile anche nell'ambito della biometeorologia umana per adottare interventi nelle attività di gestione e programmazione della assistenza e prevenzione delle malattie connesse al clima e ai fattori di rischio ad esso connessi.
Gli effetti delle condizioni meteorologiche sulla salute umana sono noti e recenti ed approfonditi studi sono in grado di valutare sia le azioni dirette (temperatura, umidità, vento), sia quelle indirette (pollini, inquinanti), offrendo informazioni utili a ridurre i rischi per la popolazione. I cambiamenti climatici in atto e previsti per i prossimi anni rendono questo settore di ricerca sempre più importante anche per la nostra regione. A questo riguardo, le ultime proiezioni sui cambiamenti climatici indicano un incremento della frequenza e persistenza degli eventi meteorologici estremi, che rivestono un grande significato in termini di salute pubblica e per i quali risulta indispensabile studiare e applicare interventi di adattamento. Sono ad esempio noti gli effetti delle sempre più frequenti ondate di calore e di freddo sulla popolazione e soprattutto su alcune categorie di soggetti (anziani e malati cronici). Non va trascurata, inoltre, la probabile comparsa di nuove malattie infettive (malaria, dengue) ad alto rischio per la salute, nonché la variazione dei calendari pollinici di specie allergeniche.
Lo sviluppo dei servizi biometeorologici a supporto delle attività di Governo Clinico può contribuire:

- al miglioramento dell'efficienza delle misure preventive per patologie riacutizzate o determinate dalle condizioni meteorologiche;
- alla messa a punto di interventi assistenziali specifici basati sulla reale entità del rischio biometeorologico;
- all'ottimizzazione delle risorse economiche del servizio sanitario regionale rivolte alla assistenza e prevenzione, attuando interventi mirati per l'intera popolazione e le categorie a rischio.

Nell'ambito di vigenza del piano la Giunta regionale si impegna ad adottare con il Centro Interdipartimentale di Bioclimatologia – Università di Firenze - azioni di ricerca e di intervento per:

- individuare le aree regionali a rischio di ondate di calore e di freddo, integrando le informazioni con sistemi informativi geografici e con la possibilità di indicare i livelli di rischio per specifiche categorie di soggetti (fasce di popolazione a rischio), mediante modelli e indici biometeorologici per migliorare l'efficienza dell'intervento tramite interventi mirati.

implementare modalità di trasferimento delle informazioni utili a gestire nel breve e lungo periodo situazioni di rischio biometeorologico indirizzata a diversi utenti finali (Istituzioni Regionali per il

Governo Clinico, Operatori sanitari o socio sanitari, categorie specifiche di lavoratori, amministratori pubblici, ecc.)

5. LA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NELL'ASSISTENZA E NELLE CURE

La sempre maggiore attenzione sui problemi della sicurezza del paziente degli operatori sanitari e delle associazioni dei cittadini è conseguente e coerente con gli indirizzi di politica sanitaria che, a livello internazionale e nazionale, sono stati indicati dalle maggiori istituzioni scientifiche.
Una scienza medica sempre più avanzata e che si spinge ai limiti delle possibilità tecnico-scientifiche e i crescenti bisogni di salute, hanno posto tra i temi prioritari degli interventi in sanità la sicurezza del paziente.
E' a tale fine che la Regione Toscana, una delle prime ad essere intervenuta su questo tema istituendo la figura del clinical risk manager in ogni azienda sanitaria, è interessata a perseguire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- promuovere e sviluppare la cultura della sicurezza mediante l'attivazione del sistema di incident reporting e la pratica dell'audit clinico e delle rassegne di mortalità e morbilità in ogni azienda sanitaria e sul territorio;
- consolidare l'organizzazione della gestione del rischio clinico in tutte le aziende sanitarie mediante un potenziamento delle funzioni e delle strutture deputate ad occuparsene, sulla base dei dati della rischiosità forniti dal sistema informativo sui sinistri e di incident reporting;
- dare un ruolo attivo al cittadino mediante un suo maggiore coinvolgimento nelle attività di gestione del rischio clinico, in particolare informandolo sull'applicazione delle buone pratiche per la sicurezza del paziente adottate nelle aziende sanitarie in ambito ospedaliero e territoriale;
- promuovere la trasparenza e la chiarezza nella comunicazione tra operatori sanitari e pazienti in tutte le fasi dei percorsi clinico-assistenziali, in particolar modo per quanto concerne la comunicazione del rischio prima, durante e dopo i trattamenti.

6.

Parte Seconda
Obiettivi specifici e Azioni

4. UN PIANO PER IL CITTADINO: Quattro grandi progetti

Cosa chiedono i cittadini toscani

Il Laboratorio Management e Sanità ha svolto, recentemente, un'indagine telefonica su 5.400 cittadini. L'indagine si proponeva di consegnare alla valutazione pubblica i nuovi principi enunciati nella proposta di Piano.
Allo scopo di acquisire "interpretazioni, convinzioni, idee" sui temi ed obiettivi cruciali, sono state poste, a ciascun cittadino, queste domande:

- Pensando alla sanità, la parola INIZIATIVA cosa le fa venire in mente?
- Pesando alla sanità, se le dico MIGLIORARE LA QUALITÀ cosa le viene in mente?
- Pensando alla sanità, se le dico MIGLIORARE LA PRODUTTIVITÀ cosa le viene in mente?

Il sondaggio ha fornito preziose indicazioni; le persone intervistate non solo hanno tradotto e "pesato" i principi guida in aspettative esigibili, frutto di esperienze, valori, interessi che vorrebbero veder realizzati, ma hanno anche restituito un insieme di requisiti sui quali il Sistema stesso dovrà misurarsi e "rendere conto".
Il Cittadino:

- chiede accessibilità alle cure, trasparenza e tempestività di percorsi diagnostici terapeutici;
- esige attenzione come persona ed un rinnovato rapporto professionista – paziente;
- domanda una informazione maggiore sulle cause di fragilità e sulle qualità necessarie per mantenersi in salute;
- richiede al sistema una sostanziale efficienza nei comportamenti organizzativi evitando gli sprechi e la frammentazione dei percorsi diagnostico terapeutici.

Vuole, in sintesi, una nuova cultura delle responsabilità che, accanto ai tradizionali indicatori di efficacia, efficienza, economicità, ponga le dimensioni dell'equità, della trasparenza, della correttezza in tutti gli aspetti della relazione e della gestione della salute.

Questo piano si propone di "rendere conto" al cittadino, puntando su quattro grandi progetti che, direttamente ed indirettamente, guardano sia alle esigenze individualmente espresse, sia alla complessità dei problemi che esistono nella moderna gestione della salute di tutti.

4.1 Un'interfaccia trasparente fra il sistema e il cittadino: il CUP di Area Vasta e la Carta sanitaria del cittadino

4.1.1 Il CUP di Area Vasta

Il sistema CUP (Centro Unico di Prenotazione) è un sistema che facilita l'accesso alle prestazioni sanitarie e ai servizi ambulatoriali e diagnostici presenti sul territorio riducendo gli spostamenti degli utenti. i cittadini, infatti, tramite telefono o visita ad un qualunque sportello CUP possono richiedere una prenotazione e/o pagare un ticket, senza recarsi direttamente nella struttura in cui si vuole avere la prestazione. Da anni sono ormai operativi sistemi CUP in tutte le aziende sanitarie della regione e, in alcuni casi, al fine di rendere sempre più capillare l'accesso ai servizi offerti e consentire l'interazione dell'utenza con tutte le strutture pubbliche eroganti prestazioni indipendentemente dall'ambito territoriale di competenza, si sono realizzati alcuni progetti di federazione dei CUP aziendali; alcuni esempi sono il sovracup dell'Area vasta nord ovest ed CUP metropolitano dell'area fiorentina.

L'iniziativa che ha preso la Regione Toscana prevede il collegamento dei sistemi CUP attivi presso le diverse Aziende Sanitarie in modo da realizzare una architettura di tipo distribuito con un centro localizzato in ogni AV, per cui ogni Azienda Sanitaria continua a gestire in piena autonomia i dati di disponibilità delle proprie strutture e, nel contempo, è in grado di interagire con le altre ASL per acquisire servizi non eseguibili o eseguibili con tempi di attesa maggiori.

Sulla base delle esperienze consolidate a livello aziendale e le sperimentazioni a livello di AV e sub-AV si vuole adesso indirizzare verso lo sviluppo di CUP di seconda generazione operanti a livello di Area Vasta prima e regionale poi. Gli obiettivi di medio e lungo termine del CUP di seconda generazione sono i seguenti:

- snellire le strutture di call center distribuite in ogni azienda,
- migliorare e ampliare l'accesso dei cittadini ai servizi e razionalizzare il sistema contenendone i costi;
- ampliare la disponibilità in rete, sino a distribuire via Cup una grande percentuale delle risorse della sanità pubblica regionale; rendere totalmente trasparente e facile l'accesso ai servizi pubblici o privati accreditati;
- monitorare l'andamento delle liste d'attesa al fine di consentire alla Regione ed alle Aziende Sanitarie la programmazione degli interventi necessari ad abbattere i tempi d'attesa; diffondere periodicamente agli utenti i dati sui tempi medi d'attesa
- fornire alle aziende sanitarie un servizio di monitoraggio della domanda e dell'offerta sanitaria, con particolare riferimento alla mobilità tra le Aziende Sanitarie e alla compensazione economica
- potenziare le attività di controllo di appropriatezza delle prestazioni erogate
- favorire una competizione amministrata tra produttori di servizi.

Ulteriori obiettivi futuri di grande strategicità economica e di servizio riguardano il coinvolgimento dei medici di medicina generale, sia attraverso l'utilizzo del sistema, per la definizione e l'applicazione di percorsi e priorità di accesso differenziati in funzione del grado di gravità e/o urgenza clinica, sia per la prenotazione delle visite presso gli studi associati. Altra grande opportunità offerta da un sistema CUP regionale riguarda la disponibilità, immediata, delle informazioni necessarie alla programmazione della distribuzione dei servizi (potenziamento, capillarità) a livello di AV e regionale. Infine un sistema CUP di respiro regionale consentirà la integrazione maggiore fra pubblico e privato nella distribuzione di servizi per offrire all'utente opportunità e convenienza di scelta e per bilanciare i costi di funzionamento del sistema (ciò grazie all'inserimento di alcune strutture private e delle strutture accreditate convenzionate per la prenotazione di visite ed esami ed in prospettiva anche di ricoveri a pagamento).

L'esperienza del sistema CUP sarà infine la base per attivare procedure ad hoc in settori particolarmente complessi, quali ad es. l'offerta di radioterapia così come le alte tecnologie.

4.1.2 La "Carta sanitaria" personale

Tra le sfide più rilevanti del triennio 2008-2010, si afferma senza dubbio la necessità di rispondere alla semplificazione dell' esercizio del diritto alla salute in ogni luogo e in ogni momento del percorso socio-sanitario per ogni cittadino. Ciò si traduce nel rispondere ad esigenze molteplici: alleggerire l'onere documentale (anamnesi, referti,prescrizioni,immagini, etc) pur garantendo completezza di informazione sulla memoria e futuro di salute;verificare le azioni predittivo- preventivo- terapeutiche per garantire l'esercizio del diritto di salute a ogni tappa del percorso, accrescendo e mirando alla personalizzazione delle cure;assicurare e ridurre l'errore umano;sviluppare una lingua franca tra i molteplici portatori di interesse,adottando tecnologie appropriate e di uso agevole ,con riduzione di costi e sprechi;migliorare l' efficienza delle strutture sanitarie e la qualità dell'assistenza.

Sul versante tecnologico negli ultimi anni si è moltiplicato l'interesse a concepire strumenti atti a facilitare il cittadino nell'accesso,la gestione e la condivisione delle proprie informazioni sanitarie in ambiente sicuro e riservato. Tra la pletora di descrizioni di tali strumenti(cartella clinica computerizzata,fascicolo sanitario,etc) si è fatto strada in letteratura il consenso per l'espressione electronic personal health record (EPHR) che pone l'enfasi su applicazioni di tipo elettronico piuttosto che cartaceo. Versioni on line di EPHR che consentano ai pazienti di gestire i propri dati di salute sono già diffuse negli USA(e.g. Kaiser) e in Europa (e.g. NHS HealthSpace in UK).Dal giugno 2004 una direttiva europea prevede l'adozione di una carta sanitaria per identificare il paziente,avere accesso alla diagnostica on line e controllare i costi. In Italia esistono sperimentazioni su settori specifici. Escluse poche eccezioni, tali sperimentazioni sono caratterizzate da una piena rispondenza funzionale alle esigenze particolari del reparto o del processo che attua la sperimentazione mentre permangono molte criticità: la non interoperabilità con gli altri processi aziendali, l'inadeguatezza nella rispondenza a requisiti di sicurezza, affidabilità, integrità; il non rispetto degli standard per l'healthcare ICT. Grandi restano le disparità tra le regioni italiane, in quanto ciascuna si muove con investimenti e modelli diversi, interpretando differentemente il significato della carta e i contenuti ai quali dovrebbe dare accesso. Per superare parte delle disparità è stata introdotta la tessera sanitaria nazionale, abbinata al codice fiscale.

Appaiono tre gli interventi chiave che possono permettere di introdurre una "carta sanitaria"al servizio del cittadino e della sua storia e futuro di salute:

a. l'unificazione del linguaggio(dalla normalizzazione delle tassonomie mediche e delle altre classificazioni correlate coi processi clinico–assistenziali, alla standardizzazione dei processi "compatibile" con la complessità dei processi sanitari, fino all'implementazione effettiva degli standard nell'healthcare ICT.
b. la formazione degli operatori sanitari (dalla sensibilizzazione degli operatori sanitari da parte di opinion leader sull'importanza e sul "buon uso" dell'ICT in sanità, agli studi epidemiologici per la ricerca clinica basati sull' utilizzo di strumenti evoluti di business intelligence & data minino)
c. la convergenza tra la tessera sanitaria e la cartella clinica computerizzata attraverso l'integrazione delle reti in uso.

Nel sistema sanitario toscano, sul fronte infrastrutturale la disponibilità di rete per raggiungere professionisti e altri istituti (MMG e PLS, farmacie, cliniche private, ecc.) appare sufficiente. La situazione delle aziende sanitarie che adottano cartelle sanitarie elettroniche si presenta variegata, mentre tra i MMG e PLS si registra una diffusione significativa di cartelle cliniche (o meglio schede di pazienti in alcuni casi) anche grazie agli incentivi per la informatizzazione erogati dalle aziende sanitarie. L'elemento frenante è il vero utilizzo che ne viene fatto ovvero i contenuti disponibili e la collaborazione dei medici a metterli a disposizione o ad ampliare i servizi offerti ai cittadini attraverso servizi ricevuti dalle aziende. Sul fronte referti il quadro è incoraggiante: per i referti radiologici il progetto RIS-PACS costituisce una fonte formidabile di dati clinici ed offre una disponibilità di informazioni cliniche digitali a standard, inclusa la infrastruttura di trasporto intraziendale e la conservazione utile ad accessi formalizzati. Il progetto regionale è suddiviso nei 3 ESTAV e lo stato di avanzamento risulta differenziato rispetto al completamento. I referti di laboratorio,infine, sono una fonte importante di dati clinici per i cittadini e gran parte delle aziende sanitarie hanno oggi attività di laboratorio informatizzate. Tuttavia occorre un salto di qualità nell'accessibilità di questi dati e nella loro integrazione, emulando gli esempi esistenti di alcune aziende sanitarie che offrono,ad esempio, un sistema accessibile via web e che invia dati anche tramite SMS. Lo stato dell'arte nel SST dimostra perciò che vi sono le basi per intraprendere un percorso innovativo nel breve-medio termine, costruendo su quanto di buono ad oggi risulta disponibile.

Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 guarda al cittadino come proprietario dell'accesso ai dati della sua memoria e futuro di salute,in quanto titolare di un diritto individuale alla stessa. I dati ai quali ogni cittadino toscano dovrebbe accedere attraverso una "carta sanitaria", nel rispetto più rigoroso della privacy della persona, saranno perciò quelli anamnestici (allergie,malattie,operazioni,etc), legati al consumo di farmaci, alla documentazione storica sanitaria accessibile nonostante i diversi formati (immagini via RIS/PACS,cartelle,etc), i piani e programmi di prevenzione (vaccinazioni, controlli periodici,esami etc). Nel lungo termine l'accesso dovrà allargarsi e comprendere ogni altro dato utile,soprattutto in chiave prospettica,nell'intercettare una patologia prima che essa si manifesti, in coerenza con i principi della lotta alla cronicità e alla sanità di iniziativa.

La visione è quella di una "carta sanitaria" che permetta perciò :

- al cittadino –attraverso una efficace rete distributiva sul territorio- di accedere in modo semplice e diretto (via Web/TV/altro) alla propria storia e futuro sanitario,delegando su sua iniziativa l'accesso a soggetti determinati:MMG,PLS, le Farmacie, il Pronto Soccorso,etc.
- alle strutture ospedaliere, ai professionisti sanitari, agli altri operatori coinvolti, di agire come alimentatori delle informazioni relative alla storia sanitaria del cittadino, alla quale accedono appunto in forma regolamentata e dietro esplicito consenso.
- alla direzione regionale di svolgere il ruolo di elaboratore di strumenti e processi idonei a trovare le soluzioni rispondenti alla realizzazione di questa visione integrata e di sistema.

4.2 Il pronto soccorso: la porta dell'ospedale - I percorsi di miglioramento

La profonda modifica della percezione del bisogno di salute,ritenuto soggettivamente urgente, e della tipologia della offerta dei servizi ritenuti di maggior efficacia per la sua soddisfazione hanno rappresentato in questi anni una sfida culturale, prima che organizzativa, per il Sistema Sanitario Regionale.
Oltre un milione e duecentomila cittadini si sono rivolti nell'ultimo anno ai Pronto Soccorso della nostra Regione. Circa un terzo di tali accessi è stato classificato come problema "non urgente" (codici bianco e azzurro della procedura Triage) . Anche la percentuale estremamente contenuta degli accessi in Pronto Soccorso cui segue ricovero ospedaliero (in media il 15%-18%) o, comunque, necessitanti di una osservazione di 24 ore in ambiente ospedaliero (un ulteriore 10-12%) , indica un profilo della domanda sanitaria ritenuta urgente che, per la maggior parte, potrebbe rivolgersi alle strutture territoriali in grado di garantire teoricamente una risposta con pari efficacia, ma con maggior efficienza, anche in ragione dei costi delle prestazioni erogate nelle strutture ospedaliere.
Con questa ipotesi si sono sperimentati negli ultimi anni diversi modelli territoriali innovativi (Punti o Centri di Primo Soccorso) con a comune lo stesso riferimento concettuale: la risposta non ospedaliera a problemi urgenti di minor gravità .
Che si sia trattato di una diversa organizzazione delle cure primarie (disponibilità dei MMG sulle 12 ore con possibilità di collegamenti relativamente rapidi con i principali Servizi diagnostici) o di Punti di Primo Soccorso (gestiti dai medici dell'Emergenza territoriale o da Associazioni di Volontariato) i risultati , nel loro complesso, non sono stati particolarmente significativi.
Anche questi risultati sono una conferma della profonda modificazione nel bisogno di salute percepito come urgente dai cittadini e nei conseguenti comportamenti adottati per la soddisfazione di questo bisogno: l'Ospedale ed il Pronto Soccorso hanno assunto la dimensione rassicurante della complessità ed efficacia- diagnostica e terapeutica- e tale complessità e competenza sono ormai diffusamente ritenute necessarie per risolvere qualsiasi bisogno urgente .
Il contesto ospedaliero si è invece strutturato nel tempo sul mandato della massima efficacia ed efficienza per le condizioni urgenti di maggior gravità; lo strumento dei codici colori ha rappresentato, a ben vedere, la risposta di una organizzazione che ha cercato, in costanza di risorse, di rendere equa l'offerta di Pronto Soccorso verso una domanda che superava la sua capacità di gestione.
Il sistema Pronto Soccorso ha utilizzato il tempo di attesa come strumento di equità garantendo tempi minimi o molto ridotti per i codici rossi e gialli e distribuendo il resto delle proprie risorse sui codici verdi, azzurri e bianchi che, in ragione di una domanda crescente, hanno registrato tempi di attesa sempre maggiori.
La Regione Toscana, anche in riferimento ad esperienze internazionali, ha introdotto un innovazione organizzativa per affrontare la crescente frequenza di accesso nei Pronto Soccorso dei codici di minor gravità; gli ambulatori specificamente dedicati ai codici bianchi ed azzurri hanno consentito di rispondere a questa tipologia di bisogno con tempi ragionevoli e tali da recuperare , almeno in parte, un rapporto ed un clima di fiducia.

Per migliorare ulteriormente tale rapporto e tale clima il Sistema dei PS toscani deve affrontare altre iniziative di qualità con le quali, continuando a mantenere e rendere più efficaci le prestazioni proprie dell'emergenza-urgenza, si faccia anche maggiormente carico dell'insieme dei bisogni del cittadino. Deve ,in altre parole, curare anche gli aspetti relazionali e psicologici del momento "urgenza", in base ai quali viene spesso valutata dal paziente buona parte della prestazione ricevuta.

In sostanza un paradigma culturale diverso : il Pronto Soccorso, in questa fase storica, diviene un luogo appropriato per l'incontro con la nuova percezione del bisogno di salute che potrà, certo, modificare il suo profilo nella relazione con i nuovi modelli organizzativi della Medicina del territorio, ma non la sua importanza.

Si tratta quindi di arricchire il modello dei nostri PS con una particolare attenzione agli aspetti organizzativi e strutturali finora almeno parzialmente disattesi perché non compresi nel "mandato originario"che riserva gli elementi di giudizio "tempo di attesa" e "presa in carico" solo per la qualità del Servizio per i bisogni urgenti di maggiore gravità .

Alcune criticità sono, peraltro, di immediata evidenza : carenza in alcune realtà di Servizi dedicati di Radiodiagnostica che consentano percorsi rapidi , mancanza di adeguate condizioni strutturali ed organizzative per i momenti più significativi della permanenza in Pronto Soccorso (accoglienza sanitaria e amministrativa , area triage, sale di attesa , locali adibiti all'osservazione temporanea dotate di letti attrezzati per lo svolgimento dell'iter diagnostico-terapeutico del paziente, procedure di sorveglianza ed esplicita formalizzazione per la rinuncia alla prestazione e allontanamento dal Pronto Soccorso).

Il tema rappresenta, quindi, una priorità strategica ed uno dei grandi obiettivi di questa legislatura; per questo si ritiene necessario impegnare le Aziende sanitarie su un progetto che risponda alle nuove esigenze.

In sintesi, appare oggi possibile nei Pronto Soccorso recuperare la mission, non tanto sul piano della gravità delle situazioni cui rispondere (l'urgenza è tale anche se soggettiva) quanto sul piano di un inserimento organico in una diversa organizzazione ospedaliera e territoriale che permetta di svolgere al meglio la sua principale funzione di importanza cruciale: il pronto e adeguato intervento diagnostico-terapeutico su tutte quelle situazioni che mettono in pericolo la vita o fanno rischiare una compromissione permanente di qualche funzione dell'organismo.

Premessa questa collocazione peculiare del PS ne deriva che i percorsi di miglioramento della sua funzione riguardano entrambi i versanti del Sistema Sanitario

4.2.1 Sul versante territoriale

Dall'analisi della tipologia dei pazienti che si presentano in PS risulta che una notevole percentuale ha come motivo fondamentale la riacutizzazione di una patologia cronica . Sono pazienti che potrebbero essere seguiti in modo più continuativo da un adeguata e integrata organizzazione della medicina territoriale che punti alla prevenzione delle loro riacutizzazioni. Medici di famiglia,infermieri di distretto,ambulatori ospedalieri possono collaborare alla definizione e alla pratica di un tipo di assistenza proattiva propria della sanità di iniziativa. In molte situazioni il collegamento territorio ospedale può essere diretto, senza l'intermediazione del PS.
In caso di inevitabile riacutizzazione e conseguente necessità di ricorso alle strutture ospedaliere il PS deve garantire l'inizio o il proseguimento di un adeguato percorso per quel determinato tipo di patologia. Le Unità di Osservazione (parte integrante del PS ,che permettano una permanenza non superiore alle 24 ore) servono anche a una migliore stratificazione prognostica di svariate situazioni cliniche. Queste ultime possono combinare il concetto di decisione clinica (dimissione o ricovero) con quello di case management. Il paziente non solo può, almeno in alcune circostanze, non esser ricoverato ma deve essere avviato al percorso assistenziale più adeguato. In taluni casi, possiamo considerare l'episodio che lo ha portato in DEA un "evento sentinella" di insufficienti cure primarie. Detto paziente deve quindi essere attivamente "riallacciato" al medico curante e ai Servizi di assistenza territoriale per il proseguimento delle cure, cercando di prevenire così ulteriori ricorsi al DEA.

4.2.2 Sul versante ospedaliero

Gli ospedali devono essere in grado di governare i flussi che il PS detta all'intero funzionamento dell'ospedale impedendo il permanere dei pazienti in una situazione non consona ,dopo un certo numero di ore, ai suoi bisogni di cura e assistenza.
Migliorare la funzionalità del PS significa quindi riorganizzare non solo il PS ma anche i flussi ospedalieri. Il tradizionale paradigma del DEA come valvola di sicurezza per le inefficienze ospedaliere deve dare il posto a una moderna visione del DEA stesso come componente integrata di un sistema organico fortemente interconnesso
Le principali direttive per questo obiettivo sono:

1) La diversificazione dei flussi in PS fra paziente a alto o basso bisogno assistenziale. La Regione Toscana da qualche anno ha promosso la creazione dell'ambulatorio dei "codici minori" per quei pazienti che presentano problemi quasi sempre risolvibili con limitato impegno di risorse cliniche e strumentali,in modo da contenere eccessivi tempi di attesa e permanenza in PS. A questo vanno aggiunti dei percorsi "fast track" che permettano di indirizzare in sicurezza e in tempi relativamente celeri (24-48 h) situazioni cliniche che non richiedono una soluzione immediata
2) Una diversa gestione dei flussi intraospedalieri. L'attuale organizzazione presenta due principali caratteristiche :a) un flusso "pulsato" delle dimissione (una volta al giorno) che determina una indisponibilità di accoglienza dei ricoveri per larga parte della giornata.; b) una commistione dei ricoveri di elezione con quelli di urgenza negli stessi spazi. La riorganizzazione degli ospedali per fascia di intensità di cure deve prevedere la separazione delle due linee in modo che i ricoveri in una zona non interferiscano negativamente sulla funzionalità dell'altra. Inoltre il flusso delle dimissioni deve essere basato su una maggiore continuità nelle 24 ore tramite, ad es la creazione di strutture dedicate per l'attesa della dimissione (discharge room) e una migliore organizzazione dei Servizi di trasporto

3) La diagnostica per immagini deve esser parte della dotazione tecnologica propria dei PS ad alto afflusso. Le eccessive lunghezze di permanenza in DEA sono spesso attribuibili al confluire in un unico Servizio diagnostico delle richieste da più parti del sistema sanitario (ospedale, territorio, DEA)

4) La Realizzazione di un moderno collegamento informatico fra i vari segmenti dei percorsi in emergenza- urgenza (CO118, PS, Aree di degenza ospedaliera, medicina territoriale). Una buona registrazione/comunicazione dei dati rende il lavoro assistenziale più sicuro e efficiente e permette l'analisi critica e il confronto delle e fra le varie strutture impegnate

Questi importanti aspetti tecnico-organizzativi non devono relegare su un piano secondario il problema dell'accoglienza,intesa come capacità di creare per il paziente e i suoi famigliari un luogo e un clima nei quali si riescono a contenere e gestire le inevitabili ansie .Prima di tutto deve essere definitivamente superato il vecchio concetto che il cittadino si può spesso recare in PS senza motivo plausibile. Nella realtà questo si verifica in una netta minoranza dei casi. La mancanza di efficaci risposte alternative in altra sede o una situazione percepita come un'urgenza soggettiva costituiscono, nell'attuale panorama culturale, motivi che non possono essere considerati non validi .
In secondo luogo realizzare una buona accoglienza significa adottare interventi strutturali che migliorino gli ambienti di attesa e di lavoro e garantiscano la privacy , buon triage, gestione dei bisogni durante le attese ,bisogni che non sono solo di tipo strettamente clinico. In altre parole il paziente va "accompagnato" durante l'intera permanenza in PS fino al momento della dimissione o ricovero che deve avvenire con messaggi chiari e comprensibili. Obbiettivo finale è rendere l'impatto difficile con il Pronto Soccorso un momento di rassicurazione per il cittadino e un viatico di fiducia per il successivo percorso all'interno del Sistema.

4.3 Dalla medicina di attesa alla sanità di iniziativa

La necessità di ripensare l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini in un'ottica di equità, propria di un sistema universalistico, deve tener conto delle dinamiche demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche della nostra Regione.

I DATI EPIDEMIOLOGICI DELLA CRONICITA'

La tendenza all'invecchiamento della popolazione toscana, con il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche, pone al sistema la necessità di far fronte alla modifica della domanda assistenziale attraverso una risposta ai bisogni complessi caratterizzata da una forte integrazione socio-sanitaria.

Per quanto riguarda l'indice di vecchiaia, infatti, la Toscana ha raggiunto i valori tra i più elevati al mondo, stabilizzatisi, negli ultimi anni, attorno a 192 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani di età inferiore ai 15 anni.

In Toscana, in particolare, l'analisi del profilo di salute contenuta nella relazione sanitaria ci permette di effettuare una stima di prevalenza su alcune patologie croniche di grande rilevanza:

Sono presenti:

- oltre 150.000 pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici, un quinto dei quali trattato con insulina;
- circa 770.000 pazienti sono in cura con farmaci antipertensivi;
- si verificano circa 11.000 infarti miocardici acuti (IMA);
- poco meno di 11.000 sono gli ictus cerebrali, che si verificano ogni anno;
- I pazienti toscani con più di 65 anni affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) sono circa 100.000;
- Gli anziani ultrasessantacinquenni affetti da scompenso cardiaco sono circa 55.000.

Per quanto concerne la comorbilità, si può stimare che gli anziani residenti nella nostra Regione con almeno 3 malattie croniche siano circa il 9%, pari ad oltre 70.000 ultrasessantacinquenni.

LE CONDIZIONI SOCIALI

Particolare attenzione inoltre va posta verso le fasce di popolazione che, per condizioni socio-sanitarie, livello di istruzione e/o scarsa conoscenza dei servizi, si trova ad accedere al SSR con minore intensità e tempestività, oppure vi accede attraverso la rete dell'emergenza urgenza, con minori possibilità di recupero.

LA SANITA' DI INIZIATIVA

Lo sviluppo della sanità di iniziativa si basa: su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico "proattiva" dei cittadini e su un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali adeguate.

Tale processo riguarda in maniera integrata i percorsi ospedalieri, la presa in carico del cittadino da parte del territorio, la integrazione multidisciplinare dei professionisti del SSR e la valutazione multidimensionale del bisogno.

Pertanto l'obiettivo strategico consiste in:

un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia e che organizza un sistema che accompagna il cittadino, favorendo lo sviluppo di condizioni che permettono di mantenere il livello di salute il più alto possibile; un sistema capace di gestire, rallentandone il decorso, le patologie croniche ed anche di affrontare con efficacia l'insorgenza di patologie acute.

Risulta determinante pertanto ripensare i modelli organizzativi puntando a definire contenuti assistenziali integrati in un contesto organico di ruoli e funzioni, rimuovendo gli ostacoli all'integrazione dei professionisti.
In questa ottica assume una particolare valenza la "capacità" del sistema di farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative di prevenzione primaria, quali l'adozione di corretti stili di vita, ed in particolare l'attenzione all'esercizio della attività fisica, di corrette abitudini alimentari, che debbono comunque essere viste non solo come strumento di prevenzione ma anche come indispensabile sussidio alle terapie nella gestione della patologia nel caso di insorgenza della stessa.
Nella filosofia di adozione del modello, la prevenzione secondaria e gli screenings in particolare dovranno avere un ruolo primario nella diagnosi precoce di molte patologie croniche.

4.3.1 La sanità di iniziativa in ambito territoriale – Il Chronic Care Model

La gestione dell'incremento della prevalenza di cronicità rappresenta uno dei problemi sanitari e sociali più rilevanti che le società così dette evolute debbono affrontare; con l'aumento della speranza di vita della popolazione, la diffusione e la presenza delle malattie croniche sono in continuo aumento.
Attualmente i 4/5 delle prestazioni sanitarie sono richieste per il trattamento della cronicità ed i 2/3 dei ricoveri sono ad esse attribuibili; alcuni studi predittivi stimano che nel 2020 circa il 60% della popolazione sarà affetto da patologie croniche.
In media otto anziani su dieci soffrono di una o più patologie croniche caratterizzate da diversi stadi di gravità tale problema particolarmente significativo per la Toscana dove l'indice di vecchiaia è tra i più alti di Europa.
Oltre ai costi diretti vanno ovviamente considerati i costi sociali che la cronicità induce, sia in relazione alle modifiche della struttura familiare che alla disabilità totale quale risultante dell'evoluzione delle patologie croniche.

SANITA' DI INIZIATIVA E CHRONIC CARE MODEL
La sanità di iniziativa, intesa come modello assistenziale per la presa in carico, costituisce, nell'ambito delle malattie croniche, un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.
Il modello operativo prescelto, il Chronic Care Model, è basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di informazione e di addestramento ed il team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e MMG.
Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow up, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere.
Sulla base delle esperienze realizzate in varie aziende sanitarie toscane, il sistema utilizza il lavoro integrato di diversi professionisti chiamati ad assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale (disease management) e si basa su:
- l'adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica, ed le corrette abitudini alimentari, viste non solo come strumento di prevenzione, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione della patologia;
in questa ottica è stata promossa l'Attività Fisica Adattata (AFA) come un programma di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicato per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate negli esiti della malattia;
l'adozione del modello della Società della Salute permetterà, inoltre, di inserire nella elaborazione dei Piani Integrati di Salute tutte quelle azioni legate agli stili di vita e alla qualità dell'ambiente in

senso esteso, che sono finalizzate ad impedire l'insorgenza o a ritardare l' aggravarsi delle malattie croniche;
- lo sviluppo delle capacità, nel personale addetto all'assistenza (infermieri e operatori socio-sanitari), di "addestrare" i pazienti ad una adeguata auto-gestione della propria malattia, ad esempio rilevando periodicamente i parametri o effettuando gli esami prescritti dal MMG ovvero attraverso l'assunzione appropriata dei farmaci;
- l'effettuazione di pratiche assistenziali presso il domicilio del malato o l'ambulatorio del MMG, ivi inclusi i test diagnostici e le medicazioni, ove necessarie con l'utilizzo del " Libretto Personale di Patologia";
- un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla disponibilità anche da parte dei MMG di gestire i registri di patologia contenenti le liste di tutti i pazienti stratificate per patologia o rischio.
Tale "Registro dei casi" permette la gestione di un sistema finalizzato ad almeno tre funzioni:
la tracciabilità del percorso;
la gestione di un data base dei casi, condivisa e disponibile a tutti coloro che sono coinvolti nel processo di cura e di assistenza;
la ricerca attiva dei pazienti per garantire la presa in carico proattiva e la continuità del percorso in relazione ai programmi definiti e al monitoraggio dei costi collegati alla patologia.

GLI OPERATORI SANITARI A SUPPORTO DELLA SANITÀ DI INIZIATIVA PER LA CRONICITÀ
La centralità del cittadino nell'espletamento delle iniziative di salute risulta determinante per garantire a lui e ai suoi familiari un migliore stato di salute e la possibilità di gestire al meglio la malattia.
Risulta determinante come obiettivo strategico del presente Piano, mettere la maggior parte dei pazienti affetti da patologie croniche, o parenti o assistenti familiari, in condizione di autogestirsi per quanto attiene la corretta alimentazione, l'esercizio fisico, il monitoraggio dei parametri specifici e il corretto uso dei farmaci.
Nel caso di pazienti non in grado di autogestirsi o che non usufruiscono di un care giver familiare, tali azioni dovranno essere garantite a domicilio.

Tali funzioni saranno svolte secondo una pianificazione specifica a domicilio del cittadino, presso le strutture ambulatoriali dei MMG o presso strutture specifiche dedicate dalla azienda sanitaria locale. Nella scelta andranno privilegiati momenti e aspetti aggregativi che aiutino l'interscambio di esperienze tra i cittadini evitando l'isolamento assistenziale.

A tal fine nel corso del primo anno di vigenza del Piano, e su base sperimentale, come azione di valenza strategica per la gestione della cronicità sul territorio, la Giunta Regionale svilupperà azioni specifiche per garantire questa innovativa modalità assistenziale con personale specificamente formato per l'assistenza alla cronicità attraverso:

- la identificazione, attraverso la rassegna scientifica e l'analisi dei dati epidemiologici a disposizione nelle aree individuate per l'avvio della sperimentazione, del fabbisogno di personale;

- la definizione delle modalità per l'arruolamento di questo personale che sarà attribuito, con mansione vincolata, alla Unità Operativa Assistenza Infermieristica Territoriale del distretto;

- la definizione e attuazione del percorso formativo specifico;

- l'affidamento del personale, secondo specifici indici di assorbimento, ai MMG, responsabili clinici delle cure primarie sul territorio. I MMG assumeranno gli obiettivi assistenziali definiti nelle rispettive zone-distretto;

- la definizione della remunerazione di risultato sarà vincolata al raggiungimento degli obiettivi assistenziali, con riferimento al risultato della forma organizzativa in cui opera il medico di medicina generale;

- la messa a regime dei registri dinamici di patologia, almeno nel triennio di vigenza di Piano, per: ipertensione, diabete mellito, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria e BPCO, ictus;

- la definizione su base cartacea o informatica del " Libretto Personale di Patologia" da affidare al cittadino su cui saranno registrate le attività ed i monitoraggi effettuati; tale "registro personale" ovviamente trova evidenza nel fascicolo personale sanitario.

- la quantità/qualità delle prestazioni del personale a domicilio, presso lo/gli studi del/dei MMG o altra sede distrettuale e la definizione del sistema di relazioni tra questi soggetti e la rispettiva zona distretto;

- il sistema di monitoraggio dei risultati di efficienza e di salute per i cittadini assistiti anche con audit di primo e secondo livello pianificati con i dati informativi a disposizione.

Il primo anno di vigenza del Piano permetterà di mettere a regime il sistema; nel secondo anno sarà avviata l'attività su alcune aree del territorio regionale con relativa valutazione del processo.

I PERCORSI ASSISTENZIALI

L'erogazione di una uniforme e avanzata assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche nell'ottica di migliorare lo stato di salute dei cittadini e di ridurre alle situazioni di stretta necessità i ricoveri ospedalieri necessita di una nuova alleanza tra specialistica ospedaliera e medicina generale. Tale alleanza è alla base del trasferimento di competenze cliniche e complessità assistenziale nel territorio, in un disegno diverso, e condiviso, dei confini di responsabilità clinica con riferimento a percorsi diagnostico–terapeutici definiti in ambito, e con responsabilità distrettuale. Tali percorsi devono assicurare, agli operatori impegnati nel fornire una assistenza ottimale ai pazienti cronici, standard operativi di presa in carico e di erogazione delle prestazioni del SSR. Si determina pertanto la necessità di una forte integrazione tra l'ospedale e il territorio in tutte le sue valenze socio-sanitarie.

Tale obiettivo si persegue facendo crescere nel territorio e tra i professionisti pubblici e convenzionati una comune cultura dell'integrazione. Obiettivo del presente Piano è quello di definire i percorsi adattati alle singole realtà territoriali che vedano protagonisti tutti i professionisti coinvolti a partire da specifiche patologie quali:

a) Ipertensione medio-grave
b) Diabete mellito
c) Scompenso cardiaco
d) Insufficienza respiratoria in BPCO
e) Ictus

Si ritiene che, sulla base di risultati della presente programmazione, potranno essere estesi gli interventi anche a patologie , quali il M. di Parkinson, la demenza senile, le gravi osteopatie croniche.

I singoli percorsi definiti su base aziendale dovranno essere approvati e pubblicati, come strumento di trasparenza verso i cittadini e di confronto tra i professionisti delle varie realtà territoriali, sul sito della Azienda. Sarà compito del CSR provvedere alla elaborazione delle linee guida regionali sulle specifiche patologie anche per gli aspetti sociosanitari.

La definizione dei percorsi seguirà il seguente iter:

1. definizione dei percorsi su base aziendale
2. formazione degli operatori sanitari;
3. avvio della fase di sperimentazione;
4. revisione e messa a regime con revisioni periodiche delle linee guida.

Il sistema di verifica e valutazione

I percorsi assistenziali nella fase gestionale dovranno essere supportati da un valido sistema di valutazione e verifica condiviso tra tutti gli attori del sistema. Il sistema di valutazione e verifica delle attività territoriali costituisce un elemento innovativo del presente Piano.

La funzione e le attività delle "Cure Primarie" sono parte essenziale e costitutiva nell'organizzazione dell'assistenza territoriale; a tale principio si conformano gli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie Locali.

La zona distretto e le S.d.S costituiscono il contesto ove si assicura il governo complessivo della sanità territoriale e la coerenza fra le varie funzioni assistenziali e gestionali che vi si svolgono. Sull'organizzazione distrettuale si basa, quindi, il sistema di valutazione delle attività rese dalle cure primarie.
Per supportare il processo di riorganizzazione dei servizi territoriali il sistema di valutazione della performance dovrà nel primo anno di vigenza del presente Piano, prevedere una reportistica specifica che possa sostenere il processo di programmazione e governo locale e dall'altro permetta alla regione di monitorare la capacità del sistema di perseguire le strategie in ambito territoriale.
Entro il primo semestre di vigenza del Piano, in coerenza con il sistema di valutazione delle aziende sanitarie, verrà individuato un data set di informazioni ed indicatori coerenti al nuovo assetto della medicina territoriale utili sia al supporto della gestione che all'analisi dei bisogni specifici.
Per tali indicatori saranno definite le fonti, le modalità di rilevamento, la cadenza e il ritorno delle informazioni dal territorio alla Regione e ai professionisti coinvolti.
Nel sistema di indicatori del territorio permarrà la caratteristica di multidimensionalità dove la sostenibilità economica verrà monitorata a fronte della soddisfazione e partecipazione dell'utenza, dell'equità e della qualità dei servizi erogati.

Al fine di svolgere le attività di verifica sul territorio da parte delle S.d.S e delle zone-distretto, in sintonia con quanto previsto in termini formali e sostanziali dagli AA.CC.NN., Regionali e Aziendali, entro il primo anno di vigenza del Piano sarà definito il sistema di verifica territoriale delle attività della medicina di base e dalla Pediatria di libera scelta.

Il sistema si articolerà e sarà organizzato con:

- audit di primo livello da svolgere da parte del personale delle aziende che in base all'analisi dei dati forniti dal sistema di rilevamento e valutazione permetta di programmare su base annuale quantità e qualità delle verifiche da svolgere in ogni azienda sanitaria;
- audit di secondo livello che in base all'aggregazione dei dati delle singole aziende e su base regionale permetta ai Settori regionali di competenza di verificare le azioni delle aziende sanitarie e la omogeneità del sistema regionale.

Entro il primo anno di vigenza del Piano sarà programmata e realizzata specifica formazione di auditors per tutti i medici distrettuali dedicati, per i medici di medicina generale responsabili delle Unità di Medicina Generale, per gli infermieri responsabili di U.O. e per i funzionari regionali dei settori interessati secondo le seguenti linee di formazione:

1. contesti socio-sanitari in cui agiscono gli operatori distrettuali, (norme e scelte di Piano);
2. tecniche di audit;
3. contenuti degli audit della medicina territoriale;
4. uso delle informazioni per la gestione epidemiologica e gestionale del territorio.

A questa formazione ove attivate potranno accedere su valutazione regionale figure di coordinamento della medicina convenzionata.

4.3.2 La sanità di iniziativa nell'assistenza ospedaliera

E' necessario che l'organizzazione sanitaria operi affinché i pazienti vengano mantenuti, per quanto possibile, in uno stato di salute tale da non richiedere l'ospedalizzazione, fornendo loro sul territorio quei servizi che possono prevenire il riacutizzarsi di patologie croniche e, quindi, evitare il ricovero.
Si intende qui rimarcare come anche nell'ambito dell'assistenza ospedaliera sia indispensabile assicurare condizioni organizzative tali da rendere sistematico - e non occasionale o frutto della maggiore o minore attenzione alla qualità- un approccio coerente al principio della sanità d'iniziativa.
A tal fine vengono individuate tre figure professionali cui sarà affidato il compito di garantire "pro-attivamente" la presa in carico e la continuità assistenziale, ove sia opportuno:
Il tutor clinico, al quale va il compito di garantire un'assistenza appropriata, basata sull'evidenza dell'efficacia delle cure e sulla corretta informazione al malato e ai suoi familiari. Il tutoraggio riguarda la capacità del sistema sanitario di rendere consapevole il cittadino e di rispondere allo specifico bisogno assistenziale ospedaliero e territoriale a partire dal momento di primo contatto. Pertanto, con apposito atto di indirizzo della Giunta Regionale, saranno individuate le caratteristiche essenziali per la definizione dello specifico percorso individuale a partire dalla valutazione specialistica. In questa fase il professionista dovrà comunque garantire la valutazione di tutti gli aspetti clinico ed assistenziali necessari per la corretta programmazione ed esito del suo bisogno. Il bisogno assistenziale dovrà trovare continuità nella fase ospedaliera con specifiche competenze e professionalità che a partire dal censimento del bisogno effettuato dal tutor clinico, per tramite di un tutor assistenziale, assicuri il collegamento con l'assistenza infermieristica territoriale della zona-distretto di residenza del cittadino. Tale percorso dovrà essere graduato secondo un Percorso Personalizzato Integrato più appropriato in relazione all'intensità del bisogno. Il terzo elemento da definire con l'atto regionale prima richiamato è costituito dal ruolo svolto in ambito ospedaliero dal tutor farmaceutico che informi il paziente, al momento della dimissione, sull'uso appropriato dei farmaci, sui possibili effetti collaterali, nonché sulla necessità di segnalare eventuali eventi avversi attraverso il proprio medico di fiducia.

Qualora il percorso preveda la necessità di successivi accertamenti specialistici ambulatoriali (follow up), questi dovranno essere programmati e prenotati d'iniziativa dal personale ospedaliero attraverso il CUP, così da non esporre il cittadino a potenziali difficoltà di accesso, garantendo la certezza della prenotazione.

Nella fase di avvio del vigente Piano l'atto di Giunta dovrà prevedere la integrazione con i percorsi Ospedale–territorio prima richiamati a partire dalle seguenti condizioni o patologie:
IMA, Ictus, Scompenso Cardiaco, Insufficienza Respiratoria in BPCO, Diabete e patologie correlate, Interventi di protesi d'anca.

4.3.3 La sanità di iniziativa nell'ambito materno infantile

I principi ispiratori del nuovo Piano ci inducono ad imprimere ancora più determinazione nell'impegnare il sistema regionale nello sforzo rivolto al raggiungimento dell'equità nelle modalità di accesso alle prestazioni in ambito materno infantile.
In base all'analisi dei dati a nostra disposizione, abbiamo individuato quattro linee assistenziali sulle quali promuovere l'approccio della sanità di iniziativa:

4.3.3.1 Contrasto all'obesità infantile e promozione di sani stili di vita in età pediatrica

La Regione Toscana effettua da anni un'attenta sorveglianza epidemiologica sul fenomeno dell'obesità infantile attraverso due programmi ormai consolidati:

- il Progetto integrato di sorveglianza nutrizionale, rivolto ad un campione rappresentativo regionale di ragazzi di 8-9 anni di età, condotto dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) delle Aziende UU.SS.LL. toscane, con il coordinamento scientifico del CREPS dell'Università di Siena. L'indagine produce informazioni circa lo stato nutrizionale e le abitudini alimentari rilevate tramite questionari somministrati nelle scuole.
- il Progetto HBSC sugli stili di vita dei giovani (Health Behaviur in school - aged Children), condotto nell'ambito dell'Accordo quadro di collaborazione fra l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e la Regione Toscana. Lo studio produce informazioni su alimentazione e attività fisica anche delle fasce di età di 11, 13 e 15 anni, con la possibilità di confronto dei dati con quelli nazionali e internazionali.

Sulla base dei contributi forniti da entrambi gli studi di sorveglianza attiva è possibile configurare un programma regionale di contrasto all'obesità infantile che fa perno:

- sulla mobilitazione e il coordinamento intersettoriale degli interventi per la promozione di corretti stili di vita in rapporto all' alimentazione e all' attività motoria
- sulla costruzione della rete regionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'obesità, articolata in livelli di intervento territoriale (pediatri di famiglia, medici di medicina generale, centri ambulatoriali di riferimento) ed ospedaliero.

Azioni e strategie regionali

Si prospetta quindi un programma d'azione secondo le seguenti direttrici, già definite dettagliatamente nella D.G.R.T. N.657 del 17.09.2007, che riprendono le linee di indirizzo stabilite dal Piano Nazionale Prevenzione e dal progetto "Guadagnare salute" :

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

- Interventi sulla ristorazione scolastica, intesa come strumento di educazione, attraverso la predisposizione di linee guida per la predisposizione dei menù
- Incremento delle azioni di educazione alla salute nel POF: progetti sperimentali di colazione a scuola, distribuzione di frutta a ricreazione (anche attraverso l'utilizzo di distributori automatici), scuola di cucina, orti e fattorie didattici, valorizzazione dei prodotti legati al territorio.
- Interventi aziendali di educazione alla salute rivolti ai genitori e insegnanti con la partecipazione dei MMG e PdF
- Azioni di sensibilizzazione e informazione per promuovere l'attività fisica.
- Interventi per incrementare l'accesso all'attività fisica tramite lo strumento Piano Integrato di Salute

2) definizione della rete regionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'obesità;

Si articola attraverso livelli di intervento territoriale (pediatri di famiglia, medici di medicina generale, centri ambulatoriali di riferimento) ed ospedaliero.

Particolare rilevanza è data dalla rete di collaborazioni attraverso cui attuare le azioni di prevenzione e promozione di corretti stili di vita ed in particolare di educazione alimentare e di attività motoria: il coinvolgimento della scuola, della famiglia, delle Aziende sanitarie (Pediatri di Famiglia, MMG, Dipartimento di prevenzione, U.O. Comunicazione, Educazione alla salute, Medicina dello sport), della Società della Salute, di enti pubblici e di associazioni.

Particolare rilievo assumono:

- Attività di counseling nutrizionale (avviato dai SIAN dal 2003), individuato quale metodo efficace ed innovativo di educazione alimentare e di promozione di corretti stili di vita, indirizzate anche ai familiare di bambini in soprappeso e obesi

- Elaborazione un progetto regionale in collaborazione con i Pediatri di Famiglia che prevede la definizione di una serie di interventi per i bambini in sovrappeso o obesi e le rispettive famiglie, con il coinvolgimento della Società della Salute, e della scuola e le associazioni sportive.

4.3.3.2 Consultori per le immigrate

La valutazione dei dati relativi alla consistenza e provenienza dei popoli migranti in Toscana dimostra la necessità attraverso l'utilizzo della sanità di iniziativa di agire in maniera proattiva su tale tipologia di potenziali utenti. In primo luogo bisogna rendere stabile l'erogazione di servizi territoriali di qualità a livello consultoriale definendo anche fasce di accesso compatibili con le esigenze di popolazioni, che per la precarietà ed atipicità delle forme di lavoro spesso non possono fruire delle agevolazioni previste dalla vigente normativa per accedere ai servizi sanitari. A tal fine, considerata la multidisciplinarietà delle attività, si rende necessario una collaborazione reale tra vari attori del sistema, aziende sanitarie, comuni, provincia, associazioni culturali e del volontariato privilegiando in particolare modo le associazioni migranti che si occupano del problema. Con delibera 259/06 "programma di interventi di riqualificazione dei sevizi consultoriali e di educazione e formazione finalizzati alla diffusione ed al consolidamento di una cultura della maternità e paternità responsabile e di una sessualità consapevole" la Regione Toscana ha posto le prime condizioni per rilanciare tali attività.

A tale riguardo particolare importanza hanno gli interventi finalizzati alla salute sessuale e riproduttiva delle donne immigrate, allo scopo di promuovere una vita sessuale responsabile, soddisfacente e sicura.

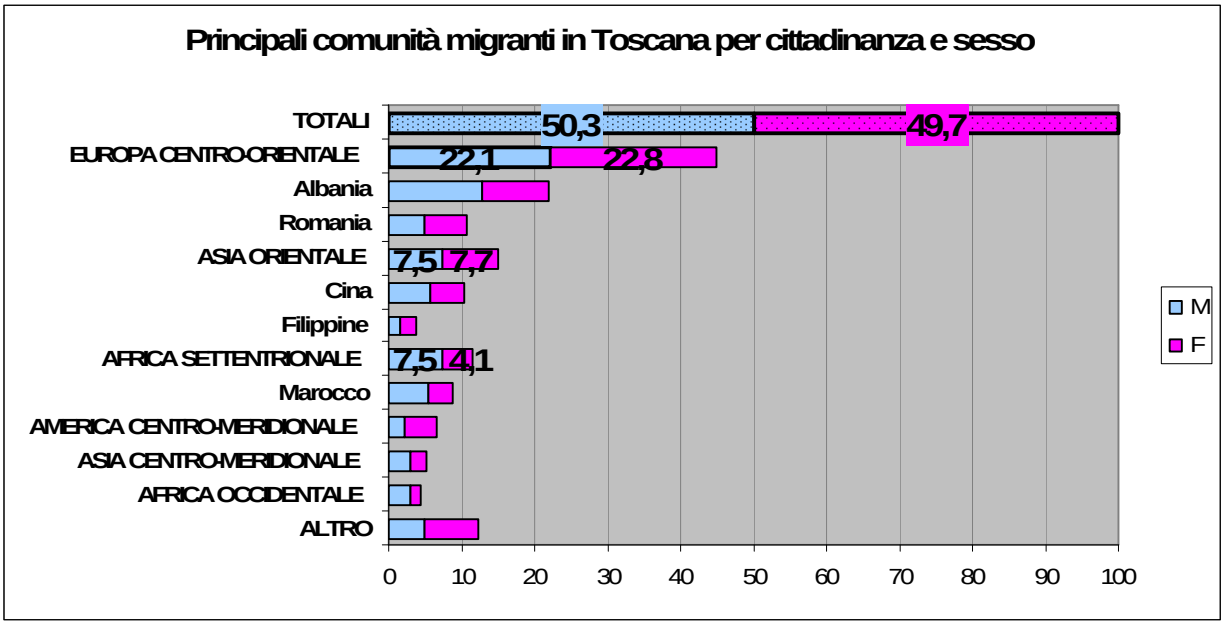
Ruolo fondamentale riveste la mediazione culturale intesa come servizio trasversale necessario a soddisfare più esigenze (lavoro, casa, salute, scuola) e non limitato al momento dell'accesso in regime di urgenza o di necessità dei migranti al SSR. Occorre inoltre interpretare la mediazione in un ottica di integrazione nel sistema che partendo dal monitoraggio dei bisogni realizzi la partecipazione alla definizione dei programmi ed il coinvolgimento della comunità migranti nella pianificazione stessa valorizzando le conoscenze e competenze delle varie culture che possono costituire ulteriori risorse di salute nel termine più ampio dell'accezione.

Potrà contribuire al pieno raggiungimento degli obiettivi la creazione di strumenti adeguati quali:

- La razionalizzazione della presenza dei mediatori eliminando forme di mediazione impropria.
- La formazione dei mediatori al corretto svolgimento del ruolo in reazione alla conoscenza degli obiettivi della programmazione regionale dei precorsi , ed alla loro semplificazione.
- La formazione del personale sociosanitario alle tematiche dell'integrazione
- La creazione di una rete regionale della mediazione culturale.

Dovranno essere al contempo utilizzati gli accessi in urgenza al SSR per inserire i migranti in percorsi socio assistenziali (scelta del pediatra effettuata direttamente in ospedale al momento del parto, visita post partum a domicilio del pediatra e dell'ostetrica, indirizzo al consultorio per percorsi di prevenzione ed assistenza e per una sessualità consapevole) che contribuiscano all'inserimento organico delle diverse immigrazioni nella realtà della regione Toscana. Presso la sede consultoriale sarà inoltre possibile offrire alla popolazione migrante femminile i servizi di screening per la prevenzione oncologica.

Di seguito, alcuni dei dati caratterizzanti il fenomeno.



Cittadinanza	M (n.)	F (n.)	M (%)	F (%)	Totale
EUROPA CENTRO-ORIENTALE	42.784	44.072	49,3	50,7	44,9
Albania	24.787	17.415	58,7	41,3	21,8
Romania	9.406	11.091	45,9	54,1	10,6
AFRICA SETTENTRIONALE	14.512	7.853	64,9	35,1	11,6
Marocco	10.747	6.066	63,9	36,1	8,7
AFRICA OCCIDENTALE	5.975	2.294	72,3	27,7	4,3
ASIA CENTRO-MERIDIONALE	5.982	4.273	58,3	41,7	5,3
ASIA ORIENTALE	14.428	14.949	49,1	50,9	15,2
Cina	10.909	9.432	53,6	46,4	10,5
Filippine	3.039	4.286	41,5	58,5	3,8
AMERICA CENTRO-MERIDIONALE	4.035	8.755	31,5	68,5	6,6
ALTRO	9.582	14.114	40,4	59,6	12,2
TOTALI	97.298	96.310	**50,3**	**49,7**	**100,0**

Fonte: Dati Istat 2005, disponibili nel data base DIMMI, Regione Toscana, elaborazione de L'albero della salute

4.3.3.3 Sordità infantile: diagnosi precoce e trattamento del deficit neonatale

Il deficit uditivo permanente neonatale è un problema sanitario molto serio. Ha una prevalenza di 1-6/1000 nati e questa percentuale sale a valori del 4-5 % nel caso di neonati con fattori di rischio audiologico.

E' una condizione clinica frequente (molto più dell'ipertiroidismo e della fenilcheturia) ed è rilevante per i costi economici e sociali che comporta, tenuto conto che la assenza di una adeguata stimolazione uditiva durante i primi mesi di vita, periodo di massima plasticità cerebrale, causa alterazioni irreversibili allo sviluppo del sistema uditivo periferico e centrale a diversi livelli (condizione chiamata "deprivazione uditiva"), condizionando in maniera determinante i risultati delle successive terapie protesico-riabilitative.

La adozione di programmi di screening audiologico neonatale universale, che consentono una precoce diagnosi e protesizzazione acustica (entro il 6° mese di vita) e un eventuale successivo trattamento con impianto cocleare nei casi più gravi–sordità profonda, uniti all'attivazione di un percorso riabilitativo adeguato, mirato allo sviluppo del canale comunicativo acustico-verbale, sono determinanti per uno sviluppo del linguaggio e inserimento scolastico e sociale quasi normali.

In assenza di programmi di screening, la diagnosi di ipoacusia viene eseguita in media tra i 18 e i 24 mesi di età, con gravi ripercussioni sullo sviluppo del bambino per la lunga "deprivazione uditiva".

Solo in alcuni bambini (<5%) i risultati di questo percorso protesico-riabilitativo di tipo acustico-verbale possono essere insufficienti o rifiutati dai genitori (es. famiglia di "sordomuti"); in questi casi possono essere consigliate procedure riabilitative e di comunicazione alternative e tra queste soprattutto l'utilizzo della lingua italiana dei segni (LIS).

Lo screening audiologico neonatale naturalmente non è in grado di identificare la perdita uditiva acquisita o progressiva (es. alcune forme genetiche o infettive, come quelle da citomegalovirus). Questi casi rappresentano una percentuale non trascurabile delle sordità infantili (20-30%) e possono essere identificati solo con specifici programmi di sorveglianza ed osservazione audiologica (dal pediatra, attraverso questionari da inserire nei bilanci della salute e l'esecuzione del Boel test, dai centri audiologici che seguono nel tempo i bambini a rischio).

La Regione si propone di affrontare l'importante problema diagnostico riabilitativo della sordità infantile attraverso i seguenti interventi:

1) promuovere l'impegno a rafforzare il sistema dello screening audiologico neonatale, già obbligatorio nella Regione Toscana dal 30.10.2007 (Delibera G.R. n. 365 del 21.5.07) attraverso valutazioni epidemiologiche, revisioni organizzative e linee guida aggiornate sulla procedura di screening;

2) definire e favorire i percorsi assistenziali e stabilire i protocolli diagnostici e terapeutici audiologici (protesi acustica o impianto cocleare) successivi allo screening (potenziando le attività dei centri di riferimento audiologici);

3) organizzare un protocollo di sorveglianza attraverso specifici questionari audiologici da inserire nei bilanci della salute pediatrici e follow-up audiologici dei casi a rischio da effettuarsi nei centri audiologici regionali al fine di identificare precocemente le ipoacusie acquisite o progressive infantili (30% circa),;

4) favorire il miglioramento della rete riabilitativa toscana, mirato allo sviluppo del canale comunicativo acustico–verbale e in casi specifici di modalità riabilitative di comunicazione alternativa (es. LIS), attraverso percorsi assistenziali e protocolli riabilitativi aggiornati e attraverso lo sviluppo di una rete di collegamento tra centri audiologici di riferimento e centri di riabilitazione Toscani;

5) favorire di concerto con le tre università toscane la istituzione e lo sviluppo di corsi di formazione, master, convegni per la formazione del personale della Regione Toscana nell'ambito delle problematiche di eziologia, prevenzione, screening, diagnosi, trattamento protesico o con impianto cocleare e riabilitazione della sordità infantile.

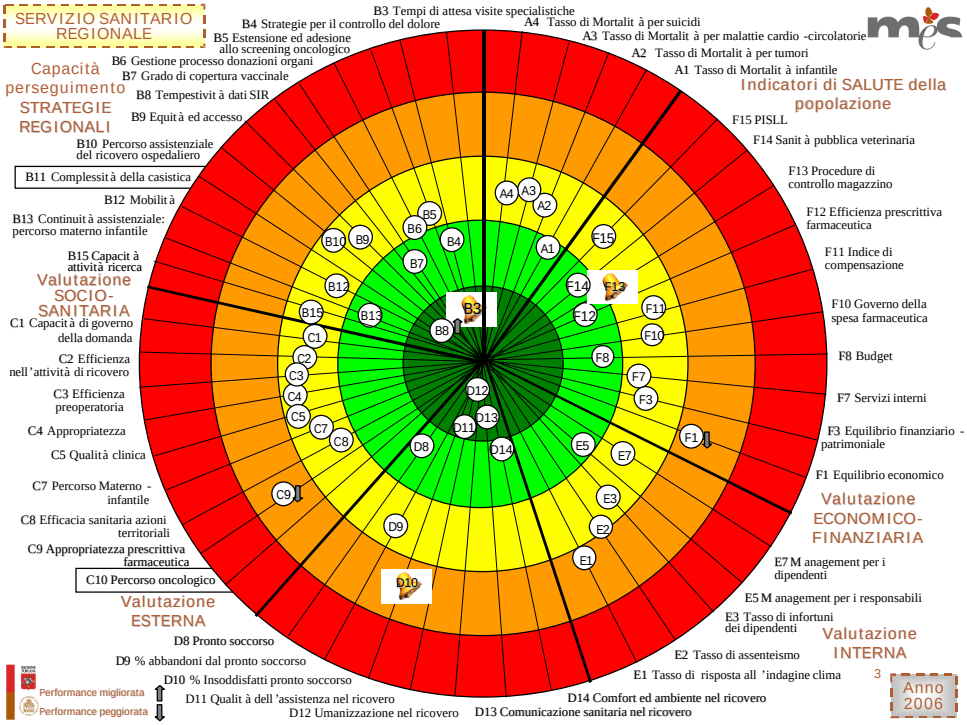
4.3.3.4 Prevenzione dentale in età evolutiva

Nell'obiettivo di migliorare il quadro epidemiologico e per la riduzione della carie in età pediatrica, già con il precedente piano sono state avviate una serie di azioni di prevenzione prenatale, di prevenzione primaria e secondaria.
Tra queste si segnalano le iniziative di educazione alla igiene orale e fluoroprifilassi effettuate alle donne in gravidanza e l'esecuzione delle prestazioni di individuazione del rischio prenatale, interventi di promozione della salute orale nelle scuole, per la classe di età di quattro anni, e l'erogazione di prestazioni per i bambini che hanno compiuto il settimo anno di età.
Tali azioni hanno visto il coinvolgimento delle Università toscane, dell'Ufficio Scolastico Regionale, dei Pediatri di Libera Scelta, ed hanno dato luogo, con il coordinamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, ad un Accordo con l'associazione maggiormente rappresentativa dei professionisti odontoiatri privati (ANDI).
Grazie a tale progettazione sono state promosse attività di prevenzione per i bambini (controlli gratuiti, sigillatura dei molari permanenti) e corsi finalizzati all'educazione alla salute orale per gli insegnanti delle elementari di tutte le province toscane.
Con il presente piano si vuole dare un ulteriore sviluppo a tali interventi, consolidando e dando diffusione alle azioni già intraprese ed implementando gli strumenti di monitoraggio previsti.
La diffusione di tali interventi va ad inserirsi in piena armonia tra le azioni che trovano impulso nell'ambito del nuovo approccio di iniziativa che il sistema sanitario intende darsi.

4.4 La valutazione come metodo di lavoro

Le risorse che la collettività pone nelle mani del soggetto pubblico per la salute devono creare "valore", ossia devono essere adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l'accesso e l'equità a tutti i cittadini toscani.
La Regione Toscana già dal 2005 ha adottato un sistema per la valutazione dei risultati conseguiti dalle aziende sanitarie e dal sistema sanitario regionale nel suo complesso per supportare la funzione di governo a livello locale e regionale, dove la gestione della spesa fosse integrata con misure di risultato, con la finalità di rilevare il valore prodotto per il cittadino. I circa 130 indicatori monitorati e rappresentati in 50 indicatori di sintesi, suddivisi nelle sei dimensioni della valutazione (salute della popolazione, strategie regionali, qualità e appropriatezza socio sanitaria, efficienza operativa ed equilibrio economico finanziario, soddisfazione e valutazione dei cittadini, soddisfazione e valutazione dei dipendenti) e presentati in un target a bersaglio sono già oggi essenziali per orientare le azioni del sistema sanitario toscano.
In linea con le migliori esperienze internazionali in questo campo (GB, Canada…), per garantire l'affidabilità, il rigore e la trasparenza del sistema si è ritenuto fondamentale coinvolgere un soggetto pubblico, di livello universitario, la Scuola Superiore Sant'Anna che, non essendo coinvolta, a differenza degli altri atenei toscani, nelle tre aziende ospedaliero universitarie di Pisa, Siena e Firenze, rende possibile un soddisfacente grado di terzietà rispetto al sistema delle Aziende. A tal fine nel 2004 la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa in collaborazione con la Regione Toscana ha costituito il Laboratorio Management e Sanità.
Con queste premesse, quale elemento caratterizzante del modo di lavorare della sanità toscana, la valutazione vuole essere lo strumento su cui impostare un processo di comunicazione trasparente con i cittadini e attraverso cui il sistema pubblico si assume le proprie responsabilità sui risultati conseguiti.
Il sistema di valutazione è al tempo stesso uno strumento innovativo del governo regionale, una opportunità di crescita per gli operatori, un elemento di garanzia per cittadini.
Il sistema di valutazione è parte integrante del governo clinico e quindi recepisce le indicazioni che provengono dai professionisti che vi operano. Infatti, il governo clinico si avvale del sistema di valutazione quale strumento per la definizione delle procedure per il monitoraggio e il miglioramento dei percorsi assistenziali.

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana, che già oggi permette la verifica dei risultati multisettoriali delle aziende e del management, rappresenta una modalità di apprendimento e innovazione del sistema.
Un ruolo di rilievo, pertanto, deve essere svolto dal CSR e dagli organismi di governo clinico.
Esso sarà ampliato e implementato per quanto concerne l'attività sanitaria ospedaliera alle Aree Vaste, agli Estav, le società della salute.



Alla luce dei risultati ad oggi raggiunti e, soprattutto, della spinta innovativa che il sistema sanitario regionale nel suo complesso intende darsi, nonché per la trasparenza e chiarezza degli obiettivi da conseguire e dei risultati ottenuti, nel periodo 2008 – 2010 si conferma il sistema di valutazione adottato e la sua applicazione ampliata. In particolare nel corso del prossimo triennio il sistema sarà implementato:

- Verso le attività e i servizi erogati a livello territoriale, incluso quelli erogati presso le Società della salute;
- Verso il sistema di supporto e servizio alle Aziende (ESTAV);
- Verso il sistema di integrazione e cooperazione fra le Aziende sanitarie (Area Vasta).

L'introduzione del sistema di valutazione dei risultati in questi diversi contesti richiederà un processo di adattamento alle finalità specifiche delle diverse realtà organizzative, nonché il coinvolgimento dei professionisti e degli operatori che vi operano e degli utenti che usufruiscono dei loro servizi.

Ferma restando la titolarità di ciascuna Azienda, la Direzione generale si farà carico di migliorare

la visibilità e l'omogeneità dei sistemi di valutazione adottati anche in ambito dei singoli presidi ospedalieri e delle singole strutture organizzative, in coerenza con il sistema complessivo regionale.

I risultati conseguiti dalle aziende e dagli altri soggetti del sistema saranno pubblicati e resi disponibili a tutti i cittadini.

5. UN PIANO PER COGLIERE LE NUOVE OPPORTUNITÀ NEI LIVELLI DI ASSISTENZA

5.1 La prevenzione collettiva

L'analisi dell'evoluzione dello stato di salute della popolazione evidenzia in modo inequivocabile che è indispensabile e urgente sviluppare gli interventi di prevenzione, soprattutto quelli tesi a contrastare le malattie croniche o a contenerne gli effetti . Vi è necessità di attivare interventi organici sia con azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio sia mediante interventi per la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze.

Fondamentale è la trasversalità dell'azione in quanto numerosi soggetti sanitari e non sanitari possono concorrere al raggiungimento degli obiettivi, inoltre particolare attenzione deve essere posta al contrasto delle disuguaglianze in modo che gli interventi efficaci siano estesi anche a quella parte di popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi.

L'offerta di servizi per la prevenzione come l'offerta per un'attiva promozione della salute dei cittadini devono ispirarsi ad alcuni principi fondamentali:

- censire e selezionare i bisogni di salute espressi ed inespressi, identificando le priorità; si deve partire dall'analisi dei dati epidemiologici per arrivare alla definizione delle iniziative, da sviluppare in tempi definiti, che devono essere condivise e partecipate il più possibile con i cittadini e le istituzioni rappresentanti interessi collettivi
- ricercare l'appropriatezza degli interventi con una continua verifica della loro efficacia attraverso gli strumenti della Evidence Based Prevention (EBP)
- proseguire nel percorso di miglioramento continuo della qualità dei servizi, già iniziato con l'apposito progetto previsto dal PSR 2005 – 2007, che si deve esprimere non in meri adempimenti burocratici ma in una reale crescita della cultura e dell'operatività dei servizi e degli operatori della prevenzione
- perseguire la riorganizzazione e la razionalizzazione delle attività puntando a creare un "sistema prevenzione" in cui le singole professionalità lavorano in modo integrato nella logica della rete, con l'obiettivo di migliorare la produttività garantendo comunque l'eccellenza della prestazione.

Tali principi sono stati largamente applicati negli ultimi anni, facendo registrare una notevole crescita nella "cultura della prevenzione" da parte degli operatori sanitari, grazie anche ad un percorso, portato avanti nel rispetto del Titolo V della Costituzione, di sviluppo della collaborazione fra Stato e Regioni che si è concretizzato in alcuni atti particolarmente significativi:

- il Piano Nazionale della Prevenzione approvato con Intesa Stato regioni del 23 marzo 2005 individua le seguenti priorità di azione:
  - § vaccinazioni
  - § prevenzione degli incidenti (domestici, sul lavoro e stradali)
  - § prevenzione della patologia cardiovascolare, in particolare sui determinanti obesità e diabete
  - § screening oncologici

  per le quali ciascuna Regione deve pianificare tenendo conto della propria realtà, secondo linee operative definite dal Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM). La Toscana ha sviluppato programmi in tutti gli ambiti ottenendo le relative certificazioni previste dal Piano stesso.

- il Piano "Guadagnare salute", applicazione italiana di un analogo programma OMS, ha l'obiettivo di agire sui principali fattori di rischio (fumo, abuso di alcool, scorretta alimentazione e inattività fisica) attraverso strategie che sostengono e favoriscono le scelte salutari individuali; per far ciò si punta sull'intersettorialità, cioè sul coinvolgimento di vari soggetti istituzionali (Ministeri,

Regioni, Amministrazioni locali, Scuola, sistema sanitario e mondo produttivo) per facilitare le scelte salutari

Centrale in questo ambito risulta il ruolo dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende USL che erogano prestazioni nell'ambito della prevenzione collettiva nelle seguenti discipline:

- Prevenzione nei luoghi di lavoro;
- Igiene e sanità pubblica;
- Igiene degli alimenti e nutrizione;
- Sanità pubblica veterinaria;
- Medicina legale;
- Medicina dello sport.

In tali ambiti essi forniscono all'utenza informazione, assistenza e formazione, partecipando quindi all'azione di promozione della salute, ed esercitano azioni di prevenzione, di vigilanza e controllo. Sia a livello regionale che a livello delle singole Aziende USL viene perseguita la massima integrazione operativa tra le diverse discipline afferenti, in maniera da fornire risposte e interventi coordinati ed esaustivi. Solo con questi presupposti può essere garantita una visione unitaria dei problemi della prevenzione, anche attraverso i Piani integrati di salute.

Le strategie della prevenzione collettiva

Considerato il percorso ormai consolidato nel corso dei precedenti Piani Sanitari si ritiene opportuno riconfermare per il triennio 2008–2010 gli indirizzi attuali sulle funzioni dei Dipartimenti di Prevenzione: essi hanno quale obiettivo il miglioramento dello stato di salute e benessere della collettività e dei singoli, da realizzarsi attraverso la rimozione delle cause di malattia e la riduzione dei fattori di rischio, orientando la popolazione alla consapevolezza e all'applicazione di corretti stili di vita.

La Regione Toscana con il Piano di Sviluppo 2006-2010 punta sulla governance per rendere efficiente la pubblica amministrazione: è necessario individuare una strada che coniughi insieme l'esigenza di dare la massima semplificazione burocratica con quella di garantire la salute, la sicurezza dei lavoratori e dei cittadini, di salvaguardare l'ambiente ed i beni culturali ed ambientali. Ciò comporta una profonda trasformazione dell'organizzazione della macchina burocratica che deve abbandonare la logica del controllo preventivo, valorizzando la responsabilità dell'imprenditore, dei professionisti, degli enti accreditati e riorganizzando le strutture e le risorse della pubblica amministrazione per svolgere funzioni di programmazione e predisposizione degli strumenti semplificati che le imprese ed i cittadini possono utilizzare e funzioni di controllo della veridicità delle attestazioni fornite dagli imprenditori e dai professionisti e dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate .

La Giunta regionale è impegnata a coordinare tutte le iniziative relative ad ambiente, attività produttive etc. che possono avere riflessi positivi per la prevenzione. Deve essere perseguita la massima integrazione possibile all'interno dei Dipartimenti della Prevenzione e con tutti i servizi aziendali con particolare riferimento a quelli territoriali.

Grande attenzione deve essere prestata al recepimento sostanziale delle normative comunitarie recentemente introdotte od in corso di introduzione e che riguardano tutta la filiera alimentare dalla produzione alla trasformazione, dalla vendita alla somministrazione degli alimenti e le tutele nei luoghi di lavoro.

Nel corso del precedente triennio in alcune Aziende USL sono stati creati poli unici della prevenzione collettiva finalizzati a fornire maggiore visibilità e facilità di accesso all'utenza che andranno ulteriormente sviluppati con il presente Piano.

Per il triennio 2008 – 2010 si individuano i seguenti ambiti prioritari di lavoro per i servizi di prevenzione nel loro complesso:

- § Sviluppare azione di governo in sanità pubblica
- § Sviluppo del percorso di miglioramento della qualità
- § Implementazione della "rete della prevenzione"

a) Il governo dei processi in sanità pubblica

Alla luce dei cambiamenti avvenuti nel corso degli anni specie sul versante normativo, i dipartimenti della Prevenzione sono chiamati a dover svolgere di più un'azione di controllo sui processi che singoli soggetti pubblici o privati devono promuovere al fine di adottare misure idonee a tutelare il benessere dei cittadini, dei lavoratori, degli animali.

E' perciò prioritario che il servizio pubblico eserciti la funzione di vigilanza e di controllo che la legge gli attribuisce nei vari settori (salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e di vita, sicurezza alimentare, sicurezza in ambito veterinario, nello sport) senza trascurare quella di regia mediante azioni di verifica sui percorsi decisionali propri di altri soggetti. Tale funzione potrà essere svolta mediante attività di coordinamento fra più soggetti e categorie, la produzione di linee di indirizzo, materiale informativo e quant'altro utile alla crescita culturale sulla materia, in modo da favorire un corretto rapporto con i soggetti controllati ed a ridurre la necessità di ricorso a provvedimenti amministrativi e penali.

L'esperienza del coordinamento-controllo sugli Accertamenti Sanitari Preventivi e Periodici, quella sulle valutazioni dei rischi nei luoghi di lavoro o nel settore degli alimenti possono essere implementate ed esportate in altri ambiti quali ad esempio la medicina dello sport o le strutture sanitarie.

Inoltre è centrale l'attività di promozione della salute mediante sinergie con altri soggetti pubblici o privati e con altre strutture del SSR allo scopo di ottimizzare le risorse per sviluppare azioni, anche innovative, capaci di incidere sulle scelte di singoli o di gruppi di cittadini. In tal senso il rapporto privilegiato con la Società della Salute potrà favorire una capillare diffusione di informazioni a vari livelli culturali.

L'esigenza di una programmazione delle attività che tenga conto dei vincoli normativi, degli indirizzi nazionali e regionali deve sapersi conciliare con le specificità locali che dovranno essere condivise ai massimi livelli favorendo la partecipazione a momenti di confronto con le parti sociali, le istituzioni, i professionisti operanti nel territorio, i medici di base e ospedalieri. Ciò potrà avvenire anche mediante intese in ambito di Area Vasta.

Infine nell'ambito dell'assistenza all'utenza dovranno essere assicurati quei servizi rientranti nei LEA con particolare attenzione alle categorie più deboli della società (invalidi, minori, stranieri) ed il supporto alle pubbliche amministrazioni in ordine alle scelte a maggior impatto sulla salute della popolazione.

b) Il percorso per il miglioramento della qualità

Con il precedente Piano 2005 – 2007 è stato finanziato e realizzato un progetto di miglioramento continuo della qualità finalizzato a omogeneizzare le conoscenze e le attività già in essere in molti Dipartimenti e ad aumentare la cultura e le iniziative in questa direzione. Per i Dipartimenti della Prevenzione il percorso intrapreso, attraverso un preciso programma, ha riguardato i seguenti aspetti: gestione e sviluppo dell'organizzazione del personale, gestione del processo di qualità, governo del rischio, gestione amministrativa, contabile e tecnica, gestione organizzativa dei singoli processi.

In particolare sono stati sviluppate le procedure di qualità dei settori Veterinaria ed Igiene degli alimenti e della nutrizione in considerazione delle continue verifiche a cui questi servizi sono sottoposti da parte del Ministero della Salute e della Comunità Europea; l'obiettivo è di conseguire la certificazione secondo le norme ISO delle suddette strutture di tutte le Aziende ASL entro il 2008.

Tale processo di qualità deve proseguire nel triennio di vigenza del presente Piano, coinvolgendo l'intero Dipartimento di Prevenzione prevedendo per tutti i settori la definizione dei requisiti di qualità organizzativi, strutturali e tecnologici, il conseguimento e la successiva certificazione almeno dei requisiti organizzativi, per il successivo perseguimento dell'accreditamento.

Occorre contestualmente dare avvio ad una progressiva revisione delle prestazioni direttamente erogate dalle strutture della prevenzione, là dove vi siano le possibilità legislative e la fattibilità locale, promovendo l'assorbimento della domanda da parte di altri interlocutori aventi i necessari requisiti tecnico professionali ed il formale riconoscimento istituzionale nei confronti dei quali peraltro esercitando una necessaria attività di coordinamento e controllo.

In tale direzione potrebbero andare le scelte in materia di visite mediche per lavoratori a rischio, sulle verifiche di apparecchi ed impianti non di esclusiva competenza del SSN, di controlli sanitari per l'idoneità allo sport non agonistico o di atleti maggiorenni. Ciò potrà progressivamente favorire il recupero di risorse da destinare prevalentemente a prestazioni inserite nei LEA.

La Giunta regionale inoltre, nell'ambito del percorso per il miglioramento della qualità nei Dipartimenti di Prevenzione, si impegna a sviluppare alcune iniziative specifiche :

1. il sistema "Prodotti finiti"
2. il progetto "PASSI"
3. l'abolizione di procedure inefficaci ed obsolete

1) Il sistema "Prodotti Finiti" è lo strumento per la registrazione dei dati relativi all'attività dei Dipartimenti di Prevenzione; sistema messo a punto, in collaborazione con il laboratorio "Management & Sanità" della Scuola S. Anna di Pisa, dopo un approfondito e condiviso esame dell'intero set di Prodotti / Attività (n. 72 prodotti) che ha portato alla loro pesatura per il consumo di risorse. Pesatura per ciascuna attività dei Dipartimenti di Prevenzione, basata principalmente sulla misurazione tempo/uomo diviso per categorie professionali coinvolte. Dal 2008 esso diviene il sistema ufficiale di rilevazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione e ne verrà assicurata una continua manutenzione per il suo miglioramento e adeguamento. Il sistema prodotti finiti si raccorderà inoltre con il progetto Mattoni e con le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza per la prevenzione collettiva in corso di definizione a livello nazionale.
2) La Toscana attraverso i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, in sintonia con il vigente Piano Sanitario Nazionale, ha già sperimentalmente adottato fra gli strumenti per la promozione della salute il Sistema di Sorveglianza "PASSI", cioè l'attuazione di una sorveglianza continua dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi preventivi posti in essere per combatterli.
L'obiettivo è effettuare un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta (18-69 anni), attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita utilizzando come strumento di indagine un questionario telefonico, da rivolgere ad un campione rappresentativo della popolazione estratto dall'anagrafe sanitaria. Si tratta di un'iniziativa finalizzata ad individuare i bisogni di salute della popolazione, a promuovere l'adozione di stili di vita corretti e soprattutto a verificare l'efficacia degli interventi messi in campo. Si inserisce quindi a pieno titolo all'interno del percorso per il miglioramento della qualità

3) E' indispensabile che anche nella nostra Regione si prosegua nel percorso di revisione delle pratiche preventive: normative ormai obsolete obbligano i servizi a procedure di non comprovata efficacia burocratiche e spesso inefficaci e inutili che è indispensabile eliminare per poter indirizzare gli sforzi verso le azioni che hanno dimostrato di poter effettivamente migliorare lo stato di salute. Con legge regionale sono già state abrogate alcune certificazioni (LISA, polizia mortuaria), ma alcuni studi in EBP ne hanno individuate molte altre e quindi, nell'ottica di appropriatezza che deve guidare la prevenzione, vi è l'impegno ad approvare una legge regionale che elimini i procedimenti inutili.

c) La rete della prevenzione

Punto strategico risulta il mantenimento e l'ulteriore sviluppo di una rete di strutture ed istituzioni che collabora alla realizzazione di progetti e programmi con obiettivi condivisi. A tal fine è indispensabile sviluppare:

- un lavoro integrato fra le diverse strutture settoriali del Dipartimento di Prevenzione; in tale ambito riveste priorità assoluta l'affrontare in maniera integrata i temi della sicurezza alimentare dei prodotti di origine animale e non anche prevedendo, all'interno del modello previsto dall'art 67 della L.R.40/2005 soluzioni organizzative che facilitino l'integrazione di cui sopra.
- un forte raccordo operativo tra i Diversi Dipartimenti della Prevenzione presenti nelle Aziende USL della Toscana, coordinato dalle competenti strutture regionali che si occupano di Prevenzione collettiva e che pure devono garantire un approccio integrato alle complesse tematiche della prevenzione collettiva

- una forte integrazione funzionale tra le strutture organizzative del Dipartimento della Prevenzione, i distretti e gli ospedali; in particolare si individuano come interlocutori privilegiati i servizi di epidemiologia ed educazione alla salute, affinché la ricerca e la misura dei rischi e dei danni nelle popolazioni esposte indirizzino adeguatamente le iniziative di prevenzione. Debbono in particolare essere ricercate sinergie con l'assistenza sanitaria di comunità (vaccinazioni, interventi di educazione alla salute, medicina necroscopica e certificazioni medico legali obbligatorie), con i SERT (fumo di tabacco, alcool, droghe illegali), con i consultori materno infantili (educazione alla salute per fattori di rischio legati all'ambiente di vita e di lavoro ed agli stili di vita).

La Giunta si impegna sia a valorizzare il ruolo di coordinamento regionale tra i diversi settori che afferiscono alla prevenzione collettiva, sia ad individuare tutte le iniziative di altre Direzioni Generali regionali che hanno rilevanza per le attività di prevenzione al fine di costruire percorsi integrati che consentano un miglior impiego delle risorse regionali e da altri Enti pubblici, destinati alle imprese che hanno adottato significative iniziative per garantire la tutela dei lavoratori, dei consumatori, dell'ambiente.

Rientra in tale contesto logico la proposta, da condividere con gli altri settori regionali ed istituzioni coinvolte di costituire un coordinamento permanente tra i soggetti, come meglio precisato nel paragrafo 3.2.4.

Deve essere assicurato inoltre il massimo raccordo dell'attività di prevenzione collettiva con Enti della Regione che hanno competenze utili alla tutela della salute collettiva (Laboratori di Sanità Pubblica, ARPAT, Agenzia Regionale Sanità, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, ARSIA, CSPO). Di particolare rilievo risulta la costruzione di una rete regionale dei Laboratori a vario titolo impegnati nel controllo ufficiale e nel sostegno alle attività di prevenzione. A tal fine nel triennio di vigenza del Piano Sanitario deve essere progettato e approvato un piano di riorganizzazione di tali laboratori che porti alla creazione di una rete integrata che eviti duplicazioni e favorisca la nascita di punti specialistici di eccellenza.

Strategico risulta lo sviluppo della collaborazione con le Università toscane, in particolare per la programmazione delle attività formative per l'accesso ai profili professionali del SSR, che dovrà essere caratterizzata da percorsi rispondenti alla necessità di acquisire operatori con specifiche capacità e competenze professionali, e per la ricerca e sviluppo delle attività analitiche di sanità pubblica al fine del miglioramento continuo dell'appropriatezza delle prestazioni collegate soprattutto al controllo ufficiale. E' necessario che nell'attuazione dei percorsi di laurea, venga prevista una forte integrazione tra le facoltà universitarie e i Dipartimenti di Prevenzione delle aziende USL toscane, per quanto riguarda la definizione dei programmi e la realizzazione degli stages formativi. Inoltre deve essere assicurata la collaborazione tra le Università ed il Sistema regionale della prevenzione, al fine di favorire la ricerca applicata, l'individuazione di soluzioni tecniche per il miglioramento delle condizioni di lavoro e per ogni altra iniziativa finalizzata a sviluppare in tutti i settori la "cultura della sicurezza", con riferimento ai settori più a rischio.

Nell'ottica dell'integrazione, quale strumento prioritario, sarà utilizzato il Piano Integrato di Salute (PIS). Con il PSR 2005-2007 è stata effettuata la sperimentazione delle SdS come nuovo modello di integrazione socio-sanitaria in cui tutti gli attori coinvolti convergono su obiettivi prioritari di promozione della salute, definendo i programmi ed i progetti finalizzati al loro raggiungimento in uno strumento unico di programmazione, il PIS. Il PIS, attraverso una programmazione concertata e condivisa, risponde alla necessità di raccordare ed integrare le strategie e l'operato di tutti i soggetti coinvolti: istituzioni, aziende USL, enti territoriali, istituzione scolastica, l'associazionismo (cittadini, consumatori, volontariato, operatori economici).

Il luogo di ideazione, condivisione, realizzazione e valutazione del PIS è il territorio: rappresenta quindi l'ambito privilegiato per la programmazione di azioni integrate inerenti gli stili di vita.

Dall'analisi di alcuni PIS si evidenzia, da un lato, il tentativo di lavorare nell'ottica dell'integrazione degli interventi sugli stili di vita a livello territoriale, dall'altro però la mancanza di una cornice regionale progettuale: la possibilità di avere una regia unica dei progetti e dei programmi attivati sul territorio consentirebbe di evitare spreco di risorse e sovrapposizione e ridondanza di iniziative, nonché armonizzazione e comparabilità dei risultati sul territorio regionale e con i progetti nazionali ed internazionali.

La realizzazione delle azioni dovrà quindi trovare collocazione ed integrazione all'interno di una cornice progettuale regionale, pur rispettando le peculiarità in termini di bisogni ed opportunità nelle diverse aree del territorio regionale.

La prevenzione deve anche saper colloquiare con il cittadino e le imprese rendendo facilmente fruibili le informazioni sui servizi e le competenze degli enti preposti al rilascio degli atti amministrativi ed eliminando il più possibile inutili lungaggini burocratiche. Con questa finalità sono nati gli Sportelli Unici della Prevenzione (SUP) la cui funzione deve essere ulteriormente potenziata con l'obiettivo di creare una interfaccia sempre più accogliente e fruibile dall'utenza. Tali strutture forniscono anche un fondamentale supporto agli Sportelli Unici delle Attività Produttive dei comuni (SUAP) con i quali è necessario realizzare la massima sinergia possibile in maniera da consentire la più tempestiva e qualificata evasione delle domande di vario tipo provenienti dalle attività produttive. La situazione attuale presenta esperienze eccellenti, ma attualmente vi è una forte disomogeneità sul territorio nella modalità di presentazione delle pratiche, dei tempi necessari per la loro definizione, determinando di fatto una disparità di accesso.

Questo cambiamento organizzativo e culturale sia degli operatori che dei professionisti e delle imprese non potrà avvenire senza un processo di formazione che consenta l'ulteriore elevazione e valorizzazione della professionalità del personale pubblico ed un imponente scambio con gli operatori privati, del patrimonio di conoscenze. Bisogna cioè che, oltre che a fornire informazioni esaustive ed omogenee, la PA locale contribuisca a creare una "cultura comune" tra i professionisti che hanno la competenza di dichiarare la conformità alla legge degli impianti e del rispetto delle norme sull'avvio di attività ed i soggetti preposti ad effettuare i controlli e valutarne i risultati al fine di far si che il processo di semplificazioni si attui nel rispetto dei principi sopra enunciati.

5.1.1 Igiene e sanità pubblica - Protezione e controllo delle malattie infettive

Durante l'ultimo triennio le strutture di igiene pubblica hanno proseguito nel processo di rinnovamento che ha portato ad orientarsi sempre più verso attività di valutazione del rischio e sorveglianza epidemiologica, con attenzione all'emergenza di nuove patologie, privilegiando i ruoli formativi ed informativi.

Questo processo di trasformazione risulta ancora frenato dai compiti burocratici imposti da leggi ormai obsolete con scarse ricadute in termini di salute, inoltre sempre più frequentemente si assiste ad interventi di sanità pubblica in "emergenza". L'attenzione dei mass media verso rischi nuovi e importanti come fenomeno, ma spesso modesti in termini di rischio reale, impegnano i servizi distogliendoli da attività di prevenzione meno pubblicizzate, ma che risulterebbero più produttive in termini di salute.

Per il presente Piano sanitario regionale si individuano quali macroaree di lavoro.

- Epidemiologia e profilassi delle malattie infettive
- Igiene ambientale
- Prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di vita
- Incidenti domestici e stradali

Epidemiologia e profilassi delle malattie infettive

La sorveglianza sulle malattie infettive si basa già da anni su di un collaudato sistema di informatizzato (S.I.M.I) che permette una vigilanza puntuale di tali patologie, attualmente in fase di aggiornamento. La regione Toscana sta infatti sperimentando, per conto del Ministero della Salute, una nuova procedura via web, che a regime sarà adottata in tutta Italia e permetterà di avere informazioni in tempo reale.

Oltre alla sorveglianza di tipo generale alcune azioni sono da considerarsi strategiche e quindi si rende necessario operare una sorveglianza più stretta su esse:

- tossinfezioni: attraverso l'apposito Centro di riferimento regionale devono essere costantemente aggiornate le procedure omogenee di indagine e controllo in collaborazione con i servizi che si occupano di sicurezza alimentare
- tubercolosi

- malattie infettive per le quali la vaccinazione è prevista dal calendario regionale delle vaccinazioni
- meningiti batteriche
- legionellosi

Da considerare che alcune malattie sono sottoposte ad una sorveglianza speciale sulla base di protocolli previsti da Comunità Europea, Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità o decisi a livello regionale in particolari situazioni. I principali protocolli individuati, che possono essere stabiliti ed aggiornati in base a direttive della Giunta regionale, si riferiscono in particolare alla sorveglianza della tubercolosi, della legionellosi, delle paralisi flaccide e dell'influenza.

La medicina dei viaggiatori rappresenta un settore nuovo ed in via di sviluppo, con funzioni di protezione nei confronti di coloro che per vari motivi (lavoro, turismo, migrazione) affrontano viaggi: tutte le Aziende USL hanno attivato centri specialistici che nel triennio debbono sviluppare un sistema di lavoro coordinato ed in rete, mirato particolarmente alla raccolta di dati epidemiologici, e alla promozione di tali servizi presso medici, pediatri e farmacisti che possono svolgere un ruolo importante nella corretta informazione dei viaggiatori sui rischi per la loro salute.

Se in Regione Toscana già dal 1996 esiste un calendario regionale, recentemente è stato approvato dalla Giunta regionale un atto di indirizzo che prevede un percorso di miglioramento globale dei servizi di vaccinazione territoriale. Per i prossimi tre anni quindi si deve procedere alla realizzazione di quanto previsto nella suddetta delibera, naturalmente la parte relativa al calendario deve essere periodicamente aggiornata, avvalendosi della Commissione regionale per le strategie vaccinali e la prevenzione delle malattie infettive, in base alle conoscenze scientifiche e alla disponibilità di nuovi vaccini il cui impiego andrà subordinato ad una accurata valutazione scientifica e all'assunzione di adeguati modelli organizzativi che consentano di fronteggiare le crescenti richieste.

Salute ed ambiente

L'igiene pubblica è sempre più impegnata nella valutazione degli aspetti sanitari connessi con le problematiche ambientali. Alcuni eventi continuano ad essere gestiti in emergenza, mentre è necessario intervenire con attività che siano in grado di monitorare e valutare in continuo gli eventuali rischi per la salute connessi all'ambiente e alla realizzazione di infrastrutture. Il PSR 2005-2007 individuava già la qualità dell'ambiente fra i fattori condizionanti la qualità della salute e considerava l'integrazione ambiente- salute tra gli obiettivi strategici. Tale obiettivo si declinava per tematiche, fra le quali spiccavano il miglioramento della qualità dell'aria, dell'acqua e del suolo, la sicurezza alimentare, la riduzione del rumore, la riduzione dei rischi legati ai campi elettromagnetici e la protezione dalle radiazioni ionizzanti. Esso ha trovato riscontro in alcune azioni delle Società della Salute e nel coordinamento ed integrazione fra strutture per la tutela dell'ambiente e la salvaguardia della salute.

Al fine di dare continuità ma anche di consolidare e rafforzare le attività del PSR precedente, sono individuate le azioni per il raggiungimento di un ambiente di qualità in accordo con gli obiettivi del PRAA 2007-2010. Funzionali a queste azioni sono:

- § lo scambio sistematico di dati e conoscenze in materia ambientale con potenziali effetti sulla salute umana e animale, necessario anche per l'elaborazione di profili di rischio dei diversi comparti produttivi presenti sul territorio regionale;
- § l'integrazione nei procedimenti di valutazione dell'impatto degli insediamenti produttivi nei confronti della salute e 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.

La presenza nei due strumenti di programmazione "verticali" (PSR e PRAA) di obiettivi e strumenti concordati ed integrati è la strada per attuare un coordinamento fra atti di indirizzo e di programmazione sanitari ed ambientali, che valutino la compatibilità e le conseguenze economiche e produttive delle scelte, anch'esse fondamentali componenti del benessere della popolazione. La collaborazione delle due Agenzie ARPAT ed ARS, il lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione ed il coinvolgimento delle istituzioni di ricerca qualificate nel campo, come il Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO), permettono di promuovere la crescita culturale e tecnica integrata

e condivisa degli operatori dell'ambiente e della prevenzione e di realizzare i Piani Integrati di Salute che rappresentano un'opportunità per l'attivazione e lo sviluppo di metodi e strumenti per l'integrazione delle conoscenze ambientali e sanitarie a livello locale.
Azioni prioritarie per il triennio di vigenza del Piano sono:

§ Riduzione dell'inquinamento atmosferico. L'inquinamento atmosferico nella nostra Regione, legato al traffico e viabilità, in particolare, ed anche alle emissioni di impianti di varia natura, è direttamente correlato con l'insorgenza e/o il peggioramento di stati patologici oncologici, cardiovascolari e respiratori, incidenti sia sui tassi di mortalità che sul ricorso ai servizi sanitari. Dovranno essere individuati indicatori di salute correlati agli indicatori ambientali sia in funzione dell'approfondimento conoscitivo delle relazioni tra fenomeni, sia per ridefinire i livelli accettabili delle emissioni, sia per verificare gli effetti delle misure e degli interventi.

§ Riduzione dell'inquinamento acustico. È noto che l'inquinamento acustico ha effetti negativi sullo stato psico-fisico della popolazione. È necessario qualificare e quantificare in modo sistematico gli effetti del rumore per la definizione delle soglie di accettabilità, per programmare il risanamento e per valutare gli esiti degli interventi.

§ Monitoraggio sull'inquinamento elettromagnetico. Anche se i dati epidemiologici sugli effetti dell'inquinamento elettromagnetico sono ancora poco consolidati, sulla base del principio di precauzione, vi è la necessità di sorvegliare i livelli di esposizione delle popolazioni, anche al fine di corretti processi comunicativi del rischio.

§ Attuazione del regolamento CE 1907/2006 in materia di sostanze chimiche (REACH). L'entrata in vigore del regolamento (1° giugno 2007) impone l'attuazione di interventi di controllo, informazione e formazione che devono essere gestiti in modo coordinato con le Direzione generali aventi le competenze ambientali ed economiche.

§ Sorveglianza ambientale-epidemiologica. Per ottenere un'efficace sorveglianza delle interazioni fra scelte ambientali, produttive e la salute nella nostra regione, emerge fortemente la necessità di operare sull'integrazione dei dati. La sorveglianza è finalizzata ad individuare eventuali "punti critici" del territorio regionale dal punto di vista dell'impatto sulla salute della qualità ambientale. Al fine di realizzare una sorveglianza sistematica, è necessario:
  - promuovere l'uso di indicatori di salute riguardanti in particolare le patologie acute o sub-acute, come quelle di tipo respiratorio, caratterizzate da bassa latenza, e di misure di esposizione umana ai tossici;
  - promuovere l'individuazione e l'utilizzazione di indicatori integrati ambiente-salute, che riescano a rilevare livelli di esposizione che non hanno ancora dato nessun danno, ma che potrebbero darlo;
  - procedere alla "georeferenziazione" dei dati sulla salute e sull'ambiente.
    In relazione a quest'ultimo punto si evidenzia che è in via di realizzazione il progetto SIT dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali che sta provvedendo alla georeferenziazione delle utenze e strutture di valenza sanitaria. Tale tecnica permette di disegnare opportunamente intorno alle fonti inquinanti e relativamente ai periodi di interesse ed alle popolazioni suscettibili, microaree di residenza sia di soggetti esposti che di soggetti affetti da patologia, ottenendo con immediatezza ciò che prima era realizzabile solo con lunghi e complessi studi ad hoc.

§ Formazione. La logica dell'integrazione delle politiche impone il passaggio da un approccio di valutazione ambientale ad un approccio valutativo integrato. Al fine di permettere l'applicazione di adeguate metodiche conoscitive sulla relazione ambiente-salute, sulla definizione del rischio e sulla comunicazione, è necessario attivare corsi di formazione integrati fra operatori dei dipartimenti di prevenzione. Il supporto metodologico e la formazione epidemiologica sono realizzati con l'apporto della Agenzia Regionale di Sanità (ARS).

Controllo delle zooinfestazioni

L'esistenza sul territorio regionale di vaste zone umide naturali e seminaturali, sommata ai cambiamenti di stile di vita delle comunità, pone l'attenzione sulla necessità di una attenta

sorveglianza epidemiologica sulle malattie a trasmissione vettoriale, attraverso indagini finalizzate alla conoscenza dell'ecologia degli agenti imputati della trasmissione ed alla loro distribuzione geografica. Il coordinamento delle attività di controllo e profilassi delle zooinfestazioni è effettuato con il concorso della struttura a valenza regionale di Zoologia ambientale di Grosseto

I Dipartimenti della Prevenzione sono tenuti ad assicurare la specifica sorveglianza sulle attività di bonifica che implichino interventi di disinfestazione, disinfezione e derattizzazione e nel caso siano dotati di strutture in grado di fornire tali servizi, possono effettuare in proprio dette prestazioni a favore di soggetti pubblici e privati, applicando apposito tariffario o stipulando opportune convenzioni.

Particolare rilievo devono assumere nel triennio i progetti di lotta alle zanzare, con specifico riguardo alle attività di monitoraggio e controllo del territorio con l'uso di mezzi a basso impatto ambientale.

5.1.2 Lavoro e salute

Il Piano Sanitario Regionale 2005/2007, ha previsto all'interno dell'Azione programmata "Lavoro e Salute" interventi per piani mirati e/o progetti con lo scopo di qualificare e rendere più incisivi gli interventi di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e per ottimizzare le risorse. In aggiunta ai progetti previsti dal "Nuovo patto per uno sviluppo qualificato e maggiori e migliori lavori in toscana" siglato nel 2004 dal Presidente Martini con le associazioni di Categoria, Sindacati, Enti locali ed Associazioni, sono in corso di realizzazione i piani Mirati e i progetti speciali che hanno riguardato:

- il programma d'interventi di vigilanza integrata in edilizia per contrastare il fenomeno degli infortuni e del lavoro irregolare concordato all'interno del coordinamento interistituzionale ex art. 27, D.Lgs. 626/94, di cui fanno parte la Direzione Generale del Diritto alla Salute, i dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL toscane, la Direzione Regionale del Lavoro, INPS ed INAIL;
- Il protocollo di intesa fra la Regione e l'INAIL, per l'utilizzo dei dati sugli infortuni e sulle malattie professionali;
- Il programma per migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi preventivi in agricoltura e selvicoltura;
- Il programma di prevenzione nel comparto siderurgico che assicura un presidio incisivo in un settore produttivo che presenta forti elementi di criticità per la sicurezza e la prevenzione degli infortuni;
- Interventi specifici a sostegno della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali nelle grandi opere infrastrutturali quali la tratta ferroviaria alta velocità/capacità Firenze – Bologna, l'intervento di potenziamento del tratto autostradale A1 Milano – Napoli e la realizzazione dei nuovi Ospedali.

Analisi del quadro occupazionale e degli infortuni

La consistenza della popolazione lavorativa nel triennio 2004-2006 ha visto un tendenziale incremento (58.000 unità - dati INAIL – ISTAT) sia per quanto riguarda i maschi che le femmine, interessando soprattutto il settore dei servizi, si rileva una lieve flessione della forza lavoro impiegata nell'industria, resta invece stazionaria la forza lavoro impiegata nel settore agricoltura.

Per quanto attiene la dinamica occupazionale 2007 è previsto un incremento di circa 4.230 unità che riguarderà in gran parte le piccole imprese.

Le tipologie contrattuali interessate dall'incremento sono in particolare quella a tempo determinato e i "part-time". Si prevede anche una riduzione del numero di collaborazioni a progetto.

Particolare attenzione dovrà essere riservata al contrasto del fenomeno del lavoro nero, contro il quale peraltro esistono nuovi strumenti normativi (L. 123/07) per la gestione ottimale dei quali sarà opportuno ricercare la massima collaborazione con la Direzione Provinciale del Lavoro.

Rispetto al dato infortunistico toscano (report INAIL 2006), gli infortuni denunciati sono complessivamente diminuiti passando dai 75.362 del 2004 a 72.434 del 2006. La riduzione ha

interessato tutti i comparti, in agricoltura siamo passati da 5.462 del 2004 a 4.881 del 2006, nell'industria e servizi siamo passati da 67.697 del 2004 a 65.395 del 2006.
Per quanto riguarda le malattie professionali il confronto tra quelle denunciate nel 2004 e nel 2006, sia in agricoltura che nell'industria, non mostra differenze significative per quanto attiene il numero totale; viene invece evidenziata una riduzione di quelle tradizionali ed aumento di patologie non tabellate, come quelle a carico dell'apparato muscoloscheletrico.

Le strategie socio sanitarie per la promozione della salute

Le priorità individuate dal presente piano sono finalizzate a dare attuazione alle indicazioni contenute nel "Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" del 27 giugno 2007 con particolare riferimento al rafforzamento del sistema informativo per la prevenzione, al coordinamento dell'attività di vigilanza tra i diversi enti, al potenziamento degli interventi nei comparti a maggior rischio, al coinvolgimento di tutti i soggetti sociali prevedendo anche una azione di sostegno alle imprese ed alla valorizzazione della sorveglianza sanitaria.
Per tendere a più elevati livelli di salute è necessario associare agli interventi di prevenzione collettiva, politiche di promozione della salute finalizzate alla modifica di abitudini e stili di vita a rischio.
E' noto che tra i lavoratori la prevalenza di alcuni di questi fattori di rischio è più elevata rispetto alla popolazione generale. Il primo tra tutti è il fumo di sigaretta, ma anche l'abuso di alcolici, la inadeguatezza della dieta e l'insufficiente esercizio fisico costituiscono importanti fattori di rischio.
Fattori legati al lavoro possono potenziare gli effetti negativi di questi comportamenti. Per es. l'esposizione ad agenti nocivi, fra i quali alcuni cancerogeni certi o sospetti, può potenziare in maniera notevole i rischi connessi al fumo.
D'altra parte le condizioni lavorative possono influenzare negativamente lo stile di vita o addirittura favorire l'insorgenza di comportamenti a rischio. E' il caso, per es., del lavoro a turni che rende più difficile, interferendo con la regolarità degli orari dei pasti e con la vita familiare del soggetto, il mantenimento di abitudini alimentari corrette; oppure gli orari prolungati o l'eccessiva fatica (fisica o mentale), che possono indurre abuso di stimolanti e rendere difficile la pratica di un regolare esercizio fisico.
E' quindi necessario affrontare il tema della tutela della salute dei lavoratori in un'ottica globale che cerchi di coniugare interventi specifici di prevenzione dei rischi ambientali con interventi volti a promuovere un miglioramento degli stili di vita dei lavoratori. A tal fine il Servizio sanitario regionale si può avvalere di competenze sanitarie diffuse (UU.FF. P.I.S.L.L., I.A.N. e I.S.P., MMG, in particolare) e di competenze epidemiologiche necessarie per sviluppare protocolli di studio e di monitoraggio degli interventi (CeRIMP, CSPO, ARS, ITT, Laboratori di Sanità Pubblica).
L'ambiente di lavoro è un luogo, per certi versi, "ideale" per interventi di promozione della salute, in quanto costituito da un gruppo omogeneo di popolazione. Tuttavia, gli interventi volti a modificare i comportamenti individuali, interferiscono necessariamente con la sfera più privata dell'individuo e come tali necessitano di una particolare attenzione alla possibilità di espressione totalmente libera del consenso. Il contesto lavorativo si presenta, da questa punto di vista, particolarmente delicato, sarà allora indispensabile:

- non "prescindere" dalla priorità degli interventi sulle condizioni di rischio lavorativo specifico (strutturale, tecnologico e organizzativo);
- valutare quei fattori organizzativi che possono interferire negativamente con l'assunzione degli stili di vita corretti;
- validare e definire il piano di intervento insieme agli stessi lavoratori e i loro rappresentanti;
- coinvolgere pienamente sotto il profilo operativo il medico competente;
- collaborare con le Società della Salute per realizzare piani integrati di salute;
- collaborare con le aziende che devono sentirsi incentivate ad adottare politiche di valorizzazione delle "persone" che tendono a diminuire il rischio di malattia e di infortunio ed a incrementare il benessere lavorativo e con esso le capacità produttive dell'impresa;

- prevedere sistemi di verifica dei risultati.

Di conseguenza non sarà possibile pensare a questi interventi in tutti luoghi di Lavoro, mentre sarà opportuno sfruttare le sinergie tra tutti i soggetti sociali che possono concorrere a tutelare la salute dei lavoratori (organizzazioni sindacali ed imprenditoriali, istituzioni che hanno competenza in tema di sicurezza e regolarità del lavoro (AA.UU.SS.LL, Direzioni provinciali del lavoro, INAIL, INPS, VV.FF, ISPESL), istituzioni locali che hanno competenza in tema di politiche del lavoro, di politiche industriali, di assetto del territorio di concessioni edilizie (Comuni e Provincie), associazioni di cittadini.

Verrà inoltre favorita la ricerca e la sperimentazione di azioni integrate di vigilanza ed assistenza per l'adozione e la diffusione di "buone pratiche" e per la promozione della salute, della sicurezza e dell' ergonomia soprattutto nelle micro, piccole e medie imprese che rappresentano la gran parte del tessuto produttivo toscano.

Importanti sinergie tra Enti locali e AA.UU.SS.LL. possono essere conseguite nell'ambito della prevenzione degli infortuni in edilizia, che anche nella nostra Regione rappresentano un tema di grande importanza per la frequenza e la gravità degli stessi; le azioni che possono essere realizzate dalle Istituzioni sono:

- assicurare le migliori condizioni di sicurezza nei cantieri dei quali sono committenti
- sensibilizzare l'utenza, che accede a propri uffici per presentare DIA od ottenere licenze o concessioni edilizie, sugli obblighi in tema di sicurezza del lavoro che incombono sui datori di lavoro e sui committenti,
- esercitare con la polizia municipale, raccordandosi con i servizi specialistici delle Aziende Sanitarie e con le Direzioni provinciali del lavoro un'azione di capillare vigilanza sul rispetto delle norme di sicurezza e regolarità dei rapporti di lavoro.

Il ruolo di regia regionale e il coordinamento interistituzionale

La Regione Toscana ha costituito il Comitato di Coordinamento Interistituzionale previsto dall'articolo 27 del D.Lgs. 626/94 di cui fanno parte tutti gli enti e gli organismi della pubblica amministrazione che operano nel settore della prevenzione e sicurezza sul lavoro. Il Comitato ha compiti di formulare proposte, esaminare i problemi applicativi della nuova normativa, proporre linee guida ed indirizzi tecnici, promuovere il coordinamento tra le diverse strutture operative ai fini di una maggiore omogeneizzazione delle attività di vigilanza e controllo. La Regione Toscana ha provveduto ad articolare il Comitato a livello territoriale istituendo in ogni ambito provinciale specifici organismi incaricati di definire e realizzare piani ed azioni a livello locale.

In riferimento all'approvazione della L. 123 del 3 agosto 2007, la Giunta Regionale si impegna ad emanare gli atti attuativi del DPCM di prossima emanazione previsto all'art. 4, comma 1 della Legge 123/2007..

I Piani mirati

Per qualificare e rendere più incisivi gli interventi di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di ottimizzare le risorse, la Regione intende confermare la metodologia di azione per Piani mirati, dando continuità e diffusione alle esperienze positivamente realizzate in alcuni settori, quali ad esempio l'edilizia, l'agricoltura, il settore siderurgico e quello estrattivo. L'approccio scelto per la definizione di strategie su Piani mirati intende affrontare in maniera organica i problemi dello sviluppo e della qualificazione del sistema produttivo regionale, del sostegno e della qualificazione delle capacità lavorative, del miglioramento delle relazioni sociali, delle condizioni di lavoro e di tutela della salute, cui si aggiungono anche altri interventi sul versante della trasparenza e della regolarità degli appalti.

La modalità d'intervento per Piani mirati rappresenta lo strumento per un'azione organica e sistematica in uno specifico settore produttivo e su di esso vengono indirizzate le risorse professionali interdisciplinari, logistiche e strumentali per:

- effettuare un'analisi dei rischi, degli infortuni e delle cause che li determinano;

- verificare lo stato di salute dei lavoratori, anche con programmi di verifica e revisione di qualità dell'appropriatezza degli accertamenti svolti, con particolare riferimento agli accertamenti laboratoristici e strumentali, in un processo partecipato con i medici competenti
- contribuire alla crescita di un modello di gestione aziendale del fenomeno infortunistico e tecnopatico;
- collaborare alla ricerca di soluzioni tecniche, organizzative e procedurali;
- favorire il miglioramento dei sistemi di gestione aziendali, andando anche verso "certificazioni sociali" delle imprese e dei processi produttivi, promuovendo la sicurezza come indicatore di "qualità" d'impresa;
- sviluppare relazioni con i soggetti responsabili per la sicurezza e la prevenzione delle imprese e delle aziende, in primo luogo con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- sviluppare un'ampia azione di "cultura della prevenzione" e l'adozione di specifici piani per evitare il rischio e adottare comportamenti idonei alla protezione, interessando in primo luogo i lavoratori, gli studenti, i cittadini;
- rendere più incisiva l'attività degli organismi pubblici attraverso il coordinamento interistituzionale ed intensificare le funzioni di vigilanza e controllo anche attraverso interventi integrati e campagne straordinarie come previsto dall'articolo 25 della legge regionale 13 luglio 2007 n. 38.
- proporre nei singoli comparti lavorativi, oggetto degli interventi mirati, i livelli di prevenzione standard verso i quali le imprese devono tendere, adattandoli poi alla propria specifica realtà lavorativa;
- fornire in sintesi un concreto contributo tecnico per la definizione e l'applicazione dei livelli di prevenzione possibili;

I settori prioritari di intervento soni:

- edilizia;
- grandi opere infrastrutturali;
- settore estrattivo;
- settore cartario e cartotecnico;
- agricoltura e selvicoltura;
- meccanica e siderurgia;
- cantieristica navale e porti;
- strutture sanitarie.

Con successivi atti regionali verranno definiti gli indirizzi tecnici di programmazione e definizione dei piani mirati regionali e locali comprendenti le modalità di rendicontazione annuale dell'attività svolta e dei finanziamento utilizzati, prevedendo momenti di confronto e verifica con le parti sociali.
Nell'ambito dei Piani mirati, ma più in generale di tutta l'attività di prevenzione, dovrà essere riservata un'attenzione particolare:

§ ai problemi di sicurezza e attività di verifica per il controllo su impianti e macchine; assicurando anche lo sviluppo di collaborazioni integrate con Enti competenti alla sorveglianza di mercato sui prodotti soggetti a direttive comunitarie, lo sviluppo, anche in collaborazione europea, della raccolta dell'esperienza degli utilizzatori, mediante il metodo "feed-back", per il miglioramento degli standards delle macchine e delle modalità d'utilizzo;

§ alle tematiche connesse all'igiene del lavoro con particolare riferimento ai rischi chimico e cancerogeno,

§ al controllo di filiera sugli agenti chimici pericolosi. per la tutela della salute dei lavoratori e dei consumatori in relazione ai rischi che possono derivare dall'uso di agenti chimici pericolosi non correttamente classificati/etichettati, oppure soggetti a limitazioni d'uso o rilasciati in quantità non consentita da semilavorati e prodotti finiti;

§ alla salute delle donne lavoratrici ponendo attenzione non solo ai rischi sulla salute riproduttiva, ma anche al rischio aggiuntivo connesso al doppio carico di lavoro e ad alcune malattie professionali per le quali è ipotizzata una maggiore suscettibilità nella donna (es. dermatosi, disturbi muscolo-scheletrici derivanti da movimentazione manuale dei carichi), agli infortuni ed alla specificità della cinetica delle sostanze tossiche;

§ alle specificità della condizione lavorativa dei migranti;

- § agli aspetti connessi all'organizzazione del lavoro, che sempre maggiore importanza assume come determinante di infortuni e malattie professionali.

Formazione informazione e assistenza

Per la crescita di tutti i soggetti coinvolti nel processo produttivo è necessario potenziare l'attenzione verso lo sviluppo di competenze e professionalità anche attraverso processi formativi adeguati a rispondere alle trasformazioni in atto nel mondo del lavoro.

La Giunta Regionale si impegna ad adottare i provvedimenti finalizzati a realizzare quanto previsto della legge n. 123/2007 "La legge delega per il riassetto e la riforma della normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro" che prevede la promozione delle cultura e delle azioni di prevenzione anche con la realizzazione di un sistema di governo per la definizione, di progetti formativi rivolti alle piccole e medie imprese, da indirizzare nei confronti di tutti i soggetti del sistema di prevenzione aziendale anche attraverso la collaborazione con gli enti bilaterale previsti dal dai contratti Collettivi di lavoro dove sono rappresentate le confederazioni nazionali, le imprese e dei lavoratori.

La formazione nei dipartimenti di prevenzione

In linea di continuità con le esperienze realizzate dovrà essere assicurata la formazione del personale dei dipartimenti di prevenzione con specifici progetti regionali con l'intento di rafforzare, oltre che le competenze professionali degli operatori, il carattere multidisciplinare dell'attività dei Dipartimenti di Prevenzione, favorendo scambi di conoscenze, l'integrazione delle competenze e l'omogeneità dei comportamenti. Le attività formative esterne potranno essere rivolte anche a soggetti esterni, facendo riferimento alla realizzazione di piani mirati o a indirizzi regionali.

La promozione di progetti di prevenzione rivolti alla scuola

La promozione e la divulgazione della cultura della salute e della sicurezza sul lavoro dovrà trovare forme di collaborazione nei percorsi di formazione all'interno dell'attività scolastica ed universitaria da realizzarsi nel rispetto delle disposizioni vigenti e dei principi di autonomia didattica con lo scopo di:

- § educare i giovani sviluppando piani di intervento volti ad integrare la cultura della sicurezza del lavoro nella formazione scolastica e professionale
- § coinvolgere la scuola ed i centri di formazione professionale in azioni volte a garantire una forza lavoro piu' sana e sicura.

La Legge n. 123/2007 intende incentivare la realizzazione di attività di prevenzione, di sensibilizzazione in ambito scolastico. La Regione Toscana, a partire dalle esperienze realizzate nella precedente fase di programmazione (Progetti "Sicurezza in cattedra" e "Scuola sicura") svolgerà un ruolo di promozione alla realizzazione di esperienze di prevenzione a livello territoriale tramite Tavoli Interistituzionali, creazione di Reti tra Istituzioni scolastiche, EE.LL., Aziende USL ecc., muovendosi in un'ottica di governance e di sussidiarietà, ed in sintonia con il livello nazionale e con le esperienze più avanzate realizzate in altre regioni.

Un'attenzione particolare dovrà essere riservata alla formazione dei docenti in qualità di formatori sui temi della sicurezza, ed alla valorizzazione dei soggetti della prevenzione interni alla scuola. Ciò al fine di ottenere una maggiore ricaduta nelle attività didattiche e di favorire un processo culturale di crescita della cultura della sicurezza all'interno della scuola.

Il ruolo delle Università.

La giunta Regionale è impegnata ad adottare iniziative finalizzate ad assicurare che i corsi di laurea riferiti alla professioni tecniche della prevenzione siano sempre più adeguate alle esigenze del servizio sanitario regionale e delle imprese sia per quanto attiene i programmi che per l'organizzazione degli stage formativi. Tale risultato potrà essere conseguito attraverso una forte integrazione tra le facoltà universitarie ed il sistema regionale della prevenzione collettiva.

Tale collaborazione dovrà estendersi anche alle scuole di specializzazione ed ai master attivati nel settore della prevenzione collettiva ed a tutte le facoltà che possono utilmente contribuire alla prevenzione nei luoghi di lavoro.

Collaborazione con il sistema regionale delle politiche formative e lavoro.
Nell'ambito di vigenza del presente piano sanitario regionale, anche in relazione agli indirizzi applicativi che emergeranno dai decreti delegati previsti dalla L. 123/07, la Giunta Regionale si impegna a favorire iniziative finalizzate ad assicurare la formazione delle figure della prevenzione con particolare riferimento ai responsabili dei servizi di prevenzione e protezione aziendale, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e addetti a compiti speciali.

Lo stato di salute dei lavoratori
I dati a disposizione permettono una buona conoscenza l'andamento del fenomeno infortunistico, mentre quelli relativi allo stato di salute dei lavoratori ed alle patologie professionali sono assolutamente insufficienti. Le patologie professionali dovute ad un solo fattore di rischio presenti in passato sono sempre meno frequenti mentre emergono con sempre maggiore frequenza patologie dovuta alla azione concomitante di più agenti nocivi la cui diagnosi è estremamente difficoltosa. I dati messi a disposizione dall'Ufficio Internazionale del Lavoro affermano che viene diagnosticato un solo caso di decesso dovuto a patologia professionale ogni 80 decessi realmente accaduti. E' quindi assolutamente prioritario migliorare le conoscenze sulla patologia lavoro correlata; questo risultato può essere conseguito mediante:

- il potenziamento dei flussi informativi che utilizzi i dati già esistenti con particolare riferimento a quelli proveniente dall'attività dei medici competenti, dei medici specialisti, ospedalieri e territoriali e dei medici di medicina generale, previa definizione di protocolli diagnostici condivisi applicati da tutti i professionisti che operano nel settore sia in ambito privato che pubblico; di particolare importanza può risultare il ruolo dei medici competenti che seguono lo stato di salute di tutti i lavoratori che svolgono mansioni potenzialmente nocive per la salute. In particolare dovranno essere realizzare nell'ambito di vigenza del presente piano iniziative finalizzate a raccogliere le relazioni sullo stato di salute delle singole imprese elaborate su modulistica concordata in maniera da consentire una efficace elaborazione statistica. Verrà inoltre facilitata l'adozione programmi informatici rispondenti ad indicazioni regionali per ottenere una archiviazione omogenea dei dati. Per il conseguimento di tale obiettivo si prevede la costituzione presso ogni Dipartimento di Prevenzione delle Aziende USL di un Osservatorio sullo stato di salute dei lavoratori che avrà il compito di raccogliere flussi informativi, verificare l'adozione di protocolli diagnostici omogenei, provvedere alla elaborazione epidemiologica dei dati, assicurare la qualità complessiva delle attività di sorveglianza sanitaria svolta.
- l'avvio di progetti di ricerca attiva delle patologie professionali, a partire da quelle ritenute più frequenti quali le affezioni a carico dell'apparato muscolo- scheletrico, respiratorio, cardiocircolatorio ed i tumori, sulla cui insorgenza esercita un ruolo rilevante l'esposizione professionale. Tali indagini vanno condotte sulla base di progetti a carattere regionale che possono prevedere l'approfondimento di tematiche differenziate nei diversi ambiti territoriali anche in considerazione delle caratteristiche produttive dei territori di competenza delle singole Aziende UU.SS.LL. La ricerca attiva delle patologie professionali passa ovviamente attraverso un'azione di informazione e sensibilizzazione dell'attenzione a singole tematiche e di definizione ed applicazione di protocolli condivisi da parte di tutti i sanitari che possono essere coinvolti (medici PISLL, medici competenti, reparti ospedalieri, medici di base, specialisti, medici INAIL).
- L'approfondimento specialistico del nesso causale esistente per alcune patologie, per lo più di natura oncologica, tra le stesse e l' esposizione lavorativa. A tal fine può essere particolarmente utile la collaborazione con il CSPO, l'ITT, l'ARS e l'Università che in collaborazione con i SPISLL possono condurre ricerche applicate.

La Giunta Regionale si impegna, entro sei mesi dall'approvazione del PSR, ad elaborare, con il coinvolgimento delle Forze Sociali, dei Dipartimenti di Prevenzione, delle Categorie Produttive e delle Associazioni dei Professionisti interessate, un piano mirato finalizzato a conseguire gli obiettivi

sopra riportati valorizzando il ruolo che il Centro Regionale Infortuni e Malattie Professionali (CeRIMP) deve avere nell'assistenza e supporto a tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione del progetto, nell'acquisizione, verifica di qualità ed elaborazione dei dati trasmessi.

Igiene occupazionale

Una parte consistente della patologia professionale è legata ad esposizioni a sostanze potenzialmente tossiche per l'organismo umano; si rende necessario quindi potenziare le iniziative finalizzate ad individuare e quantificare le esposizioni lavorative, sia stimolando e verificando il rispetto della legge 25/2002 da parte delle imprese, che effettuando direttamente determinazioni dell'esposizione negli ambienti di lavoro sfruttando al massimo e potenziando ulteriormente le capacità di risposta delle strutture di Igiene occupazionale presenti nei Laboratori di Sanità Pubblica, che sempre di più devono operare secondo un sistema di rete regionale in grado di fornire risposte altamente specialistiche nei diversi settori. La puntuale determinazione delle esposizioni a sostanze tossiche nelle diverse situazioni lavorative permetterà la messa a punto di buone prassi finalizzate al loro contenimento, individuando livelli di prevenzione realmente e concretamente attuabili. Un intervento informativo da realizzare con la collaborazione delle forze sociali faciliterà l'applicazione delle buone prassi da parte delle imprese.

Dovrà essere attivata un'azione di controllo/assistenza dei professionisti esterni ai servizi PISLL, che svolgono le misure e le valutazioni del rischio, anche in collaborazione con gli "enti intermedi" interessati (associazioni di imprese e degli stessi professionisti).

Rischi organizzativi ergonomici e psicosociali

Nella realtà toscana, caratterizzata da un quadro infortunistico che pur evidenziando segnali di miglioramento presenta ancora aspetti di criticità e da una forte frammentazione del tessuto produttivo, che vede la presenza di moltissime imprese di piccole e piccolissime dimensioni, dovrà essere sviluppata l'attenzione alla tutela del lavoro per quanto attiene gli aspetti organizzativi, ergonomici e di prevenzione dei rischi psicosociali. Sarà necessario attivare iniziative finalizzate ad aumentare l'attenzione su questi temi, da parte delle imprese toscane, anche attraverso l'attivazione di progetti specifici finalizzati al miglioramento del benessere organizzativo, allo studio di condizioni di lavoro ergonomiche che possono essere diffuse nelle imprese con caratteristiche produttive simili, alla sensibilizzazione delle imprese nei confronti dei rischi psicosociali che possono creare condizioni di grave disagio lavorativo, talvolta di entità tale da non rendere più possibile l'inserimento del lavoratore nel contesto lavorativo. I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende UU.SS.LL. sono pertanto impegnati ad affrontare anche le problematiche connesse con questo fattore di rischio che richiede interventi multidisciplinari e multifunzionali. L'approccio ai rischi psicosociali da parte dei Dipartimenti di Prevenzione deve essere soprattutto di tipo preventivo favorendo la crescita della cultura imprenditoriale con l'adozione di codici di comportamento in grado di prevenire il concretizzarsi dell'evento dannoso. E' tuttavia importate anche affinare le capacità diagnostiche dei servizi pubblici di prevenzione, sia attraverso specifici percorsi formativi rivolti agli operatori, che tramite l'attivazione di centri di riferimento regionali.

La Giunta Regionale è pertanto impegnata a costituire un centro di riferimento a carattere regionale per l'approfondimento degli aspetti ergonomici ed un centro di riferimento a carattere regionale per le problematiche connesse al disagio lavorativo.

5.1.3 Igiene degli alimenti e della nutrizione

L'igiene degli alimenti e della nutrizione riveste un ruolo essenziale nell'ambito delle politiche di prevenzione da sempre perseguite dal Sistema Sanitario Regionale; le competenze nel tempo hanno avuto un'evoluzione graduale, partita dalle semplici attività di vigilanza sulla salubrità di alimenti ed arrivata ad affrontare un sistema complesso, che vede i servizi di prevenzione strettamente interconnessi con il mondo produttivo e dei consumatori, al centro di una rete che deve assicurare in primo luogo la qualità di ciò che si consuma ma anche favorire informazione, educazione alla salute e crescita culturale del sistema agroalimentare.

In un quadro caratterizzato dalla globalizzazione e dalla liberalizzazione dei mercati, dall'introduzione di nuove tecnologie e contemporaneamente dalla salvaguardia delle nostre tradizioni alimentari, gli operatori della prevenzione devono acquisire nuove competenze, rispondere ai mutamenti produttivi, adattarsi a svolgere compiti che richiedono, accanto alle conoscenze professionali di tipo scientifico, anche capacità di comunicazione e di relazione con la realtà della produzione e del consumo.

In questo contesto le strutture di Igiene degli alimenti e della nutrizione, istituite con la riforma del Sistema Sanitario Nazionale (D.Lgs.502/92 e successivi), sono ormai una realtà consolidata e conferiscono un valore qualificante nel panorama della sanità pubblica orientata attivamente a promuovere la salute e il benessere della popolazione, attraverso la puntuale attuazione delle disposizioni comunitarie e la completa integrazione tra le politiche per la salute e le altre politiche territoriali.

Pertanto è necessario che, sia per l'ambito di igiene alimentare che per quello nutrizionale, siano approvate dalla Giunta regionale apposite linee che definiscano i contenuti e le modalità di intervento, forniscano strumenti metodologici e criteri uniformi di valutazione delle attività. In particolare deve essere sviluppato lo strumento rappresentato dai Piani Integrati di salute, quanto mai appropriato in questi ambiti in cui gli obiettivi sono raggiungibili solo attraverso il coinvolgimento attivo delle famiglie, delle istituzioni scolastiche, dei Comuni e delle Associazioni dei consumatori e di categoria.

Igiene della nutrizione

Gli aspetti prioritari sono sviluppati nel successivo paragrafo "Alimentazione e salute" e sono soprattutto focalizzati sulle attività di:

- sorveglianza nutrizionale, quale strumento attraverso il quale descrivere lo stato nutrizionale della popolazione e le patologie correlabili con la dieta,
- promozione di abitudini alimentari e stili di vita corretti da perseguire attraverso azioni di informazione mirate alla promozione di consapevolezza e sviluppo delle capacità di cambiamento.

Accanto ai tradizionali interventi di monitoraggio sui menù e di valutazione dei capitolati di appalto in ambito scolastico devono essere sviluppati metodi, strumenti, linguaggi efficaci e mirati. Gli obiettivi individuati sono i seguenti:

1) prevenire lo sviluppo del sovrappeso in soggetti di peso normale
2) prevenire la progressione verso l'obesità di soggetti già in sovrappeso
3) prevenire il recupero del peso in soggetti che hanno affrontato con successo un trattamento per la perdita di peso

Di conseguenza, i destinatari degli interventi di prevenzione sono :

1) la popolazione generale (prevenzione universale)
2) i gruppi a rischio più elevato (prevenzione selettiva)
3) gli individui a rischio più elevato (prevenzione mirata)

La combinazione delle tre strategie rappresenta il modo più efficace di organizzare l'intervento di sanità pubblica. In tutti i target devono essere conseguiti risultati nell'ambito dell'incremento della attività fisica e del controllo dei consumi alimentari.

La strategia di prevenzione universale deve avere inizio dalle epoche più precoci, ossia a partire dalla prima infanzia ed indipendentemente dal livello di rischio.

La strategia di prevenzione selettiva sarà diretta ai gruppi a più alto rischio individuati sulla base di fattori di rischio: età (es: periodo prepuberale, adolescenza, prima età adulta); sesso (femminile); razza, gruppo etnico, status socioeconomico; dati epidemiologici di popolazione che riportano prevalenza di obesità, morbosità e mortalità per malattie cronico degenerative; abitudini alimentari e stile di vita (consumo di grassi >40%, consumo di frutta e verdura < 200 g/die).

Le informazioni esistenti suggeriscono pertanto di indirizzare gli interventi di prevenzione selettiva verso: i bambini , gli adolescenti, gli adulti in sovrappeso, le donne in gravidanza e in menopausa.

La strategia di prevenzione mirata è diretta agli individui a rischio, caratterizzati in base ad indicatori biologici (familiarità per obesità, diabete, dislipidemie) e comportamentali. Ad esempio i bambini in sovrappeso con genitori obesi sono da ritenersi ad alto rischio di obesità.

Gli interventi di prevenzione selettiva e mirata possono utilizzare in parte gli stessi canali e materiali usati nella prevenzione universale, da supportare con iniziative sociali e con strategie di counseling nutrizionale.

A tutti i livelli devono essere selezionati strumenti e metodi che agiscano non solo sul livello di informazioni possedute, ma sulla loro concreta applicazione nella vita quotidiana.

La Giunta regionale fornisce le linee di indirizzo, attraverso proprio atto, individuando i target di intervento, gli strumenti da adottare e le misure con cui valutare l'efficacia di quanto attuato.

I SIAN sono i servizi deputati a mettere in atto strategie di prevenzione nutrizionale, coinvolgendo tutti gli attori interessati e valutando l'efficacia delle azioni svolte.
Per questo i SIAN potranno hanno un ruolo importante nei Piani Integrati di Salute, che si dovranno necessariamente confrontare con le evidenze epidemiologiche ed i bisogni espressi dai cittadini in questo ambito.

Esigenze irrinunciabili sono le seguenti:

- integrazione con il territorio
- coordinamento degli interventi
- formazione continua degli operatori

Igiene degli alimenti

Gli aspetti prioritari sono sviluppati nel successivo capitolo "Sicurezza alimentare" e si incentrano sui nuovi Regolamenti Comunitari, che richiederanno un ulteriore grande sforzo culturale e organizzativo ai Dipartimenti di Prevenzione per la loro applicazione sul campo. L'attività di vigilanza e controllo, cardine del sistema che garantisce la salubrità dei prodotti, deve quindi adeguarsi alle novità normative e soprattutto rimanere al passo con i progressi scientifici, utilizzando gli strumenti più adeguati per la programmazione quali la valutazione e la comunicazione del rischio. I Laboratori di Sanità Pubblica devono completare il processo di accreditamento richiesto dal D.Lgs.156/97, ricercando la massima integrazione con le altre strutture di controllo.

La Giunta regionale fornisce attraverso il Programma pluriennale regionale di che dovrà interfacciarsi con il relativo Piano nazionale gli indirizzi programmatici più puntuali. Si ritiene di individuare alcuni ambiti specifici in considerazione di alcune novità normative già presenti o in via di definizione, attività da effettuare in collaborazione e coordinamento con le altre Unità Funzionali del Dipartimento di Prevenzione competenti:

- produzione e vendita di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare, con riguardo a quelli per la prima infanzia
- attuazione e monitoraggio sugli alimenti contenenti allergeni di cui alle direttive CE 89/2003 e 77/2004 recepite con D.lgs. 114/2006
- indicazioni nutrizionali e sulla salute fornite sui prodotti alimentari di cui al regolamento CE 1924/2006 e sugli alimenti "fortificati" di cui al regolamento CE 1925/2006.
- utilizzo ed impiego di prodotti fitosanitari
- autorizzazione e sorveglianza sui laboratori che effettuano analisi per l'autocontrollo
- agriturismo di cui alla L.R. 30/2003 e al suo regolamento di applicazione
- monitoraggio sull'applicazione della L.R. 38/2004 "Norme per la disciplina della ricerca, della coltivazione e sull'utilizzazione delle acque minerali, di sorgente e termali"

Le attività di vigilanza di cui sopra saranno eseguite sulla base di linee guida e modelli regionali al fine di disporre di dati confrontabili ed aggregabili, con la predisposizione di report finali di livello aziendale e regionale.

Certificazione e Miglioramento della Qualità delle strutture Igiene Alimenti e Nutrizione

Il settore ha quale obiettivo principale il raggiungimento della certificazione , a norma ISO 9001:2000, per l'anno 2008 da parte delle strutture territoriali del settore in questione, coerentemente con il percorso intrapreso dalla Sanità Pubblica Veterinaria a partire dall' anno 2006 e come previsto nell' ambito del progetto di miglioramento della Qualità promosso da parte della Regione Toscana (D.D. n.6758 del 29.11.2005) che è compiutamente in fase di attuazione da parte strutture appartenenti all' Igiene Alimenti & Nutrizione delle Aziende Sanitarie toscane,.

Sviluppo di modelli di miglioramento della qualità e di condivisione della conoscenza in ambito della Prevenzione

Lo sviluppo di sistemi di miglioramenti della Qualità nell' ambito delle strutture dell'Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) dei Dipartimenti della Prevenzione delle Az.UU.S.LL. toscane rappresenta un argomento di rilevante interesse per la struttura regionale del Settore Igiene Pubblica Ciò richiede un forte impegno da parte di questa organizzazione al fine della realizzazione del processo di allestimento e sviluppo di sistemi di qualità in coerenza con le prospettive di crescita strategica regionale, sia per favorire l' attuazione degli obblighi recentemente imposti dall' Unione Europea in materia di igiene degli alimenti sia per promuovere la circolazione delle informazioni e delle conoscenze e supportare la rete delle strutture sanitarie.

I principali obiettivi di risultato attesi dall'attuazione del progetto nel triennio di vigenza del Piano sono i seguenti:

§ Attivazione di un sistema di supporto finalizzato al coordinamento e all' indirizzo delle strutture SIAN delle Az.UU.SS.LL. toscane per la definizione di un modello di miglioramento continuo della qualità, per il raggiungimento della certificazione ISO9001 VISION 2000 e la definizione dei requisiti specifici di accreditamento regionale;
§ Attivazione di un sistema di verifica Ispettiva della qualità (Audit) per il Settore Igiene Pubblica della Regione Toscana;
§ Individuazione di un modello che favorisca lo sviluppo della "cultura della rete", supportato dalle nuove tecnologie, tra professionisti che operano nel settore sanitario.

5.1.4 Alimentazione e salute

Sulla base di quanto realizzato con il precedente Piano Sanitario Regionale vengono individuati i seguenti obiettivi per la prosecuzione del progetto "Alimentazione e salute"

- Prosecuzione della sorveglianza nutrizionale, secondo progetti regionali e studio HBSC
- Partecipazione ai progetti interregionali promossi dal CCM in tema di alimentazione e salute
- Applicazione delle linee guida già approvate dall'apposito gruppo di lavoro, ed in particolare:
  - realizzazione di progetti mirati di promozione di stili di vita salutari
  - promozione dell'attività fisica
  - promozione dell'allattamento al seno
  - valutazione dell'efficacia dei progetti e individuazione delle best practice
  - creazione in tutte le ASL di un percorso assistenziale per il soggetto obeso

Un ruolo di rilievo sarà svolto dal Piano Integrato di Salute, quale strumento di programmazione condivisa e integrata, in cui gli attori, ovvero il sistema sanitario locale, i comuni, la scuola, le associazioni dei cittadini, il volontariato, il terzo settore ecc. sono chiamati a convergere su obiettivi prioritari che incidono sul comportamento volto al mantenimento dello stato di salute e benessere

Nell'ambito del percorso assistenziale per il soggetto obeso le strategie dovranno prevedere il raccordo con il coordinamento regionale e di area vasta dei Disturbi del Comportamento Alimentare (D.C.A.)

- Applicazione della deliberazione della G.R. n. 279 del 18.4.2006 "Linee di indirizzo per la rete di una rete integrata di servizi per la prevenzione e la cura dei DCA" ed in particolare:
  - completare la rete integrata fra ASL e Aree Vaste dei servizi per la cura e la prevenzione dell'obesità e dei D.C.A. ;
  - valutare l'opportunità di avviare la sperimentazione di una struttura residenziale terapeutico riabilitativa specificatamente dedicata ai DCA;

- favorire il coordinamento delle azioni a livello di area vasta e regionale per superare la frammentazione degli interventi e per garantire percorsi integrati con il coinvolgimento di tutti i soggetti della rete compreso le Associazioni di volontariato ed i gruppi di auto aiuto;
- Monitorare l'attuazione delle linee guida su tutto il territorio regionale attraverso i livelli di coordinamento di Area Vasta e regionale;
- Promuovere il coordinamento di modalità di prevenzione nell'ambito della salute psichica
- Sperimentare modalità di cura attraverso terapie complementare in giovani pazienti affetti da DCA;
- Promuovere azioni di sensibilizzazione e informazione sul tema in collaborazione con le Associazioni di volontariato ed i gruppi di auto aiuto presenti sul territorio; organizzazione di un evento regionale: la giornata regionale sui DCA..

Tali progetti saranno inseriti e armonizzati nell'ambito di progetti nazionali, in particolare con il Piano Nazionale Prevenzione e "Guadagnare Salute".

5.1.5 Sicurezza alimentare

Sulla base di quanto realizzato con il precedente Piano Sanitario Regionale vengono individuati i seguenti obiettivi per la prosecuzione del progetto "Sicurezza alimentare"

Governo istituzionale del sistema:

Nel corso del vigente Piano occorre consolidare il sistema di relazioni definito dalla Delibera n. 412 del 5 giugno 2006 attraverso:

- La definizione e l'entrata in vigore entro il 2008 delle nuove procedure autorizzative per il riconoscimento degli stabilimenti a bollo CE;
- La ridefinizione nel triennio, secondo i criteri di snellimento burocratico, dei testi di almeno 5 norme ed atti regionali da sottoporre a procedura di semplificazione;
- La definizione di almeno tre linee guida inerenti la produzione primaria.

Il governo tecnico operativo del sistema

Nel corso del triennio si punta a migliorare i risultati conseguiti attraverso:

- la certificazione/accreditamento entro il 31 dicembre 2009 del sistema regionale di controllo degli alimenti (Sanità Pubblica Veterinaria e Igiene degli Alimenti e Nutrizione);
- la implementazione del Piano Pluriennale previsto dal regolamento 882/2004 standardizzando i sistemi di vigilanza e campionamento secondo criteri di valutazione del rischio connesso agli allevamenti ed alle imprese;
- il consolidamento e lo sviluppo del sistema di audit regionale della Sanità Pubblica Veterinaria e dello IAN secondo le procedure indicate dalle normative comunitarie;
- la standardizzazione entro il 31 dicembre 2008 dei flussi informativi relativi al sistema di allerta e al sistema di rilevamento delle tossinfezioni alimentari, anche attraverso un rafforzamento delle azioni interdisciplinari tra lo IAN e la Sanità Pubblica Veterinaria;
- lo sviluppo di studi epidemiologici mirati a identificare per tipologia di attività le principali cause di tossinfezioni in termini di germi coinvolti e di errori di produzione/conservazione definendo al contempo procedure di prevenzione ed i relativi sistemi di comunicazione e informazione;
- lo sviluppo della cooperazione con le Associazioni dei consumatori e altri soggetti coinvolti mirato alla riduzione delle tossinfezioni di origine casalinga;
- riorganizzazione nel triennio della rete dei Laboratori deputati al controllo ufficiale dei prodotti alimentari.

Il governo formativo/informativo

Si punta nell'arco della vigenza del Piano a:

- definire e rendere usufruibile entro il 31 dicembre 2008 di concerto con le associazioni dei consumatori, le Organizzazioni di categoria e professionali i contenuti, le modalità gestionali della sezione del sito web regionale dedicato alle "Allerta Alimentari" in grado di fornire in caso di

emergenze sanitarie, ai cittadini toscani e al sistema delle imprese in tempo reale informazioni istituzionali e sanitarie;

- costituire nell'ottica della politica regionale orientata all'eccellenza e sulla base della Convenzione sottoscritta dalla Regione Toscana con la Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Ateneo di Pisa e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana il "Centro Regionale per la Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare".

Il "Centro" con sede presso la Facoltà di Medicina Veterinaria di Pisa, avrà per finalità il miglioramento delle competenze specifiche in questo settore strategico, attraverso il potenziamento e l'ottimizzazione delle risorse offerte dagli enti pubblici e privati coinvolti.

Il "Centro", per la formazione gestionale aziendale si correlerà al laboratorio MES della scuola S. Anna di Pisa.

Funzioni del "Centro" sono: rafforzamento dei rapporti d'interscambio fra le parti interessate; connessione con le reti d'eccellenza regionali, nazionali ed internazionali; monitoraggio dei bisogni formativi; valutazione delle competenze specifiche; progettazione e gestione di eventi formativi; servizio di consulenza e supporto nel campo della formazione professionale per le imprese e le Organizzazioni Professionali e di Categoria.

5.1.6 Sanità Pubblica veterinaria

La Sanità Pubblica Veterinaria nel corso del triennio di vigenza del PSR 2005-2007 ha consolidato il sistema organizzativo sia a livello centrale che territoriale; sono state adeguate le norme regionali in materia di sicurezza alimentare ai cambiamenti normativi derivanti dal "Pacchetto Igiene" anche attraverso il ruolo di direzione svolto nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni.
I risultati di salute per i cittadini toscani quale indicatore degli interventi di sorveglianza e vigilanza sull'intera filiera della produzione di alimenti di origine animale possono essere misurati con la significativa diminuzione delle tossinfezioni alimentari. (vedi tabella progetto speciale "Sicurezza Alimentare").

Gli audit effettuati da organismi internazionali e nazionali in Regione hanno evidenziato un alto livello di efficienza del nostro sistema di controlli in grado di garantire la salute dei cittadini toscani e di assicurare alle imprese esportatrici elevati standars sanitari indicando al contempo i margini di miglioramento in particolare sul versante della omogeneizzazione territoriale e nella integrazione con i sistemi di controllo degli alimenti di origine vegetale.

Audit ricevuti Anni – 2005 – 2006-2007 (agosto)			
Anno	Oggetto	Ente Visitatore	Sede del controllo
2005	Organizzazione del controllo ufficiale sui prodotti destinati all'esportazione verso gli U.S.A.	Dipartimento Agricoltura degli U.S.A. Food Safety Inspection Service	Regione Toscana - Settore Sanità Pubblica Veterinaria Istituto Zooprofilattico Sperimentale - Sezione di Siena Azienda USL di Siena - Sanità pubblica veterinaria Stabilimento del territorio

2005	Applicazione misure protettive contro la scrapie	Unione Europea Commissione Food and Veterinary Office (Dublino)	Regione Toscana - Settore Sanità Pubblica Veterinaria Azienda USL 2 di Lucca - Sanità pubblica veterinaria Impianti sul territorio
2005	Audit di sistema sulla organizzazione italiana del controllo ufficiale in materia di alimenti e sanità pubblica veterinaria	Unione Europea Commissione (Bruxelles)	Ministero della Salute Regione Toscana Settore Sanità Pubblica Veterinaria Settore Igiene Pubblica
2005	Organizzazione del controllo ufficiale sui prodotti destinati all'esportazione verso il Giappone	Ministero della Salute Dipartimento della Nutrizione, Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimenti	Regione Toscana - Settore Sanità Pubblica Veterinaria Azienda USL di Siena - Sanità pubblica veterinaria Impianti sul territorio
2006	Igiene degli alimenti	Federazione Russa	Aziende USL 10 di Firenze e 3 di Pistoia
2006	Organizzazione del sistema di controllo ufficiale implementazione del pacchetto igiene	Unione Europea Commissione Food and Veterinary Office (Dublino)	Regione Aziende USL Impianti sul territorio
2006	Applicazione normativa per esportazioni verso il Giappone	Ministero della Salute D. G. Alimenti Nutrizione e sanità pubblica veterinaria	Stabilimento ed Azienda USL 7 di siena
2006	Controllo ufficiale sulla esportazione di materiale seminale	Repubblica Popolare Cinese. Autorità Governative di controllo sulla zootecnia	Az.U.S.L. di Empoli Centro Tori di San Miniato
2007	Controllo Ufficiale sulla applicazione del "Pacchetto Igiene" negli alimenti e nelle acque minerali	Unione Europea Commissione Food and Veterinary Office (Dublino)	Regione Settore Igiene Pubblica e Medicina Predittiva e Preventiva Aziende Sanitarie Stabilimenti Laboratori
2007	Controllo Ufficiale sulla produzione di mangimi	Ministero della Salute D. G. Alimenti Nutrizione e sanità pubblica veterinaria	Regione Aziende UU.SS.LL. di Siena ed Arezzo Allevamenti e stabilimenti
2007	Ispezione sulla lavorazione di carni, latte e latticini	Ministero della Salute D. G. Alimenti Nutrizione e sanità pubblica veterinaria	Industrie e impianti nel territorio di 5 Aziende Sanitarie

Sulla base dei risultati raggiunti e delle criticità emerse sono stati individuati le seguenti undici opzioni strategiche:

1. Salute animale e prevenzione delle zoonosi: Nel triennio 2008-2010, accanto al consolidamento delle anagrafi delle varie specie animali, sarà completato il risanamento degli

allevamenti dalla tubercolosi, dalle brucellosi e dalla Leucosi Enzootica Bovina; saranno mantenute le qualifiche sanitarie già acquisite e sarà completato il risanamento nelle Province di Arezzo e Firenze e Massa. Tale risultato costituisce un fattore di tutela della salute pubblica, di prestigio ed economicità per le aziende zootecniche e permette alle aziende sanitarie una razionalizzare delle risorse dedicate. Particolare attenzione sarà posta alle strategie di controllo delle malattie infettive/stive presenti sul territorio regionale, emergenti o riemergenti ed in particolare per le malattie zoonotiche e per quelle trasmesse da vettori. E' obiettivo del presente Piano la riduzione della prevalenza della scrapie negli allevamenti ovi-caprini. E' obiettivo del presente Piano il conseguimento della qualifica di territorio regionale indenne da trichinosi. Nel corso della di vigenza del Piano sarà effettuato uno studio retrospettivo tra i casi di echinococcosi-idatidosi identificati in Toscana e i casi nella specie umana.

2. Il controllo degli alimenti di origine animale, collegato alle azioni previste dal progetto "Sicurezza Alimentare", deve prevedere una forte integrazione con la componente SIAN del Settore Igiene Pubblica definendo programmi annuali di vigilanza e controllo basati sul principio della unitarietà delle azioni e la programmazione sulla base della categorizzazione del rischio delle imprese e dell'analisi del rischio secondo criteri organizzativi concordati con il livello territoriale; tale procedura riguarderà anche il controllo degli alimenti zootecnici. In base alla analisi epidemiologica delle attività di controllo svolte, saranno avviati piani straordinari su specifiche matrici o filiere.

3. Le informazioni sanitarie costituiscono la base per le attività epidemiologiche e per la programmazione regionale ed aziendale. Tali informazioni devono essere integrate con le altre banche dati regionali e della pubblica amministrazione e rese disponibili alla "platea degli utenti" pubblici e privati. Sulla base del lavoro preliminare definito nell'ambito della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà nel corso della vigenza del Piano sarà strutturato e reso operativo un sistema unico regionale per la sanità pubblica veterinaria e la sicurezza alimentare basato su tecnologia web che sostituirà recuperandone le informazioni gli attuali sistemi presenti nelle aziende sanitarie.

4. Il sistema degli audit rappresenta uno strumento di verifica delle attività svolte dai vari soggetti privati e pubblici che operano lungo la catena alimentare. Le procedure degli audit codificate con la Decisione 2006/677/CE del 29 settembre 2006 richiedono di comunicare ai cittadini gli esiti degli stessi audit. Nel triennio proseguirà l'attività di audit definendo in maniera dinamica il "Profilo di rischio Regionale ed Aziendale" derivante dall'analisi delle attività degli organismi aziendali, regionali, nazionali ed internazionali. Nel corso del primo anno di vigenza del Piano con apposito atto di Giunta saranno definite le procedure regionali degli audit della loro pubblicazione sul sito web della Regione.

5. Le politiche di intersettorialità hanno permesso di creare relazioni di sistema con gli altri settori della Regione ed in particolare con la Direzione Generale Sviluppo Economico, e con le Organizzazioni agricole e Professionali che si sono fatte carico dei processi di ristrutturazione delle aziende agricole toscane. Nell'ambito dei percorsi di salute previsti dal presente Piano e della promozione dei prodotti a Km 0, si intende promuovere gli aspetti sanitari delle filiere corte e la integrazione nei progetti "Guadagnare salute".

6. La Provincia di Grosseto costituisce il territorio con il più significativo patrimonio zootecnico della Toscana svolgendo peraltro specifiche azione progettuali di supporto del livello regionale. Pertanto viene ribadita la scelta, già prevista dal precedente Piano, di destinare specifiche risorse per le attività sanitarie da svolgere nel "distretto rurale grossetano".

7. L'Istituto Zooprofilattico, attraverso la propria rete di laboratori accreditati ai sensi della norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2005 e Centri di riferimento regionali e nazionali contribuisce a perseguire gli obiettivi del presente Piano in ordine a: sicurezza alimentare, salute animale e tutela dell'ambiente. Nel corso del triennio di vigenza del piano proseguendo le azioni già attuate saranno attivati i seguenti progetti:
   - "Salute delle acque e prodotti ittici" a partire dalle specifiche funzioni attribuite al laboratorio di ittiopatologia di Pisa si intende costruire una rete di competenze integrate tra Soggetti del SSR, Assessorati competenti in materia di Ambiente e Sviluppo Economico ed i laboratori ARPAT e di Sanità Pubblica al fine di gestire ognuno per le specifiche competenze ma in maniera unitaria azioni di monitoraggio e sorveglianza, di gestione delle emergenze, di formazione, di condivisione delle banche dati e di comunicazione ai cittadini;
   - Progetto per l'applicazione del risk assessment nel settore del controllo degli alimenti di origine animale, mangimi e allevamenti;
   - Progetto di sviluppo dell'impiego delle medicine complementari in medicina veterinaria attraverso il centro studi per le terapie alternative e tutela del benessere animale presso la Sezione di Arezzo.

8. Le imprese alimentari toscane per qualità sanitaria dei loro prodotti e per il valore aggiunto del "made in Tuscany" hanno aumentato la loro presenza sui mercati comunitari ed internazionali con significative presenze anche nei Paesi asiatici. Importanti collaborazioni tecniche sono state avviate tra Regione Toscana, Facoltà di Medicina Veterinaria di Pisa, IZS delle Regioni Lazio e Toscana e la Provincia di Guangxi della Repubblica Popolare Cinese. Tale collaborazione, anche in virtù della presenza in Toscana della più numerosa comunità cinese in Italia, è inserita nell'ambito della garanzia sanitaria degli alimenti e costituisce una potenziale base per ulteriori collaborazioni di tipo sanitario e commerciali. Nella prima fase di vigenza del Piano saranno definite le modalità di collaborazione tra la Regione e la Provincia di Guangxi che sarà sviluppata nel prosieguo del Piano sui contenuti di scambio di conoscenze sanitarie e di sviluppo degli interscambi.

9. I Centri di Eccellenza: Sono cresciute nel sistema regionale specifiche competenze professionali in termini di conoscenza, di capacità operativa e di relazioni. Tali competenze, sono utilizzate dalla Regione come supporto alla propria attività di programmazione e verifica. Si ritiene di organizzare tali competenze quali "Centri di Eccellenza" previo accreditamento da parte di una specifica commissione terza. Per acquisire tale qualifica dovranno essere definiti criteri strutturali, scientifici ed organizzativi generali e criteri legati alla specifica richiesta. I Centri, definiti nell'ambito delle attività strategiche del presente Piano, opereranno in stretto rapporto gerarchico con il Settore competente della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà e per le funzioni svolte potranno acquisire risorse dedicate. Dovranno garantire: a) attività di supporto per la programmazione e la verifica del livello regionale b) costituire un interfaccia operativo e di omogeneizzazione con le altre aziende sanitarie c) essere strumento di sviluppo e innovazione per la Regione Toscana d) essere interfaccia per le categorie economiche e professionali e) essere interfaccia per i cittadini consumatori.

10. Il benessere animale e farmaci ad uso veterinario: costituisce uno degli elementi del nuovo sentire della collettività. Gli interventi in tale ambito, nel garantire che le modalità di allevamento siano rispettose dei principi di protezione degli animali, rappresentano uno dei fattori che concorrono alla sicurezza alimentare. Una adeguata gestione degli animali in allevamento è garanzia di un migliore stato sanitario.
    I progetti regionali riguardanti il benessere degli animali zootecnici saranno sottoposti a valutazione di risultato e riprogrammati con particolare attenzione al benessere durante il trasporto. Analogamente a tutela della salute umana e del benessere degli animali sarà

obiettivo del Piano la definizione di un programma straordinario di controllo sulla commercializzazione del farmaco veterinario.

11. Le attività di Igiene Urbana Veterinaria, mirano alla tutela della salute umana, al controllo del randagismo, alla promozione di una equilibrata coesistenza uomo animale. Infatti, in materia le competenze non sono strettamente veterinarie, ma spesso investono anche altri enti in particolare i Comuni. Gli inconvenienti derivati hanno spesso un eclatanza mediatica con il coinvolgimento, oltre dei soggetti istituzionali, anche l'associazionismo animalista, le associazioni di categoria nonché i singoli cittadini. Attualmente l'Igiene Urbana Veterinaria è una branca della Sanità Animale dalla quale dipende sia professionalmente che funzionalmente, ma essendo un settore emergente e come detto non completamente di competenza veterinaria, spesso viene penalizzato nella destinazione delle risorse e nella programmazione delle attività, in contrasto con una sempre maggiore richiesta di attenzione alle problematiche ad essa connesse. Nel corso del triennio di vigenza del nuovo PSR, anche alla luce degli impegni normativi che il Consiglio Regionale si appresta a promulgare in materia, verranno esaminati anche gli aspetti di assetto organizzativo connessi alla necessità di assicurare a questa attività le migliori condizioni per operare.

5.1.7 Sport e salute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha richiamato l'attenzione sulla sedentarietà quale problema sanitario emergente, sottolineando che ormai numerose evidenze scientifiche dimostrano come l'attività fisica fornisca, a tutti gli individui, sostanziali benefici sanitari, psicologici e sociali.
Ambito ideale per la promozione dell'attività fisica risultano essere i Piani Integrati di salute, vista la necessità di uno stretto coordinamento e concorso di molti soggetti ed Istituzioni.
In accordo con quanto previsto nel Piano Regionale dello Sport, per favorire l'attività fisica quale corretto stile di vita è necessario intraprendere azioni per:

- realizzare e rendere fruibili le infrastrutture per svolgere attività motoria e sportiva, promuovendo e valorizzando in particolare l'attività non agonistica;
- consolidare nella popolazione giovanile la cultura dello sport come strumento per il mantenimento del benessere psicofisico della persona anche in età adulta;
- promuovere manifestazioni ed iniziative volte a coinvolgere la popolazione e a farla aderire ai programmi che le comunità locali e le associazioni vorranno organizzare;
- creare le condizioni per favorire una maggiore attività fisica degli anziani, delle donne, dei disabili e degli immigrati.

La L.R. 9 luglio 2003 n.35 "Tutela sanitaria dello sport" ed il successivo atto di indirizzo approvato con deliberazione della G.R. 17 maggio 2004 n.461 forniscono precise disposizioni in questo senso.

La Medicina dello sport, ormai inserita all'interno del Dipartimento di Prevenzione, con evidenti finalità di disciplina preventiva, deve sviluppare gli aspetti di educazione all'attività motoria di tutta la popolazione e la valutazione dei soggetti praticanti attività agonistiche e professionistiche con i seguenti obiettivi:

- l'avviamento alle attività fisiche e motorie di quelle fasce e di quei gruppi di popolazione che non svolgono alcuna pratica motoria;
- lo sviluppo delle iniziative già in essere per migliorare il livello di salute dei soggetti che praticano attività sportiva
- la prosecuzione delle azioni di prevenzione e contrasto al fenomeno doping.

In relazione a quest'ultimo punto si segnala il raggiungimento dell'Accreditamento nazionale (primo in Italia) rilasciato dall'Istituto Superiore di Sanità al Laboratorio Regionale Antidoping della Toscana collocato presso il Laboratorio di Sanità Pubblica di Firenze

Negli ultimi anni la Medicina dello Sport si è pertanto caratterizzata come disciplina specialistica polivalente che opera nell'ambito di attività valutative multidisciplinari, che vanno ben oltre la semplice visita di idoneità sportiva, come avveniva in precedenza. Queste attività ben si inseriscono in un percorso clinico che si potrebbe definire di "prevenzione clinica" e che comprende la

valutazione dei fattori di rischio, l'anamnesi farmacologica, l'accurato esame fisico, la valutazione funzionale dei soggetti a rischio o portatori di patologia nota, il counseling di terapia motoria, fisica o sportiva compatibile con le condizioni individuali e le richieste del singolo.

Esiste infatti l'evidenza primaria che l'attività fisica regolarmente praticata è in grado di proteggere contro le malattie cardiovascolari e di avere effetti benefici su fattori di rischio ancora modificabili quali l'ipertensione lieve moderata, la dislipidemia, la resistenza all'insulina, l'obesità, le malattie osteoarticolari, ma anche nei confronti dei tumori, che tanto incidono sulla morbilità e mortalità nella popolazione generale. Ma esistono anche forti evidenze di come l'attività fisica possa essere considerato un intervento terapeutico di prima scelta in moltissime patologie croniche (malattie cardiovascolari, broncopneumopatie, diabete, obesità ed altre malattie metaboliche, malattie degenerative, malattie ematologiche e, non ultime, nelle neoplasie sia in fase di trattamento che dopo) nell'ambito della prevenzione secondaria e terziaria.

Le attività di medicina dello sport dovranno quindi svilupparsi su campi di applicazione e ricerca che permettano, al fine di prevenire eventuali effetti collaterali, la valutazione degli effetti dell'attività fisica nei giovani in fase di accrescimento, negli anziani e nei soggetti obesi e consentano la messa a punto di nuovi protocolli di valutazione medico sportiva.

In particolare, nell'ottica del perseguimento degli obiettivi di appropriatezza e miglioramento della qualità, le UU.FF. di Medicina dello sport devono effettuare una revisione dei propri protocolli di valutazione al fine di eliminare le prestazioni di scarsa o nulla utilità, che non hanno ricadute positive di salute.

Gli obiettivi prioritari per il triennio di vigenza del Piano sono:

- il consolidamento dell'implementazione dell'anagrafe degli atleti, istituita con la delibera della G.R. 19/12/2005, n. 1247;
- la prosecuzione del programma di sorveglianza sul rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico, istituito con la delibera della G.R. 19/06/2006, n. 445;
- la conclusione della fase sperimentale del Secondo Programma triennale per i controlli antidoping di cui alla delibera della G. R. 16/10/2006, n. 741 e l'avvio del successivo Programma definitivo di controlli ufficiali, da adottarsi con specifico atto normativo, che preveda:
  a) organizzazione di eventi e campagne per la formazione, l'informazione e l'aggiornamento degli atleti, dei genitori, degli allenatori e preparatori atletici, degli insegnanti, dei Pediatri di Famiglia e dei Medici di Medicina Generale;
  b) la promozione di progetti sul modello del "Patto di Sesto", al fine di operare una forma di controllo etico delle risorse economiche e strumentali, destinate ad Enti locali ed al Mondo sportivo;
  c) il mantenimento della rete di relazioni con le Federazioni e le Società Sportive, gli Enti di Promozione Sportiva e le Istituzioni scolastiche, attraverso i lavori della Commissione regionale di coordinamento, per concordare strategie comuni e per l'effettuazione dei controlli analitici in accordo con la Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive del Ministero della Salute;
  d) la creazione di un albo di medici regionali che, attraverso uno specifico percorso formativo, possano risultare abilitati all'esecuzione dei prelievi di campioni biologici nell'ambito dei controlli antidoping, così come previsto dal Decreto ministeriale 31/10/2001, n. 440;
  e) lo sviluppo delle attività analitiche del Laboratorio Regionale Antidoping, in funzione anche del suo ruolo di laboratorio regionale di riferimento per la Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive del Ministero della Salute;
  f) la prosecuzione delle attività di ricerca e sviluppo in tema di controlli antidoping da parte del Comitato scientifico del Laboratorio Regionale Antidoping, istituito con il decreto dirigenziale 10/06/2005, n. 3435.

5.1.8 Medicina legale

I servizi di medicina legale si trovano ad affrontare mutamenti profondi a causa di molteplici fattori, che hanno agito esternamente ed internamente al servizio sanitario regionale. Si pensi al complesso principio d'autonomia decisionale, che ha riflessi profondi in campo etico, deontologico, giuridico e medico legale e che ha trasformato il tradizionale rapporto medico-paziente e quello del servizio sanitario-utente, cambiando il quadro d'intervento dei servizi sanitari da monodisciplinare a multidisciplinare o spesso a multiprofessionale; questo ha portato alla richiesta di percorsi e prestazioni appropriate nel quadro più complesso di un'organizzazione sanitaria costruita su percorsi assistenziali, dove la centralità dell'utente significa la realizzazione del consenso informato e degli altri diritti fondamentali che fanno capo alla persona umana per tutto il percorso assistenziale.

In questo quadro la medicina legale è ormai chiamata non più solo ad erogare prestazioni, ma ad agire su aree di lavoro complesse, quali quelle della tutela dei disabili, della sicurezza sociale, della certezza dell'accertamento della morte, del diritto al lavoro, della bioetica, della tutela dei diritti dei cittadini, della formazione degli operatori sanitari, dell'appropriatezza delle prestazioni e della prevenzione dei conflitti e gestione del contenzioso professionale, attualmente prevalentemente ospedaliero.

La medicina legale agisce pertanto all'interno dell'organizzazione sanitaria con una funzione trasversale, assicurando il proprio intervento in ambito territoriale ed ospedaliero e a favore di tutti i settori dell'organizzazione aziendale.

Costituiscono obiettivi specifici per il triennio del Piano Sanitario Regionale:

- razionalizzazione e riduzione dei tempi di attesa per le visite collegiali per l'invalidità civile, l'handicap e la disabilità di cui alla legge12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) e comunque nel rispetto delle normative vigenti;
- unificazione e semplificazione, sul territorio regionale, delle procedure di accertamento sanitario di invalidità civile, cecità e sordomutismo, handicap ai sensi della legge 9 marzo 2006, n. 80 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione");
- realizzazione di un sistema di comunicazione telematica, volto alla semplificazione dei procedimenti amministrativi in materia di invalidità civile, tramite la cooperazione dei sistemi informativi della Regione Toscana, Aziende Sanitarie, Amministrazioni Comunali, INPS, ognuno per la parte di propria competenza. (Progetto operativo invalidità civile-Delibera G. R. n. 381 del 29.05.2006);
- Accoglienza e informazione al cittadino al momento della presentazione della domanda di accertamento sanitario sulla base di un progetto unificato regionale;
- Mantenere una costante partecipazione ai Comitati Etici Aziendali;
- Garantire l'attività di consulenza medico legale nelle singole Aziende Sanitarie tramite gli Osservatori Medico Legali Aziendali, coordinati tra loro a livello di Area Vasta ed afferenti al coordinamento dell'Osservatorio Regionale Permanente sul Contenzioso, in collaborazione costante e continua con U.O. Affari Legali, Ufficio Relazioni con il Pubblico, Difensore Civico Regionale, Sistema Gestione Rischio Clinico con sviluppo dei collegamenti con le strutture interessate delle Aziende Sanitarie ed in specie delle Strutture Ospedaliere anche a fine di prevenzione dei conflitti;
- Istituire secondo le finalità contrattuali assicurative di Area Vasta, i nuclei per la valutazione della sinistrosità e del contenzioso allo scopo di monitorare e presidiare i legittimi diritti risarcitori nella logica di un corretto utilizzo delle risorse assicurative e in armonia con i principi di equità deontolologica nei confronti delle parti interessate, favorendo risoluzioni stragiudiziali;
- collaborazione nell'ambito delle attività di accertamento della morte cerebrale;
- collaborazione nell'ambito dell' organizzazione e coordinamento delle attività di medicina necroscopica

Le attività da svolgere sono pertanto:

- realizzazione di sistemi di valutazione globale della persona portatrice di minorazioni, in collaborazione con altre professionalità coinvolte, al fine di poter ottenere nel corso di un'unica visita collegiale, su richiesta dell'interessato, accertamento e valutazione per l'invalidità civile, handicap e collocamento al lavoro(l.68/99) anche attraverso l'adozione di linee guida e protocolli di valutazione fondati, ai quali dovranno far riferimento le commissioni medico- legali deputate all'accertamento;
- applicare la legge regionale in attuazione delle disposizioni di cui all'art.6 comma 1 della L.80/2006, finalizzata a ridurre gli adempimenti sanitari e burocratici per il conseguimento dei benefici inerenti lo stato invalidante, omogeneità di comportamenti e procedure sul territorio regionale, percorsi formativi e di aggiornamento professionale mirati ad ottimizzare la qualità del lavoro e quindi al raggiungimento di standard di efficienza ed efficacia, comunque nel rispetto delle leggi nazionali esistenti in materia;
- collaborazione della medicina legale, anche attraverso la previsione di un miglioramento organizzativo e funzionale, per consentire ai comuni l'acquisizione telematica in tempo reale dei verbali di invalidità civile al fine di velocizzare l'istruzione della pratica e conseguire risparmi amministrativi;
- definizione di protocolli legati all'accoglienza ed informazione al cittadino che presenti istanza di accertamento, anche con la produzione di documentazione divulgativa da consegnare al richiedente, come da progetto regionale;
- collaborazione nell'ambito delle attività di accertamento della morte cerebrale;
- organizzazione e coordinamento delle attività di medicina necroscopica;
- collaborazione della Medicina Legale nei Comitati Etici e con gli Uffici Relazioni con il Pubblico per lo sviluppo dei contenuti deontologici della formazione del personale e nell'esame delle criticità presentate dall'organizzazione sanitaria in rapporto ai percorsi assistenziali e alla diffusione della cultura della tutela dei diritti fondamentali dell'utente del Servizio Sanitario con finalità di miglioramento del rapporto medico utente;
- consulenze per finalità pubbliche inerenti i compiti del Servizio Sanitario Regionale, collaborazione in ambito epidemiologico, educazione sanitaria e bioetica, nonché costante raccordo con i reparti di degenza nelle sede ospedaliere per supporto ai Clinici ed alle Direzioni di Presidio per la problematiche emergenti nella gestione delle prassi quotidiane;
- apporto alle politiche aziendali in materia di Rischio Clinico e Sicurezza del paziente anche attraverso gli Osservatori Medico Legali operanti in raccordo con l' Osservatorio Regionale Permanente sul Contenzioso, sviluppando gli indirizzi già forniti dal precedente Piano, attraverso le seguenti azioni:
    - apporto alle politiche aziendali in tema di rischio clinico e sicurezza del paziente attraverso l'articolazione funzionale con le altre strutture coinvolte anche in organizzazione dipartimentale ospedaliera afferente alla Direzione Sanitaria Aziendale
    - miglioramento continuo della metodologia del consenso informato
    - sviluppo di sistemi di valutazione della cartella clinica;
    - analisi critica dei casi di responsabilità professionale allo scopo di trovare soluzioni extragiudiziali in collaborazione con gli operatori sanitari coinvolti e con gli Uffici Affari Legali nell'ambito delle finalità dei contratti assicurativi;
    - lettura, filtro e monitoraggio del contenzioso e dell'esito dei conflitti;
    - monitoraggio del contenzioso e presidio dei legittimi diritti risarcitori nella logica di un corretto utilizzo delle risorse assicurative, anche in riferimento alla collaborazione con le U.O. Affari Legali per la definizione delle riserve, e in armonia con i principi di equità deontolologica nei confronti delle parti interessate, favorendo risoluzioni stragiudiziali;
    - individuazione ed applicazione di standard utili a valutare e verificare la qualità dei servizi resi al cittadino e l'efficienza degli Osservatori Medico Legali.

5.1.9 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di vita

Sia l'OMS che la Comunità Europea stanno attribuendo sempre maggior valore alle azioni rivolte alla prevenzione e al benessere negli ambienti di vita: migliorare la qualità e la salubrità degli ambienti abitativi è una priorità che l'Igiene e Sanità Pubblica dovrà perseguire con sempre maggiore energia, in linea e a completamento delle politiche tese a divulgare migliori stili di vita.

Questo implica una maggiore capacità di analisi e valutazione dei rischi sanitari, rivolta anche verso possibili scenari futuri, a tutela della salute dei cittadini ed a supporto dei processi decisionali per prevenirli. Il mondo della sanità non può essere il solo ad affrontare le problematiche derivanti dall'ambiente, è necessario vi sia coralità nelle azioni di più soggetti a più livelli, con la strutturazione di una strategia di rete tramite un sistema di relazioni, protocolli di intervento, strategie comuni del settore economico, sanitario e ambientale e dei cittadini, con i vari enti ed istituzioni come ARS, Aziende USL e Ospedaliere, ARPAT, CSPO, CNR, Università, Comuni e Regione Toscana.

I livelli di inquinanti presenti influiscono sulla salubrità e sul benessere che si registra negli ambienti confinati. L'aria subisce alterazioni e modificazioni dovute in particolare alla presenza di persone, dei materiali e dei rivestimenti con cui sono costruiti gli edifici, gli arredi, i sistemi di trattamento dell'aria, le operazioni di pulizia dei locali degli uffici, scuole, abitazioni. La temperatura, l'illuminazione, il rumore, gli agenti chimici (naturali e quelli derivanti da attività umane) e gli agenti biologici (es. batteri, virus, parassiti, insetti) possono essere potenziali fonti di inquinamento o causa di un peggioramento del benessere degli occupanti. La difficoltà è conoscere e quantificare la pericolosità di questi agenti, singolarmente ed in combinazione, infatti prodotti o materiali contenenti sostanze o composti tossici nei limiti normativi, li rilasciano nel tempo nell'ambiente, e sommati insieme possono determinare rischi per la salute soprattutto dei soggetti che permangono nell'ambiente molte ore. Con il "Progetto Indoor" (studio sul comfort e sugli inquinanti fisici e chimici nelle scuole), la Regione Toscana è la prima in Italia ad affrontare ed approfondire in modo articolato l'inquinamento indoor nelle scuole disponendo così di una serie di dati orientativi sulle caratteristiche degli ambienti scolastici del territorio regionale, attraverso sopralluoghi e misure specifiche nelle due stagioni con la valutazione della percezione della qualità dell'ambiente indoor da parte degli occupanti tramite un questionario rivolto ad alunni e insegnanti. Lo studio della materia a livello multidisciplinare (Igiene e Sanità Pubblica e Laboratori di Sanità Pubblica delle AUSL toscane) con soggetti diversi, come ARPAT e CSPO, ha permesso di formare competenze e di mettere in rete conoscenze, con l'adozione di una metodologia di lavoro omogenea degli operatori sanitari e la determinazione della reale consistenza rilevata dell'inquinamento indoor e del comfort microclimatico, ha permesso l'individuazione di alcune soluzioni e la predisposizione di reports di sintesi del progetto messo a disposizione dei Comuni, delle autorità scolastiche e del Ministero della Salute.

L'urbanizzazione delle città, il maggiore uso di impianti e apparecchiature tecnologiche contribuiscono alla presenza di inquinamento acustico, che risulta fra le principali cause del peggioramento della qualità della vita. Il rumore provoca una reazione negativa in chi lo subisce, con la possibilità di sviluppare disturbi e patologie da stress. La salubrità di un ambiente abitativo deriva anche dal comfort e quindi dall'assenza di disturbi acustici, tuttavia per un uso non corretto dei materiali impiegati in edilizia e dell'installazione di impianti nelle abitazioni si propagano rumori da calpestio, dall'installazione ed uso di impianti di sollevamento, dagli impianti di condizionamento e autoclavi, ubicati nei locali a comune o presso abitazioni confinanti o vicine. E' necessaria quindi una profonda revisione dei criteri e dei metodi costruttivi che tengano conto delle tecniche edilizie adeguate per il rispetto dei requisiti acustici. La protezione acustica delle costruzioni, riveste un ruolo di primaria importanza per l'Igiene Pubblica che per questo ha affrontato la problematica che si è tradotta con il documento di studio "L'Acustica in edilizia-Linee guida per la valutazione dei requisiti acustici passivi degli edifici- D.P.C.M. 05/12/1997", approvato dalla Giunta con D.G.R.T. n.176 del 12/03/2007 promosso dalla Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, in collaborazione con la Direzione Generale delle Politiche Territoriali ed Ambientali della Regione Toscana

Infine l'attuale mercato globale porta nelle nostre case prodotti potenzialmente rischiosi per la salute: dai giocattoli pericolosi per la salute dei bambini, ad oggetti di uso comune contenenti amianto. In Italia ed in Europa dopo anni di campagne di informazione, di leggi e di controlli, è stata dato come acquisito che la produzione ed importazione di prodotti si svolgano nel pieno rispetto

delle norme. Assistiamo invece a questo nuovo fenomeno di prodotti e materiali pericolosi, provenienti per lo più da Paesi Extraeuropei, dove l'attenzione alle problematiche di salute, ambientali e di tutele sociali è in gran parte disattesa, ma il basso costo ne determina la presenza anche nel territorio toscano. I cittadini sono sempre più informati ed esigenti e la Toscana, regione aperta alla globalizzazione del mercato, deve vigilare e pretendere che i prodotti e i materiali presenti nel proprio territorio siano sicuri.

E' in definitiva necessario riconvertire l'attività di controllo burocratico e sistematico in campo autorizzativo in controlli a campione ed in attività di studio di problemi a carattere generale ed a maggiore contenuto scientifico, con prevedibile maggiore possibilità di incidere sulla qualità degli ambienti di vita.

Si individuano quindi come obiettivi prioritari:

a) Progetto Indoor: ha introdotto un approccio ed una metodologia nuova di lavoro con la crescita professionale e della rete di conoscenze degli operatori di sanità pubblica, in uno sviluppo in continuo; l'obiettivi specifici sono l'approfondimento della natura delle concentrazioni rilevanti di PM 2,5 in alcune scuole e l'effettuazione di un'indagine conoscitiva sugli allergeni e principali inquinanti chimici presso alcune abitazioni;

b) In vista dell'approvazione dei loro regolamenti, al fine di divulgare i principi fondamentali e il rispetto delle norme ivi contenute vi è l'obiettivo di effettuare la vigilanza presso le attività interessate dalla L.R. 31/05/2004 n.28 "Disciplina delle attività di estetica e di tatuaggio e piercing" e dalla LR del 09/03/2006 n. 8 "Norme in materia di requisiti igienico- sanitari delle piscine ad uso natatorio", con la redazione dei relativi reports per valutare la situazione, le criticità riscontrate e i rimedi da porvi. Infatti, la sanità toscana è la prima a livello nazionale ad avere scelto la via più incisiva, ovvero la forma di legge in coerenza con lo statuto della Regione, per la disciplina delle attività che hanno un importante risvolto sulla salute e sicurezza dei cittadini come l'attività di estetica, di tatuaggio e piercing e delle piscine natatorie;

c) Azioni sull'inquinamento acustico: secondo quanto previsto dalla Delibera GRT n.176 del 12/03/2007, l'Igiene Pubblica effettuerà la presentazione e divulgazione delle linee guida relative ai Comuni e ai professionisti, per raccogliere le loro osservazioni. Il momento è propizio in quanto quasi tutte le amministrazioni comunali toscane hanno completato la classificazione acustica del proprio territorio, e le linee guida supporteranno la conseguente pianificazione urbanistica attraverso l'inserimento nel regolamento edilizio ed urbanistico dei procedimenti necessari ad una preventiva valutazione dei requisiti acustici passivi degli edifici.

d) Prevenzione degli incidenti domestici: rappresentano un settore di notevole rilevanza sanitaria visto il costo per la collettività in termini sia di morbosità sia di mortalità. Per la attuale normativa, il Dipartimento di Prevenzione ha il compito, in collaborazione con i servizi territoriali, materno infantile e con la medicina di base di individuare e valutare i rischi presenti o che si possono determinare, promuovere e coordinare iniziative di educazione sanitaria nei confronti della popolazione. E' importante inoltre che venga valutata localmente la situazione dal punto di vista epidemiologico, sia per poter riconoscere eventuali situazioni di rischio specifiche (ad esempio abitazioni vetuste sprovviste dei più elementari sistemi di sicurezza degli impianti, parti della popolazione particolarmente vulnerabili come anziani, bambini, ecc.) sia per monitorare l'efficacia delle azioni preventive intraprese. La Giunta regionale, in stretta collaborazione con gli Enti locali e le Associazioni, è impegnata a emanare indirizzi e interventi mirati per la promozione della sicurezza in ambienti di vita, privilegiando le attività di assistenza e informazione verso la cittadinanza.

5.1.10 Incidenti stradali

Secondo il rapporto OMS World report on road traffic injury prevention, gli incidenti stradali sono la seconda causa di morte in tutto il mondo nei giovani fino a 29 anni e la terza nella fascia di

età 30-44 anni. Anche in Italia gli incidenti stradali sono la prima causa di morte per la popolazione maschile sotto i quarant'anni: in Italia ogni anno provocano circa 7.500 morti e 20.000 invalidi gravi. Il target più vulnerabile è costituito dai giovani tra i 15 e i 29 anni, che rappresentano circa un terzo dei 300.000 soggetti morti dal 1970 ad oggi. I costi sociali ed economici che il Paese sostiene sono elevatissimi, intorno ai 13 miliardi di euro l'anno. In Toscana, mediamente, si verificano circa 17.000 sinistri con almeno un ferito rilevato; ogni anno in media si hanno 24.000 feriti e 450 decessi. Dal 1987 al 2002 la mortalità per traumatismi è la prima causa di morte negli uomini tra i 10 e i 40 anni e per le donne tra i 10 e i 30 anni. L'effetto dell'introduzione della patente a punti, nonostante abbia contribuito alla diminuzione degli incidenti nel periodo immediatamente successivo (luglio 2003), sembra aver perso parte della sua efficacia a partire dagli ultimi mesi del 2004 (Osservatorio epidemiologico della Regione Toscana).

Al fine di affrontare a livello integrato gli aspetti legati agli incidenti stradali nel 2006 la Direzione Generale Diritto alla Salute e politiche di solidarietà ha costituito un gruppo di lavoro congiunto con la Direzione Generale Politiche territoriali ed ambientali con il compito di "integrare le azioni promosse dalla Direzione Generale Politiche Territoriali ed Ambientali con quelle della Direzione Generale Diritto alla Salute".

E' stato realizzato un confronto degli atti d'indirizzo, di programmazione e degli obiettivi, delle due Direzioni generali per individuare un percorso di lavoro comune

Sono stati individuati tre principali fattori critici:

1. Comportamento umano: è il fattore di maggiore rilevanza nella causa di incidenti stradali, da qui l'importanza di porre attenzione alle azioni legate all'informazione ed educazione degli utenti.
2. Ambiente stradale: legato allo stato dell'infrastruttura, nel senso che l'ambiente stradale deve essere reso sicuro, in termini di manutenzione dell'infrastruttura (manto stradale, segnaletica, ...) oltre che in termini di percezione dei rischi da parte dell'utente.
3. Veicolo: fattore legato prevalentemente agli aspetti tecnologici di aiuto alla guida e di difesa passiva dei passeggeri, rappresenta un elemento sul quale la Regione ha minori possibilità di disciplina, tale fattore è maggiormente legato alle norme di omologazione dei mezzi e alla normativa nazionale legata al Codice della Strada.

In particolare l'analisi del gruppo di lavoro si è concentrata sulle azioni legate al fattore umano, evidenziando come certe pratiche possano essere mitigate da interventi di educazione stradale e di promozione della salute. Ad esempio nel caso di:

- eccesso di velocità
- guida distratta e pericolosa (autoradio, telefono cellulare)
- mancato rispetto della precedenza e della distanza di sicurezza
- assunzione di alcol, sostanze stupefacenti e farmaci.
- difese passive quali uso del casco, cinture di sicurezza e dei seggiolini per bambini.

Dal 2005 le azioni regionali sulla sicurezza stradale rientrano nel monitoraggio predisposto dal Centro Controllo Malattie (CCM)

Sono state individuate alcune azioni per la sicurezza stradale che rappresentano il programma di lavoro per il triennio di vigenza del piano:

- programmi di educazione stradale, in collaborazione con le istituzioni scolastiche; a tale proposito va ricordato che la tematica degli incidenti stradali è considerata prioritaria nell'ambito degli obiettivi del protocollo definito congiuntamente tra la Direzione Scolastica Regionale e Regione Toscana
- informazione del pubblico sui rischi dell'alcool, delle droghe e dei farmaci in relazione alla guida;
- attenzione sui comportamenti di guida pericolosa;
- progetti di identificazione e rimozione dei punti critici della strada;
- azioni per favorire l'uso delle cinture di sicurezza, l'uso dei seggiolini in auto per i bambini, l'uso del casco anche fra i ciclisti;
- diffondere conoscenze operative di primo soccorso.

5.1.11 Il coordinamento interistituzionale

La necessità di un forte raccordo tra le Istituzioni che operano nel campo della tutela della salute Collettiva è stato raccomandato sia all'interno di questo capitolo del Piano (p. 5.1 e p 5.1.1), sia nell'ambito relativo alle necessarie " Alleanze per la promozione della salute" trattato nel paragrafo 3.2.
Di seguito vengono invece delineate due aspetti puntuali e di grande rilievo in tema di integrazione funzionale.

Integrazione funzionale fra i laboratori per la prevenzione

Attualmente i laboratori pubblici che svolgono nella Regione Toscana una collaborazione tecnico-scientifica ed un supporto alle diverse attività dei Dipartimenti della Prevenzione delle Aziende USL sono quelli dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana (ARPAT), dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) di Toscana e Lazio e il sistema regionale dei Laboratori di Sanità Pubblica (LSP) di Area Vasta. La rete dei LSP è considerata "Centro di eccellenza" in base alla delibera della GRT n° 1177 del 10.11.2003, in recepimento dell'Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 24.07.2003. Le principali criticità dell'attuale organizzazione generale dei laboratori per la prevenzione collettiva sono rappresentate a) dall'eccessiva frammentazione delle strutture e delle competenze; b) dalla separazione della competenza delle analisi microbiologiche su acque, alimenti, farmaci e cosmetici affidata ai LSP da quella delle analisi chimiche sulle stesse matrici affidata ad ARPAT.

Obiettivo prioritario è realizzare l'integrazione funzionale tra i laboratori per la prevenzione collettiva, con il coinvolgimento delle Università toscane, per contribuire al miglioramento continuo dell'appropriatezza delle prestazioni (ambito di ricerca e sviluppo), e perseguire la necessaria razionalizzazione delle attività e l'adeguata valorizzazione delle risorse esistenti in ambito regionale.

Nel particolare campo laboratoristico ad alto investimento tecnologico sono indispensabili periodici e significativi investimenti per l'acquisizione e l'adeguamento delle tecnologie strumentali. E' da ricercare perciò la massima integrazione funzionale tra laboratori ARPAT, IZS, LSP. Va in questo senso la decisione della Giunta Regionale n. 10 dell'11.09.2006 con cui si è formalizzato un percorso di integrazione tra le politiche sanitarie ed ambientali, sia nella fase di programmazione che in quella di organizzazione delle attività. Attraverso l'azione di razionalizzazione e riorganizzazione di attività e risorse, l'obiettivo, nel medio periodo, è di ottenere un sistema a rete dei laboratori in grado di produrre economie gestionali e di migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni.

Sono azioni da perseguire:

1) Governo centrale del sistema regionale dei laboratori.
L'integrazione funzionale tra i laboratori per la prevenzione, l'uso integrato a livello regionale e di area vasta di tecnologie strumentali ad alta complessità e lo sviluppo della rete regionale necessitano di un gruppo centrale di coordinamento, avente la funzione di regolare i rapporti di collaborazione tra i diversi laboratori (LSP, IZS, ARPAT), garantire quotidianamente un'adeguata logistica interna al sistema e realizzare le azioni di coinvolgimento delle strutture universitarie toscane per la ricerca e sviluppo delle attività analitiche di sanità pubblica.
2) Programmazione delle attività analitiche e determinazione dei finanziamenti ordinari.
Per ottenere un uso ottimizzato delle rete dei laboratori è necessario ricorrere ad una puntale programmazione delle attività analitiche da concordare con le utenze istituzionali. La programmazione è funzionale a determinare l'entità delle risorse economiche necessarie alla rete dei laboratori da destinarsi attraverso un finanziamento ordinario dedicato.
Ne sono indicatori: riduzione del numero dei laboratori, diminuzione dei tempi di risposta analitici, diminuzione dei costi di gestione delle strutture.

La realizzazione degli obiettivi sopra citati richiederà l'intera vigenza del piano a causa della complessità delle azioni da adottare e che comprendono il trasferimento e la rimodulazione di risorse umane, economiche e strumentali.

Entro 30.06.2008: il governo centrale del sistema regionale dei laboratori.

Entro 31.12.2010: razionalizzazione e riorganizzazione delle attività del sistema regionale dei laboratori.

Gli obiettivi individuati sono coerenti con le linee di indirizzo generali del Piano, quali la definizione di percorsi di ottimizzazione dell'impiego delle risorse e la ricerca continua di una maggiore efficienza e sostenibilità del sistema, in grado di portare ad una razionalizzazione della spesa e funzionali a liberare risorse utili ad aumentare i servizi.

Gli obiettivi sono compatibili anche con le linee di indirizzo del PRAA 2007-2010 (Piano Regionale di Azione Ambientale) in relazione all'integrazione tra le politiche ambientali e sanitarie.

Il sistema della protezione civile

L'esigenza di assicurare la collaborazione e l'integrazione dei servizi di emergenza urgenza ed in generale di tutto il sistema sanitario regionale all'interno del complesso delle attività poste in essere dalla protezione civile deve essere registrata come necessaria ed ineludibile.

Sulla base delle indicazioni fornite a livello nazionale per la pianificazione dell'emergenza intraospedaliera e per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi, nonché delle disposizioni regionali in materia (l.r. 67/2003 e Regolamento 69/R del 2004) rivolte nello specifico:

- all'organizzazione del sistema di protezione civile, tra le cui componenti figurano le aziende usl ed in generale tutte le strutture facenti parte del servizio sanitario
- al coordinamento delle risorse disponibili nel territorio regionale
- alla approvazione di piani operativi regionali che disciplinano l'organizzazione e le procedure per assicurare il concorso della Regione in emergenza
- alla definizione delle procedure operative di competenza, relative anche alla elaborazione di specifiche procedure operative per fronteggiare i rischi Nucleare Biologico Chimico Radiologico (NBCR).

le aziende sanitarie della Toscana hanno provveduto ad assumere i"piani sanitari Aziendali per le emergenze" e ad assicurarne il coordinamento e l'integrazione con i piani e le attività di protezione civile, secondo le disposizioni della Del.G.R. 1390 del 2004.

Le attività di competenza del livello regionale, in parte attribuite al Coordinamento sanitario regionale per l'intervento nelle emergenze, attengono alle necessità di raccordo, interno al sistema sanitario regionale, ed esterno nei confronti del Sistema Regionale di Protezione Civile, nonché allo svolgimento di tutti quei compiti che richiedono verifiche e ricognizioni, sviluppo di modelli di omogeneità in termini di procedure e di formazione, collegamenti e relazioni con altre Regioni e con il Dipartimento Protezione Civile.

Sono state altresì individuate specifiche risorse per assicurare la disponibilità della Regione Toscana, in maniera strutturata, a partecipare ad interventi attivati dal Dipartimento della Protezione Civile anche per eventi calamitosi fuori dal territorio nazionale.

L'impegno del triennio 2008-2010 si rivolge pertanto ad un consolidamento della programmazione aziendale in termini di rispondenza alle risposte che il sistema sanitario regionale è chiamato a fornire, sia sul territorio che in ospedale, a seguito di eventi calamitosi o comunque straordinari.
La programmazione dovrà necessariamente allinearsi, anche in questo settore di particolare rilievo, al modello di area vasta ed individuare o consolidare tutte le integrazioni con i soggetti a vario titolo deputati ad operare all'interno del sistema di protezione civile.

5.2 I servizi territoriali per le comunità locali

All'interno del capitolo relativo ai nuovi quattro grandi progetti che il SSR intende attivare (p.4.3), si è delineata la strategia di fondo che il sistema si darà, strategia che vede nei Servizi territoriali la risposta appropriata e qualitativamente più adeguata sia in considerazione del mutamento, anche epidemiologico, delle patologie prevalenti nelle popolazione toscana, sia all'esigenza di raccordare fra loro gli strumenti in dotazione nelle varie istituzioni, la cui influenza, nell'ambito dei determinanti di salute, è ormai ampiamente condivisa.

Il Piano sanitario regionale rappresenta, quindi, il primo momento di definizione delle strategie per la salute, definendo il sistema delle responsabilità e l'individuazione di condizioni volte a sperimentare nuove forme di integrazione istituzionale e operativa.
In parallelo, il Piano integrato degli interventi sociali e sanitari consente 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 socio-sanitaria regionale si intende dare un unico riferimento alla programmazione locale, che, a sua volta, è chiamata a diventare momento programmatorio 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 trova nelle Società della Salute la modalità più adeguata a realizzare percorsi integrati di programmazione e governo.
Tale livello di governo integrato dei servizi territoriali sarà sostenuto dal necessario raccordo che Azienda sanitaria e Comuni dovranno garantire nella fase di costruzione del sistema e nella predisposizione degli atti costitutivi della Società della Salute.
La programmazione delle politiche socio-sanitarie integrate deve coniugare il governo dell'offerta assistenziale con la promozione dello stato di salute (vedi Punti 7 e 7.1 del PISR 2007-2010).
Il sistema dei servizi socio-sanitari integrati si avvale, sia a livello regionale, che di Zona-Distretto, di una programmazione basata sulla conoscenza dei bisogni e dei problemi di salute del territorio, delle opportunità e delle risorse disponibili, tanto da costruire il profilo di salute in base al quale si definiscono i progetti e le azioni operative contenute nel PIS.
Il livello di programmazione di Zona-Distretto si intreccia inevitabilmente con quello di Area vasta, rendendo possibile la valorizzazione dell'apporto delle varie professionalità sanitarie e sociali operanti nel sistema dei servizi socio-sanitari.
Anche il sistema dei servizi socio-sanitari integrati dovrà sottoporsi, quindi, alle procedure gestionali tipiche delle realtà produttive (contabilità analitica, controllo di gestione, budgeting) ed alla introduzione nei programmi di sviluppo territoriali della valutazione dei risultati e della produttività.
Perseguire l'obiettivo della massima efficienza del servizi socio- sanitari significa anche operare una radicale ottimizzazione delle attività gestionali, attraverso l'economia di scala e la semplificazione delle procedure.
Questo percorso configura una vera e propria seconda fase per la definizione delle funzioni di programmazione e di governo delle Società della Salute .

5.2.1 Il sistema delle cure primarie integrato ed evoluto

L'associazionismo
L'intensità del fenomeno "associazionismo", per entità e per rapidità del suo manifestarsi, esprime un bisogno profondo della medicina generale.
La Regione Toscana in questi anni ha sviluppato un sistema delle cure primarie evoluto ed articolato.

Nella nostra Regione, il 71% dei MMG opera in forma associativa e gestisce circa il 79% degli assistiti.
Circa il 20% dei professionisti lavora in "cooperativa"; nel periodo 2005-2007 sono state avviate 17 Unità di Cura Primaria coinvolgendo 240.000 assistiti.
Gli elementi che seguono sintetizzano i principali risultati conseguiti nell'ambito delle varie forme associative richiamando l'ulteriore evoluzione del modello:

- migliore accessibilità del bisogno; apertura continua, fino a 12 ore diurne;
- strutturazione, e visibilità, dei presidi di cure primarie;
- crescita professionale dei MMG e valorizzazione di specifiche professionalità specialistiche;
- produttività di scala per l'organizzazione del lavoro rispetto al professionista non associato;
- efficienza dei processi di responsabilizzazione dei professionisti rispetto agli obiettivi definiti congiuntamente alle aziende sanitarie.

A partire dalla fine della sperimentazione delle U.C.P. che si conclude nei primi mesi del 2008 e in relazione agli esiti della contrattazione nazionale del A.C.N. dell'assistenza primaria, con propri atti di Giunta e di concerto con le OO.SS. saranno ridefinite le varie forme associative secondo un percorso di semplificazione del modello e di valorizzando delle organizzazioni che garantiscono i migliori esiti di salute per i cittadini.

l'Unità di Medicina Generale

La corretta attuazione del modello costituisce un processo di superamento dell'isolamento culturale ed organizzativo dei professionisti; è la riaffermazione di un ruolo di cura e presa in carico dei bisogni di salute dei propri assistiti che una organizzazione specialistica ed ospedalo-centrica delle cure, e la complessità delle relazioni necessarie alla sua soddisfazione, avevano affievolito, con un tendenziale confinamento ad un ruolo burocratico/amministrativo.
Limitare la lettura del fenomeno dell'associazionismo ad esclusive dinamiche contrattuali/economiche è pertanto riduttivo ed impedisce di cogliere le dinamiche di modernità che attraversano e possono, se promosse, ulteriormente avvantaggiare il sistema sanitario toscano.
La funzione sanitaria territoriale si connota, per gli aspetti clinici, funzione operativa prevalente della Medicina Generale; la funzione sanitaria territoriale per gli aspetti organizzativi, integrativi e complementari agli aspetti clinici è funzione operativa della zona-distretto/S.d.S..
La funzione operativa clinica della Medicina Generale afferisce alla struttura organizzativa Unità di Medicina Generale, in sigla UMG.
La struttura organizzativa UMG. è la struttura organizzativa professionale della Medicina Generale; i criteri e parametri di accesso sono definiti nell'ambito degli ACN; i criteri di assegnazione dall'Accordo integrativo regionale.
Con apposito atto di Giunta, in ciascuna zona-distretto o SdS è costituita una, o più UMG in funzione della popolazione assistita; dei parametri di riferimento, (numerosità, epidemiologia del bisogno...).
La responsabilità professionale e gestionale della Unità di Medicina Generale è attribuita ad un Coordinatore, scelto tra i medici assegnati alla UMG. La funzione di coordinatore della UMG può prevedere forme di compensazioni in relazione all'impegno dedicato.
Le caratteristiche ed i contenuti di nomina a coodinatore della UMG, sono definite con apposito atto della Giunta regionale in base ad apposito accordo con le OO.SS. della medicina generale.
La UMG costituisce un interfaccia unitaria di relazione, di negoziazione degli obiettivi e di remunerazione per i risultati raggiunti, nonché riferimento per i processi di integrazione ospedale-territorio.

Il Comitato di coordinamento: cabina di regia dei servizi territoriali

Affinché sia assicurata l'efficacia ed efficienza dei processi assistenziali, l'organizzazione della zona – distretto deve dotarsi di coerenti linee di governo gestionale, in analogia a quanto da sempre è presente nel sistema ospedaliero. Inoltre, occorre che sia rinforzato il collegamento tra le UU.FF. presenti sul territorio al fine di favorire multidisciplinarietà e multiprofessionalità negli interventi.

Nell'ambito di quanto previsto dalla L.R. 40/2005 ed in considerazione dell'avvio definitivo delle S.d.S viene, con il presente Piano, data forza al Coordinamento dei Servizi territoriali di cui alla citata legge, mediante la costituzione di una " cabina di regia" territoriale.

La cabina di regia è lo strumento a disposizione del Direttore della Società della salute/Zona Distretto attraverso il quale vengono condivisi la programmazione, gli indirizzi, l' organizzazione e la valutazione delle attività socio sanitarie del territorio di riferimento.
Pertanto essa costituisce lo strumento attraverso il quale vengono determinate le risorse necessarie al perseguimento degli obiettivi di programmazione nonché il luogo dove vengono verificati i risultati ottenuti. A tale strumento non attiene la definizione delle buone pratiche, linee guida e protocolli da adottare rimanendo tali funzioni prevalentemente a carico delle strutture professionali, così come la rilevazione dei bisogni formativi.
Fanno parte della cabina di regia, oltre a un rappresentante delle UMG di zona, le principali filiere funzionali e professionali che determinano la operatività e la corretta applicazione della programmazione a livello territoriale.
Oltre al personale dipendente risulta determinante la presenza in questa struttura delle principali figure delle professioni convenzionate.

La continuità assistenziale e il bisogno sanitario urgente

Il concetto di continuità assistenziale, e la relativa organizzazione, necessita di una definizione più puntuale dei suoi contenuti; tale necessità è il risultato di un profondo cambiamento, e di una precisa individuazione, delle caratteristiche del bisogno urgente, ancorché soggettivo.
Il Pronto Soccorso e il Sistema 118, hanno assunto in termini culturali e sanitari, la dimensione rassicurante della complessità ed efficacia, diagnostica e terapeutica; tale complessità e competenza sono ormai diffusamente ritenute necessarie per risolvere il bisogno di salute percepito come urgente.
In questo nuovo contesto necessariamente la sfida dell'appropriatezza dell'accesso al P.S/118 è affidata alla capacità di organizzare una reale integrazione assistenziale tra il Sistema 118/Pronto Soccorso ed i nuovi modelli organizzativi della medicina del territorio che garantisca l'equilibrio delle cure urgenti assicurate, dal 118 o nel P.S, con la continuità delle cure necessarie erogate appropriatamente nella medicina territoriale.
In questo scenario, sostanzialmente condiviso dal cittadino, non è efficiente né efficace utilizzare due diversi modelli di intervento per lo stesso problema; il bisogno urgente quale bisogno di nuova insorgenza, inatteso, sostanzialmente in un soggetto in buona salute o comunque in sostanziale stabilità clinica, non in precedente rapporto con il proprio M.G, per ADI, terapia domiciliare, dimissione protetta, o altro, è competenza del sistema 118, indipendentemente dal periodo di occorrenza, notturno e festivo o prefestivo: un numero telefonico unico "118 ", un modello di intervento unico per il bisogno di nuova insorgenza con un'unica regia e responsabilità, indipendentemente dalle risorse professionali utilizzate; la continuità assistenziale, nella attuale modalità organizzative ex guardia medica, è funzione da ripensare nell'ambito del ruolo svolto nelle UMG.
La continuità assistenziale è una funzione sanitaria essenziale per un sistema sanitario che tende a ospedalizzare con sempre minor frequenza in condizioni di ricovero continuativo e a trattenere nel territorio la gestione di condizioni e patologie sempre più impegnative.
Si tratta di una funzione professionale che richiede "un sapere e un saper fare" diverso dalle competenze necessarie per la gestione del bisogno urgente, ed è altresì evidente come tale competenza sia naturale competenza del medico di medicina generale.
Il territorio dovrà adottare modalità organizzative simili al modello ospedaliero per garantire una continuità assistenziale di qualità 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno; questa funzione afferisce alla Unità di Medicina Generale che organizza la stessa esclusivamente con la competenza dei MM.GG ad essa assegnati.
La Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà s'impegna ad istituire un tavolo tecnico che veda rappresentati i professionisti attraverso il CSR, le Società Scientifiche, le OO.SS, cui affidare l'elaborazione di un documento condiviso sulla continuità assistenziale.

5.2.2 Il punto unico di accesso - Unità di valutazione multidisciplinare

Nella prospettiva di un modello universalistico di assistenza socio-sanitaria alla persona, dove l'accesso al servizio è subordinato all'accertamento dello stato di bisogno, l'individuazione di tali condizioni e la loro traduzione in adeguate offerte assistenziali, costituiscono il primo passo per arrivare alla piena specificazione dei diritti dei beneficiari.

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.

L'obiettivo generale del sistema integrato è quindi l'organizzazione, a livello di Zona/distretto di un percorso di accesso unitario a tutti i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari. attraverso specifiche modalità di accoglienza e di gestione della domanda.

Le principali figure di riferimento sono il medico di medicina generale e l'assistente sociale, che, oltre a valutare la domanda, creano le condizioni per attivare progetti personalizzati di intervento coerenti con la natura del bisogno.

In presenza di bisogni complessi, tali da richiedere competenze professionali integrate, l'accoglienza della domanda è assicurata dall'unità di valutazione multiprofessionale, cui partecipano, tenendo conto della natura dei bisogni da affrontare, le professionalità sanitarie e sociali necessarie. L'unità di valutazione 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 U.V.M. individua un case manager che segue le diverse fasi attuative del progetto personalizzato.

L'apporto della competenza geriatrica, al di là dei modelli organizzativi presenti nella singola Zona Distretto, dovrà assicurare livelli funzionali idonei per supportare l'attività valutativa e progettuale dell'UVM.

<u>L'organizzazione degli interventi assistenziali dovrà essere assicurata attraverso le seguenti azioni:</u>

- la lettura tempestiva del bisogno al momento della presentazione della domanda di intervento, in modo da orientare la presa in carico e da assicurare le prime risposte.
- la valutazione delle condizioni di bisogno che orienta, in una logica di soddisfacimento dei diritti dei beneficiari, verso la risposta assistenziale più appropriata;
- la definizione di un progetto assistenziale personalizzato, con riferimento al criterio della unitarietà della gestione, cui concorrono apporti professionali sanitari e sociali in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse,
- l'individuazione della figura dell'operatore di riferimento che ne è il responsabile organizzativo.
- la certezza della dotazione organica delle figure professionali coinvolte nel programma assistenziale.
- la individuazione dell'indice di gravità del bisogno (<u>ISO gravità bisogno</u>) per l'assegnazione delle risorse adeguate (<u>ISO risorse</u>)

<u>L'attribuzione dei livelli di responsabilità</u>

Le linee guida regionali dovranno determinare i livelli di responsabilità funzionale che devono essere assicurati in ogni Zona distretto per il governo dell'accesso integrato alle prestazioni sociosanitarie e per la presa in carico permanente delle persone non autosufficienti

07/01/2008		

Togliere tabella

Il Quadro degli impegni nel triennio, per l'avvio del Punto Unico di Accesso (P.U.A.) e della Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.)

Il P.U.A. DI ZONA
funzioni
- raccolta e presa in carico delle segnalazioni ospedaliere di dimissioni difficili
- gestione della banca dati assistiti zonale monitoraggio dell'allocazione di risorse
- presidio verso la continuità assistenziale, garantendo e organizzando risposte assistenziali urgenti (dimissioni difficili dall'ospedale, fasi post-acute, casi di scompenso clinico)

livelli di responsabilita'
- direzione del sistema di accesso del territorio
- governo delle risorse sulla base della programmazione zonale (PIS- SdS o gestione associata)
- indirizzo delle risorse alle UVM
- monitoraggio degli obiettivi e dell'uso delle risorse

LE SEDI DECENTRATE DI ACCESSO (P.U.A. decentrati)
funzioni
- raccolta e presa in carico delle segnalazioni provenienti direttamente dai cittadini (front office)
- prima lettura del bisogno e orientamento dei percorsi complessi: raccolta informazioni e loro trasmissione alla UVM

livelli di responsabilita'
- lettura del bisogno
- raccolta informazioni valutative sulle condizioni di bisogno
- riferimento costante per la famiglia durante la gestione del progetto assistenziale

LA U.V.M.
funzioni
- governa la presa in carico dei casi complessi con le risorse assegnate dalla Zona distretto per la mappa delle offerte assistenziali presenti
- provvede alla valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona
- definisce e avvia il PAP (Progetto Assistenziale Personalizzato) entro 30gg. al massimo dalla segnalazione, per le persone non autosufficienti stabilizzate
- condivide il PAP con la famiglia sottoscrivendo il contratto/patto di assistenza
- verifica e valuta i risultati dell'assistenza sulla base degli obiettivi di salute
- assicura il coinvolgimento e il collegamento organico e progettuale con il MMG e con gli specialisti necessari
- ndividua e nomina per ogni assistito il referente della famiglia per tutta la durata del progetto assistenziale

livelli di responsabilita'
- coordinamento tecnico-amministrativo della UVM
- nomina del referente dell'assistito (responsabile dei processi di cura)
- gestione del budget assegnato dalla Zona distretto

5.2.3 La rete delle "Cure intermedie" – l'offerta per livelli di intensità

L'assistenza a domicilio del paziente costituisce il perno fra i vari modelli di assistenza territoriale e condizione fondamentale per garantire la continuità del percorso assistenziale.
Per poter essere correttamente svolta deve avvalersi di più strumenti di risposta che tengano conto della complessità della casistica in dimissione e della appropriatezza del ricovero.
Il bisogno deve tenere conto anche delle condizioni sociali, delle caratteristiche dei nuclei familiari composti sempre più da anziani soli, oltre che delle condizioni sanitarie del cittadino.
Le cure intermedie sono quindi un ventaglio di opzioni di intervento a disposizione delle cure primarie, che spaziando dalla assistenza programmata, all'ADI nei suoi veri gradi di complessità, alle

cure intermedie propriamente dette, all'ospedale di comunità, all'hospice, consentano, nell'ottica di una sanità di iniziativa, di assolvere al compito di gestire al meglio la crescente complessità correlata alle dimissioni e ricercare una miglior appropriatezza nei ricoveri. Le cure intermedie sono quindi spesso caratterizzate anche dalla necessità di gestire un bisogno composto socio–sanitario che si aggiunge alla maggiore o minore complessità correlata al singolo bisogno sanitario o sociale.
Il bisogno composto socio-sanitario è talvolta correlato ad elevata complessità assistenziale e può avvalersi per la sua valutazione dei criteri già definiti nella Delibera 402/2005 che permettono poter valutare il bisogno assistenziale insieme al bisogno sanitario e renderlo oggettivabile attraverso l'utilizzo di scale per la valutazione multidimensionale (organico funzionale, cognitivo comportamentale, socio relazionale). Tale valutazione del bisogno costituisce il punto di partenza per la definizione di un progetto assistenziale personalizzato ma anche il presupposto per poter giudicare l'efficacia (outcome) degli interventi effettuati, lo scostamento (delta) tra gli interventi programmati e realmente erogati per valutare la efficienza del sistema.
Attraverso l'utilizzo di questo strumento di valutazione e perseguendo su base regionale criteri di omogeneizzazione, per ogni zona-distretto/SdS, si dovrà valutare il fabbisogno prevedibile di assistenza, garantendo sul territorio standard assistenziali in relazione agli effettivi bisogni dei pazienti attraverso il ventaglio di opzioni di intervento prima citato.
Nell'ottica della implementazione della medicina di iniziativa e della gestione della cronicità mediante il Chronic care model, oltre agli strumenti sopra descritti, nel corso della vigenza del Piano, sarà verificata la possibilità di utilizzare anche spazi disponibili, possibilmente attigui all'ospedale, per la gestione di patologie specifiche (es. bcpo, diabete e scompenso, ipertensione grave), che dispongano di funzioni specialistiche e tecnologiche con personale dedicato, la cui gestione può vedere una interazione efficace fra lo specialista ed il MMG che ha in carico il paziente. Tale modello organizzativo permetterà, nella gestione delle malattie croniche di monitorare il paziente nelle prime fasi della riacutizzazione della patologia garantendo al cittadino una tempestiva presa in carico dei problemi emergenti e consentendo di migliorare l' appropriatezza del ricovero.
La sperimentazione renderà possibile l'identificazione del fabbisogno per azienda sanitaria.
L'attivazione di questo tipo di esperienza dovrà prevedere, attraverso specifici indicatori, la valutazione in termini di salute e di efficienza del sistema.
Si delinea con il presente piano un'ampia articolazione dell'offerta territoriale di cure intermedie come risposta coerente alla diversa intensità del bisogno. Si impegna la Giunta regionale a definire entro 180 giorni in maniera articolata le linee e i criteri per una loro attivazione appropriata e gli standard di riferimento.

5.2.5 La presa in carico

Il modello organizzativo del sistema integrato dei servizi socio-sanitari, anche alla luce delle indicazioni scaturite dai vari percorsi sperimentali avviati, deve disporre di risorse professionali, tecniche ed economiche certe e programmate.
Diventa decisiva una ricognizione puntuale delle risorse tecniche e professionali presenti sul campo e delle iniziative di governo da attivare per una loro migliore utilizzazione.
Ciò si rende possibile anche alla luce del nuovo assetto organizzativo ed istituzionale del servizio sociosanitario regionale attraverso l'estensione delle Società della Salute.
Dovranno essere definiti gli apporti professionali con riferimento alle figure professionali sanitarie (soprattutto infermieri, oss, riabilitatori), a quelle sociali ed a quelle specialistiche, che supportino le fasi di accesso ai servizi socio-sanitari, con particolare riferimento alla valutazione multidimensionale, alla progettazione ed all'avvio dei percorsi terapeutico riabilitativo assistenziali.
La programmazione e la valorizzazione delle risorse professionali passano necessariamente dal raccordo con la programmazione di area vasta e dalla ricerca di modelli organizzativi territoriali che accompagnino la fase di riorganizzazione ospedaliera e che permettano di "presidiare" i percorsi sociosanitari legati alla continuità assistenziale, territorio-ospedale, con i supporti specialistici adeguati.

L'adozione generalizzata dei Piani integrati di salute, quale strumento della programmazione delle politiche sociali integrate, operando anche nelle aree delle politiche per la casa, la mobilità, il tempo libero, coinvolge le istituzioni ed una pluralità di soggetti quali i cittadini, gli operatori socio-sanitari e del volontariato, i produttori non profit e profit, avvalendosi di tutti gli organismi di partecipazione e di concertazione utili per una gestione territoriale della salute.

Levare il riquadro

Il Quadro degli impegni, nel triennio, per la continuità assistenziale

- Il Livello regionale

La regione Toscana definirà un testo base per il governo della continuità assistenziale territorio-ospedale, con l'indicazione delle azioni da attivare, delle modalità operative, dei requisiti di idoneità nelle procedure, dei livelli di responsabilità da attribuire

- Il Livello territoriale

Le Società della Salute, o le Articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci, di concerto con le Aziende USL e/o ospedaliere, approveranno formalmente i protocolli di continuità assistenziale sulla base del modello regionale e vigileranno sulla loro applicazione

- I Presìdi della continuità assistenziale

La Giunta regionale definirà requisiti organizzativi e gestionali di tutti i Presìdi che sono stati sperimentati nel corso del triennio scorso e che garantiscono la continuità ospedale territorio, in parte già sperimentati in buona parte del territorio regionale:

- Ospedale di comunità
- Ricoveri intermedi presso RSA o case di cura convenzionate
- Moduli specialistici in RSA
- Hospice

5.2.3.1 Nutrizione Artificiale Domiciliare

Nell'ambito dei percorsi assistenziali assicurati nel territorio riveste particolare attenzione la nutrizione artificiale parenterale ed entrale domiciliare.
Si osserva un incremento dei pazienti che richiedono la nutrizione artificiale domiciliare prevalentemente neurologici (esiti di ictus, TCE, SLA) e neoplastici (per esiti di interventi demolitivi o in chemio-radioterapia), e dei pazienti che necessitano di una supplementazione artificiale per disfagia (neurologici, esiti di tumori testa collo, neoplastici) confermano la necessità di assicurare il massimo impegno al suo sviluppo che, al momento, è sviluppato in modo disomogeneo nelle aziende della Regione.

Al fine di garantire la piena applicazione della Delibera 618/2001 e del precedente PSR, appropriatezza nelle indicazioni, riduzione delle complicanze, percorsi sicuri e chiari e massima integrazione ospedale territorio si individuano le iniziative necessarie al pieno sviluppo della attività:

- garantire in ogni azienda il Team o Strutture Multidisciplinari (medico, infermiere dietista) per la Nutrizione Clinica e Artificiale con personale dedicato che si prendano carico di tutto il percorso assistenziale del paziente candidato a NAD dall'Ospedale al territorio e viceversa .Esse, agendo da cerniera, garantiscono la sicurezza del percorso e la piena attuazione della Delibera 618/2001.
- Le Strutture o Team Multidisciplinari, dovranno garantire un punto di riferimento constante per il paziente o i familiari, per la rete infemieristica distrettuale, collegata a rete, e il medico di medicina generale. Questo al fine di definire percorsi anche ospedalieri in caso di problematiche o complicanze e garantire il monitoraggio costante dei pazienti nel tempo.

5.3 L'Ospedale come valore per la collettività

L'Ospedale ha sempre rappresentato di per sé un valore e un punto di riferimento per la collettività che spontaneamente o attraverso le sue istituzioni ne ha costantemente controllato l'efficienza.
Semplificando, il ricorso a questa struttura è da sempre riconducibile alle seguenti motivazioni:

a) Risposta ad un fatto acuto che richiede prestazioni di emergenza
b) Esecuzione di procedure complesse che richiedono tecnologie
c) Necessità di inquadramento specialistico
d) Performance status del paziente ritenuto insostenibile dai familiari o dalla rete sociale, anche per le caratteristiche del domicilio.

I profili dei ricoveri indotti da queste esigenze si sono profondamente modificati nel corso degli anni non tanto per i cambiamenti di tipo epidemiologico, quanto in funzione della capacità del territorio di dare risposte adeguate o di prevenire alcune manifestazioni cliniche prevedibili nella storia naturale di molte patologie, in particolar modo di quelle croniche. Questo vale per tutte le categorie precedentemente descritte e cioè per l'urgenza, per la diagnostica complessa, per l'attività specialistica, per i bisogni di tipo sociale.
Il percorso verso la definizione dell'ospedale come struttura per acuti è sicuramente andato avanti, ma sono ancora necessari interventi che ricompongano l'articolazione dei servizi sanitari in un'ottica di pariteticità e interdipendenza dell'ospedale e del territorio.

Se ancora è forte, nell'immaginario collettivo, il concetto di maggiore affidabilità dell'ospedale, occorre lavorare non tanto per contrastare l'inappropriatezza di alcuni ricoveri, quanto per valorizzare, anche sul piano del sentire comune, l'appropriatezza dei servizi territoriali.

E' evidente che questo percorso si può completare nella misura in cui si riescano a trasferire nel territorio, dando loro visibilità, quelle quote di risposta svolte per anni dall'ospedale con la stessa affidabilità in termini di sicurezza , protezione, tempestività, livello elevato di specializzazione.

Il processo di riorganizzazione dei presidi ospedalieri ad oggi realizzato nella nostra regione, è la condizione per avviare un'ulteriore evoluzione del ruolo dell'ospedale che, seppure in parte, supera il rapporto esclusivo con la comunità del suo territorio e si proietta con maggior forza nella rete ospedaliera d'Area Vasta.
Questo aspetto rappresenta la scommessa più forte che abbiamo davanti in questo settore.
L'Ospedale assumerà sempre più il ruolo di un pezzo della rete e come tale si caricherà di una duplicità di funzioni comprendendo sia la risposta ai bisogni della collettività di riferimento sia le azioni di più ampio respiro che derivano dalla programmazione dell'offerta di Area Vasta. Le comunità di ciascun territorio sapranno controllare e difendere queste funzioni che rappresenteranno, congiuntamente, il patrimonio dei servizi sanitari della zona ed un'occasione di crescita del territorio e della sua realtà socio economica.
E' evidente, tuttavia, che la rete ospedaliera e la programmazione dell'offerta di Area Vasta obbligano a scelte di diversificazione per livelli di specializzazione tra strutture e di definizione di precise competenze e dotazioni che si fondano su dati epidemiologici e su economie di scala in grado di coniugare la qualità, l'innovazione e la sicurezza degli utenti.
E' su questi tre obiettivi che si concentreranno i necessari investimenti sapendo che il riassetto dell'ospedale non può essere un semplice trasferimento di funzioni al territorio, ma anche un preciso sostegno per una sua nuova connotazione in grado di rispondere in maniera sempre più adeguata sia ai bisogni di base che a quelli più complessi derivanti dalle sinergie di Area Vasta.

Emerge infine, come un'impostazione di questo genere, che privilegia dotazioni coerenti con le funzioni, alti livelli d'integrazione di competenze e la ricerca costante di qualità, e di adeguata casistica per assicurarla, sia la base per garantire quella sicurezza delle cure che rappresenta un obiettivo centrale del sistema sanitario regionale e che si inserisce nel più ampio impegno di tutela del cittadino utente

5.3.1 L'ospedale per intensità di cure

L'ospedale del •••° secolo si muove dalla tradizionale visione di luogo di assistenza e cura (hospitalitas) verso il moderno concetto di ospedale come luogo di ricomposizione unitaria tra clinica, diagnosi e terapia, e assistenza: questo movimento è fortemente orientato dal modello di organizzazione per livelli di intensità di assistenza.
L'ospedale organizzato per intensità di cure definisce un nuovo paradigma del concetto di cura: in questo modello l'unitarietà delle componenti cliniche ed assistenziali, concetto di cura, è solo funzionale; il bisogno di assistenza si separa, secondo un parametro di intensità, dal legame tradizionalmente univoco con il percorso clinico. La medicina moderna nasce, inizi del secolo •••°, sul concetto di " diagnosi " e si organizza, per il sinergico sovrapporsi dei successi registrati sul piano delle cure e dell'impulso allo sviluppo delle posizioni professionali, per specialità autosufficienti. Nel sistema organizzato delle cure, la frammentazione specialistica in Unità Operative produce l'inefficienza intrinseca delle risorse; ciascuna unità deve organizzarsi autonomamente per risolvere i momenti di scarsità di personale generando, attraverso la moltiplicazione del personale, una bassa tensione all'efficienza. E' evidente che non è in gioco l'efficacia del modello medico specialistico è in discussione l'efficienza e la sua sostenibilità sistemica, almeno nelle attuali modalità organizzative. La dimensione epidemiologica di molte specialità presenti con particolare frequenza nelle nostre aziende, non coincide con il bacino demografico di riferimento delle aziende sanitarie,di norma provinciale, almeno per i volumi di casistica necessari per giustificare l'unità organizzativa specialistica, medico ed infermieristica, ospedaliera. D'altra parte buoni risultati di salute per esigenze mediche che necessitano di relazioni continuative, diversamente dai bisogni di natura chirurgica, frequentemente risolutivi con un unico episodio, possono conseguirsi più facilmente con una distribuzione più diffusa della competenza specialistica, anche ospedaliera. La soluzione consiste nel creare masse critiche importanti, attraverso l'utilizzo di moduli di ricovero aperti (22-26 posti letto) aggregando in funzione dell'intensità del bisogno assistenziale e non della specificità del bisogno clinico, consentendo di fornire assistenza infermieristica comune a diverse specialità ottimizzando le risorse dedicate che invece, nel modello attuale organizzato su singole unità operative, medico infermieristiche, determinano una forte diseconomia organizzativa. L'assistenza infermieristica rende possibile le integrazioni e la condivisione dei processi tra le diverse specialità. In area chirurgica specifiche linee assistenziali sono facilmente individuabili mediante le modalità di frequenza più caratteristiche della degenza media postoperatoria; degenze post operatorie simili, anche per interventi chirurgici diversi, ipotizzano simili bisogni assistenziali e propongono modelli organizzativi modulati sul bisogno assistenziale, week surgery, day surgery, ricovero ordinario chirurgico: modelli assistenziali diversi per bisogni assistenziali diversi. D'altra parte è sempre più evidente che la diminuzione dei costi nel settore sanitario passa anche attraverso l'uso del personale sanitario, e delle tecnologie, esattamente necessario al tipo di intervento richiesto, evitando l'uso di personale maggiormente qualificato rispetto alla attività e incrementando l'autonomia delle professioni, soprattutto nelle aree, come l'area diagnostica e l'area chirurgica, sempre più interessate da un rapporto sfavorevole tra domanda ed offerta. Nell'ospedale moderno l'area medica si qualifica, invece, essenzialmente come ricovero diagnostico-terapeutico intensivo; il rapporto tra clinica ed assistenza è dinamicamente interagente e l'assistenza infermieristica rappresenta in questa area la continuità integrativa della competenza medica. L'intensità di cura è una dimensione dell'assistenza non facilmente separabile da altre più specificamente professionali e qualitative: queste si riassumono nel lavoro in equipe di medici e infermieri e gli ingredienti del suo valore sono, oltre al raccordo dei saperi e delle pratiche, la conoscenza personale degli operatori e il rapporto di fiducia. Difendere questo patrimonio qualitativo è fondamentale per la qualità dell'assistenza. L'essenza dell'organizzazione per intensità di cure è l'assetto variabile dei posti letto, che non sono assegnati alla Unità operativa ma all'area.
Nell'ospedale moderno, nodo di una rete assistenziale che colloca nel territorio la fase diagnostica e le cure intermedie o a bassa intensità, è presumibile che l'ammissione del bisogno medico sia sempre più caratterizzata da motivazioni di trattamento intensivo; la continuità delle competenze e l'integrazione clinico assistenziale necessaria è sostenibile, quindi, per più specialità/discipline, non

per l'intera area medica, secondo criteri aggregativi che afferiscono ad una simile razionalità clinica e fisiopatologica piuttosto che alla ricomposizione del percorso diagnostico terapeutico. Questa ipotesi è compatibile sia con un modello di tipo dispersivo, sia con uno basato sulla embricazione parziale del pool specialistico: il modello basato sulla embricazione parziale del pool specialistico riteniamo sia il solo favorevole al mantenimento delle equipe e al miglioramento della assistenza. L'ospedale per intensità di cure esige una corretta definizione concettuale del tema " continuità assistenziale", che non ha attualmente negli ospedali una risposta organizzata. Il problema salta agli occhi nei percorsi polispecialistici, ma riguarda anche l' operatività delle singole strutture organizzative professionali. La continuità assistenziale è un requisito "di sistema" e non può essere garantita ovviamente da nessun singolo operatore, né tanto meno dal fatto che il paziente rimanga materialmente ricoverato sempre nello stesso letto. Gli obiettivi intermedi sono facili da indicare: la cartella clinica unica informatizzata; i protocolli di comunicazione e il loro monitoraggio; il monitoraggio sui percorsi polispecialistici; la cultura della comunicazione con il malato, la famiglia e il medico di medicina generale. In questa cornice, un'organizzazione che permette al paziente di avere un medico di riferimento, in grado di impostare il percorso diagnostico-terapeutico e di verificarne lo svolgimento rappresenta un passo avanti nella qualità delle cure erogate e nel miglioramento del rapporto medico-paziente.
Con il nuovo assetto organizzativo vengono, altresì, meno i motivi, sostanzialmente di inefficienza economica, per cui molte discipline specialistiche non erano presenti negli ospedali medi e piccoli; con l'abbandono del vecchio modello fondato sulle Unità Operative delimitate da spazi e posti letto prefissati, e il passaggio ai cosiddetti "letti funzionali", la creazione di Unità organizzative delle principali discipline specialistiche diviene per ogni presidio ospedaliero di medie dimensioni un obiettivo auspicabile, realistico ed economicamente compatibile. Negli ospedali piccoli sarà possibile una nuova opportunità di attività intraospedaliera anche da parte di unità organizzative precedentemente impegnate solo a livello ambulatoriale.
Sul versante del rapporto ospedale territorio occorre, peraltro, integrare la sperimentazione dell'ospedale per intensità di cura con quella di modelli innovativi di assistenza territoriale, perché un ospedale per intensità di cura, che gestisce esclusivamente le patologie acute, può funzionare soltanto in presenza di un territorio in grado di gestire la cronicità con percorsi assistenziali specifici, basati sul "disease management" e costruiti insieme ai colleghi ospedalieri, sia medici che infermieri. L'implementazione di servizi territoriali per i malati cronici può realmente ridurre la necessità di ricoveri ospedalieri ma per circoscrivere l'assistenza ospedaliera alle fasi più gravi di riacutizzazione delle patologie croniche e consentire un rapido ritorno a domicilio dopo la stabilizzazione, diviene indispensabile la creazione di percorsi integrati di continuità assistenziale tra ospedale e territorio.
Consideriamo necessario nel periodo di vigenza del P.S.R 2008-2010, per la complessità, e l'innovatività, del progetto un ulteriore periodo di sperimentazione anche di diversi modelli di intensità di cura e in diversi contesti assistenziali perchè l'organizzazione per intensità di cura possa essere suffragata da evidenze sperimentali che ne attestino l'efficacia. Un ulteriore periodo di sperimentazione, che riguarda sia la applicazione del modello, sia la discussione sul suo reale funzionamento tra gli esperti e gli operatori sul campo, è indispensabile, altresì, per identificare modelli di intensità di cura che riescano a coniugare l'efficienza con l'efficacia e con la valorizzazione delle capacità professionali degli operatori sanitari e tengano conto dei diversi contesti assistenziali in cui dovranno essere applicati. In questo processo verranno coinvolti gli operatori e le società scientifiche sia nella stesura dei protocolli di sperimentazione che nella loro applicazione, nella convinzione che il contributo dei professionisti sia il fattore di successo dell'iniziativa.

5.3.2 Piccoli Ospedali

La rete ospedaliera regionale è stata interessata da un profondo processo di rimodulazione teso a migliorare la qualità dell'assistenza, nel rispetto di un equilibrio delle risorse a disposizione. L'evoluzione avvenuta in campo sanitario in conseguenza ai progressi scientifici e alle innovazioni tecnologiche è stata da sempre oggetto di attenzione in regione Toscana, fino alla delibera del CRT

n 31 del 12 febbraio 2003 che prevede per i quattro ospedali di nuova costruzione una organizzazione per intensità di assistenza e cura.
Il modello assistenziale per intensità di cure diventa uno strumento operativo necessario per governare, secondo il principio di appropriatezza delle cure in ambito ospedaliero, sia il processo di riconversione di circa il 60% dell'attuale attività eseguita in ricovero ordinario verso il regime di trattamento di ricovero diurno o ambulatoriale, sia la domanda di assistenza a maggiore intensità. Esso costituisce il presupposto per la configurazione dell'ospedale per acuti, ovvero l'ospedale come risorsa estrema, da usare in caso di reale bisogno e per il tempo strettamente necessario.
Negli anni si è quindi realizzata, nel modo più possibile efficace ed efficiente, una rete di ospedali pensata e realizzata per curare patologie acute, mentre via via è cresciuta significativamente la patologia cronica e multi-organo, legata all'età avanzata, con problemi di salute che devono essere assistiti nel tempo, e da equipes pluri professionali, più che necessitare solo di un intervento urgente e circoscritto.
Il potenziale rischio di tale modello è la "espulsione" dall'area ospedaliera di queste patologie, senza l'organizzazione di una adeguata rete sanitaria ed assistenziale che sappia intercettare e affrontare in maniera soddisfacente ed appropriata il bisogno di salute della comunità.
Infatti è verosimile che, proprio per carenze di organizzazione attuale dell'offerta extra-ospedaliera, i pazienti cronici vengano ricoverati negli ospedali, col risultato, non infrequente, non solo di non rispondere pienamente al loro bisogno assistenziale, ma di aumentare il rischio di complicanze o di aggravamento complessivo.
Va peraltro aggiunto che, in una offerta ospedaliera eccessivamente parcellizzata, esiste una difficoltà, stante i limitati bacini di utenza, e quindi per la tipologia e numerosità della casistica trattata, a garantire nel tempo la manutenzione e il perfezionamento dell'expertise dei professionisti e a raggiungere quei livelli di soglia necessari a minimizzare i rischi per i pazienti, e per gli stessi operatori.
Occorre, in sintesi, far evolvere l'intera "rete sanitaria", trovando punti di equilibrio ulteriori che sappiano far evolvere il "sistema" verso un maggior coinvolgimento di tutti i livelli assistenziali, rimodulando i servizi sanitari e socio sanitari del territorio ad essa collegati. Questo è ancora più significativo per quelle Zone Sanitarie che, per caratteristiche oro-geografiche e densità di popolazione, hanno avuto storicamente come punti di riferimento Stabilimenti Ospedalieri che, allo stato attuale, presentano elementi di criticità sia dal punto di vista della sostenibilità economica sia, appunto, da quello della sicurezza e qualità dell'assistenza possibile, soprattutto relativamente alla risposta sufficientemente qualificata in caso di urgenza chirurgica.

In questa ottica sono obiettivi di macro livello:

1. Razionalizzazione della rete ospedaliera ridisegnando il ruolo dei "piccoli" Stabilimenti ospedalieri, riqualificandone e riconvertendone l'offerta nel rispetto dei bisogni e della sicurezza dei cittadini

2. Messa a punto di linee d'indirizzo per incrementare il governo clinico, definendo percorsi, standard e parametri qualitativi che privilegino la continuità assistenziale e l'integrazione funzionale tra Ospedali e Territorio, analizzando prioritariamente la domanda nel modo più oggettivo possibile

3. In base ai due punti precedenti prefigurare il bisogno formativo degli operatori ai vari livelli professionali, elaborando modelli di aggiornamento che favoriscano la evoluzione delle competenze necessarie, anche attraverso una programmata ed istituzionalizzata mobilità del personale.

4. Garantire la risposta al bisogno urgente (o soggettivamente ritenuto tale), in considerazione delle situazioni geografiche e dei tempi di percorrenza verso i Presidi maggiori, migliorandola dal punto di vista di efficienza/ efficacia e di razionalità nell' "offerta".

A) Il livello Ospedaliero

Dalla lettura dei dati di attività nei Presidi analizzati e della "domanda" di ricovero nelle Zone di residenza interessate, si possono ricavare le seguenti considerazioni riassuntive:

a) una riduzione negli anni dei tassi di Ospedalizzazione relativamente ai DRG medici ed una sostanziale costanza di quelli chirurgici (in linea con i dati regionali complessivi), un aumento dei volumi di Ospedalizzazione diurna, sia in ambito medico che chirurgico
b) una minore "dispersione" in altri Presidi Ospedalieri dei ricoveri dei medici a fronte di una maggiore "mobilità" in ambito chirurgico
c) in ambito medico la significativa numerosità di ricoveri raggruppati in DRG (o dimessi con diagnosi principale) che evidenziano motivi di ammissione per acuzie o riacutizzazioni di carattere neurologico o cardio-respiratorio
d) in ambito chirurgico la scarsissima incidenza di interventi in emergenza non differibile (con diagnosi di: perforazioni gastrointestinali, insufficienze vascolari acute o altre emergenze chirurgiche addominali, aneurisma aortico, traumi endoaddominali, gravidanze extrauterine)
e) la elevata percentuale di ricoveri ordinari con DRG medici dimessi dai Reparti di Chirurgia generale (dal 26% al 65% negli Stabilimenti considerati)

Il modello Ospedaliero che si può prefigurare è conseguibile attraverso i seguenti interventi:

1) Incrementare la capacità di risposta del PS/DEA, per far fronte ai bisogni "urgenti", e quindi operativamente attrezzato per rispondere alle emergenze – urgenze mediche, per inquadrare clinicamente e discriminare le urgenze chirurgiche e per gestire la piccola – media traumatologia. Per ottenere questi risultati è necessario:
   a) Equipe medica Ospedaliera dedicata in stretta integrazione con i medici dell'emergenza/urgenza territoriale.
   b) adeguata strumentazione diagnostica 24H in dotazione al PS/DEA, disponibilità della tele-diagnostica per immagini e cardiologica; diagnostica laboratoristica secondo i modelli organizzativi recentemente elaborati.
   c) attivare percorsi alternativi ("see and treat", ambulatorio medico-infermieristico) per le "urgenze minori"
   d) organizzazione di un'Area di Osservazione Breve per l'inquadramento e stabilizzazione dei pazienti
   e) garantire un efficace ed efficiente sistema di trasporto in urgenza dei casi complessi
2) Razionalizzare gli spazi di ricovero
   a) unificare l'Area di degenza ordinaria, eventualmente da differenziare in base alla intensità assistenziale
   b) incrementare gli spazi per la Day Surgery, allargando la offerta ad alcune discipline specialistiche
   c) attivare (o aumentarne gli spazi) il Day Service
3) Limitare l'attività chirurgica a quella programmata, esclusivamente in Day Surgery, con eventuale estensione della osservazione clinica post-intervento utilizzando i p.l. di degenza ordinaria.
4) Incrementare la "offerta" specialistica, soprattutto in ambito di diagnostica/interventistica endoscopica e mini-invasiva
5) Garantire una presenza, per assistenza, consulenza ed attività ambulatoriale almeno 12 H feriali per le discipline chirurgica ed ortopedico-traumatologica.

B) Il livello Territoriale

I dati epidemiologici, come sopra ricordato, evidenziano negli anni un aumento della prevalenza delle patologie croniche ad alto rischio di riacutizzazione e dei problemi legati alla "fragilità" dell'anziano ed alla sua disabilità. La popolazione dei ricoverati della rete ospedaliera è costituita per oltre il 70% da pazienti con età superiore ai 65 anni, con tassi oltre il 400 per mille oltre i 75; inoltre, la letteratura stima nel 25% circa il bisogno di "post-acute care" per gli anziani dimessi da un

reparto Ospedaliero. Peraltro in Toscana si rileva, negli anni, una riduzione dei tassi di ospedalizzazione in ambito medico ed una, pur minore riduzione delle degenze medie (maggiore della media nazionale), a parità di indicatori outcome e di salute, riduzioni che non sono solo il frutto dell'evoluzione tecnico-scientifica nelle cure (si pensi solo alla gestione degli incidenti cardio-vascolari) ma anche della politica di de-ospedalizzazione, con la creazione di percorsi di assistenza e cura alternative al ricovero ordinario. Questa strategia ben si coniuga con i bisogni dei "bacini di utenza" in questione e, in relazione all'analisi del rapporto quali-quantitativo della domanda/offerta, va sviluppata ulteriormente in efficienza ed efficacia, perseguendo l'obiettivo della garanzia della omogeneità ed unitarietà della gestione organizzativa.

Sul fronte del "bisogno acuto", in aggiunta ed ad integrazione di quanto affrontato più sopra, l'esperienza evidenza che sempre in maggior misura le "urgenze" minori vengono assorbite dal Pronto Soccorso ospedaliero. Il sistema attuale, che di fatto configura una netta divisione e moltiplicazione dei ruoli e delle funzioni, va ripensato, disegnando un modello nel quale la continuità assistenziale non sia soltanto unidirezionale (dall'ospedale al territorio) ma consenta reali integrazioni di risposta e di obiettivi, secondo le linee sotto riportate.

- Per la risposta al bisogno "acuto": elaborare e condividere modelli che sappiano "graduare" l'offerta, riducendo al minimo i compartimenti stagni tra strutture e funzioni, traducendo in realtà concreta la necessità di una omogeneizzazione dei percorsi. Il possibile modello dovrà prevedere la istituzione/ diffusione di Ambulatori infermieristici, la organizzazione più efficiente dei Servizi Distrettuali, integrati strutturalmente con gli Ambulatori Associati dei MMG, in modo da garantire risposte 8-12H, l'organizzazione più razionale ed efficiente della medicina d'urgenza territoriale (intesa come Continuità assistenziale e Medicina dell'Emergenza), il suo inquadramento funzionale che rappresenti un "continuum" sia operativo che "culturale" con il P.S. Ospedaliero

- Per l'assistenza della fase "post acuta" (subacute care) e della cronicità a rischio instabilità: estendere il modello dell'Ospedale di Comunità, inserito in un contesto Dipartimentale Ospedale-Territorio, che abbia caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero propriamente detto e le altre possibili risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA) (e con le quali non si deve porre in alternativa, ma in stretto rapporto di collaborazione funzionale), confermando la sua totale autonomia gestionale ed organizzativa, se pur eventualmente ubicato strutturalmente in spazi ricavati nello Stabilimento Ospedaliero.

5.4 Il sistema dell'emergenza fra ospedale e territorio

5.4.1 L'emergenza urgenza territoriale

Il servizio di emergenza urgenza territoriale identificato con il numero 118 ha modificato nel momento della sua attivazione le modalità di gestione dell' emergenza a livello territoriale ed il rapporto della stessa con la medicina generale. Nel contempo la formazione di personale appositamente dedicato ha permesso di innalzare la qualità del servizio consentendo di effettuare interventi sempre più appropriati e tempestivi. L' attivazione del servizio di elisoccorso e l'introduzione di nuove tecnologie in grado di trasmettere dati dal sito di intervento ai pronto soccorso hanno prodotto un ulteriore miglioramento della qualità degli interventi.

Il bisogno urgente, inatteso,in un soggetto in buona salute o comunque in sostanziale stabilità clinica, non in precedente rapporto con il proprio M.G, per ADI, terapia domiciliare, dimissione protetta, o altro, è competenza del sistema 118 indipendentemente dal periodo di occorrenza, notturno e festivo o prefestivo.
Un numero telefonico unico "118" rappresenta quindi un modello di intervento unico per il bisogno di nuova insorgenza con un'unica regia e responsabilità.

Il 118, ha assunto nel tempo in termini culturali e sanitari, la dimensione rassicurante della efficacia, diagnostica e terapeutica, collegata alla risoluzione del bisogno urgente. Ciò non toglie che esista la necessità, per la crescita del sistema di una riflessione sulla ridefinizione di alcune caratteristiche del sistema stesso inerenti:

- le modalità di accesso del cittadino al servizio,
- l'organizzazione della centrale operativa,
- le qualifiche del personale impiegato nella centrale stessa,
- l'ampiezza del bacino territoriale di intervento, traguardando la dimensione di area vasta quale bacino ottimale,
- le modalità organizzative di intervento sul territorio, accesso e centralizzazione, anche in relazione alle caratteristiche demografiche ed orogeografiche dello stesso,
- l' opportunità di utilizzo integrato del personale afferente al sistema 118 – P.S. al fine di superare criticità derivanti dal continuativo impiego in postazioni che richiedono prevalentemente prestazioni a bassa complessità professionale o da situazioni meramente numeriche. Tale complessità e competenza sono ormai diffusamente ritenute necessarie per risolvere il bisogno di salute percepito come urgente.

In questo contesto la sfida dell'appropriatezza dell'accesso al P.S/118 è affidata alla capacità di organizzare una reale integrazione assistenziale tra il Sistema 118/Pronto Soccorso ed i nuovi modelli organizzativi della medicina del territorio che garantisca l'equilibrio delle cure urgenti assicurate, dal 118 o nel P.S:

- da un lato con la continuità delle cure necessarie erogate appropriatamente nella medicina territoriale;
- dall' altro con la nuova organizzazione degli ospedali per intensità di cure.

Altre criticità attengono al sistema elisoccorso. L'attuale organizzazione necessita di una maggior integrazione e coordinamento nelle attività delle tre elibasi. Risulta importante nel corso della vigenza del Piano favorire una maggiore appropriatezza nell'uso del mezzo aereo che appare dall' analisi dei dati troppo spesso collegato ad aspetti localistici con scarso scambio di informazioni da base a base e con prevalenza di utilizzo nella provincia sede di elibase. In tale riflessione organizzativa dovranno essere compresi gli aspetti correlati alla sicurezza per il paziente e per gli operatori essendo variabile imprescindibile per il buon funzionamento del sistema. Altra criticità è rappresentata dalla corretta implementazione della pianificazione ed attivazione della rete delle piazzole. Tale aspetto si ripercuote infatti sulla capacità di penetrare la realtà territoriale più periferica permettendo la ridefinizione della mission dei piccoli ospedali in particolare per quanto attiene alle tematiche della gestione delle emergenze ed alle modalità di centralizzazione delle stesse.

OBIETTIVI del presente Piano

- Adeguare il sistema dell' Emergenza Urgenza territoriale alla nuova mission derivante dal riassetto organizzativo della Medicina Territoriale proponendo l'area vasta quale bacino di riferimento per la nuova organizzazione, attraverso:

1. L'elaborazione di un progetto di gestione unificata del servizio 118 e la sua sperimentazione in almeno una area vasta prevedendo l'omogeneizzazione dei sistemi informatici, telefonici, radio. Tale elaborazione progettuale dovrà garantire, sia nella fase di analisi che di proposta, la partecipazione di tutti i soggetti interessati e la capacità di dare corpo alle aspettative collegate alla evoluzione formativa delle professioni sanitarie legittimando le attese collegate a corsi di studio sempre più qualificati ed impegnativi.

2. La definizione di sistemi omogenei per la trasmissione per la trasmissione ed archiviazione dei dati

- Potenziare e razionalizzare il servizio di elisoccorso attraverso:

1. Elaborazione con tutti i soggetti interessati di una progettualità per la gestione unificata a livello Regionale del Sistema di Elisoccorso che aumenti l'attuale efficienza e che possa essere monitorata in massima trasparenza da tutti i soggetti istituzionalmente preposti.

2. Aggiornamento , con tutti i soggetti interessati , di procedure condivise per l'utilizzo del mezzo aereo, indicatori e standards per la verifica dell' appropriatezza nell'uso

3. Elaborazione di un progetto tipo con costi e tempi di esecuzione definiti per la costruzione e l'autorizzazione delle piazzole per l'elisoccorso.

4. Elaborazione, con tutti i soggetti interessati, di una puntuale pianificazione delle varie fasi, dalla definizione del capitolato, alla effettuazione della gara, alla attribuzione del servizio di elisoccorso verificandone la fase attuativa.

5.4.2 La gestione del trauma in rete

E' opinione condivisa che la rete del trauma abbia nel triennio di vigenza del Piano (2005-2007) raggiunto punti di grande qualificazione sulla base dei tre punti basilari che il Piano stesso indicava:

1. "un sistema preospedaliero, tale da assicurare una base di soccorso qualificata sul piano operativo per la fase di primo inquadramento e supporto alle funzioni vitali" ha progredito partendo dalle già sperimentate e collaudate attività dei profili dei medici del 118. Si deve ricordare l'implementazione culturale ottenuta attraverso l'applicazione del "progetto Harvard" che prevede entro il 2008 una certificazione di tutto il personale medico operativo sia nella fase intra- che extra-ospedaliera. E' necessario a questo punto suggerire una ulteriore crescita culturale anche del personale fino ad oggi non coinvolto, adottando modelli formativi ormai verificati quali quello adottato per la formazione del Trauma Team. Questo al fine di ottenere un equipe medico infermieristica coordinata sui medesimi piani culturali ed operativi in cui il nursing e la risposta più propriamente medica si fondono e si integrano per una appropriata assistenza rispettosa dei risparmi di tempo e della scelta del nosocomio di destinazione. Una particolare attenzione dovrà essere rivolta all'analisi dello scenario del trauma così importante da condizionare al di là della clinica l'orientamento per la scelta diagnostica e terapeutica del presidio di riferimento.
2. " un trasporto rapido e protetto fino al presidio ospedaliero più vicino e soprattutto più adeguato" che ha ricevuto dai medici e infermieri dell'Emergenza territoriale una valutazione critica e costruttiva. Una ulteriore fase di sviluppo della operatività dipende dalla identificazione dei Trauma Center dal loro patrimonio e operatività.
3. "una risposta di più professionalità specialistiche che sappiano lavorare in equipe con la dotazione di strumenti di diagnostica di alta specialità" che rappresenta un argomento ancora non del tutto definito. Infatti se la rete del trauma è già praticamente operativa per quanto riguarda le possibilità di risposta più prettamente chirurgiche generali eseguibili da tutti i presidi ospedalieri della nostra regione, devono essere implementati e definiti gli aspetti operativi multidisciplinari dei centri di eccellenza (Trauma Centers).

Se quindi la risposta ai traumi più semplici è già adesso in buona fase di operatività, grazie alle dotazioni operanti in tutti i presidi ospedalieri ed alla intesa interdisciplinare fra il medico dell'emergenza, l'anestesista rianimatore ed il chirurgo generale, il piano definisce il ruolo e l'operatività dei centri di riferimento e promuove una crescita complessiva della rete così da creare prassi condivise ed approcci multidisciplinari.

Se fino ad oggi i Trauma Centers si sono qualificati soprattutto per una capacità chirurgica diversa da quella operante negli altri nosocomi, l'organizzazione moderna deve tener presente che l'alta mortalità ed invalidità conseguenti al trauma derivano dalla compromissione del sistema nervoso e dell'apparato cardiovascolare, che devono trovare in questi centri una adeguata risposta assistenziale (centri HUB: centri nodali della rete).
Tali centri, quindi, saranno contraddistinti anche da una adeguata Assistenza Specialistica per l'Emergenza (ASE), caratterizzata oltre che dalle più avanzate tecniche diagnostiche anche da procedure invasive non chirurgiche. La terapia conservativa in un paziente traumatizzato stabile, infatti, garantisce una risposta qualitativamente migliore sia sul piano dei postumi che della sopravvivenza.
E' sulle sedi HUB che il presente Piano intende investire potenziando tali attività.
Si definisce così il completamento della rete del trauma incardinando sulle quattro aziende ospedaliero-universitarie i centri nodali della rete, che si distinguono per essere sedi di attività radiologiche, interventistiche operative oltre che di chirurgia specialistica cardiovascolare e neurologica.
Ecco quindi che la rete del trauma trova i suoi punti di eccellenza identificati per competenze sia su tutti i DEA della rete (Centri Spoke) che sui Centri HUB integranti l'assistenza per quelle patologie non trattabili in tutti i presidi ospedalieri.
In sintesi la realizzazione dei centri HUB deve inserirsi in un modello flessibile fortemente incardinato nella rete sanitaria toscana. La presenza di funzioni appropriate in tutti i nosocomi toscani consente di rispettare, nella stragrande maggioranza dei casi, il concetto della vicinanza dell'ospedale al luogo dell'evento traumatico, garantendo al paziente un soccorso adeguato con tempi di trasporto brevissimi. D'altra parte in presenza di segni di lesione cardiovascolare e neurologica già rilevabili sul luogo dell'incidente, si impone la centralizzazione ai centri HUB ogni volta in cui le condizioni di stabilità del paziente lo consentono, prevedendo, ove ciò non fosse possibile, la stabilizzazione del paziente nel più vicino nosocomio con successivo trasferimento in uno dei centri di riferimento per il trauma.
La Giunta si impegna ad approvare entro 180 giorni indirizzi organizzativi e tecnici finalizzati alla ottimizzazione delle risorse e al miglioramento dei sistemi di trasporto dei pazienti con trauma, individuando indicatori e adottando linee guida per la centralizzazione del trauma maggiore. Tale documento verrà elaborato in collaborazione con esperti indicati dal CSR.
La Giunta si impegna altresì a promuovere azioni finalizzate allo sviluppo delle funzioni necessarie al completamento del sistema di tutela dei grandi ustionati, attraverso la riorganizzazione e l'ulteriore potenziamento del Centro Ustioni Regionale.

Interventi per la gestione integrata in rete del trauma epatico maggiore

Nelle lesioni epatiche minori (grado I-III) la mortalità dipende dall'entità delle eventuali disfunzioni o danni d'organo associate, mentre in quelle di grado elevato (grado IV-VI) l'outcome dipende dal danno anatomico primitivo del fegato.
Mentre le lesioni parenchimali di modesta entità possono essere trattate nella maggior parte dei casi con la loro sutura presso tutti i Presidi Ospedalieri, le lesioni più severe richiedono procedure complesse che vanno dalle resezioni parenchimali fino al trapianto di fegato. Le lesioni epatiche che non producono instabilità emodinamica possono essere trattate con metodica conservativa, monitorizzando il paziente in Unità di Terapia Intensiva, mentre quelle più gravi e che provocano instabilità emodinamica richiedono un intervento chirurgico in regime di urgenza, presso struttura di riferimento.
Il paziente affetto da trauma epatico maggiore (grado ≥ IV) rappresenta una sfida complessa per l'organizzazione sanitaria territoriale in quanto richiede:

- un Centro di riferimento regionale di trapianto e chirurgia epatica ove siano disponibili le competenze professionali, le risorse tecnologiche e tutte le opzioni terapeutiche (chirurgiche, rianimatorie, radiologiche e trapiantologiche) oggigiorno disponibili per il trattamento della patologia traumatica epatica maggiore;

- una Rete ospedaliera territoriale in grado, per capacità e tecnologia, di eseguire una prima, ma completa, valutazione di tutte le lesioni riportate dal soggetto, di programmare un percorso terapeutico basato sulle priorità, e di eseguire una stabilizzazione chirurgico-rianimatoria;
- un protocollo condiviso tra le Aziende, le strutture sanitarie territoriali e gli operatori professionali coinvolti nella gestione del paziente affetto da trauma epatico maggiore finalizzato all'individuazione dei casi che possono beneficiare del trasferimento presso il centro trapiantologico;
- un sistema di trasporto medicalizzato efficiente e pienamente operativo che conduca il paziente dal luogo dell'evento al Centro ospedaliero più vicino, e da questo, ove ne sia riscontrata la necessità, al centro trapiantologico;
- programmi di aggiornamento continuo per il personale coinvolto nella gestione del paziente affetto da trauma epatico maggiore;
- verifica dell'efficacia del sistema, individuazione delle criticità ed interventi correttivi grazie ad un costante monitoraggio.

Il paziente affetto da trauma epatico maggiore (grado dal IV al VI), situazione di emergenza ad alta mortalità, richiede quindi un percorso assistenziale multidisciplinare basato sull'integrazione a rete delle strutture di assistenza dell'intero territorio regionale, con l'obiettivo di offrire tutte le opportunità terapeutiche, compreso il trapianto di fegato. Attualmente tale opportunità è prevista presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Centro di Riferimento Regionale per il trapianto e la chirurgia epatica.

Interventi per la prevenzione e trattamento del trauma pediatrico

Crescenti evidenze supportano la premessa che i Centri Traumatologici per adulti abbassano i rischi di morte nei pazienti severamente traumatizzati.
Lo stesso principio è stato applicato alla popolazione pediatrica e un numero in crescita di studi clinici evidenzia che, come nella popolazione adulta, il paziente pediatrico gravemente traumatizzato riceve un trattamento più adeguato e va incontro ad un miglior esito quando viene gestito presso un trauma center pediatrico dove il trattamento e la cura del bambino vengono forniti da personale esperto ed esplicitamente formato per rispondere ai bisogni del paziente pediatrico traumatizzato.
La gestione delle lesioni traumatiche acute è un punto di grande interesse per la Sanità pubblica della Regione Toscana che si pone l'obiettivo di migliorare gli esiti clinici utilizzando le risorse presenti sul territorio.

Questa iniziativa dovrà portare all'attivazione di un programma che preveda:

1. il lancio di una campagna di prevenzione del trauma;
2. la strutturazione di una rete definita per il trauma pediatrico, tale da assicurare che i traumi maggiori siano gestiti in modo centralizzato presso l'Ospedale Pediatrico Meyer, in base a criteri clinici precedentemente concordati con tutti gli operatori del sistema;
3. un sistema di trasporto sicuro;
4. la definizione di un'offerta formativa rivolta ai medici afferenti ai dipartimenti d'emergenza.

5.4.3 La rete delle terapie intensive nel sistema di Area Vasta

5.5 Le Azioni programmate ed i Progetti Obiettivo

5.5.1 Le Azioni Programmate

Con i precedenti Piani sanitari la Regione ha proposto, attraverso le Azioni programmate, alle Aziende indirizzi e strumenti di programmazione tali da orientare i produttori su attività o temi sanitari di particolare interesse, quali il percorso assistenziale di determinate patologie, la regolamentazione di specifiche pratiche mediche, diagnostiche o di interventistica chirurgica, l'organizzazione di particolari iniziative di prevenzione collettiva, con la finalità di uniformare sul territorio regionale i risultati attesi dalla operatività di tale iniziative.

Con il precedente Piano sono stati altresì dati indirizzi alle reti di Area Vasta affinché producessero, con il contributo indispensabile dei professionisti, strumenti di programmazione specifici rispetto ad alcune linee assistenziali.

Il presente Piano conferma tale orientamento rilevando come solo attraverso il sistema delle aree vaste sia possibile appropriatamente assicurare una programmazione coerente ai bisogni assistenziali e valorizzare il contributo che il governo clinico puo' e deve assicurare alla pianificazione strategica.

In tale ambito si mantengono gli indirizzi per le aree vaste riguardo alle precedenti azioni programmate relative a:

1. patologie neurologiche e assistenza medullolesi;
2. patologie cardiovascolari e del metabolismo;
3. nefropatie croniche;
4. cure palliative;
5. insufficienza respiratoria cronica (ad integrazione di quanto già previsto nel capitolo relativo alla sanità di iniziativa);
6. malattie reumatiche.

Permangono tuttavia temi di interesse che richiedono un impegno programmatico tale da investire direttamente il livello regionale. Queste tematiche sono individuate sulla base della particolare rilevanza per lo stato di salute della popolazione toscana, a fronte di una insufficiente risposta assistenziale motivata dal rapido evolversi delle tecnologie e dei sistemi organizzativi, nonché nell'ambito di percorsi assistenziali strettamente legati al governo clinico regionale. Rispondono a tali caratteristiche le seguenti linee assistenziali:

- La rete oncologica;
- Il percorso assistenziale del paziente con ictus;
- L'organizzazione del sistema trapianti;
- Il Piano Sangue;
- Gli interventi di cooperazione internazionale;
- Le medicine complementari e non convenzionali;
- La Riabilitazione;
- Le maculopatie degenerative;
- La rete specialistica per le malattie rare;
- La diagnostica predittiva e la medicina personalizzata;
- L'assistenza termale;
- Il patrimonio scientifico, documentario ed artistico delle aziende sanitarie;
- L'assistenza religiosa;

5.5.1.1 La rete Oncologica

Il carico assistenziale della patologia oncologica ha subito un progressivo aumento per almeno tre ragioni:

1. l'elevazione dell'età media della popolazione,
2. l'aumentata sopravvivenza di pazienti affetti da tumori anche se non guariti (cosiddetta "cronicizzazione");
3. l' incremento delle opportunità di cura.

A fronte di questo dato ha avuto luogo, comprensibilmente, un accrescimento della spesa assistenziale: sia per l'incremento del numero dei pazienti oncologici, sia per l'innalzamento delle spese diagnostiche e terapeutiche che ogni paziente, in media, richiede.
L'analisi epidemiologica ed i nuovi orizzonti della oncologia fanno prevedere un sempre maggiore peso per il SSR: tanto che vi è un rischio che questo settore assistenziale, se non efficacemente governato, possa entrare in crisi in termini di sostenibilità.
In questa ottica diventa ancora più importante l'attivazione di un piano per la prevenzione che, oltre a rafforzare la prevenzione secondaria, definisca scelte strategiche e intersettoriali in favore della prevenzione primaria, come la opzione più valida nel lungo periodo anche in termini di investimento economico.
Il presente PSR conferma la scelta strategica dell'Istituto Toscano Tumori (ITT) quale modello originale di valorizzazione e di integrazione di tutti i settori di prevenzione, cura, alta specializzazione e ricerca in campo oncologico.
Vengono qui rafforzati e declinati sul piano delle azioni i principi fondanti di questo modello, quali:

- Un unico sistema di governo per tutti gli attori dell'oncologia (dalla prevenzione alla cura, dall'ospedale al territorio, dalle risposte di base all'alta specializzazione ed alla ricerca) necessario per perseguire la coerenza ed assicurare la compatibilità degli interventi.
- La struttura a rete, che rende il sistema capace di intercettare integralmente la domanda, di promuovere la continuità di cura e di favorire le sinergie di percorso.
- Un modello organizzativo caratterizzato da accessi molteplici nel territorio che attivano percorsi condivisi secondo regole di appropriatezza e rendono fruibili, gratuiti e tempestivi anche l'innovazione e l'alta specializzazione, ogni qualvolta siano necessari.
- Una precisa definizione di competenze in cui l'ASL provvede all'accesso e all'avvio del percorso; l'Area Vasta si fa carico di perseguire l'equilibrio tra domanda e offerta assumendo anche una quota di funzioni di livello regionale; l'ITT individua le procedure per conciliare omogeneità con cure ottimali e promuove la creazione di infrastrutture in grado di arricchire la rete.

Le azioni, condotte da attori diversi in diverse fasi del percorso assistenziale, assumono i seguenti obiettivi strategici unificanti :

- La qualità diffusa nelle prestazioni e negli aspetti relazionali in tutto il territorio regionale a partire dalle realtà periferiche fino agli snodi di alta specializzazione.
- L'appropriatezza come elemento guida della offerta e della programmazione degli investimenti, sostenuta dalla condivisione degli operatori, dall'attenzione critica all'innovazione e dalla responsabilizzazione dei cittadini utenti.
- La continuità assistenziale come risposta alla criticità dei passaggi in cura e della interazione tra ospedale e territorio.
- La omogeneità della offerta quale espressione del diritto di ogni cittadino ad essere curato in maniera adeguata indipendentemente dalla sua residenza e dal suo censo.

Il raggiungimento di questi obiettivi passa attraverso un utilizzo crescente di alcuni strumenti, quali:

- Governo clinico: la capacità progettuale già ampliamente sperimentata dalla oncologia toscana, richiede ulteriore conferma specie nella effettiva facoltà di incidere sulle scelte .
- Procedure di sistema:la definizione di modelli organizzativi e comportamentali comuni rafforza il senso di appartenenza e costituisce un elemento di garanzia per l'utente.
- Valorizzazione delle risorse esistenti: dal censimento di attività di "nicchia" e/o di alta specializzazione nasce l'opportunità di una fruibilità collettiva e di un raggiungimento di massa critica di casistica.

- Infrastrutture e funzioni di servizio:la disponibilità specie nel settore della ricerca clinica di strumenti messi a disposizione dal sistema aumenta la capacità e la penetranza di studi che hanno le potenzialità della casistica regionale.

Il presente PSR in una logica di continuità e rafforzamento dei precedenti piani dovrà prevedere il completamento e l'avvio di azioni rispettivamente già intraprese o previste nell'ambito degli specifici documenti di indirizzo dell'ITT e in sintesi di seguito riportate:

- Ricerca: Realizzazione del Core Research Laboratory (CRL) in Firenze e dei laboratori satellite di Pisa e Siena. Finanziamento pubblico di progetti di ricerca clinica, ricerca traslazionale e ricerca di base nel settore oncologico all'interno della Regione. Bandi per promuovere anche l'intervento di finanziamenti esterni, in un settore caratterizzato da grandi investimenti. Si tratta, in ale contesto, di delineare i campi di interesse e di pubblica utilità della ricerca stessa e di promuovere percorsi di sviluppo, anche in partnership con le imprese.
- Infrastrutture: Attivazione di un Centro di Coordinamento delle Sperimentazioni Cliniche. Informatizzazione del Sistema (cartelle cliniche, teleconferenze, telepatologie, etc..). Creazione di un sistema informativo sotteso alla rete per il monitoraggio dei percorsi assistenziali e di supporto alla ricerca in grado di integrarsi con i flussi informativi già esistenti e di produrne nuovi e specifici. Core facilities per la Ricerca pre-clinica e clinica.
- Realizzazione di almeno tre clinical trials spontanei a partecipazione multicentrica nella Regione
- Prevenzione: Promozione di programmi di prevenzione primaria con particolare riferimento ad aree geografiche a maggior incidenza . Coinvolgimento dei MMG e di alcuni specialisti (ginecologi) nella promozione degli screening. Produzione di un Piano per la Prevenzione caratterizzato per progetti di lungo termine, con obiettivi specifici (ad es. riduzione a 10 anni del 10% dei tumori fumocorrelati), frutto della integrazione tra Sanità e Ambiente, correlato alla progettualità delle Società della Salute e all'alta integrazione di diversi settori regionali.
- Assistenza: Realizzazione di raccomandazioni cliniche condivise per altri tumori (oltre ai 6 gruppi già coperti). Monitoraggio della adesione alle raccomandazioni cliniche già vigenti e identificazione di criticità. Definizione di (a)strutture di riferimento e di percorsi assistenziali per soglia di attività per tipo di tumore e fase di malattia (dalla prevenzione alla terminalità) iniziando dal tumore mammario (Breast Unit); (b) identificazione di snodi strategici di alta specializzazione che a partire dai Dipartimenti Oncologici delle Aziende Ospedaliero Universitarie costituiscano strutture di riferimento per ciascuna Area Vasta; (c) individuazione funzioni regionali di riferimento attraverso un percorso di valutazione che adotti criteri oggettivi, condivisi e periodicamente verificati. Attuazione di un percorso definito per l'Alto rischio genetico. Miglioramento della presa in carico con minimizzazione dei pesi "burocratici" (prenotazioni, ritiro esami, etc.). Censimento completo dei GOM e monitoraggio della loro attività.
- Formazione: Integrazione con le Università per percorsi formativi regionali nell'ambito delle Scuole di specializzazione, miranti a creare un unico sistema di training ITT. Sviluppo e redazione di uno specifico programma formativo triennale elaborato sulla base di una rilevazione accurata dei bisogni e delle modalità formative più idonee. (Promozione di procedure di formazione on line tra professionisti su casistiche complesse. Finanziamento stages c/o istituzioni straniere.Stage di interscambio tra le diverse unità dell'ITT Calendario regolare di staff rounds e journal club per via telematica a livello regionale)
- Governo Clinico: interventi su spesa farmaceutica, innovazione tecnologica , fabbisogno di radioterapia. Interventi strutturati per l'analisi dell'appropriatezza assistenziale con l'istituzione di un Osservatorio Regionale sulla valutazione delle tecnologie in oncologia.

Nella fase di vigenza del presente PSR e con il radicarsi nella realtà regionale della rete dei servizi coordinata dall'ITT si renderà necessario definire aspetti giuridici e regolamentari che affrontino in via prioritaria i seguenti temi:

- Definizione giuridico-amministrativa dell'ITT anche in riferimento a nuove indicazioni nazionali relative agli IRCCS , al ruolo dei modelli regionali, alla prospettiva del CSPO.
- Individuazione di strumenti di interazione tra ITT e Aziende sanitarie per la realizzazione degli indirizzi in campo oncologico con particolare riferimento allo stato di realizzazione e funzionamento dei Dipartimenti
- Superamento di alcune rigidità organizzative di sistema che ostacolano azioni volte alla implementazione della mobilità, della flessibilità delle sinergie tra attori.
- Definizione di programmi di finanziamento basati su solide evidenze.
- Definizione delle procedure atte a rispondere alle criticità emerse nel monitoraggio della adesione alle raccomandazioni cliniche.

5.5.1.2 Il percorso assistenziale del paziente con ictus

L'ictus cerebrale continua a rappresentare uno dei più rilevanti problemi sanitari e sociali, la cui frequenza tende ad aumentare in relazione all'invecchiamento della popolazione. In Toscana circa 10.000 soggetti vengono ospedalizzati ogni anno con un tasso di ospedalizzazione di 300 casi/100.000 abitanti x anno. L'evidenza scientifica internazionale, le linee guida nazionali SPREAD, riprese dalle linee guida regionali e dall'accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano del 3 Febbraio 2005, indicano in una unità organizzativa dedicata, definita "stroke-care" negli ospedali di secondo e terzo livello, il punto organizzativo centrale di riferimento nella strutturazione di una rete stroke territoriale che deve assicurare la presa in carico urgente da parte del sistema dell'emergenza-urgenza, l'avvio immediato verso l'ospedale per i trattamenti della fase acuta, la valutazione esperta delle indicazioni e la eventuale effettuazione della trombolisi, la migliore gestione delle complicanze e l'avvio del processo riabilitativo nella unità di degenza dedicata, l'affidamento alle strutture riabilitative e territoriali attraverso un adeguato collegamento ospedale-territorio. La trombolisi è la sola terapia farmacologia dell'ictus ischemico dimostrata efficace e sicura prima da trial randomizzati e controllati e poi da uno studio osservazionale, denominato Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke – Monitoring Study (SITS-MOST) proposto dall'European MEdicines Agency. Questo studio ha dimostrato, nei pazienti che si presentano in ospedale entro 3 ore dall'evento e non hanno controindicazioni alla trombolisi, un recupero funzionale in oltre il 50% dei casi. Per ampliare il numero dei pazienti che arrivano entro 3 ore in ospedale sono necessarie campagne di informazione per il cittadino e per i medici di base, ma il prerequisito fondamentale è la disponibilità sul territorio di un numero sufficiente di centri esperti ed organizzati che si identificano con le unità stroke. Gli standard devono seguire le linee riportate nel decreto autorizzativo del Ministero della Salute del 24 agosto 2003, oggi ripreso dalla determinazione dell'AIFA del 16.11.2007. Negli ospedali di terzo livello potranno esseere implementate attività di alta specialità, comprendenti unità di degenza dedicate, attività neurointerventistiche, neurochirurgiche e di chirurgia vascolare .La rete stroke, come dal suindicato accordo Stato-Regioni, prevede anche una articolazione dello intervento riabilitativo nelle seguenti modalità: 1) riabilitazione in fase acuta, in cui la presa in carico riabilitativa deve essere pressoché immediata, viene di solito intrapresa nell'area di degenza dedicata ed ha come obiettivi la prevenzione delle complicanze funzionali e la predisposizione dei percorsi riabilitativi successivamente avviati; 2) la riabilitazione post-acuta intensiva, indicata per i pazienti con disabilità medio-grave suscettibili di miglioramento funzionale ed in condizioni di instabilità clinica; 3) la riabilitazione post-ospedaliera, in cui un trattamento riabilitativo deve essere organizzato a livello territoriale presso specifiche strutture residenziali e/o ambulatoriali che devono garantire una effettiva presa in carico della persona con ictus. L'insieme del percorso del paziente con ictus acuto deve rispondere al requisito fondamentale della continuità assistenziale. Lo stesso documento Stato-

Regioni suggerisce la necessità di un monitoraggio delle modalità di realizzazione delle reti stroke. In considerazione della specificità delle attività assistenziali in tutto l'arco del percorso e a qualsiasi punto della rete stroke, si rende necessaria l'implementazione di un piano formativo rivolto alle varie figure professionali a diversi livelli, universitario, regionale ed aziendale.
Con il presente piano si intende assicurare in ogni Azienda Sanitaria l'erogazione delle seguenti attività:

- Implementazione in ogni Azienda Sanitaria, Territoriale ed Ospedaliera, di un sistema integrato di diagnosi e cura per tutte le fasi della malattia, dalla prevenzione al trattamento della fase acuta, alla riabilitazione ed al reinserimento sociale. Standard indicato, almeno il 50% delle Aziende entro il 2009.
- Organizzazione in ogni Azienda Sanitaria, Territoriale ed Ospedaliera, di un percorso in rete tale da garantire al paziente con sospetto ictus l'arrivo all'ospedale di riferimento, dove possa essere sottoposto a valutazione diagnostica urgente e agli eventuali trattamenti della fase acuta (trombolisi) entro 3 ore dall'inizio dell'evento. Viene indicato uno standard minimo per il 2009 del 30% di pazienti che arrivano in ospedale entro questo limite di tempo, provvedendo nel contempo ad omologare i percorsi con idonei mezzi di trasporto in rapporto alle diverse condizioni geografiche. Tale indicatore verrà inserito nell'ambito del sistema regionale di valutazione delle performance.
- La realizzazione negli ospedali di riferimento di un team multiprofessionale (medici, infermieri, tecnici della riabilitazione) esperto nella gestione dell'ictus, cui affidare i pazienti con ictus moderato-grave secondo quanto indicato nel PSR 2002-2004 e nelle Linee Guida Regionali
- Garantire un percorso riabilitativo sia ospedaliero che extraospedaliero per il 100% dei pazienti con esiti funzionali utilmente trattabili.
- Attivare in ognuna delle 3 Aree Vaste un sistema di formazione permanente da cui dipenda l'accreditamento delle strutture e delle attività specifiche.
- Implementare entro il 2009 in ciascuna Area Vasta un data base per l'ictus quale strumento di monitoraggio degli indicatori di risultato.

5.5.1.3 L'organizzazione del sistema trapianti

Con l'istituzione dell'Organizzazione Toscana Trapianti (Ott) nel luglio 2003 la Regione Toscana ha optato per l'attuazione di un modello di governo clinico dedicato al settore della donazione e trapianti. Le sfide della moderna trapiantologia - ossia il mantenimento di adeguati livelli donativi ed il miglioramento costante degli standard di assistenza – richiedevano un approccio globale finalizzato ad un ulteriore sviluppo rispetto a quanto ottenuto con le Azioni Programmate. L'Ott ha perseguito tale logica globale o di sistema nella riorganizzazione delle attività regionali di donazione e trapianto, mirando alla costituzione di una rete integrata di professionalità, competenze, assistenza e servizi. L'azione dell'Ott è riassumibile nei seguenti elementi:

- integrazione permanente delle professionalità dedicate ai trapianti nel governo clinico regionale;
- dialogo tra tutti i componenti della rete regionale donazione-trapianto e costituzione di gruppi di lavoro dedicati ai vari settori dell'attività trapiantologica;
- costituzione delle reti aziendali donazione-trapianto per ciascuna delle Aziende Sanitarie, basate sul concetto dell'integrazione delle discipline, delle professionalità e dei servizi;
- benchmarking delle attività aziendali di donazione mediante report quindicinale;
- costituzione di percorsi assistenziali regionali dedicati secondo la tipologia del trapianto;
- costituzione di una rete regionale di sicurezza, mediante il ricorso ad eccellenze (second opinion); omogeneizzazione dei trasporti e delle comunicazioni; copertura h24 delle attività di laboratorio e di anatomia patologica;
- programma di formazione continua per gli operatori professionali;
- avvio della creazione della piattaforma informatica per la gestione delle attività di donazione e trapianto regionali;

- § istituzione di un programma regionale di qualità per l'accreditamento di percorsi e processi delle attività di donazione e trapianto (Progress).

I risultati conseguiti dalla Regione Toscana nel periodo 2003-2006 (vedi tabella seguente) sono consistiti non soltanto nell'incremento dell'attività di donazione, con un aumento medio del 93,4% rispetto al periodo precedente l'istituzione dell'Ott, ma anche nel numero di trapianti eseguiti, che hanno fatto rilevare un incremento medio dell'87,3%. Tali dati sono tanto più significativi alla luce dell'incremento del numero di donatori anziani (>60 anni), la cui percentuale è aumentata del 55,2% nel periodo Ott rispetto al precedente decennio, in linea con tendenze nazionali ed internazionali.

Gli obiettivi Ott per il PSR 2008-2010 consistono nel:

- § mantenere i livelli donativi raggiunti, mediante l'opera già intrapresa di benchmarking aziendale e audit di verifica annuale;
- § attualizzare e rendere il modello dell'OTT di grande interesse nella panoramica dell'organizzazione dei sistemi di donazione-trapianto grazie alla istituzione del Dipartimento dei Trapianti inter area vasta che permetterà il governo clinico dei programmi di trapianto mediante l'attribuzione della definizione delle linee guida, dei percorsi assistenziali e della certificazione dei programmi in una logica di rete regionale;
- § implementare la qualità e la sicurezza, mediante l'integrazione di programmi specifici di risk management ed accreditamento dei percorsi e processi di donazione e trapianto;
- § attribuire le risorse economiche alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere-Universitarie in funzione di progetti finalizzati concordati con le singole Aziende.

Tabella: Risultati attività OTT

	Pre-OTT (1996-2003) (media±DS)	Post-OTT (2004-2006) (media±DS)	•
Donatori potenziali	113.3±59.2 (32.4±16.9)	223±36.6 (63.7±10.3)	+96,8%
Donatori utilizzati	59.3±27 (16.9±7.7)	114.3±14.7 (32.7±4.3)	+93,4%
Donatori multiorgano	49.6±26.2 (12.8±5.2)	73.7±10.3 (21.1±2.9)	+48,6%
Donatori utilizzati • 60 anni	40.4±8.9[c] (11.5±1.4)	62.7±10.7[c] (17.9±3.1)	+55,2%
Organi utilizzati	175.8±66.9 (53±20.1)	312.3±47.5 (89.5±13.6)	+78,4%
Trapianti	171±83.4 (49.9±23.9)	320.3±17.6 (91.7±5)	+87,3%

5.5.1.4 Il Piano Sangue

Il Sistema Trasfusionale Toscano rappresenta, nel panorama nazionale, un punto di riferimento per la capacità di assicurare un adeguato governo della componente produttiva e per i risultati conseguiti negli ultimi anni che hanno consentito, tra l'altro, di raggiungere un buon grado di

autosufficienza in emocomponenti labili (globuli rossi, piastrine, plasma per uso clinico) e farmaci plasmaderivati.

Nonostante gli interventi realizzati, le attuali disposizioni normative comunitarie e nazionali, congiuntamente alle evidenze manifestatesi in particolare nello scorso biennio, impongono un intervento di riorganizzazione del settore con le seguenti finalità:

- Ø omogeneizzare le modalità di sviluppo dei processi produttivi: a tale scopo, l'Organismo regionale di coordinamento definisce, con la condivisione dei nodi della rete, gli standard clinici, organizzativi e di sicurezza e, parallelamente, individua il sistema di monitoraggio che ne consente la verifica dell'applicazione;
- Ø migliorare l'economicità del sistema: attraverso la rimodulazione delle funzioni riconosciute ai diversi nodi della rete, finalizzata a conseguire i seguenti vantaggi:
- evitare la duplicazione dei servizi che potrebbe generare diseconomie e situazioni di inappropriatezza qualitativa;
  - ottimizzare i sistemi di comunicazione anche mediante l'ulteriore sviluppo del Sistema informativo trasfusionale regionale, sotto il diretto controllo dell'Organismo regionale di coordinamento;
  - attivare processi di complementarietà tra le strutture coinvolte nella rete;
  - garantire dimensioni e composizione ottimali, dal punto di vista funzionale ed economico, delle unità operative appartenenti alla rete;
- Ø valorizzare le professionalità operanti nella rete regionale e in particolare le strutture di eccellenza nelle A.O.U. che hanno raggiunto ottimi livelli nelle attività di raccolta, trattamento e banking di tessuti e/o cellule staminali e nelle terapie aferetiche avanzate favorendo fenomeni di scambio tra la medicina trasfusionale e quella dei trapianti.

Qualunque operazione di riordino organizzativo e gestionale del settore trasfusionale dovrà tener conto che:

1) le attività di raccolta dovranno svolgersi nel territorio con un grado di capillarità coerente con l'organizzazione della società in centri urbani ed extra-urbani, secondo criteri definiti, condivisi ed in linea con le direttive vigenti;
2) l'attività di assegnazione degli emocomponenti e molte altre prestazioni di medicina trasfusionale che hanno una valenza fondamentale nello sviluppo dei processi clinico - assistenziali all'interno dei presidi ospedalieri, dovranno essere ulteriormente integrate con altre funzioni sanitarie ospedaliere in relazione all'intensità di cura ed al grado di complessità dell'attività clinica svolta nei singoli ospedali;
3) la dimensione clinica della medicina trasfusionale, che contribuisce ad assicurare l'appropriatezza nell'ambito dei percorsi diagnostico - terapeutici mediante l'azione svolta da professionisti appositamente qualificati, dovrà trovare adeguata valorizzazione nella concentrazione e riallocazione di funzioni a minore contenuto clinico - professionale a favore di quelle di più elevato livello;
4) la distribuzione diffusa di determinate funzioni in tutte le strutture esistenti, che contribuisce all'eterogeneità dei processi e rende complesso governare il sistema, dovrà essere riprogettata. La concentrazione di talune funzioni consentirà la razionalizzazione e l'omogeneizzazione dei processi produttivi e ne favorirà il governo oltre a promuovere qualità e sicurezza.

L'intervento di riconfigurazione della Rete Trasfusionale Toscana rappresenta l'unica modalità possibile per renderla adatta ad affrontare nei prossimi anni, attraverso successive operazioni di razionalizzazione del settore, l'impegno di un miglioramento complessivo della qualità, dell'appropriatezza e della produttività.

La riorganizzazione del Sistema Trasfusionale Toscano persegue le seguenti finalità di carattere generale:

Le azioni da intraprendere mirano a:

- adeguare le funzioni attualmente riconosciute all'Organismo di coordinamento regionale per renderle coerenti con quelle attribuitegli dalla vigente normativa, in particolare la definizione di standard organizzativi e gestionali regionali;
- adottare processi produttivi atti ad assicurare standard di alta qualità e sicurezza, agli emocomponenti, equiparati alle specialità farmaceutiche dalla normativa comunitaria e nazionale in materia trasfusionale;
- introdurre risorse tecnologiche in grado di modificare radicalmente i processi produttivi esistenti, attraverso investimenti che risultino economicamente sostenibili;
- avviare processi di riorganizzazione orientati al miglioramento del livello di economicità del settore perseguendo l'equilibrio economico - finanziario di sistema mediante il consolidamento della rete.

Il consolidamento della rete trasfusionale sarà conseguito mediante interventi di riordino strutturale, con particolare riferimento, alla concentrazione nei nodi principali della rete delle seguenti funzioni:

- attività diagnostica di laboratorio finalizzata alla qualificazione biologica delle unità trasfusionali raccolte/prodotte;
- lavorazione del sangue con mezzi fisici semplici e produzione degli emocomponenti.

Tale revisione consentirà di rimodulare, sulla base delle effettive necessità e in relazione alle caratteristiche dei diversi presidi ospedalieri toscani, anche le seguenti funzioni:

- l'assegnazione degli emocomponenti avvalendosi di sinergie con professionalità tecniche della stessa area funzionale, adeguatamente formate;
- le attività cliniche assistenziali di medicina trasfusionale di tipo ambulatoriale.

La necessità di ridisegnare in ambito regionale, in accordo con le direttive comunitarie e nazionali in materia trasfusionale, la Rete di raccolta, attualmente allocata in:

- Servizi e Sezioni Trasfusionali, dislocati in tutte le sedi ospedaliere;
- Unità di Raccolta gestite dalle Aziende Sanitarie e/o dalle Associazioni del Volontariato;

richiederà di definire ed emanare standard per innalzare il livello qualitativo e garantire adeguati livelli di sicurezza, migliorando contemporaneamente l'accesso al percorso di donazione.

5.5.1.5 La cooperazione internazionale

La Regione Toscana nel suo impegno di cooperazione internazionale e nel suo impegno per la pace ha sempre operato all'interno del sistema Italia, in un corretto rapporto con il governo nazionale e le istituzioni europee.
Il Piano regionale per la cooperazione internazionale (L.R. 17/99) 2007-2010 ha delineato le finalità dell'azione della Regione Toscana nei prossimi anni:
1. promozione di interventi di cooperazione che producano riconciliazione e sviluppo operando dalla parte delle vittime secondo strategie dirette alla restituzione del diritto ad uno sviluppo umano e sostenibile alle vittime dei conflitti militari, economici, sociali e culturali del mondo;
2. promozione di interventi diretti a sostenere percorsi di sviluppo anche con riferimento agli Obiettivi del Millennio nei confronti delle comunità, dei gruppi sociali e degli individui vittime dei conflitti in tutte le periferie del Nord e del Sud del sistema mondo;

3. miglioramento dei processi di partecipazione dei soggetti toscani alle iniziative di cooperazione internazionale e di aiuto allo sviluppo.
In questo quadro viene intesa "la salute come un diritto fondamentale dell'uomo, come obiettivo sociale estremamente importante d'interesse mondiale che presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre a quelli sanitari". Il diritto alla salute è un diritto inalienabile delle persone e delle comunità e diventa un imperativo univoco che i tecnici non possono eludere.
Nell'attuale contesto internazionale, caratterizzato da continui e significativi processi di cambiamento, gli obiettivi principali cui tende il Sistema regionale della cooperazione si identificano nella promozione dello sviluppo umano sostenibile in una logica di approccio integrato, quindi su scala locale e globale allo stesso tempo, nel rafforzamento della società civile e nella creazione di reti di partenariato: sono questi i concetti chiave del nuovo modello di sviluppo nello scenario degli anni 2000, rispetto ai quali debbono coerentemente declinarsi anche gli obiettivi specifici degli interventi di cooperazione internazionale in campo sanitario.

In questo scenario politico si colloca in modo ambizioso la programmazione delle attività di cooperazione sanitaria della Regione Toscana: intersettorialità degli interventi, appropriatezza e sostenibilità nell'utilizzo delle tecnologie, promozione dell'autosufficienza locale: sono questi i principi che secondo la Regione Toscana devono orientare le proprie azioni di cooperazione sanitaria, nella consapevolezza che non basta limitarsi alla promozione di singole attività, ma che queste devono essere integrate nei servizi sanitari locali e devono essere permanentemente sostenibili. Non si tratta quindi solo di realizzare interventi umanitari o di emergenza, ma di definire una vera e propria strategia della cooperazione sanitaria internazionale.
Pur nella diversità dei contesti geografici in cui ci si trova ad operare, le iniziative della cooperazione sanitaria devono collocarsi in un quadro di riferimento che ruota intorno ad alcune linee strategiche fondamentali:

- sostegno alle politiche di sviluppo dei sistemi sanitari nazionali;
- supporto ai sistemi sanitari locali e assistenza sanitaria di base;
- formazione delle risorse umane.

Con una serie di disposizioni attuative dell'atto di indirizzo la Regione ha provveduto a delineare compiutamente il quadro di riferimento della propria strategia di cooperazione sanitaria in campo internazionale. Ne discendono indicazioni precise per i progetti di cooperazione sanitaria internazionale che dovrebbero essere improntati a:

- garantire l'universalità di accesso alle prestazioni dando priorità assoluta alle fasce più deboli della popolazione, i bambini e le donne;
- rafforzare i sistemi sanitari nel loro complesso, in alternativa alle strategie basate sui programmi verticali;
- potenziare infrastrutture, sistemi di programmazione e controllo, di acquisto e distribuzione di farmaci essenziali (inclusi i farmaci antiretrovirali per il trattamento dell'AIDS);
- investire prevalentemente in risorse umane all'interno del settore pubblico;
- formare e motivare il personale sanitario.

Sono stati anche definiti il contesto e gli attori, nonché un sistema stabile e strutturato di procedure e di relazioni sia tra i diversi livelli istituzionali coinvolti, sia tra i livelli decisionali e di intervento individuati in ambito infra ed extra regionale.
A questo fine si elencano di seguito gli attori della rete toscana della cooperazione sanitaria internazionale:

IL SISTEMA SANITARIO TOSCANO (SST)

1. La Regione Toscana, con ruolo interregionale e di confronto nazionale e internazionale, con funzioni di coordinamento interno e di promozione dei progetti.
2. Le Aziende Sanitarie, come soggetti promotori ed attuatori dei progetti (propri o di interesse regionale attraverso la programmazione di Area Vasta).

3. Le Aree Vaste, come livello intermedio di programmazione e proposta, con ruolo di coordinamento delle Aziende Sanitarie.
4. L'Agenzia Regionale per la Sanità (ARS).
5. Le Società della Salute.
6. L'Università e altri centri di Ricerca.
7. Gli Ordini e collegi professionali.

IL SISTEMA TERRITORIALE LOCALE

1. Gli Enti Locali e le aziende di gestione di servizi pubblici locali.
2. Il Terzo Settore:
    - Organizzazioni non governative – ONG
    - Associazioni riconosciute e Fondazioni
    - Organizzazioni di volontariato
    - •Associazioni non riconosciute
    - Cooperative sociali

LA CROCE ROSSA ITALIANA (CRI) e altre istituzioni nazionali e internazionali impegnate a pieno titolo nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale.

Il Sistema Toscano della cooperazione sanitaria si avvale anche dell'attività del fund raising, attraverso la collaborazione ed il sostegno di banche e fondazioni.
La Giunta regionale ha inoltre strutturato i seguenti livelli di supporto organizzativo-funzionale all'interno del sistema sanitario toscano, in particolare:

- l'AOU Meyer come ente attuatore per conto della Regione Toscana di tutta la strategia di cooperazione sanitaria internazionale.
- Le Aree Vaste come nodo centrale per giungere alla realizzazione di un piano di cooperazione sanitaria sviluppato "in rete" e concertato con tutti i soggetti attivi sul territorio, in modo da conseguire una progettualità più forte ed incisiva. In ogni AV è stato costituito un coordinamento di AV per la cooperazione sanitaria internazionale al quale partecipano i referenti aziendali. Ogni coordinamento di Area Vasta ha individuato un proprio coordinatore.
- Il Comitato delle Aree Vaste (CAV) per la cooperazione sanitaria, organismo composto dai rappresentanti dei tre coordinamenti di AV (Coordinatori di Area Vasta) per la cooperazione sanitaria internazionale.
- Le Aziende Sanitarie che costituiscono in termini di risorse strutturali ed umane, uno degli elementi essenziali di iniziativa, di promozione e di attivazione di interventi di cooperazione sanitaria internazionale. Al fine di sostenere la rete di cooperazione sanitaria regionale, ogni Azienda ha nominato un proprio referente per la cooperazione sanitaria che svolge anche il ruolo di interfaccia con il Coordinatore di Area Vasta.

Inoltre la Giunta regionale ha:

- individuato e regolamentato i seguenti settori prioritari di intervento:
    1. erogazione di prestazioni in regime di ricovero a favore di soggetti stranieri prevalentemente in età pediatrica con oneri a carico del servizio sanitario regionale, entro un tetto annualmente determinato;
    2. il supporto tecnico-metodologico e il rafforzamento dei sistemi sanitari dei paesi nei quali la Regione Toscana è presente con diverse progettualità;
    3. il trasferimento di conoscenze e competenze tecnico sanitarie attraverso l'attuazione di:
        - attività formative in loco (training on the job);
        - scambio di esperienze;
        - accoglienza presso le nostre strutture sanitarie e universitarie di personale sanitario in formazione;
    4. interventi di emergenza;

5. destinazione a favore di paesi terzi di attrezzature dismesse dalle strutture sanitarie toscane;
6. sottoscrizione di specifici accordi e/o intese di cooperazione sanitaria

- predisposto strumenti e soluzioni organizzativo-procedurali a sostegno della razionalizzazione delle strategie di intervento in termini di:
  - attivazione di rapporti di collaborazione con soggetti esterni al sistema sanitario toscano;
  - concreta valorizzazione e integrazione di tutte le competenze coinvolte;
  - accettazione del lavoro in rete come modalità principale d'interazione tra i soggetti.

I risultati conseguiti nel triennio 2005-2007 evidenziano l'impegno della Regione nel garantire risposte tempestive ed efficaci ai bisogni sanitari urgenti di comunità straniere oltre che la capacità di qualificare la propria azione in una logica di sistema con modalità di intervento condivise e unitariamente programmate.
Per il triennio 2008-2010 l'obiettivo è quello di consolidare la rete di soggetti toscani fortemente impegnati nello sviluppo della strategia regionale di cooperazione sanitaria qualificando e potenziando sempre di più le capacità delle comunità locali nel realizzare autonomamente e stabilmente proprie strategie sanitarie in risposta ai bisogni delle comunità sottostanti.
L'approccio di tipo selettivo/verticale incentrato sul controllo di singole malattie o sull'erogazione di assistenza medica va sempre di più inserito all'interno di una logica di approccio di tipo sistemico incentrato soprattutto sull'accessibilità ai servizi sanitari, sulla promozione della loro qualità e sulla prevenzione, all'interno del più generale contesto di approccio integrato allo sviluppo.
Si consolida un modello di cooperazione sanitaria che determina per tutti i soggetti coinvolti la necessità di confrontarsi con un'impostazione di più ampio respiro, dove gli apporti e le risorse di ognuno sono efficaci solo se integrate e convergenti verso la stessa idea di sviluppo contemporaneamente a livello locale, nazionale e globale.
La Giunta regionale, nel triennio di vigenza del presente Piano, si impegna a:

- intensificare la collaborazione e le sinergie con gli attori del sistema Toscano della cooperazione internazionale.
- valorizzare l'attività di progettazione per area geografica, consolidando nei PIR (Progetti di Iniziativa Regionale) la modalità principale di promozione e sostegno della programmazione integrata tra i diversi attori del sistema Toscano della cooperazione e i partenariati locali nelle diverse aree di intervento.
- consolidare la proficua collaborazione con gli Ordini e Collegi profesionali al fine di creare una banca dati degli operatori che hanno esplicitato un particolare interesse a partecipare a specifiche iniziative di cooperazione sanitaria internazionale, e per diffondere fra gli operatori la cultura della cooperazione internazionale in attuazione del Protocollo stipulato fra le parti.

La Giunta Regionale adotta annualmente il Programma delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale da realizzare durante l'anno, impartendo indirizzi specifici in attuazione dei contenuti strategici del presente Piano.

5.5.1.6 Medicine Complementari (MC) e non Convenzionali (MNC)

Integrazione, libertà di scelta terapeutica dell'utente, libertà di cura del medico, qualità delle prestazioni, formazione degli operatori, ricerca, sicurezza dell'utenza, modello organizzativo a rete delle attività pubbliche di medicine complementari e non convenzionali: questi i principi cardine che ispirano l'azione di piano in tema di Medicine Complementari (MC) e non Convenzionali (MNC). Infatti le medicine complementari (agopuntura, fitoterapia, omeopatia) a seguito di un lungo iter programmatico, fanno parte dei LEA (Delibera G.R. n. 655 del 20/06/2005), se ne prevede l'uso nelle linee guida regionali per il trattamento dei disturbi neurovegetativi della menopausa, sono

rappresentate nel Consiglio Sanitario Regionale e nel Comitato Regionale di Bioetica e possono essere esercitate, fra l'altro, da medici specialisti ambulatoriali appositamente convenzionati (accordo regionale integrativo dell'ACN per la specialistica ambulatoriale); inoltre sono state oggetto della L.R. 9/07, "Modalità di esercizio delle medicine complementari da parte dei medici e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti", definita con la collaborazione degli Ordini Professionali, che garantisce la libertà terapeutica del paziente, la libertà di cura del medico, la qualità dei servizi e il diritto all' informazione dell'utente, creando appositi elenchi dei professionisti che esercitano le MC e che di fatto rappresenta un passo ulteriore per integrare le MC nel SSR.
Tale processo di integrazione si è tradotto nella creazione di numerosi ambulatori di MC sul territorio (57 ambulatori - censimento aprile 2007), nella istituzione di una Struttura regionale di riferimento per le MNC (Delibera G.R. 1384/2002), collocata presso il Centro di medicina Tradizionale cinese "Fior di Prugna" dell'Azienda USL di Firenze per lo svolgimento delle funzioni di interesse generale, e che si articola, per le funzioni specialistiche, nell'Ambulatorio di Omeopatia dell'Azienda USL di Lucca, nel Servizio di Fitoterapia dell'Azienda USL di Empoli e nel Centro di medicina tradizionale cinese "Fior di Prugna" dell'Azienda USL di Firenze; nell'attivazione di progetti di ricerca e nell'avvio di master formativi presso le Università toscane rivolti a medici, farmacisti ecc .
La Regione Toscana intende rispondere con questa azione di governo alla domanda dei cittadini che ricorrono all'uso delle MC e delle MNC in maniera sempre crescente come dimostrano i dati della campagna informativa regionale del 2005 rivolta alla popolazione, e vuole anche rispondere al progressivo sviluppo della ricerca sull'efficacia delle medicine complementari che ha evidenziato come l'agopuntura, la fitoterapia, l'omeopatia e la medicina manuale possono essere tecniche esclusive o integrative al trattamento consolidato in termini di efficacia, di sicurezza per l'utente e di risparmio per il SSR; esse inoltre hanno scarse controindicazioni, ridotti effetti collaterali e presentano una forte compliance e concordance da parte dell'utente.
Per queste ragioni il Piano Sanitario 2008-2010 guarda alle Medicine Complementari come ad una risorsa innovativa di cui ciascun settore del sistema toscano di salute potrà e dovrà giovarsi per rispondere alle esigenze dei cittadini, garantire l'uguaglianza nell'accesso alle cure, migliorare il livello qualitativo delle prestazioni e favorire l'assunzione di responsabilità del cittadino nella promozione della sua salute e nella prevenzione delle patologie.

Le linee di sviluppo e gli impegni per il triennio di validità del piano sono:

- radicare le attività di MC in tutte le aziende sanitarie offrendo agli utenti un punto unitario e visibile per le prestazioni di medicina complementare denominato "Punto al Naturale";
- costruire un modello organizzativo toscano a rete che comprenda le attività di MC e MNC realizzate dalle Aziende Sanitarie e le Strutture regionali di riferimento; questa rete secondo quanto stabilito dall'art. 43 della L.R. 40/2005, garantisce le caratteristiche di unitarietà ed è finalizzata ad offrire ai cittadini risposte coordinate, programmi preventivi, terapeutici e riabilitativi utilizzando appropriatamente le risorse del territorio e garantendo la messa in atto di azioni di governo clinico anche nel settore cosiddetto non convenzionale. La rete è dotata di una struttura operativa di coordinamento regionale, denominata "Rete Toscana di Medicina Integrata" (RTMI), come definito dalla Delibera n. 623 del 03/09/2007 della Giunta Regionale, ed ha sede presso la Direzione Generale diritto alla salute della Regione Toscana;
- consolidare la struttura regionale di riferimento per le MNC, (Delibera G.R. 1384/2002), per permettere lo svolgimento delle relative funzioni specialistiche, rafforzando le strutture dell'ambulatorio di Omeopatia dell'Azienda USL di Lucca e del Servizio di Fitoterapia dell'Azienda USL di Empoli e anche prevedendo presso il Centro di medicina Tradizionale cinese "Fior di Prugna" dell'Azienda USL di Firenze, l'istituzione di una Unità operativa multiprofessionale complessa per lo svolgimento delle funzioni di interesse generale e la funzione specialistica di Medicina tradizionale cinese in ottemperanza a quanto previsto dalla L.R. 9/07, definire i percorsi formativi e di accreditamento dei professionisti che esercitano le MC e delle scuole di formazione del settore;
- censire la letteratura scientifica e valutare il campo di applicazione delle terapie complementari e non convenzionali nel trattamento delle patologie oncologiche al fine di

diffondere una corretta informazione nella popolazione e consentire l'utilizzo di tali terapie sulla base di protocolli condivisi;

§ collaborare con il Consiglio Sanitario Regionale per definire, nelle linee guida diagnostico-terapeutiche, il contributo fornito dai trattamenti di MC in quelle patologie per le quali evidenze cliniche, studi di valutazione di efficacia riportati dalla letteratura internazionale o esperienze di altri paesi della U.E. dimostrino essere vantaggiose in termini di miglioramento della salute dei cittadini, sicurezza per l'utente, diminuzione degli effetti collaterali e riduzione della spesa sanitaria;

§ assicurare il sostegno agli enti di formazione accreditati a livello regionale per garantire una formazione professionale di alto livello dei medici e del personale sanitario nelle Medicine Complementari;

§ realizzare iniziative di formazione degli operatori pubblici che esercitano le MC, anche con una adeguata pratica clinica nei presidi ambulatoriali delle Aziende Sanitarie;

§ attuare iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori del SSR, compresi i MMG, i pediatri di libera scelta e i veterinari, nonché gli operatori privati del settore, sui vantaggi e gli svantaggi che derivano dall'uso delle MC, sui loro campi di applicazione, sui limiti di impiego, sull'efficacia, i loro effetti collaterali e sul rapporto costo-beneficio che deriva dal loro uso. in collaborazione con le scuole accreditate operanti sul territorio regionale. Tale attività di formazione e aggiornamento viene effettuata anche in applicazione del PSN 2006-2008 e dell'accordo Stato Regioni del 01/08/2007, atto n. 164/CSR;

§ promuovere e sostenere i programmi di cooperazione internazionale in ambito sanitario inerenti lo sviluppo della medicina naturale e tradizionale nei paesi del Sud del mondo;

§ sviluppare programmi di sorveglianza sanitaria sugli effetti avversi dovuti all'uso delle MC a partire dal programma di fitosorveglianza attivato dal Centro Regionale di riferimento per la fitoterapia di Empoli con l'Istituto Superiore di Sanità;

§ fornire il supporto tecnico-scientifico per la procedura di accreditamento degli eventi formativi regionali di MC e MNC ai fini della formazione continua in medicina, per consentire l'aggiornamento professionale e il corretto esercizio della pratica terapeutica degli operatori sanitari che operano in questo campo;

§ favorire il rapporto con la Commissione regionale di bioetica, per valutare gli ambiti degli studi proposti dalle Aziende Sanitarie e da ricercatori privati sull'utilizzabilità di trattamenti di MC e MNC come tecnica terapeutica esclusiva o complementare;

§ diffondere attraverso lo sviluppo di iniziative a vari livelli una corretta informazione fra gli utenti delle potenzialità terapeutiche e i limiti di impiego delle medicine complementari;

§ promuovere la progettualità delle Aziende Sanitarie tesa ad offrire all'utenza la possibilità di utilizzo di tali medicine; in particolare si prevede l'uso delle MC:

- nei consultori e nei punti nascita al fine di contribuire al miglioramento della salute della donna, alla promozione del parto fisiologico e l'allattamento materno, nonché nel trattamento dei disturbi neurovegetativi della menopausa;
- nelle attività rivolte all'infanzia, anche per sostenere l'accrescimento, prevenire e curare i disturbi dell'alimentazione e del comportamento, nonché per il contenimento delle infezioni recidivanti connesse con la socializzazione scolastica
- per il miglioramento della qualità della vita e la promozione dell'empowerment nella gestione del paziente cronico, compresa la popolazione anziana, il paziente fragile e il paziente oncologico;
- nei programmi di salute mentale dell'adulto e dell'infanzia;
- nella lotta al dolore e nell'assistenza al malato terminale, individuando nella collaborazione con il settore cure palliative e le attività cliniche degli hospice della Toscana, un ambito di integrazione delle tecniche di medicina complementare;
- nell'individuazione di modalità integrate di cura per patologie di particolare interesse epidemiologico come le allergie;
- nella sperimentazione presso l'ospedale di Pitigliano;
- nel collaborare alla definizione di modelli interculturali di riferimento per affrontare le problematiche sanitarie di maggior rilievo della popolazione migrante.

Si ritiene inoltre fondamentale sviluppare attività di ricerca, in collaborazione con le Università e le associazioni private del settore, che, oltre all'efficacia del trattamento, monitorizzino la soddisfazione dell'utenza, la compliance e la concordance al trattamento, gli effetti indesiderati prodotti, ma anche il possibile risparmio per il SSR in termine di riduzione della spesa farmaceutica e di ricorso agli esami strumentali (costo/efficacia). Si dovrà inoltre valutare il contributo delle MC e MNC al cambiamento degli stili di vita.
In particolare i settori in cui sviluppare la ricerca sono la salute di genere, come specificato nel PSN, le malattie a carattere sociale e la riabilitazione.

Nell'ambito poi delle attività di promozione e conservazione della salute, del benessere e della migliore qualità della vita, è stata promulgata la L.R. n. 2 del 3 gennaio 2005, "Discipline del benessere e bio-naturali", allo scopo di assicurare ai cittadini, che intendono accedere a pratiche finalizzate al raggiungimento del benessere, un esercizio corretto e professionale delle stesse. In ottemperanza al dispositivo di tale legge, gli impegni del PSR sono volti alla definizione delle procedure di accreditamento delle scuole di formazione delle DBN e dei professionisti che le esercitano. Obiettivo del triennio di validità del piano é favorire la sperimentazione dell'uso di tali discipline in particolari categorie di cittadini, anche con oneri a carico dell'utenza.

5.5.1.7 Riabilitazione

Come è noto, la riabilitazione, attraverso un processo continuo e globale, mira all'integrazione sociale, a tutti i livelli della persona disabile, nonché al pieno recupero delle funzioni lese.
Tenuto conto della multifattorialità della cause responsabili della perdita di autonomia dell'individuo, la riabilitazione si esplica nella realizzazione di appropriati servizi per i bisogni della persona disabile in maniera coordinata ed all'interno di un programma, che ha lo scopo di migliorare la salute, il benessere e la realizzazione degli individui sul piano fisico, sociale, formativo, psicologico e lavorativo, favorendo l'inserimento in attività utili e produttive.

La riabilitazione adotta attualmente il nuovo modello di classificazione della ICF - International Classification of Funcions - nella quale si supera il riferimento alla singola malattia, si codifica la funzione e si prende in considerazione l'effetto concausale e modulatorio dell'ambiente.
Se il significato della classificazione delle funzioni è ben noto, ben maggiore è il potenziale dell'uso dell'ICF per rispondere a due fondamentali esigenze, strettamente collegate fra loro:

a. la riabilitazione come evidence based medicine (EBM)
b. la definizione dei processi riabilitativi a partire dall' "oggetto" (le funzioni).

In una visione universalistica di tutela della salute, quale è quella che ispira il nostro Sistema Sanitario, ogni persona, a fronte di qualunque menomazione che determina disabilità, alterando anche transitoriamente la sua autonomia, autosufficienza e capacità di partecipazione, ha diritto di ricevere una valutazione diagnostico-prognostica ed un trattamento riabilitativo adeguato alla sua specifica condizione. Tale trattamento non deve tener conto solo degli aspetti clinici, ma anche della complessità bio-psico-sociale dell'individuo.
Ne consegue che diviene valore intrinseco del sistema sanitario la capacità di rispondere efficacemente ai bisogni delle persone con disabilità attraverso la coerenza e la unitarietà degli interventi riabilitativi svolti a beneficio della singola persona. Lo strumento con cui assicurare tale unitarietà è il "Progetto Riabilitativo Individuale" .
Per dare unitarietà e coerenza al Progetto Riabilitativo Individuale è necessario definire riferimenti precisi per la persona disabile e la sua famiglia, e sistemi che assicurino la efficace integrazione degli interventi in vista di obiettivi definiti.

E' particolarmente rilevante inoltre il valore della relazione di cura con la Persona, che richiede necessariamente una forte unitarietà e continuità del complesso degli interventi e dei loro esiti. Altrettanto importante è l'efficace coordinamento ed integrazione degli interventi svolti da più operatori, attraverso il lavoro in team multiprofessionale, e la individuazione di responsabilità definite per la gestione e la verifica del corretto uso delle risorse.

Nell'ambito degli interventi sanitari di riabilitazione si individuano due distinti livelli assistenziali in relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità di risorse assorbite:

- attività di riabilitazione intensiva dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili che richiedono un elevato impegno valutativo e/o terapeutico.
- attività di riabilitazione estensiva che si concretizzano in interventi di più moderato impegno terapeutico a fronte di un maggiore intervento assistenziale, quali quelle dirette alla prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati, quelle dirette a soggetti con disabilità a lento recupero che non possono utilmente giovarsi o sopportare un trattamento intensivo o affetti da disabilità croniche evolutive.

Gli interventi di riabilitazione necessitano, quindi, della collaborazione fra le varie strutture coinvolte nel percorso, così da assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale, nonché l'integrazione multiprofessionale. In riferimento alle disabilità neuropsichiche, si conferma la validità delle strutture operative interprofessionali come strumento di definizione del percorso terapeutico per la presa in carico e la definizione del profilo di cura nelle diverse fasi del trattamento.

Esistono in Toscana esperienze e competenze di qualità nell'ambito del processo riabilitativo, che presentano tuttavia tra loro, come si può rilevare anche dai documenti dei Dipartimenti di Coordinamento Tecnico Interaziendali delle tre Aree Vaste, modelli operativi differenti, insufficiente omogeneità di procedure e non automatica interfacciabilità tra livelli diversi di erogazione dei servizi (sia tra le realtà Aziendali che anche all'interno di una stessa Azienda Sanitaria), disequilibrio tra offerta pubblica e privata.
Lo stesso setting presenta disomogeneità locali che determinano scarsa compatibilità con un sistema integrato "a rete" per realizzare un governo integrato del sistema che consenta:

1. Omogeneità organizzative e applicativa nel rispetto di una offerta complessiva ed organica rispetto ai bisogni dei cittadini toscani.
2. Omogeneità dei parametri di analisi e di verifica allo scopo di poter effettuare una organica programmazione delle risorse necessarie (finanziarie ed organizzative) per il sistema "riabilitazione" e parimenti effettuare una congrua allocazione di tali risorse.
3. Definizione di percorsi riabilitativi con indicatori condivisi che precisino i criteri di accesso, la gestione dell'interfaccia nel passaggio tra i diversi livelli di attività riabilitativa, sia fra gli altri nodi della rete, compreso il sistema socio-assistenziale; predisponendo sistemi informativi disponibili per l'utenza.

In sintesi vengono individuate le seguenti le "criticità ":

A livello ospedaliero:

- disomogenea distribuzione per Area Vasta e nelle Aziende dei posti letto.
- frequente inappropriatezza del livello assistenziale (sia all'interno dei vari reparti ospedalieri-cod. 75 o 28 per 56 o viceversa, sia tra reparti ospedalieri ed extraospedaliero/territoriali – cod.56 per ex art.26 e viceversa)
- disequilibrio tra offerta pubblica e privata accreditata.

A livello extraospedaliero:

scarsa intelligibilità del sistema di offerta, con necessità di chiara definizione e valorizzazione dell'interfaccia tra sanitario e sociale, all'interno di percorsi di appropriatezza dell'offerta, anche alla luce dei nuovi indirizzi del Piano Sanitario Regionale.

- mancanza di chiarezza rispetto alle specifiche mission istituzionali tra prestazioni di riabilitazione sanitaria, offerte di riabilitazione sociale, necessità di tutela ed assistenza e servizi dedicati a disabilità neuropsichiche e "riabilitazione" psichiatrica;
- mancanza di chiarezza con evidenze scientifiche in termini di appropriatezza prognostica e terapeutica di tutte le prestazioni definite come riabilitative;

E' importante individuare elementi di specificità dei singoli percorsi (assistenziale e riabilitativo) ed azioni comuni che qualifichino l'insieme della rete dei servizi nel settore della disabilità, tramite:

- revisione dei requisiti organizzativi e dimensionali delle strutture residenziali e semiresidenziali in ordine alle loro finalità riabilitative e socio assistenziali;
- riorganizzazione delle strutture ex ospedaliere attraverso un più corretto rapporto fra funzione di supporto familiare, abitativo e sociale, assistenza a lungo termine, anche sanitaria, ed intervento sanitario propriamente detto per le fasi acute e sub-acute e per le fasi di non autosufficienza stabilizzata;
- ridefinizione dell'offerta ambulatoriale in equilibrio con l'articolazione del territorio con corretta ed adeguata sinergia in condivisione con i medici di medicina generale
- diffusione dell'assistenza a domicilio, sviluppando il ruolo regolatore e programmatore del servizio pubblico e la partecipazione attiva dei comuni e delle comunità locali, nell'ambito delle zone–distretto.

Le Gravi Cerebrolesioni Acquisite: il percorso appropriato, il monitoraggio dei processi assistenziali

Per Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) si intende un danno cerebrale di natura traumatica o non traumatica che determina una condizione di coma più o meno prolungato con Glasgow Coma Scale (GCS) < 8 in fase acuta associato a menomazioni motorie, cognitivo-comportamentali e sensoriali responsabili di gravi disabilità. Da questa definizione vengono quindi chiaramente escluse la patologie cronico-degenerative e la maggior parte degli ictus ischemici per i quali la Regione ha già dato indicazioni di appropriatezza per ricoveri e trattamenti riabilitativi.

I pazienti rispondenti a queste condizioni cliniche devono essere ricoverati, rapidamente dopo la fase acuta, nei reparti di riabilitazione indicati come Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA) cod. 75, o in subordine in reparti cod.56 (riabilitazione intensiva ospedaliera). che devono essere sufficientemente presenti sul territorio regionale al fine di garantire:

- Tempestività nell'intervento riabilitativo.
- Accessibilità affinché il percorso possa essere garantito a tutte le persone che ne hanno necessità.
- Continuità con coerente successione delle fasi di trattamento in funzione dell'evoluzione del processo morboso, della condizione clinica del paziente, ma anche della situazione familiare ed ambientale, con particolare attenzione all'integrazione con le strutture territoriali.
- Efficienza con effettuazione di procedure riabilitative di validità riconosciuta e condivisa, evitando interventi di dubbia efficacia che alimentano una domanda impropria da parte delle famiglie.
- Coinvolgimento del paziente e della sua famiglia in tutte le fasi del percorso con l'obiettivo di favorire il processo di accettazione di eventuali disabilità non emendabili e di incrementare la capacità di gestione da parte dei familiari stessi.

Dati epidemiologici, ormai sufficientemente affidabili ed in linea con quelli di altre Regioni Italiane, calcolano un'incidenza di 350 casi/anno nella Regione Toscana solo per le GCA di natura traumatica ed emorragica. Restano da valutare con attenzione le GCA di natura anossica ed altra natura che sono in forte aumento, ma per le quali è necessario prendere in considerazione, almeno in alcuni casi, anche percorsi alternativi al trasferimento diretto da reparti per acuti alle UGCA.

07/01/2008		

Con apposito atto di Giunta verranno delineati gli interventi necessari al fine di assicurare un'appropriata organizzazione delle aree di assistenza e i criteri di trasferibilità dalle strutture ad alta specialità neuroriabilitativa a strutture a minor livello di intensità assistenziale.

5.5.1.8 Il percorso di diagnosi e cura delle maculopatie degenerative

Considerando una incidenza annuale di AMD (Degenerazione maculare legata all'età) neovascolare pari a 1.05 per 1000 sopra i 55 anni di età (dal Rotterdam Study) e i dati ISTAT sulla popolazione toscana, si attendono in Italia 19.572 nuovi casi per anno.
In Toscana i casi incidenti attesi ogni anno sono 1.308 distribuiti nelle Aree Vaste come segue: 478 (Nord-Ovest), 528 (Centro), 302 (Sud-Est).
I dati disponibili indicano che la prevalenza è circa 10 volte l'incidenza annuale in valore assoluto, dato sostenuto dal fatto che l'età media dei malati è 75 anni, che la loro attesa media di vita è 10 anni e che la neovascolarizzazione coroideale (CNV) che caratterizza la AMD neovascolare ha effetti irreversibili sulla visione.
Il danno visivo legato alla AMD neovascolare è massimo nei primi mesi di malattia. Sebbene un certo recupero visivo si ottenga con le moderne terapie antiVEGF, buona parte del danno subito è irreversibile. Per questo si dovrebbe poter diagnosticare e trattare un malato di AMD neovascolare entro 15-30 giorni in modo da stabilizzare la visione nella maggior parte dei soggeti prima che si realizzi un profondo deficit visivo.

Difficilmente il paziente che viene colpito da AMD neovascolare nel primo occhio riconosce tempestivamente i sintomi e richiede prontamente la diagnosi e il trattamento. Per ovviare a ciò si possono proporre interventi per l'individuazione e l'educazione dei soggetti a rischio. Sono a maggior rischio di sviluppare una AMD neovascolare (20% in 5 anni) soggetti di età maggiore di 55 anni che presentino lesioni maculari, che si possono individuare con un esame del fondo oculare.
A queste persone possono essere prescritti alcuni antiossidanti che hanno dimostrato di ridurre del 20-25% il rischio di malattia in un ampio studio randomizzato controllato (AREDS). Tali soggetti a rischio, se fumatori, dovrebbero essere avviati a programmi anti-fumo, in quanto questa esposizione aumenta di 3 volte il rischio di AMD neovascolare. Di semplice realizzazione sarebbero campagne di informazione sui sintomi della malattia dirette al medico di medicina generale ed al pubblico che afferisce agli ambulatori medici, ad esempio con mezzi visivi. Campagne di screening dei soggetti a rischio si potrebbero anche condurre con fundus-camere non midriatiche utilizzabili da personale non-medico su postazioni mobili. Tali interventi dovrebbero essere inizialmente degli studi pilota sull'efficacia dello screening da effettuarsi in popolazioni circoscritte. I programmi di screening potrebbero essere limitati a fasce d'età più elevate, sia per la maggiore incidenza di AMD con l'età, sia per la prevedibile minore autonomia di gestione della propria salute negli anziani fragili.

La AMD neovascolare ha un importante impatto psicologico sul malato anche se è colpito un solo occhio. Tuttavia, la compromissione della qualità della vita e della autonomia del paziente si verifica quando il secondo occhio viene coinvolto (rischio del 40% in 5 anni). Per ridurre la disabilità utilizzando le nuove terapie disponibili è fondamentale realizzare una rete assistenziale che conduca il paziente ad un rapido trattamento e ad una efficiente gestione del percorso clinico, attraverso gli specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, ai quali spetta in parte la sorveglianza in fase di cronicità insieme ai medici di medicina generale.

Nella medicina moderna il malato assume progressivamente il ruolo di soggetto attivo, coinvolto nella gestione della propria malattia cronica e capace di interagire con il sistema di cura tramite le associazioni che lo rappresentano. Una naturale estensione di ciò è il ruolo che il volontariato assume nella educazione sanitaria delle persone che vengono colpite da AMD neovascolare, anche allo scopo di fornire loro sostegno. Le associazioni di malati svolgono azioni di supporto al singolo malato accanto al personale sanitario e possono contribuire alla umanizzazione ed al miglioramento del percorso clinico. La pianificazione di campagne educative e di screening per la AMD neovascolare deve quindi avvenire insieme alle associazioni dei malati, che possono inoltre contribuire al loro svolgimento tramite il volontariato.

5.5.1.9 La rete specialistica per la diagnosi e cura delle malattie rare

L'assistenza ai soggetti portatori di malattie rare si conferma tra le azioni prioritarie del vigente Piano. Garantire trasparenza delle istituzioni, informazione sui servizi erogati e qualità degli stessi sono elementi di grande impegno per la Regione Toscana.
Nel corso della vigenza del PSR 2005-2007 l'impegno regionale è stato concentrato nel dare applicazione agli indirizzi nazionali individuati dal Decreto Ministeriale 279/2001 e dai successi accordi tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.
Nel triennio si sono consolidate le azioni che hanno permesso di delineare, in collaborazione con il Forum regionale e i professionisti la rete regionale delle malattie rare ed in particolare:

- sono stati individuati i presidi dedicati alla diagnosi e alla cura delle malattie rare (DGR n. 1017/2004);
- è stato istituito il registro regionale delle malattie rare (DGR n. 573/2005).

Diventa uno degli obiettivi prioritari del prossimo triennio potenziare le funzioni della rete regionale delle malattie rare, nella finalità di assicurare ai cittadini percorsi assistenziali clinico diagnostici omogenei, appropriati e condivisi.
Il registro, gestito dalla Fondazione CNR – Regione Toscana "Gabriele Monasterio", è uno degli strumenti funzionali al potenziamento della rete che, oltre a produrre misure epidemiologiche delle diverse malattie, consente di affrontare una delle criticità evidenziate in questo settore, ovvero la necessità di migliorare la diffusione delle conoscenze scientifiche, in particolare per quelle malattie per le quali proprio la rarità, la mancanza di informazione sui percorsi assistenziali assicurati, costituisce un problema vitale per i soggetti che ne sono portatori.
Gli obiettivi sopra indicati trovano conferma anche nel "Programma di azione comunitario" nel settore della sanità pubblica 2003 – 2008 che individua, come azioni comunitarie specifiche per le malattie rare:

- lo scambio di informazioni a livello internazionale;
- lo sviluppo integrato di strategie e meccanismi di prevenzione.

Diventa obiettivo strategico del Piano, strutturare un modello organizzativo che privilegi i sistemi di comunicazione, di collaborazione e di coordinamento sia tra i presidi della rete regionale delle malattie rare, che di quella nazionale e tra questi e la rete europea.
La commissione di coordinamento regionale, nominata dal Consiglio Sanitario Regionale, assicura il coordinamento professionale nel settore, e conseguentemente la omogeneità e la appropriatezza dei percorsi di cura.
Nel triennio di vigenza del Piano la medesima commissione, integrata con le professionalità necessarie, elabora:

- un protocollo che definisca le procedure operative cui si deve attenere ogni presidio della rete, anche in relazione agli accordi definiti a livello nazionale;
- le procedure organizzative che assicurino l'approccio interdisciplinare al paziente, l'integrazione con i servizi territoriali ed il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta per l'erogazione dell'assistenza in ambito domiciliare.

Costituiscono ulteriori elementi operativi del vigente Piano:

1. l'implementazione del sito web regionale gestito per conto della Regione dalla Fondazione CNR - Regione Toscana "Gabriele Monasterio";

2. il consolidamento dell'attività del registro anche attraverso una articolazione a rete territoriale con punti di riferimento per Area Vasta;

3. lo sviluppo di programmi di ricerca sulla diagnosi ed il trattamento delle malattie rare incluso la disponibilità dei farmaci orfani prevedendo anche l'adesione ai progetti di ricerca nazionali ed

europei (al 31 dicembre di ogni anno di vigenza del Piano viene verificato il numero di ricerche e collaborazioni attivate);

4. lo sviluppo dei rapporti tra i presidi della rete per diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici (verifica al 31 dicembre di ogni anno del numero di protocolli approvati);

5. la diffusione delle informazioni sui percorsi assistenziali accreditati presso tutti gli operatori del sistema coinvolti (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta ecc.) sfruttando anche le sinergie con le associazioni dei malati e dei loro familiari. (verifica attraverso la pubblicazione sul sito web dei percorsi assistenziali accreditati);

6. la realizzazione di periodici eventi di comunicazione tecnico/scientifica che coinvolgano i cittadini ed i professionisti e che con la collaborazione degli Atenei toscani favoriscano la conoscenza delle malattie rare da parte degli studenti universitari.

Inoltre, è prioritario che vengano attivati percorsi di formazione/addestramento, all'interno della rete specialistica regionale, affinché l'assistenza ai soggetti portatori di malattie rare, ancorché pianificata e monitorata dal centro di riferimento, venga garantita appropriatamente ed in sicurezza presso il Presidio accreditato a tale terapia per quanto possibile prossimo al domicilio del paziente, ciò anche in situazioni di urgenza. In tale contesto logico, può costituire utile esempio di approccio organizzativo quello proposto e progettato nel campo dell'assistenza per il paziente affetto da coagulopatie congenite (emofilia e sindromi correlate) in caso di emorragia. E' possibile infatti prevedere 3 livelli di intervento:

1. inserimento nella rete regionale del data base del Centro regionale di riferimento;
2. garanzia della presenza di farmaci antiemorragici nei Pronto Soccorso individuati;
3. attivazione di seminari annuali di formazione in ogni area vasta e corsi di training presso il Centro di riferimento.

5.5.1.10 Diagnostica predittiva e medicina personalizzata

Si è visto, nel corso degli anni, un processo evolutivo che ha segnato il passaggio dalla medicina curativa a quella preventiva e, contestualmente, da un approccio dell'organizzazione dei servizi sanitari da individuale a collettivo con azioni non più limitate al controllo dei sintomi, ma anche e soprattutto ad interventi di prevenzione primaria e secondaria.
I temi dell'educazione alla salute e della diagnosi precoce hanno assunto crescente importanza determinando significativi risultati in termini di riduzione della morbilità e della mortalità per molte patologie ed in particolare per alcuni tumori (lotta al fumo e tumori polmonari, citologia vaginale e cancro del collo dell'utero).
Più recentemente si è sviluppato un nuovo settore della medicina, che con il supporto di una diagnostica prevalentemente di tipo genetico, definisce il rischio individuale di sviluppare una patologia, consente di prevedere una particolare predisposizione o un significativo aumento della probabilità di una persona di ammalarsi.
Studi di prospettiva (Progetto Genoma) fanno prevedere un notevole aumento di test predittivi per sempre più malattie e la possibilità, attraverso la farmacogenomica, di disporre di farmaci bersaglio specifici e individualizzati.
Il presente PSR delinea la necessità di cogliere il valore della diagnostica predittiva monitorizzandone strettamente le acquisizioni, e si impegna, sulla base delle informazioni relative al rischio individuale, a definire percorsi assistenziali per il singolo utente nei casi in cui sia stato definito con queste metodiche, un rischio elevato (medicina personalizzata).
La conoscenza di un preciso rischio individuale obbliga a programmi di controllo intensivi diversi da quelli previsti per l'intera popolazione ed una maggiore flessibilità clinico organizzativa in grado di attuare procedure personalizzate.
In senso estensivo sono riconducibili nell'ambito della medicina predittiva i seguenti campi di applicazione:

a) Rischio ereditario/genetico specie in ambito oncologico: l'ITT ha previsto uno specifico percorso assistenziale che a partire dal MMG e attraverso i Dipartimenti Oncologici concentri la casistica in strutture specifiche di Area Vasta in grado di definire il rischio individuale, attivarsi sulla famiglia, adottare specifiche azioni diagnostiche e terapeutiche
b) Diagnostica prenatale: la conoscenza del rischio in utero consente non solo una specifica gestione della gravidanza, ma anche l'attivazione di procedure terapeutiche personalizzate in epoca perinatale e programmi di controllo appropriati dopo la nascita.
c) Farmacogenetica: l' acquisizione di conoscenza in termini di resistenza su base individuale a determinati farmaci può consentire scelte farmaceutiche personalizzate e tempestivamente efficaci.

E' evidente che il settore della diagnostica predittiva è, al momento, uno degli ambiti di ricerca più interessante anche perché apre la strada alla sconfitta di molte malattie; tuttavia esso conduce a problematiche rilevanti soprattutto di tipo etico per la complessità e delicatezza delle informazioni, per il coinvolgimento di più individui appartenenti ad una famiglia, per la pressione mediatica sul valore di indagini peraltro particolarmente costose.
Il tema necessita di un approccio equilibrato, in grado di coniugare, da una parte, una attenzione scrupolosa per i significati innovativi e insieme etici della problematica, dall'altra la capacità di garantire un'appropriatezza clinico-organizzativa del sistema, mediante l'adozione di linee guida e regole.
Il presente PSR intende valorizzare l'ambito della medicina personalizzata fornendo "linee guida di principi" in grado di definire:

1. informazione adeguata e responsabile per una coscienza collettiva dei cittadini;
2. le acquisizioni necessarie agli operatori coinvolti nel percorso assistenziale;
3. le finalità per il malato e l'apropriatezza per l'uso dei test;
4. i criteri con i quali valutare tempestivamente le opportunità da offrire e i settori da approfondire o assumere in via sperimentale;
5. la pertinenza rispetto al funzionamento del sistema di rete e i servizi necessari;
6. La proporzionalità rispetto alle risorse impiegate (analisi cost-effectiveness).

In tale contesto, e nei limiti di quanto sopra ricordato, un ruolo centrale, in campo biomedico, è oggi riconosciuto alla genetica.
La programmazione regionale, a tale proposito, ha pianificato da una parte gli ambulatori di genetica medica sul territorio rivolti ai pazienti e agli altri specialisti, dall'altra la centralizzazione dei laboratori con lo scopo di raggiungere una più razionale organizzazione in termini di qualità, di programmazione e di sviluppo culturale.

Nell'ambito del piano precedente sono stati individuati alcuni obiettivi prioritari, di seguito indicati, definiti con specifici atti deliberativi (D.C.R. n. 145/2004 e D.G.R. n. 685/2005 D.G.R. 887/2006):

- attivare un coordinamento scientifico e organizzativo di ambito regionale;
- garantire i test genetici presidiandone i criteri di sensibilità e specificità;
- programmare l'attività di genetica al fine di evitare sovrapposizioni o carenze;
- definire le modalità per l'introduzione di nuovi test genetici;
- collegare il percorso diagnostico con lo specialista clinico di riferimento della patologia;
- garantire la fase pre-test e post-test di consulenza genetica;
- assicurare l'esecuzione dei test genetici in strutture autonome di genetica con personale dedicato.

Il Coordinamento regionale scientifico e organizzativo per le attività di genetica medica è stato costituito per le seguenti finalità:

- rendere ottimali ed uniformi diagnosi, prevenzione e cura (intesa anche come riabilitazione) degli utenti;

- garantire la rispondenza dei percorsi clinico/diagnostici ai requisiti identificati anche a livello nazionale e internazionale per specifiche patologie genetica (diagnosi presintomatica, diagnosi ai minori);
- assicurare la omogeneità operativa territoriale offerta nelle tre Aree Vaste.

Il Coordinamento opera in raccordo con il Registro Toscano dei Difetti Congeniti e con il Registro Toscano Malattie Rare.
Sulla base delle raccomandazioni prodotte dal Coordinamento e approvate con parere n. 36/2006 dal Consiglio Sanitario Regionale è stata approvata la D.G.R. n. 685/2007 "Attività di genetica medica: indicazioni di appropriatezza nell'utilizzo dei test genetici nella malattia tromboembolica".
Il Consiglio Sanitario Regionale, inoltre, con il parere n. 40/2007 ha approvato una serie di raccomandazioni prodotte dal Coordinamento sui test genetici per la ricerca delle cause dell'infertilità.
Con la D.G.R. 714/2007 è stato approvato lo schema di accordo tra la Regione Toscana e la Regione Emilia Romagna per l'istituzione di un osservatorio per l'attività di genetica che tra i suoi obiettivi si propone di condividere criteri, atti e percorsi assistenziali e formativi.

Nel corso del triennio di vigenza del piano si è provveduto a strutturare opportunamente il quadro normativo di riferimento.
Le recenti acquisizioni nella comprensione di come i fattori genetici contribuiscano alla suscettibilità, alla progressione e alla risposta ai trattamenti pongono nuove sfide ai servizi sanitari. I laboratori di genetica devono essere definiti con logiche di appartenenza dell'intera rete dei laboratori toscani. Gli scopi dei test genetici con le conoscenze attuali non riguardano più soltanto la salute delle future generazioni, ma anche i rischi attuali di chi si sottopone al test. Inoltre, mentre i test genetici tradizionali erano focalizzati su malattie monogeniche rare, gli attuali test interessano patologie multifattoriali nelle quali la componente genetica è solo una parte. La conseguenza è un espandersi del numero dei test genetici con rilevanti implicazioni per la popolazione, quindi occorrerà programmare una corretta informazione e una adeguata distribuzione dei servizi al fine di assicurare qualità della attività e razionalizzazione della spesa.
In particolare occorre, come sopra ricordato:

- definire i requisiti minimi di accreditamento per i servizi di genetica medica;
- definire linee guida per l'appropriatezza di erogazione dei test genetici, attraverso appropriati percorsi di health technology assessment;
- strutturare l'attività dell'Osservatorio Interregionale per l'attività di genetica;
- programmare opportunamente la distribuzione e l'offerta dei servizi sul territorio regionale valutando i costi in termini di personale, di strutture, di test da erogare;
- organizzare interventi di formazione e informazione rivolti prioritariamente agli operatori sanitari e ai cittadini fruitori del servizio.
- attivare una rete con medici di famiglia e pediatri di libera scelta. A loro è demandata la gestione dei pazienti; quindi, una corretta formazione/informazione sulla patologia genetica e sulle eventuali complicazioni a distanza, è di fondamentale importanza per la qualità di vita degli stessi. La rete può garantire il follow-up utile per i possibili aggiornamenti diagnostici e per una programmazione assistenziale regionale;
- assicurare il percorso diagnostico secondo le indicazioni regionali;
- coinvolgere le associazioni dei pazienti e dei loro familiari;
- implementare l'informatizzazione dei laboratori al fine di garantire un sistema di qualità nel flusso dei dati assicurando l'attuazione delle raccomandazioni del Garante per la Privacy;
- attivare un sistema di rete informatica tra i servizi di genetica con il Registro Toscano Difetti Congeniti e il Registro Toscano Malattie Rare;

- attivare un sistema di flussi informativi che consentano una rilevazione puntuale dei dati di attività di genetica;
- attivare strumenti di sorveglianza e audit attraverso la condivisione degli indicatori di attività e di impatto economico.

5.5.1.11 Assistenza termale

Lo sviluppo delle politiche di salute della Regione relative al settore termale è indirizzato alla promozione e valorizzazione dell'offerta termale toscana tramite il rilancio del ruolo sanitario delle strutture termali regionali. In particolare sono individuati i seguenti obiettivi:

- individuazione di riferimenti certi per la autorizzazione e l'accreditamento degli stabilimenti termali, anche in attuazione degli accordi nazionali per la erogazione delle prestazioni termali;
- individuazione di percorsi riabilitativi e definizione di prestazioni sanitarie per le quali esistono evidenze scientifiche d'efficacia se erogate in ambiente termale, anche tramite la attivazione di sperimentazioni in relazione a specifiche patologie;
- promozione dei rapporti tra strutture termali ed Università, anche ai fini del coinvolgimento delle aziende termali nella realizzazione di indagini epidemiologiche e statistiche e di ricerche scientifiche nel campo degli interventi sanitari termali;
- verifica ed eventuale revisione dei requisiti per la attribuzione di livelli tariffari differenziati relativamente alla remunerazione delle prestazioni sanitarie termali erogate con oneri a carico del servizio sanitario regionale;
- verifica della possibilità di inserimento degli stabilimenti termali nello sviluppo dei processi di integrazione delle medicine complementari e non convenzionali negli interventi per la salute;
- sostegno ad azioni coordinate con il livello territoriale al fine di promuovere la realizzazione, presso le aziende termali, di programmi finalizzati alla promozione di sani stili di vita.

5.5.1.12 Il patrimonio scientifico, documentario ed artistico delle aziende sanitarie

Le aziende sanitarie sono chiamate ad occuparsi della conservazione e valorizzazione del patrimonio storico culturale e scientifico di rilievo ai fini della documentazione dell'evoluzione storico-culturale e scientifica della sanità pubblica.
In particolare i settori su cui intervengono sono i seguenti:
- i beni strumentali, costituiti dalla strumentazione scientifica dimessa e ritenuta di interesse per la storia della scienza e della tecnica;
- il patrimonio storico artistico, beni mobili e immobili;
- i patrimoni archivistici;
- i patrimoni antichi delle biblioteche;
- il patrimonio librario e documentario corrente, libri scientifici/riviste scientifiche per le necessità delle aziende.

Le finalità sopra indicate sono perseguite dalle aziende sanitarie tramite le proprie strutture ed avvalendosi di specifiche competenze, anche in stretto raccordo con le Università (vedi Centro tutela e valorizzazione antico patrimonio scientifico senese) e gli istituti di ricerca nazionali e internazionali.

La legge regionale n.40/2005, all'articolo 116, prevede che "le aziende per l'accertamento della rilevanza dei beni ai fini della documentazione dell'evoluzione storica, culturale o scientifica della sanità pubblica e per stabilire le modalità per la loro conservazione, tutela e valorizzazione, possono avvalersi di apposite commissioni tecniche, nonché della collaborazione dei competenti organismi dell'amministrazione statale e regionale preposti alla loro tutela e valorizzazione culturale scientifica".

La Giunta già nel 2000 ha dato indicazioni per la costituzione di tre Commissioni tecniche con funzioni di area vasta. Questi organismi con varia composizione ed assetto giuridico, hanno sviluppato i diversi filoni di attività in maniera anche molto differenziata. Sono stati realizzati vari interventi: operazioni inventariali, percorsi museali, pubblicazioni editoriali, sono state avviate iniziative per la biblioteca in rete.

Nel 2007 sono stati approvati nuovi indirizzi regionali per rafforzare i vari livelli organizzativi e risistemare complessivamente la materia. Viene valorizzata la funzione di promozione esercitata a livello d'area vasta dalle Commissioni tecniche, che devono garantire il coordinamento tra le aziende dell'area vasta, predisporre un piano annuale di attività a livello di area vasta e assicurare il raccordo con il livello regionale.

Il Comitato regionale, istituito con la DGR 462/2007, costituisce la sede di coordinamento e di monitoraggio delle iniziative sul territorio. E' composto da rappresentanti della Direzione Generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, della Direzione Generale Politiche formative, beni e attività culturali, delle Commissioni tecniche di Area vasta, della Direzione regionale del Ministero per i Beni e le attività culturali, dell'Università e dell'Ordine dei Medici.

La presente azione di Piano sanitario regionale intende promuovere e sostenere le attività delle Aziende sanitarie sulla base dei seguenti interventi:

- valutazione, selezione e conservazione, in stretta connessione con le Sovrintendenze, della documentazione amministrativa, storica e sanitaria delle singole aziende e corretta distruzione della documentazione di cui non necessita la conservazione;
- selezione e catalogazione della strumentaria medica secondo le norme dell'ICCD;
- catalogazione dei beni storico-artistici e dei beni archivistici secondo standard concordati;
- reperimento locali idonei per la conservazione della strumentaria scientifica obsoleta, dei beni storico artistici e dei beni archivistici;
- promozione dello studio e della documentazione degli edifici ad uso ospedaliero e sanitario – mantenendo gli opportuni contatti con le autorità competenti in materia di beni ambientali e architettonici;
- promozione fra gli operatori e nella popolazione, di un'azione di conoscenza e sensibilizzazione sulla storia della sanità e dell'assistenza nella realtà Toscana. Sviluppo di iniziative di divulgazione della cultura scientifica in un quadro d'evoluzione storica rivolte agli operatori, ai cittadini e al mondo della scuola;
- costituzione di un sistema bibliotecario integrato relativo alla documentazione biomedica per le necessità delle Aziende Sanitarie. Realizzazione di un catalogo unico integrato con le Università;
- promozione di interventi di formazione e qualificazione del personale che si occupa della gestione del patrimonio storico artistico culturale e scientifico e delle biblioteche nell'ambito delle Aziende sanitarie.

La presente azione di piano evidenzia inoltre la necessità di stabilire forme di collegamento e collaborazione con le specifiche iniziative e attività di cui al Piano integrato della Cultura 2008-2010.

Costituiscono obiettivi per il prossimo triennio:

1. Piena applicazione degli indirizzi regionali relativi all'organizzazione delle strutture aziendali e regionali di riferimento;
2. Reperimento locali idonei per la conservazione della strumentaria scientifica e della documentazione clinica di carattere storico;
3. Utilizzo scheda unica a livello regionale per selezione e catalogazione della strumentaria medica secondo le norme dell'ICCD;
4. Realizzazione di eventi di promozione e divulgazione.

5.5.1.13 Assistenza religiosa

La legge 23 dicembre 1978 n. 833 all'articolo 38 prevede che presso le strutture di ricovero del S.S.N. sia assicurata l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino.

La Regione Toscana considera diritto fondamentale il rispetto delle diverse fedi religiose e intende assicurare il servizio di assistenza religiosa presso tutte le strutture di ricovero in conformità delle norme concordatarie e statali vigenti in materia.

A tal fine le Aziende sanitarie sono tenute a disciplinare l'ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica d'intesa con gli ordinari diocesani competenti per territorio e, per gli altri culti, d'intesa con le rispettive autorità religiose competenti per territorio, in conformità agli indirizzi regionali.

In ogni Azienda Sanitaria dovranno essere garantite, attraverso apposite convenzioni con le autorità ecclesiastiche locali, le modalità organizzative atte ad assicurare l'assistenza religiosa all'interno dei servizi socio-sanitari.

I rapporti relativi all'assistenza religiosa cattolica sono regolati da un Protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e la Conferenza Episcopale Toscana, comprensivo di uno schema tipo di convenzione da stipularsi tra le Aziende Sanitarie e le competenti autorità ecclesiastiche locali.

5.5.2 Progetti Obiettivo

La strategia regionale di promozione di un sistema integrato di interventi socio sanitari ha come strumento fondamentale i progetti obiettivo ad alta integrazione, che costituiscono parte integrante e nucleo delle attività dei servizi socio sanitari territoriali. La loro realizzazione avviene nell'ambito della organizzazione sanitaria territoriale, fatte salve le necessarie connessioni ed implicazioni rispetto all'organizzazione delle strutture ospedaliere di secondo e di terzo livello.

I progetti obiettivo definiscono le strategie programmatorie specifiche per dare una risposta completa ed unitaria ai bisogni complessi in essi rappresentati, secondo i principi dell'unitarietà d'intervento, della continuità assistenziale, della valutazione multidimensionale del bisogno, del piano personalizzato di intervento, della progettazione integrata delle risposte sanitarie e sociali e della condivisione degli obiettivi, della valutazione partecipata e periodica degli esiti.

La metodologia di lavoro, orientata per progetti, mira alla personalizzazione degli interventi al fine di collegare, in modo qualitativo, i bisogni alle risposte e migliorare l'accessibilità ai servizi, unificando i punti d'accesso e contrastando le disuguaglianze, garantendo la tutela soprattutto dei soggetti più deboli.

Come ricordato nelle pagine antecedenti, quindi, è fortemente ricercata la unitarietà della programmazione strategica con il PISR, nei campi ove questa appare qualificante e necessaria. A tal fine i progetti sottoriportati sono confermativi ed integrativi a quanto già previsto dal PISR.

5.5.2.1 Salute Mentale

Nel corso del triennio di vigenza del Piano Sanitario Regionale 2005-2007 è proseguita l'azione di consolidamento della rete integrata dei servizi territoriali per la salute mentale coerentemente con i principi organizzativi indicati fin dal 1995 dall'OMS nel documento "World Mental Healt: Problems and Priorities in Low-Income Countries" e nel rispetto di alcuni principi fondamentali che stanno alla base del modello organizzativo dei servizi della Toscana:

- il superamento di ogni forma di contenzione fisica e l'attenzione alla persona nella sua complessità e unicità;
- lo sviluppo di più efficaci sistemi di cura che combattono l'isolamento e lo stigma;
- la "presa in carico" della persona, il sostegno alla famiglia e la definizione del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato mirato al recupero del suo ruolo sociale e familiare ed alla guarigione;
- la costruzione di servizi di salute mentale di comunità con l'attivazione di interventi assistenziali che si sviluppano nella e con la comunità locale e non in luoghi isolati;
- servizi decentrati, versatili, culturalmente integrati.

In particolare nel triennio l'impegno della Regione e dei Dipartimenti di Salute Mentale è stato concentrato su alcune linee di azione.

- Analisi e confronto sull'organizzazione dei servizi di salute mentale in coerenza con le scelte strategiche della Toscana e con particolare attenzione ai vari livelli di programmazione: Area Vasta, Aziendale e delle Società della Salute;
- Sviluppo di una cultura orientata alla verifica e valutazione del grado di raggiungimento dei risultati, all'appropriatezza ed efficacia delle azioni e al monitoraggio delle attività dei servizi.
- Istituzione della Commissione regionale per il governo clinico della salute mentale (Deliberazione G.R. 1210 del 12.12.2005) e avvio di azioni riguardanti:
  - un'appropriata valutazione dei servizi: l'accreditamento delle strutture della salute mentale;
  - la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti (andamento della mortalità su popolazione di pazienti seguiti dai servizi di salute mentale in alcune città della Toscana);
  - i rapporti tra i Dipartimenti di Salute Mentale e le Università;
  - le competenze professionali e la relazione tra operatori e pazienti;

• Monitoraggio delle attività dei servizi attraverso l'avvio di un Sistema Informativo Regionale sulla Salute Mentale sulla base del progetto approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 1181 del 28.10.2002 e inserimento dello stesso nel Manuale di certificazione dei flussi informativi sanitari per il monitoraggio continuo dell'attività dei servizi;
• Definizione del ruolo delle Aziende Ospedaliere Universitarie, delle Università e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nell'ambito dell'assistenza, della formazione e della ricerca nella salute mentale;
• La promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, la prevenzione e individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva e dei disturbi psichici nell'età adolescenziale e la definizione dei percorsi assistenziali per la gestione dell'emergenza psichiatrica;
• Sviluppo di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei DCA, con particolare attenzione ai Centri ambulatoriali aziendali, in applicazione di quanto disposto nelle linee guida adottate dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 279 del 18.4.2006, come specificato nel paragrafo 5.1.4 del progetto speciale Alimentazione e salute del presente Piano Sanitario Regionale;
• Analisi dei percorsi assistenziali per pazienti affetti da disturbi dello spettro autistico e avvio di sperimentazioni di servizi integrati per la diagnosi precoce, la cura e l'assistenza.

I Dipartimenti di Salute mentale, pur trovando qualche difficoltà in termini organizzativi, hanno cercato di rispondere adeguatamente alle richieste di assistenza sempre più diffuse ed articolate dal lato dei bisogni da parte di un'utenza alquanto diversificata e non più costituita dai soli pazienti "gravi".
Gli utenti attivi in carico ai servizi sono circa 90.000 di cui circa 27.000 minori di età. I ricoveri nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura hanno avuto una leggera flessione mentre è da tenere sotto controllo il dato dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (T.S.O.). In Toscana il tasso di mortalità per suicidi risulta più basso della media nazionale con una tendenza alla diminuzione del fenomeno. La spesa destinata alla salute mentale, pur essendo in aumento, risulta al di sotto dei livelli di assistenza previsti dal precedente Piano Sanitario Regionale.

La rete dei servizi, relativamente alla salute mentale adulti, è abbastanza articolata e diversificata in relazione ai bisogni. Per quanto riguarda le strutture residenziali, in questi anni è proseguita l'azione di riorganizzazione e adeguamento delle stesse sulla base di quanto indicato nel precedente Piano Sanitario Regionale. A tale riguardo si evidenziano le difficoltà incontrate dai servizi per attivare una maggiore mobilità nell'ambito delle strutture terapeutico riabilitative soprattutto per la carenza di programmi abitativi diretti a garantire l'inserimento sociale dei pazienti attraverso idonee soluzioni abitative. Ancora critica si presenta inoltre la risposta al bisogno di inserimenti lavorativi per le persone con problemi di salute mentale. Come specificato nel paragrafo 7.13 del Piano Integrato Sociale Regionale di cui alla deliberazione del Consiglio Regionale n. 113 del 31.10.2007, è necessario rafforzare gli interventi socio sanitari integrati e prevedere una maggiore progettualità strategica nell'ambito della programmazione delle Società della Salute. Le particolari difficoltà riscontrate nel collocamento al lavoro dei disabili psichici evidenziano la necessità di sviluppare forme di collaborazione sistematiche tra Dipartimenti di Salute Mentale e Province per l'applicazione della Legge 68/1999 e di prevedere stabili strumenti di integrazione con i servizi per il Collocamento Mirato. La Regione Toscana si impegna a proseguire il percorso avviato diretto a favorire tali collaborazioni e a individuare percorsi di avvicinamento al lavoro e strumenti di controllo e verifica sull'andamento del tutoraggio e dell'inserimento al lavoro.
Per quanto riguarda la salute mentale infanzia e adolescenza, la rete dei servizi non è ancora completata e non sempre è garantita la continuità delle cure dall'infanzia all'età adulta. Occorre promuovere azioni, quali l'adozione in ogni Azienda USL di protocolli condivisi con verifiche della loro attuazione, tra servizi di salute mentale infanzia adolescenza e adulti e tra questi e gli altri servizi sanitari e sociali presenti sul territorio per migliorare l'integrazione e la collaborazione. E' necessario inoltre che venga assicurata maggiore attenzione agli interventi diretti alla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza nell'ambito della programmazione sia a livello della zona-distretto che aziendale e di area vasta.

Non è ancora a regime in ogni Azienda USL il sistema informativo salute mentale e ciò non consente il monitoraggio complessivo dei risultati prodotti dalla rete dei servizi. Si riscontra inoltre la mancanza di una uniforme applicazione delle disposizioni regionali su tutto il territorio.

Il presente PSR in una logica di continuità e rafforzamento del precedente Piano Sanitario Regionale 2005-2007, integra e sviluppa quanto indicato nel Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 (adottato con deliberazione del Consiglio regionale n. 113 del 31.10.2007) prevedendo le seguenti linee di azione nel triennio:

L' Organizzazione dei servizi per la tutela della salute mentale

E' necessario assicurare la completa e diffusa applicazione delle Linee guida sull'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute mentale adottate dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. ... del 27 dicembre 2007 con particolare attenzione alle seguenti priorità:

In ogni Azienda USL deve essere istituito il Dipartimento di Salute Mentale quale struttura organizzativa tecnico professionale finalizzata alla promozione della salute mentale, alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici, nonché di quelli neurologici e neuropsicologici in età evolutiva.

Il Dipartimento concorre, supportando la Direzione Generale delle Aziende USL e delle Società della Salute alla programmazione delle azioni riguardanti la salute mentale. In particolare partecipa alla sperimentazione delle Società della Salute contribuendo alla determinazione del profilo di salute della comunità, alla rilevazione dei determinanti di salute, alla definizione di indicatori per la misurazione delle attività ed alla progettazione dei piani di prevenzione e di miglioramento continuo della qualità della vita della comunità.

In ogni Zona-distretto devono essere istituite le Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza e Adulti con il compito di garantire il funzionamento e l'operatività della struttura mediante il coordinamento e la gestione delle risorse umane e finanziarie.

Nelle zone-distretto con più di 150.000 abitanti, è possibile attivare più Unità Funzionali al fine di garantire una migliore funzionalità dei servizi per la salute mentale.

Alle Unità Funzionali deve essere assegnato il personale, come indicato nel Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale di cui alla Deliberazione del Consiglio regionale n. 41 del 17.2.1999 e nella Deliberazione della Giunta regionale n. 596 del 16.6.2003, per assicurare la multidisciplinarietà degli interventi.

Il Dipartimento, attraverso il suo Coordinatore ed i responsabili delle Unità Funzionali della zona-distretto, coadiuva gli organismi di direzione delle Società della Salute nelle fasi di programmazione e stesura del profilo di salute e del piano integrato di salute. In particolare il Dipartimento deve contribuire a favorire, attraverso il monitoraggio e la rendicontazione analitica dei costi, il controllo e l'uso delle risorse nonché il progressivo superamento degli squilibri strutturali tra zone-distretto in un quadro unitario a livello aziendale.

I Direttori delle Unità Operative, istituti presso ogni Azienda USL, curano gli aspetti tecnico-professionali del profilo di appartenenza.

Il Comitato Tecnico di Dipartimento e la Consulta sono costituiti in ogni Azienda USL e afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale per garantire una gestione partecipata delle attività dipartimentali e per coadiuvare il Coordinatore del Dipartimento di Salute Mentale nonché per garantire la partecipazione attiva dei familiari e degli utenti alla programmazione e alla verifica delle attività del Dipartimento.

Il Coordinamento tecnico professionale di Area Vasta. In coerenza con la normativa vigente in materia di Dipartimenti interaziendali di Area Vasta, è istituito in ogni Area Vasta un coordinamento tecnico

professionale per consentire l'esercizio del governo clinico ai diversi livelli del sistema e la valorizzazione in rete dei livelli di offerta delle prestazioni e dei servizi per la salute mentale.

L'articolazione dell'assistenza

I Servizi di Salute mentale assicurano livelli di assistenza, attraverso una rete di servizi territoriali ed ospedalieri, nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette. Operano attraverso gruppi operativi multidisciplinari garantendo quattro livelli assistenziali:

- Il Centro di Salute Mentale: ambulatoriale e domiciliare, in risposta a domande programmate o urgenti
- Il Centro Diurno: strutture semiresidenziali
- Le Strutture Residenziali a vario grado di assistenza
- Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

Questa articolazione dell'assistenza deve rappresentare un sistema di cura unitario e complesso con passaggi coerenti e chiari per evitare il rischio della disarticolazione in tanti frammenti con conseguenti servizi confusi e prestazioni inefficaci ed inefficienti. La funzione unificatrice dell'articolazione dei suddetti livelli viene garantita prioritariamente dal Centro di Salute Mentale che costituisce la sede organizzativa degli operatori ed il punto di coordinamento dell'attività di tutela della Salute Mentale e rappresenta il punto di riferimento centrale dell'Unità Funzionale.

Le strutture quindi devono operare in rete tra di loro ed in rapporto con gli altri servizi socio-sanitari.

Il percorso terapeutico riabilitativo

Soltanto attraverso un chiaro e ben definito percorso terapeutico riabilitativo è possibile riconoscere e valorizzare le qualità della persona e favorire il recupero della sua autonomia consentendole di vivere una vita sociale e familiare.

Si ritiene pertanto necessario puntualizzare alcuni aspetti fondamentali del percorso per orientare le modalità di approccio alla cura e all'assistenza.

- L'accesso ai servizi. Avviene ordinariamente attraverso il Centro di Salute Mentale e comunque il paziente da questa struttura deve essere valutato per l'eventuale presa in carico . Per ciascun utente deve essere aperta una "cartella clinica", in cui devono essere formulati e documentati una valutazione globale della patologia e dei bisogni e un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.
- La valutazione del bisogno e la definizione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato. Se la persona necessita di interventi complessi multiprofessionali alla definizione del progetto partecipano tutti i professionisti interessati al percorso di cura e assistenza . Per garantire la continuità delle cure occorre prevedere l'individuazione di un responsabile dei processi di cura ("case manager") che segue le diverse fasi del progetto terapeutico riabilitativo ed ha il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale, l'apporto integrato delle varie professionalità e l'attivazione dei servizi socio sanitari previsti. Nella definizione del progetto terapeutico riabilitativo dovrà essere assicurata l'acquisizione del consenso della persona (quando possibile) e la condivisione delle scelte adottate. Con l'assenso dell'utente, il progetto dovrà essere condiviso con i familiari e/o con le persone di aiuto formalmente individuate.

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

L'attenzione posta dai Dipartimenti di Salute Mentale alla funzione di ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ha dato importanti risultati quali: la diminuzione dei ricoveri, l'avvio di processi di riorganizzazione con particolare attenzione a garantire che l'attività di ricovero svolta in ospedale rimanesse all'interno dei percorsi di cura definiti nell'ambito delle Unità Funzionali e la messa in atto di azioni per evitare ogni forma di contenzione fisica.

Il processo avviato è importante, occorre pertanto consolidarlo e rafforzarlo con azioni che prevedano:

- il completo superamento di ogni forma di contenzione fisica ed una maggiore attenzione a monitorare il ricorso a quella farmacologica;
- lo sviluppo della sperimentazione di soluzioni organizzative che garantiscano la continuità terapeutica ed assistenziale e che si collochino il più vicino possibile ai contesti di vita della persona. Per assicurare un'efficace risposta all'emergenza di bisogni psichiatrici acuti nelle zone-distretto con popolazione inferiore ai 60.000 abitanti, è prevista l'attivazione, come già sperimentato in alcune zone del territorio,

nell'ambito dei reparti di area medica di "Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura temporanei" per i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori. Tali servizi vengono attivati al bisogno; la transitorietà della loro apertura comporta che il personale operi in flessibilità di orari di attività oltre che di sede. Nei limiti consentiti dalle vigenti disposizioni contrattuali, al personale può essere riconosciuto un incentivo economico per la flessibilità dei turni fuori e dentro l'ospedale;
- la diffusione di protocolli operativi che definiscano modalità assistenziali nei casi di pazienti con doppia diagnosi e abuso di sostanze.

Le persone "non collaboranti"

Al fine di assicurare la presa in carico delle persone con disturbi mentali che hanno difficoltà ad affrontare la propria sofferenza e ad esprime richieste di assistenza, è necessario avviare forme di aiuto per intercettare i bisogni non espressi e per offrire le cure necessarie. Si prevede pertanto l'avvio di sperimentazioni di servizi di prossimità per il funzionamento dei quali occorrerà avvalersi della collaborazione delle associazioni di volontariato presenti sul territorio e prioritariamente dei gruppi e associazioni di auto mutuo aiuto costituite da utenti. E' necessario inoltre operare attraverso l'integrazione con le strutture territoriali che stanno già sperimentando questa modalità operativa.

Verso l'accreditamento delle strutture per la salute mentale

Un importante impegno della Regione Toscana e delle Aziende USL per il prossimo triennio riguarderà la definizione dei requisiti di accreditamento dei servizi rivolti alle persone con problemi di salute mentale. L'obiettivo, in coerenza con quanto enunciato nel paragrafo 7.4.4 del presente Piano Sanitario Regionale, è quello di promuovere lo sviluppo della qualità del sistema integrato dei servizi socio sanitari per la salute mentale e di facilitare i rapporti tra servizi, le strutture e i cittadini.

La salute mentale in carcere e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (O.P.G.)

Ad integrazione di quanto disposto nel paragrafo 7.13 del Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 al punto "Salute mentale e carcere" e in coerenza con gli obiettivi previsti nel paragrafo 5.5.2.7 del presente Piano Sanitario Regionale, si individua, quale obiettivo prioritario per il prossimo triennio, il completo superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino. A tal fine la Regione Toscana partecipa al progetto di revisione della realtà degli O.P.G. e delle case di cura circondariali in discussione a livello nazionale e si impegna a definire il modello organizzativo per assicurare una nuova gestione della struttura sulla base del principio fondamentale della territorialità. L'ambito territoriale deve costituire la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura e della riabilitazione delle persone con disturbi mentali internate o detenute nell'O.P.G.
Le Regione Toscana è altresì impegnata a proseguire il percorso avviato finalizzato a garantire idonei livelli assistenziali attraverso la realizzazione, nell'ambito della programmazione di Area Vasta, di specifiche strutture per gli internati residenti in Toscana.

I rischi di mortalità dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici

I dati di letteratura evidenziano che avere un disturbo psichiatrico comporta un aumento del rischio di mortalità sia per cause naturali che non naturali. A tal proposito sono stati condotti studi nelle province di Firenze e Livorno che confermano queste segnalazioni. Infatti le ricerche evidenziano che i pazienti con diagnosi psichiatrica hanno un aumento del rischio di mortalità tre volte più alto della popolazione non affetta da tali disturbi. I fattori più comunemente suggeriti per comprendere tale fenomeno sono: gli stili di vita poco salutari, gli effetti collaterali dei farmaci psicotropi, la minore frequenza con cui verrebbero diagnosticati e debitamente trattati i disturbi fisici.
Anche la percentuale di morte per cause quali il suicidio ed altre cause violente è più elevata.
Emerge pertanto la necessità di orientare i servizi di salute mentale e più complessivamente tutto il sistema assistenziale perché si sviluppi una maggiore attenzione ad una "presa in carico globale" di questi pazienti. La Regione Toscana si impegna ad un costante e diffuso monitoraggio di questo fenomeno.

I Farmaci e le terapie complementari

Nella Regione Toscana l'uso dei farmaci antidepressivi è più alto della media nazionale con differenze territoriali significative.

Occorre pertanto sviluppare azioni, insieme alla Commissione terapeutica regionale, per promuovere l'uso appropriato dei farmaci su tutto il territorio e migliorare il rapporto tra medici di medicina generale e Dipartimenti di salute mentale. Per favorire tali percorsi la Giunta regionale si impegna ad adottare specifiche linee guida in materia.

Richiamato quanto indicato nell'azione di piano su Medicine Complementari e non convenzionali di cui al paragrafo 5.5.1.6 del presente Piano Sanitario Regionale, si ritiene utile proseguire la sperimentazione di tali terapie nelle attività di cura e riabilitazione per le persone affette da malattia mentale avvalendosi dell'apporto professionale della Struttura regionale di riferimento di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 1384 del 2002, e prevedendo lo sviluppo di programmi diretti:

- alla valutazione di efficacia di tali trattamenti su minori e sugli adulti, in stretto raccordo con il Settore Assistenza sanitaria della Regione Toscana;
- a diffondere la conoscenza di tali pratiche attraverso iniziative di formazione per gli operatori e di informazione per la cittadinanza.

5.5.2.1.1 La promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza

La promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, rappresenta una priorità nell'ambito delle attività della salute mentale.

Come afferma anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità la prima infanzia, i bambini ed i giovani si collocano tra le aree di popolazione particolarmente a rischio di disturbi psicopatologici a causa di fattori sociali, psicologici, biologici e ambientali. A questa fascia di popolazione deve essere quindi concessa un'elevata attenzione nelle attività di promozione della salute mentale, di prevenzione e di trattamento dei problemi ad essi correlati. I disturbi nell'infanzia inoltre possono essere importanti precursori di disturbi nell'età adulta e quindi le azioni condotte in favore della salute mentale dei bambini e degli adolescenti devono essere considerate come un investimento strategico tale da produrre benefici a lungo termine per gli individui, la società ed i sistemi sanitari.

A fronte di tali problemi, la Regione Toscana, già con il PSR 1999-2001 ha previsto, con la costituzione di Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale, l'attivazione di interventi multiprofessionali integrati di varia intensità per la prevenzione e la presa in carico di soggetti dell'età infantile e adolescenziale.

Gli strumenti di programmazione regionale e locale hanno consentito l'avvio di un importante lavoro interdisciplinare e l'attivazione di servizi con èquipes multidisciplinari integrate e presenti a livello della comunità.

Nel triennio di vigenza del PSR 2005-2007 è proseguita l'azione di sviluppo dei servizi dedicati all'infanzia e all'adolescenza. La costituzione delle Unità Funzionali salute mentale infanzia e adolescenza in quasi tutte le zone-distretto ha permesso, attraverso la multidisciplinarietà e multidimensionalità degli interventi, una migliore accoglienza e trattamento dei disturbi psichici, neurologici e neuropsicologici quali i disturbi alimentari psicogeni, i disturbi derivanti da eventi traumatici come gli abusi e il maltrattamento, i disturbi dello spettro autistico. E' stato altresì affrontato il problema dell'emergenza/urgenza in preadolescenza e adolescenza per assicurare, attraverso percorsi certi e qualificati, idonee risposte alle situazioni di scompenso acuto.

Le azioni intraprese non sono ancora sufficienti a garantire risposte assistenziali adeguate ai bisogni accertati, su tutto il territorio della Regione Toscana.

E' necessario pertanto consolidare il processo avviato confermando le strategie per la tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza definite con il Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale contenuto nel Piano Sanitario regionale 1999-2001 e nel Piano Sanitario Regionale 2005-2007 e rafforzare gli interventi e le risposte assistenziali, fornendo indirizzi e linee guida specifici e indirizzando risorse aggiuntive a quelle attualmente destinate, sui seguenti ambiti di azione:

- la prevenzione e l'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva;
- i disturbi psichici dell'età adolescenziale: prevenire e accogliere precocemente.

Il lavoro di prevenzione e di promozione della salute mentale nell'età evolutiva deve prevedere un maggiore coinvolgimento dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale. I servizi di salute mentale e tutti gli altri soggetti pubblici e privati devono operare in stretto contatto con chi sta facendo promozione della salute integrandosi costantemente sia a livello progettuale-operativo che formativo.

Occorre inoltre adeguare gli strumenti di informazione, lettura e valutazione del bisogno e dell'organizzazione della risposta assistenziale per assicurare la qualità e l'efficacia delle azioni intraprese.
E' necessario pertanto assicurare lo sviluppo dei seguenti processi:
- formazione e aggiornamento continuo degli operatori;
- accreditamento dei servizi;
- messa a regime del sistema informativo salute mentale aziendale;
- adozione da parte della Giunta regionale di linee guida per l'individuazione e accoglimento precoce della sofferenza psichica dell'adolescente e per la realizzazione di una rete integrata di servizi;
- adozione da parte della Giunta regionale di linee guida per l'individuazione precoce del disturbo, la presa in carico, in tutte le fasi della vita, delle persone affette da autismo e la definizione della rete integrata dei servizi;
- adozione di protocolli operativi tra Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza, Unità Funzionali Salute Mentale Adulti, Attività consultoriali, SERT, servizi sociali, Aziende Ospedaliere Universitarie;
- Diffusione della "Dichiarazione di Firenze – Il benessere psichico dei bambini in Europa Piani e Prospettive" di cui alla Deliberazione della G.R. n. del .

La prevenzione e l'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva.

Dalle esperienze e iniziative che hanno affrontato in questi anni, con modalità diverse, le necessità di prevenzione, rilevamento precoce e intervento terapeutico nel disagio perinatale (in particolare sulla depressione post-partum e sul disagio relazionale precoce), emerge quanto segue:
- esiste un'eccessiva frantumazione dei percorsi ed una disomogeneità territoriale;
- i dati generali relativi all'efficacia degli interventi sono scarsi;
- di difficile rilevamento risultano i protocolli di intervento sul disagio una volta che questo è stato rilevato o che dall'area del rischio si è passati all'espressione sintomatica;
- è molto alta la percentuale della psicopatologia materna perinatale sommersa: solo 1/3 dei casi viene riconosciuto e riceve interventi terapeutici adeguati;
- risulta ridotta la quantità complessiva di risorse impegnate.

I fattori di rischio e gli indicatori di disturbo evolutivo

Nella individuazione precoce dei disturbi neuropsichici occorrerà porre attenzione ai principali fattori di rischio responsabili di alterazioni delle prime relazioni e di fallimenti nello sviluppo psicoemozionale, tali da condurre a esiti di psicopatologia, quali:
- le condizioni genitoriali correlate a sviluppi patologici della prole
depressione genitoriale (non solo materna) perinatale; psicosi, grave disturbo di personalità dei genitori e in particolare della madre; disturbo del comportamento alimentare della madre; uso materno di alcol e sostanze (in particolare cocaina); precedente morte fetale o perdita di un bambino piccolo; esposizione dei genitori a maltrattamenti, trauma e violenza nell'infanzia; maternità adolescenziale senza supporto; relazioni insoddisfacenti tra i genitori (disfunzione genitoriale); condizioni lavorative e abitative precarie); condizione di genitore adottivo;
- le condizioni del bambino che espongono a rischio di disturbo psicopatogico successivo

(minorazione sensoriale o disabilità evolutiva; basso peso alla nascita; eventi sfavorevoli (perdita di un genitore, etc.); maltrattamento e abuso; rivalità accentuata da parte dei fratelli (fratrie molto numerose); condizione di figlio adottivo; comportamenti devianti dei pari (comportamenti antisociali, consumo di sostanze, violenza, bullismo e abuso);

- mancata disponibilità di diagnosi e di cure nella prima infanzia (autismo; disturbi generalizzati dello sviluppo; ritardo mentale).

Gli interventi di prevenzione e trattamento precoce

Gli interventi di prevenzione e trattamento precoce, di cui è dimostrata ad oggi l'efficacia, sono:

- interventi di visita a domicilio con finalità educative, orientati allo sviluppo delle competenze di accudimento, dell'empatia e della comprensione dell'interazione madre-bambino nelle situazioni di maggior rischio psicosociale;
- interventi di video-feedback centrati sulla rilettura delle fasi positive di interazione;
- interventi di counseling basati sulla somministrazione della Brazelton Neuro-Behavioural Assessment Scale;
- interventi individuali prenatali di psicoterapia dinamica per il genitore, secondo modalità manualizzate, seguiti da psicoterapia genitore-infante, associati o meno a interventi concomitanti di gruppo e di home visiting;
- interventi di ascolto e supporto psicologico per i genitori prontamente disponibili presso i punti nascita e i reparti di neonatologia, con modalità sia individuali che di gruppo;
- sviluppo di una componente di sostegno alla relazione nelle attività di follow-up neuroevolutivo;
- gruppi genitori-bambini presso gli ambulatori pediatrici;
- gruppi di counseling di genitori;
- gruppi di auto-aiuto di genitori su singoli problemi di allevamento (ad es. alimentazione, sonno).

Nessun intervento può dirsi completo e mutuamente esclusivo, ma è opportuno trovare un'integrazione tra modalità e sedi. In particolare, si devono distinguere diverse articolazioni:

- disseminazione e manutenzione di una base sicura di conoscenze e informazioni sull'importanza della qualità delle prime relazioni e dei processi di attaccamento negli operatori che lavorano con i genitori, i bambini, la nascita (pediatri di famiglia, operatori dei punti nascita e dei servizi pediatrici ospedalieri, operatori dei nidi e delle scuole per l'infanzia, operatori dei servizi di salute mentale, operatori dei servizi sociali e del volontariato sociale);
- rete di servizi (sociali, delle dipendenze, della salute mentale, dell'assistenza alla gravidanza, pediatrici, educativi della prima infanzia) in grado di comunicare e di cogliere il rischio e il bisogno nel momento in cui emerge;
- gruppi di lavoro multiprofessionale di primo livello e specialistici, dedicati e di facile accessibilità, con sufficienti risorse per una valutazione precoce del rischio di fallimento genitoriale e di distorsione dell'attaccamento e familiarità con strumenti efficaci di individuazione precoce del rischio prenatale e postnatale (PDI, RQ-CV, Edimburgh PND Scale, FEAS, ITSEA etc.) e con le tecniche di intervento specifiche, che presuppongono una formazione apposita.

La rete integrata dei servizi

Occorre prevedere più livelli di intervento che richiedono una continua integrazione tra loro e i diversi attori e un funzionamento in rete, per includere attori formali e informali, istituzionali ed extra-istituzionali presenti in ciascuna specifica realtà al fine di sostenere in via prioritaria la genitorialità. E' inoltre indispensabile avvalersi dell'esperienza degli utenti che rappresentano una risorsa necessaria a mantenere e sviluppare la qualità del servizio e a favorire l'empowerment di componenti sociali formali ed informali.

La rete dei servizi si articola sui seguenti livelli:

- Interventi sociali di base per garantire la tutela e le condizioni materiali della genitorialità e dello sviluppo del bambino;
- interventi indiretti per arricchire la rete di sostegno alla genitorialità, le competenze dei genitori, l'accesso ai servizi, accrescere la cultura della genitorialità efficace;

- servizi clinici e/o educativi di primo livello di facilitazione delle competenze del bambino e dei genitori. Interventi di doula, visita domiciliare, di gruppo, di auto-aiuto, basati sull'ambulatorio del pediatra di famiglia, etc:
- servizi clinici specialistici di secondo livello (uno per Azienda USL) per interventi terapeutici individuali orientati su tutte le aree di sviluppo del bambino (sensoriale, motorio, cognitivo, emotivo, familiare e comunitario;
- servizi clinici specialistici di terzo livello (in ambito di area vasta).

A fronte di quanto sopra si individuano i seguenti obiettivi:
• favorire una uniforme e diffusa azione sul territorio per attivare ed ottimizzare risposte efficienti e di specifica qualità che vadano realmente ad incidere sulla prevenzione (primaria e secondaria) e sulla riduzione dei gravi quadri psicopatologici;
• costruire la rete per l'individuazione precoce dei casi a rischio, la segnalazione dei casi ad alto rischio all'ambulatorio competente, la tutela della continuità assistenziale per i casi già in carico, il sostegno allo sviluppo delle competenze genitoriali nelle situazioni problematiche;
• prevedere servizi ambulatoriali specializzati 0-5 per gli interventi di prevenzione selettiva di diagnosi e gli interventi terapeutici nella grave psicopatologia;
• realizzare una campagna di sensibilizzazione dell'opinione pubblica sull'importanza della prima relazione madre-figlio e dei processi di attaccamento.

Per favorire il raggiungimento di tali obiettivi occorre garantire lo sviluppo di iniziative di formazione specifica degli operatori che lavorano con genitori e bambini piccoli.

I disturbi psichici dell'età adolescenziale: prevenire e accogliere precocemente

L'età adolescenziale e post-adolescenziale, come tutte le fasi di passaggio del ciclo evolutivo vitale, è particolarmente soggetta al rischio di comparsa dei disturbi psichici.
E' in questa fase che si strutturano i disturbi di personalità, compaiono i disturbi alimentari psicogeni, appaiono i primi segni che preannunciano un esordio psicotico, si manifestano comportamenti suicidari. Le stime epidemiologiche segnalano che circa il 20% degli adolescenti e preadolescenti soffrono di disturbi psichici. Un adolescente su cinque presenta difficoltà cognitive, emozionali e di comportamento, un adolescente su otto soffre di un disturbo mentale diagnosticabile. La prevalenza di questi disturbi cresce di decennio in decennio.
Occorre pertanto organizzare la rete dei servizi potenziandone i vari punti e individuare percorsi assistenziali chiari e definiti in modo da garantire l'individuazione precoce del disturbo, la presa in carico tempestiva e complessiva dell'adolescente e la definizione del progetto terapeutico individualizzato con risposte differenziate e integrate.
La complessità della tipologia dell'utenza ed i bisogni che emergono richiedono un costante lavoro in rete con altri servizi ed operatori sia all'interno dell'Azienda USL che con altre strutture presenti sul territorio. In particolare nella programmazione delle azioni di prevenzione e promozione della salute mentale è importante tenere conto del ruolo progettuale ed operativo dei Consultori adolescenti nei percorsi di promozione del benessere, prevenzione del disagio e presa in carico delle tematiche adolescenziali e giovanili. I Consultori, come indicato nel paragrafo 5.5.2.5 del presente Piano Sanitario Regionale, rappresentano infatti uno spazio dove ragazzi e ragazze, dai 14 fino ai 24 anni, possono incontrare adulti di riferimento in grado di ascoltare ed accogliere i loro bisogni aiutandoli ad attuare scelte di salute consapevoli e rappresentano un'occasione di osservazione ed avvistamento di disagi più o meno emergenti.
Va inoltre considerato che lo sviluppo e la crescita dei giovani si realizza sempre più spesso attraverso il ruolo esercitato da contesti caratterizzati dalla più varia potenzialità educativa e formativa. A tal proposito la scuola rappresenta un contesto estremamente significativo che dispone al suo interno di elevate potenzialità non sempre utilizzate nelle forme più efficaci e funzionali. Per svilupparne le potenzialità, nella direzione di una più elevata capacità di promuovere il benessere e la salute, diventa fondamentale costruire azioni condivise tra i servizi di salute mentale, i consultori, l'educazione e la promozione della salute ed i SERT per recepire i bisogni e le necessità del sistema

scuola e per guidarlo nel suo complesso tenendo conto, in particolare, di quanto indicato nel paragrafo 3.2.2. "Una scuola che promuove salute" del presente Piano Sanitario Regionale.
Un'attenzione particolare va posta inoltre alle situazioni di emergenza psichiatrica in preadolescenza e adolescenza. A tal proposito si evidenzia che del 20% degli adolescenti e preadolescenti che soffrono di disturbi psichici il 5% soffre di disturbi psichiatrici che necessitano di percorsi di diagnosi e cura più intensivi che spesso devono includere un ricovero in ambito specialistico; solo una percentuale ridotta di tali ricoveri riveste carattere di emergenza-urgenza. Come sopra richiamato la Regione Toscana si impegna ad adottare linee guida che orientino le Aziende unità sanitarie locali nella riorganizzare del percorso diagnostico terapeutico e della risposta all'emergenza psichiatrica e psicopatologica in preadolescenza e adolescenza nel rispetto dei seguenti principi:

- la specificità dell'età adolescenziale (11-18 anni) richiede servizi appositamente allestiti per questa età;
- i servizi devono essere messi in grado di gestire la gran parte delle complesse, frequenti e talvolta gravi problematiche psicopatologiche dell'adolescente con modalità ambulatoriali diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, e anche di ricovero senza caratteristiche di emergenza-urgenza;
- nei casi in cui sia indispensabile il ricovero nelle situazioni di emergenza-urgenza è necessario prevedere che avvenga all'interno di un reparto ospedaliero sicuro e sorvegliato ma aperto e che sia prevista la permanenza di un genitore nel reparto in modo da far partecipare la famiglia alla risoluzione della crisi e preparare il ritorno rapido nei luoghi abituali di vita dell'adolescente. E' inoltre indispensabile assicurare la dotazione di personale medico, infermieristico ed educativo appositamente formato a lavorare con gli adolescenti;
- il ricovero non è mai un intervento sanitario isolato e ridotto al puro contenimento sintomatologico della crisi, quanto piuttosto una fase in un percorso di cambiamento della situazione psicopatologica e di vita del minore;
- la funzione ospedaliera si colloca come nodo all'interno della rete dei servizi per l'adolescenza e deve essere garantita la continuità delle cure e un forte aggancio con il territorio di provenienza del minore.

Nel corso del triennio saranno sviluppati e rafforzati:

• i percorsi terapeutici integrati ospedale/territorio nell'emergenza psicopatologica e psichiatrica in preadolescenza e adolescenza;
• i servizi per la gestione delle gravi problematiche psicopatologiche dell'adolescente con le seguenti modalità:
- ambulatoriali diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
- semiresidenziali, centri diurni terapeutico-riabilitativi;
- residenziali, comunità terapeutico-riabilitative;
- interventi integrati con le strutture di accoglienza socio-educative con particolare attenzione ai giovani immigrati;
- interventi integrati con la scuola e con altre agenzie educative e formative presenti sul territorio.

Obiettivi:
• Sviluppare forme di collaborazione sistematiche tra le Unità Funzionali Salute mentale Infanzia Adolescenza e Adulti, l'Educazione e la promozione della salute, l'Unità Funzionali attività consultoriali, i SERT, i Servizi dei Comuni dedicati all'infanzia e all'adolescenza, i servizi delle Aziende Ospedaliere, i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale per promuovere la salute ed il benessere psichico degli adolescenti;
• Definire percorsi per l'individuazione precoce dei problemi di salute mentale nell'adolescenza per poter intervenire preventivamente attraverso azioni uniformi e diffuse su tutto il territorio regionale;
• Completare l'organizzazione della rete dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza ridefinendo i percorsi di accoglienza e cura, con particolare attenzione alle situazioni di emergenza e crisi acuta in età adolescenziale.

5.5.2.1.2 Diagnosi precoce, presa in carico multiprofessionale e continuità delle cure dall'infanzia all'età adulta dei disturbi dello spettro autistico

L'autismo è un disturbo dello sviluppo celebrale che si manifesta entro i tre anni di età. La prevalenza dei casi di Autismo è più alta di quella osservata nei decenni scorsi probabilmente a causa dell'applicazione di un concetto di autismo più ampio e del miglioramento degli strumenti diagnostici. Essa viene stimata da 2 a 6 casi su 1000 bambini. Su una popolazione di minori nella Regione Toscana di circa 500.000 unità dovrebbero essere presenti circa 2.500 bambini e adolescenti affetti da autismo; nella popolazione generale è possibile che siano presenti in Toscana dai 10 ai 15 mila soggetti con autismo.
Si osserva inoltre che la fascia di età che presenta la maggiore incidenza riportata dai servizi di NPI è quella coincidente con l'età della scuola dell'obbligo, mentre i casi in età pre-scolare sono solo il 17,1% della casistica, indicando la mancanza di una diagnosi precoce e quindi di una tempestiva presa in carico terapeutica. Un' indagine conoscitiva effettuata in Toscana nel 2006, pur avendo fornito dati parziali, ha evidenziato, in particolare, che:

- l'età media della prima diagnosi è intorno ai 3 anni e 9 mesi. Con una diagnosi in età così avanzata si perdono le ampie possibilità di recupero connesse ai trattamenti precoci;
- la fascia di età che presenta la maggiore incidenza è quella riportata dai servizi di neuropsichiatria infantile e coincidente con l'età della scuola dell'obbligo;
- non sempre è presente una valutazione funzionale ed una programmazione adeguata dell'intervento precisa, documentabile e valutabile nel tempo;
- non è garantita la continuità delle cure tra i servizi per i minori e quelli per gli adulti. Solo sei aziende su dodici si occupano di adulti con problemi di autismo. Nessuna azienda dichiara di seguire persone con disturbi dello spettro autistico con un'età maggiore di 44 anni.

Si rende pertanto necessario sviluppare una strategia di azione complessiva su tutto il territorio regionale che, tenendo conto delle criticità emerse, affronti le problematiche dell'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico.
La Giunta regionale è impegnata a fornire apposite linee guida, ivi compreso i percorsi diagnostici, assistenziali e terapeutici, a garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni e a rafforzare gli interventi e le risposte assistenziali indirizzando risorse aggiuntive a quelle attualmente destinate.

In particolare occorrerà che, nel triennio di validità del presente Piano Sanitario Regionale, vengano assunti i seguenti obiettivi:

• individuare precocemente il disturbo. Un'efficace strategia per l'individuazione precoce del disturbo deve prevedere due fasi successive: la prima intorno al compimento del primo anno di età (9-12 mesi) e la seconda tra i 18 e i 24 mesi. E' necessario pertanto prevedere idonei strumenti per l'individuazione dei casi a rischio nell'ambito dei bilanci di salute, sviluppare le competenze dei pediatri nel riconoscimento degli indici di rischio clinico e attivare programmi per il trattamento precoce;
• assicurare la presa in carico della persona attraverso una valutazione funzionale pluriprofessionale e la definizione del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato che tenga conto dei bisogni specifici degli utenti e delle famiglie;
• definire e qualificare la rete integrata dei servizi per la cura, riabilitazione e assistenza dei disturbi dello spettro autistico con particolare attenzione ad assicurare la continuità della presa in carico dall'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza all'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti e allo sviluppo di interventi coordinati e qualificati lungo tutto l'arco di vita;

• migliorare e potenziare l'integrazione scolastica dei minori; garantire interventi educativi e assistenziali domiciliari e di comunità;
• garantire percorsi specifici di accoglienza ospedaliera in attuazione alla deliberazione della Giunta regionale n. 393 del 13/4/2001.

Per favorire il raggiungimento di tali obiettivi occorre garantire:
• la formazione e l'aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale che favorisca in particolare l'acquisizione delle conoscenze sulle più recenti acquisizioni scientifiche nel settore e la diffusione dell'uso di strumenti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
• lo sviluppo di specifiche competenze di alcuni professionisti nel campo della diagnosi e del trattamento precoce;
• lo sviluppo di un osservatorio epidemiologico sull'autismo nell'ambito delle funzioni dell'Agenzia regionale sanità toscana;
• la ricerca e il monitoraggio continuo sugli esiti dei percorsi avviati e dei progetti di trattamento integrato;
• lo sviluppo di nuove sinergie e di sistemi di aiuto ai familiari.

Nella costituzione della rete integrata di servizi è necessario assicurare interventi articolati sui seguenti livelli:
• Rete pediatrica territoriale per l'individuazione precoce del disturbo;
• Gruppo Interdisciplinare adulti e infanzia adolescenza (a livello aziendale): è istituito nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale ed è formato da figure professionali diverse afferenti alle Unità Funzionali adulti e Infanzia adolescenza, con competenze specifiche nel settore dei disturbi dello spettro autistico ed è coordinato da un responsabile;
Il Gruppo Operativo Interdisciplinare deve assicurare:

- la diagnosi, la presa in carico globale della persona in tutte le fasi della vita e la definizione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato;
- il percorso assistenziale, le modalità terapeutiche specialistiche e gli interventi integrati specifici che assicurino la continuità dell'assistenza e le finalità riabilitative in tutte le fasi della vita;
- la valutazione sul tipo e grado di intensità di supporto nelle varie fasi della vita;
- interventi di supporto guidato (parent training) per i familiari e attività di counseling;

• Centro diurno: garantisce il percorso riabilitativo qualificato per accogliere la patologia nelle varie fasi della vita (zona-distretto e/o plurizonale);
• Struttura residenziale (aziendale e/o area vasta) articolata su più moduli: assicura la continuità del percorso assistenziale sia in fase di lunga assistenza sia per limitati periodi di tempo in relazione alla situazione clinica e alle esigenze della famiglia;
• Centri di riferimento di Area Vasta per la formazione, la consulenza e il supporto tecnico al Gruppo Operativo Interdisciplinare aziendale per la conferma diagnostica e per il trattamento delle complicanze nelle fasi acute, per la supervisione del trattamento e per la valutazione della sua efficacia e del percorso assistenziale, nonché per la ricerca e la diffusione delle conoscenze scientifiche, definizione di protocolli per la diagnosi e la cura condivisi.

Nella costruzione di tale rete regionale di assistenza occorrerà porre particolare attenzione alla necessità di garantire:
• servizi accessibili e ben identificati;
• percorsi terapeutico-assistenziali chiari e coordinati;
• la presa in carico multidisciplinare attraverso l'apporto integrato di competenze specificamente qualificate ed in grado di assicurare risposte professionalmente qualificate e specializzate nel settore dei disturbi dello spettro autistico;
• la continuità di cura con particolare attenzione al passaggio dalla minore alla maggiore età;
• l'aggiornamento continuo di tutto il personale coinvolto;
• l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, tra istituzioni pubbliche e privato sociale;
• la collaborazione e il confronto con gli utenti ed i familiari.

5.5.2.2 Dipendenze

In tema di dipendenze il PISR 2007-2010 ha focalizzato l'attenzione su aspetti peculiari quali l'integrazione degli strumenti di programmazione socio-sanitaria, il potenziamento della rete dei servizi pubblici e del privato sociale, la diffusione dell'uso di droghe tra i giovani (data la costante diminuzione dell'età di primo consumo), l'approccio globale verso tutte le forme di dipendenza, ivi comprese quelle da sostanze legali e quelle non correlate a sostanze, l'individuazione di azioni specifiche per fasce di popolazione a rischio di esclusione sociale.
Le presenti disposizioni integrano, armonizzano e sviluppano i contenuti del PISR 2007-2010 in riferimento a nuovi bisogni e problematiche con quanto già elaborato e contenuto nei seguenti atti:

- Accordo Stato/Regioni del 29/03/2007 relativo al Piano Nazionale Alcol e Salute;
- Piano Nazionale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" approvato con DPCM del 4/05/2007;
- Relazione Sanitaria dell'Agenzia Regionale di Sanità;
- Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia;
- Piano Italiano di Azione sulle droghe approvato dal Consiglio dei Ministri il 29 novembre 2007;
- Decreto del Ministero della Salute del 16 novembre 2007 concernente la consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate;
- Decreto del Ministero della salute del 16 Novembre 2007 concernente la detenzione ed il trasporto di medicinali stupefacenti da parte di cittadini che si recano all'estero e di cittadini in arrivo sul territorio italiano;
- Atto di Intesa Stato/Regioni del 30 ottobre 2007 relativo all'accertamento di assenza di tossicodipendenza in alcune categorie di mansioni lavorative;
- Sentenza della Corte Costituzionale 387/2007 sul ricorso di illegittimità costituzionale di alcuni articoli della Legge 49/2006 presentato dalle Regioni Toscana, Lazio, Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte ed Umbria.

Nei precedenti atti di programmazione, sanitaria e sociale, la Regione Toscana ha perseguito con continuità il principio dell'integrazione delle offerte terapeutiche così da favorire la continuità assistenziale ed assicurare un razionale utilizzo dei servizi e dei livelli di assistenza.
Un processo in cui decisivo è il ruolo dei Servizi Tossicodipendenze (SERT) che oltre ad assicurare le attività di prevenzione, di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento si sono fatti promotori della cooperazione tra soggetti pubblici e non, per un'integrazione tra Pubblico e Terzo Settore che è stata fortemente valorizzata a partire dalla Legge Regionale 72/97.
Le controversie ideologiche sono state superate a favore di una "politica del fare", rispettosa delle differenze e con l'obiettivo comune di dare risposte concrete ed efficaci.
I servizi pubblici e privati sono stati dotati di un software gestionale (cartella clinica elettronica), unico per tutto il territorio regionale e specifici atti hanno precisato il diverso apporto dei servizi al circuito di cura e definito gli standard minimi da assicurare ai cittadini in ordine sia alla valutazione diagnostica multidisciplinare sia nella predisposizione dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi.
E' stata realizzata una rete di Centri Antifumo unica in Italia e sono stati anche introdotti nei Livelli Essenziali di Assistenza regionali specifici pacchetti assistenziali per la disassuefazione dal tabagismo, Per altre patologie (ad es. gioco d'azzardo patologico), ad oggi non comprese nei LEA, sono state favorite specifiche sperimentazioni, anche residenziali.
E' stato dato un concreto impulso alla formazione professionale per dipendenze, come quella da cocaina, per cui sono tuttora carenti terapie farmacologiche di comprovata efficacia.
Per l'alcolismo e le problematiche alcolcorrelate si è provveduto ad istituire sia il Centro alcologico regionale che le equipes alcologiche territoriali ed a rafforzare la rete dell'associazionismo e dell'auto mutuo-aiuto.

E' stato attuato il riordino delle strutture residenziali e semiresidenziali per garantire risposte appropriate ai molteplici bisogni di cura ed un sistema tariffario articolato per intensità di cura nelle quattro diverse aree di intervento in cui si articolano oggi i servizi di accoglienza, riabilitativi e specialistici.
Questi ultimi sono stati differenziati anche per particolari tipologie di utenza quali le donne in gravidanza o puerperio o i pazienti con gravi comorbilità psichiatriche, in relazione alle diverse problematicità insite nella gestione dei diversi casi.
Sono state avviate azioni a sostegno di progetti di riduzione del danno e per persone a forte marginalità sociale; i servizi di accoglienza sono stati infatti preposti a soddisfare bisogni fondamentali, così da prevenire o ridurre rischi di cronicità sociale nella prospettiva di un successivo impegno terapeutico della persona cioè "indipendentemente dalla sua decisione di accettare, nell'immediato, un programma finalizzato al superamento della dipendenza".
E' stato infine avviato il processo di accreditamento istituzionale dei SERT in un'ottica di qualità nell'erogazione delle prestazioni.
L'impegno programmatico profuso dalla Regione Toscana, si è concretizzato in alcune realtà territoriali che sono divenute veri e propri punti di eccellenza per il modello organizzativo, mentre altrove sono state riscontrate difficoltà che hanno ostacolato un'omogenea applicazione del modello nell'intero territorio regionale.
Tali criticità possono così riassumersi:
a) aumento assai rilevante delle persone in cura ai servizi, dai 9000 casi del 1990 agli oltre 25.000 osservati nel 2007; tale incremento, cui si associa un diverso e più dinamico approccio diagnostico terapeutico, non è stato affiancato da un parallelo e adeguato potenziamento delle risorse destinate nelle varie Aziende Sanitarie;
b) istituzione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali nel quale è confluito anche l'ex Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga, privando così di fatto il settore di risorse economiche finalizzate per la realizzazione di interventi organici e innovativi, soprattutto a livello locale;
c) progressiva diminuzione dei trasferimenti statali agli enti locali a fronte di un aumento delle competenze degli stessi e delle risposte socio-assistenziali e socio-sanitarie da garantire;
d) difficoltà operative legate alle recenti modifiche dell'assetto organizzativo del sistema socio-sanitario regionale (Società della Salute, Aree Vaste);
e) disomogeneità da parte delle Aziende USL nell'applicazione delle disposizioni regionali; le criticità maggiori sono state riscontrate nelle Aziende USL dove non sono stati costituiti i Dipartimenti delle Dipendenze;
f) permanere in molte parti della società civile e dei servizi di uno stigma delle dipendenze come comportamenti devianti, immorali, criminali; tali orientamenti contribuiscono a ritardare l'accesso ai servizi, ad impedire diagnosi precoci e a deresponsabilizzare i pazienti verso le cure;
g) notevole incremento e diffusione delle droghe, legali e illegali, con nuove modalità e abitudini di consumo in particolare nelle fasce giovanili.

Obiettivi
- garantire, nel rispetto della dignità e della libertà della persona, la qualità e l'appropriatezza delle cure in rapporto a specifiche esigenze e bisogni di salute, delle persone con dipendenze patologiche e dei consumatori problematici;
- consolidare l'accesso al Fondo Sanitario Regionale nella quota di assorbimento dell'1,5% già prevista dai precedenti Piani Sanitari Regionali per i livelli assistenziali delle dipendenze;
- favorire la compliance alle cure rendendo omogenea l'applicazione delle norme regionali;
- consolidare l'integrazione e la collaborazione tra servizi pubblici e privati, anche in relazione a nuovi bisogni socio-sanitari emergenti;
- stabilizzare i programmi di primo intervento, le unità di strada ed altre azioni denominate di bassa soglia in quanto finalizzate a ridurre i rischi per la salute per persone non ancora in condizioni tali da poter sospendere l'uso di sostanze;
- stabilizzare gli interventi di inserimento lavorativo in quanto favorenti il contrasto alla ritenzione nei trattamenti di cura e un pieno reinserimento sociale;

- utilizzare il sistema informativo delle dipendenze per favorire il costante monitoraggio del fenomeno, a livello locale e regionale;
- intervenire su tutte le sostanze di abuso, comprese quelle legali, e sulle dipendenze senza sostanze in sintonia con i Piani Nazionali "Alcol e Salute" e "Guadagnare Salute".

Gli impegni nel triennio

Strategie

In continuità con la precedente programmazione regionale sanitaria e sociale occorre:

- rafforzare la rete dei servizi, pubblici e privati, la cui integrazione ha caratterizzato in questi anni il modello toscano di contrasto alla droga e d'intervento sulle dipendenze patologiche;
- avviare una forte azione tesa al consolidamento ed alla messa a regime su tutto il territorio delle disposizioni regionali del settore delle dipendenze.

Strumenti

Livello aziendale/zonale

a) I SERT

La rete regionale dei SERT è quella risultante dagli atti di accertamento di funzionalità e dalle richieste di accreditamento presentate dalle Aziende USL toscane.

I SERT assicurano la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti legali e illegali e da dipendenza senza sostanze, nonché la prevenzione e la cura delle patologie correlate, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, e svolgono le funzioni ad essi assegnati da disposizioni regionali e nazionali.

I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei SERT sono quelli disciplinati dalla Deliberazione del Consiglio regionale n. 70 del 19 luglio 2005.

I SERT possono essere riconosciute come strutture complesse qualora abbiano un'utenza in trattamento con dipendenze da sostanze illegali e legali non inferiore alle 400 unità.

Per la definizione di soggetto in trattamento le Aziende USL faranno riferimento alla tabella 1 del DM 444/90.

Il carico di utenti dovrà risultare dai dati estratti, in ambito aziendale, dal Sistema Informativo Regionale sulle Tossicodipendenze.

a) I Dipartimenti delle Dipendenze

Le Aziende USL, al fine di assicurare l'omogeneità dei processi assistenziali e delle procedure operative nonché l'integrazione tra prestazioni erogate in regimi diversi, costituiscono il Dipartimento di coordinamento tecnico delle dipendenze.

Ad esso è preposto un responsabile nominato dal Direttore Generale, in base alle vigenti norme.

Il responsabile del Dipartimento partecipa ai processi decisionali della direzione dell'Azienda USL e delle Società della Salute nelle forme e con le modalità stabilite nei rispettivi atti.

Nelle Aziende USL monozonali il coordinatore del Dipartimento coincide con il responsabile del SERT.

c) I Comitati dei Dipartimenti

Ciascuna Azienda USL è tenuta ad insediare il Comitato del Dipartimento delle Dipendenze.

Il Comitato è lo strumento di supporto alla programmazione territoriale per le azioni di governo nel settore delle dipendenze.

Il Comitato del Dipartimento delle Dipendenze tende a realizzare una cooperazione improntata all'ottimizzazione della rete degli interventi del pubblico, degli Enti Ausiliari e degli organismi rappresentativi del Terzo Settore nell'ambito delle risposte preventive, di cura e reinserimento di persone con problemi di dipendenza.

Il Comitato è presieduto dal responsabile del Dipartimento ed è composto da:

- un rappresentante di ciascuna Società della Salute o Articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci dell'Azienda USL, dalle stesse nominato;
- i responsabili dei SERT dell'Azienda USL;
- i responsabili di Enti Ausiliari iscritti all'Albo Regionale con sedi operative nel territorio dell'Azienda USL, o loro delegati;
- un rappresentante nominato dalle cooperative sociali operanti nel settore delle dipendenze nel territorio dell'Azienda USL;

- un rappresentante nominato dalle associazioni di volontariato e dai gruppi di mutuo-auto-aiuto operanti nel settore delle dipendenze nel territorio dell'Azienda USL.

In relazione alle tematiche trattate la partecipazione al Comitato può essere estesa, di volta in volta, ad altre strutture aziendali (es. U.O. Educazione e Promozione della Salute) e a soggetti rappresentativi delle realtà locali interessate dalle azioni di contrasto alle droghe ed alle dipendenze (Uffici territoriali del Governo-Prefetture, Questure, Forze dell'Ordine, Amministrazione Penitenziaria, Istituzioni scolastiche, ecc.).

Il Comitato del Dipartimento delle Dipendenze supporta le Società della Salute e l'Azienda USL nel coordinamento e nella verifica delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e reinserimento sociale e lavorativo nel settore delle dipendenze.

A tal fine il Comitato provvede ad assicurare:

a. la messa a punto di modalità di rilevazione dei dati epidemiologici e di valutazione dei bisogni;
b. l'omogeneità delle procedure operative per l'erogazione dei livelli di assistenza;
c. la valutazione dei risultati raggiunti, anche in termini di rapporto costo/beneficio;
d. la promozione di programmi di formazione, di aggiornamento professionale e di miglioramento della qualità;
e. le modalità di integrazione per la realizzazione dei percorsi assistenziali;
f. la collaborazione in ambito regionale con i Dipartimenti delle altre Aziende USL;
g. favorisce l'integrazione operativa tra servizi pubblici e del privato sociale nella copertura dei servizi esistenti e sull'attivazione di eventuali nuovi servizi.

Livello regionale

Il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze

Al fine di favorire il consolidamento della rete del sistema integrato regionale delle dipendenze, di realizzare strategie di intervento condivise ed uniformi nei vari ambiti territoriali, di elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale, è istituito presso la Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze.

Il Comitato ha funzioni di rilevazione dei bisogni, verifica sull'adeguatezza degli interventi e supporto tecnico all'azione di governo della Giunta regionale e degli altri soggetti regionali deputati alla programmazione.

Il Comitato Regionale è presieduto dal Direttore Generale del Diritto alla Salute o suo delegato.

Ad esso partecipano di diritto i responsabili dei Dipartimenti delle Dipendenze delle Aziende USL toscane.

Sono inoltre componenti del Comitato Regionale:

- n. 3 componenti delle Società della Salute (n. 1 per Area Vasta);
- n. 3 componenti dell'Ufficio di Presidenza del Coordinamento Regionale degli Enti Ausiliari della Toscana (CEART);
- n. 1 componente dell'Agenzia Regionale di Sanità;
- il Presidente della Sezione Toscana del Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA);
- n. 1 rappresentante nominato delle OO.SS. maggiormente rappresentative.

In relazione alle tematiche trattate la partecipazione al Comitato può, di volta in volta, essere estesa a:

- n. 1 rappresentante nominato dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria della Toscana;
- n. 1 rappresentante nominato dalle Prefetture regionali;
- n. 1 rappresentante nominato dalla Consulta regionale del Volontariato;
- n. 1 rappresentante delle cooperative sociali operanti nel settore delle dipendenze in ambito regionale, dalle stesse nominato;
- n. 1 rappresentante nominato dall'Ufficio Scolastico regionale;
- il Coordinatore del Centro Alcologico Regionale o suo delegato;
- n. 1 rappresentante della Consulta Regionale del Volontariato;
- n. 1 rappresentante nominato dall'Associazione regionale Club Alcolisti in Trattamento;
- n. 1 rappresentante nominato dagli Alcolisti Anonimi;

- n. 1 rappresentante nominato dall'Alanon;
- n. 1 rappresentante nominato dall'Alateen;
- n. 1 rappresentante nominato dal CSR.

Il Comitato può proporre alla Giunta regionale la costituzione di strutture interaziendali o di Area Vasta per processi assistenziali di particolare rilievo.
Può altresì proporre progetti sperimentali:
- per promuovere la ricerca applicata;
- per contrastare la marginalità sociale (azioni finalizzate alla riduzione del danno e ad una più ampia articolazione della cosiddetta bassa soglia, nella logica della prossimità e del non abbandono);
- per assicurare gli interventi per condizioni di emergenza-urgenza e la continuità di erogazione di terapie già poste in essere per stranieri non regolari tossico/alcoldipendenti;
- per estendere il sistema di sorveglianza già operativo su Pisa, Livorno ed Empoli così da pervenire, ad un monitoraggio dell'intero territorio regionale e ad una tempestiva diffusione delle informazioni;
- per contrastare l'uso ricreazionale delle droghe, con particolare attenzione alle fasce giovanili, anche attraverso la sperimentazione di programmi di pill testing;
- per promuovere programmi di formazione ed educazione alla salute.

Al Comitato compete altresì il supporto ai competenti assessorati per l'organizzazione e la realizzazione, almeno una volta ogni tre anni, di una Conferenza regionale degli operatori del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale con la finalità di favorire la più ampia partecipazione degli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale, di evidenziare le buone prassi esistenti nel territorio regionale sui temi della tossicodipendenza da sostanze illegali, sull'efficacia del sistema dei servizi.

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

Il riordino delle strutture semiresidenziali e residenziali, sia a gestione pubblica che degli Enti Ausiliari, avviato dal 2003, ha perfezionato la specificità dei servizi e si è dimostrato di fondamentale importanza nel percorso di cura e riabilitazione per le persone con problemi di tossico-alcoldipendenza.
Tutte le strutture, sia pubbliche che degli Enti Ausiliari, hanno raggiunto l'adeguamento ai requisiti minimi strutturali, organizzativi e funzionali previsti così che sono regolarmente autorizzate tutte le strutture che operano sul territorio regionale.
In virtù di questo risultato, possiamo affermare che, ad oggi, la Toscana è l'unica regione d'Italia ad aver concluso un percorso di riordino così complesso che, con un quinquennio di lavoro comune tra operatori pubblici e privati ha prodotto, quale ulteriore risultato, un'approfondita ed estesa conoscenza dei punti di forza e delle criticità del sistema.

La situazione al 31 dicembre 2007

Il fabbisogno regionale risulta coperto da complessivi 1.130 posti in comunità residenziali e semiresidenziali autorizzati e convenzionati con le Aziende USL (959 gestiti da Enti Ausiliari e 171 gestiti da Aziende USL).
Il fabbisogno calcolato in base al tasso di occupazione ammonta a circa 860 posti complessivi.
Nel triennio di validità del Piano non è pertanto consentita l'apertura di nuove Comunità residenziali e semiresidenziali o l'aumento dei posti già autorizzati.
La spesa storica per gli interventi residenziali e semiresidenziali per utenti toscani si è assestata attorno a Euro 13.700.000,00 (Euro 9.600.000,00 per assistiti in Comunità gestite da Enti Ausiliari Toscani, Euro 2.000.000,00 per assistiti in Comunità gestite da Aziende USL toscane, Euro 2.100.000,00 per assistiti in comunità extraregionali).
I costi sostenuti dalle strutture a gestione diretta delle Aziende USL (circa il 24%) sono in molti casi superiori a quelle gestite dagli Enti Ausiliari; tuttavia spesso affrontano problematiche di maggiore complessità.
I ricavi degli Enti Ausiliari per assistiti provenienti da altre regioni ammontano a circa Euro 4.800.000,00, pari a oltre il 30% della spesa complessiva sostenuta per assistiti toscani, e dimostrano un elevato indice di attrazione della realtà toscana e della bontà delle scelte di riordino effettuate.

Occorre pertanto consolidare e valorizzare il livello di qualità e di integrazione raggiunto dal sistema toscano e pertanto la Giunta regionale è impegnata a garantire:

- il mantenimento della spesa storica per il livello di assistenza residenziale e semiresidenziale dell'utenza toscana;
- la progressiva riduzione degli invii in Comunità extraregionali, limitando tali invii a motivate esigenze e risposte terapeutiche e assistenziali non ravvisabili nel sistema toscano, con il contestuale utilizzo della rete toscana;
- un ottimale utilizzo delle risorse esistenti evitando a tal fine la duplicazione di strutture tenuto conto, in un'ottica paritaria, delle specificità e dell'esperienza maturata sia dal servizio pubblico che dagli Enti Ausiliari nella gestione dei programmi di recupero per tossicoalcoldipendenti;
- il processo di accreditamento delle strutture secondo il dettato della L.R. 8/1999;
- l'aggiornamento del sistema tariffario e i meccanismi del suo adeguamento;
- l'aggiornamento delle qualifiche abilitate al lavoro in comunità (lauree brevi in sostituzione di operatori di comunità ad esaurimento);
- lo sviluppo di analisi delle metodologie di trattamento e dei sistemi di valutazione;
- l'individuazione dei bisogni emergenti e la sperimentazione di nuovi modelli operativi, con la definizione dei requisiti per le corrispondenti tipologie di servizi ove non già disciplinati.
- rendere ulteriormente qualificante e competitivo il sistema della residenzialità della Toscana anche attraverso forme di integrazione pubblico/privato sociale, già peraltro avviate in alcune realtà locali, con l'individuazione di chi fa cosa al fine di evitare dualismi, spreco di risorse, anche economiche, e fornire risposte di cura appropriate.

La riduzione dei rischi e dei danni. Gli interventi di bassa soglia

Con riferimento a quanto previsto dal PISR 2007-2010 nella parte 7.6.4 "Gli interventi a bassa soglia", si osserva un forte impulso programmatico regionale su tali interventi che, in particolare per quanto concerne i soggetti tossico/alcoldipendenti, si è concretizzato con progettualità specifiche sviluppatesi in quelle aree territoriali (Firenze, Pisa, Livorno) dove il fenomeno è più presente.

Occorre pertanto tradurre quelle progettualità ormai "storiche" (in quanto attive da oltre un decennio sui territori interessati quali i Centri fissi a bassa soglia, le Unità mobili in contesti di consumo e spaccio e l'Unità mobile/postazione attrezzata nei grandi eventi di aggregazione giovanile), in azioni e programmi stabili in quanto di comprovata efficacia per attività di riduzione del danno e dei rischi per la salute e di prevenzione dell'uso e abuso delle sostanze stupefacenti e di alcol in fasce di popolazione fortemente a rischio di esclusione sociale.

La Giunta è pertanto impegnata, con la collaborazione degli Enti interessati (SdS, Aziende USL, CNCA toscano, Cooperative sociali, Enti Ausiliari) a stabilizzare per il triennio 2008-2010 gli interventi attivi nei territori di Firenze, Pisa e Livorno. A tal fine si prevede un cofinanziamento annuo di Euro 900.000,00 a carico del bilancio regionale e la definizione di linee di indirizzo per l'estensione degli interventi sull'intero territorio regionale, secondo i contributi tecnici che emergeranno dal tavolo regionale sulla marginalità attivato con deliberazione di Giunta 143/2005.

La rete informativa e l'osservazione epidemiologica regionale

La Regione Toscana, con una precisa scelta tecnico-metodologica e di innovazione tecnologica, ha realizzato da anni un articolato sistema di verifica e di valutazione degli interventi dei SERT con particolare cura per la formazione degli operatori sulla raccolta, elaborazione e utilizzo dei dati (cartella elettronica SIRT). La cartella elettronica SIRT è divenuta il principale strumento per la gestione unificata dei percorsi assistenziali da parte di tutti i soggetti pubblici e privati operanti in Toscana ed il sistema regionale, allineato anche con il Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND), è stato certificato come conforme rispetto a quanto richiesto dall'Osservatorio europeo.

Il fabbisogno di dati e informazioni per la ricerca epidemiologica e per il monitoraggio di efficienza e di efficacia dei servizi impongono di mantenere un elevato livello di integrazione tra il nuovo sistema informativo e le strutture preposte al monitoraggio, studio ed intervento sulle dipendenze.

A tale scopo è già stato prodotto un insieme di indicatori, alimentati dall'enorme patrimonio informativo prodotto dal SIRT e funzionali al governo del sistema regionale e locale delle dipendenze

La sfida del prossimo triennio consiste nel portare a regime l'utilizzo degli indicatori per far sì che i dati raccolti siano adeguatamente valorizzati, a fini conoscitivi e gestionali, sia per soddisfare le sempre maggiori richieste di approfondimento della conoscenza del fenomeno sia per orientare le scelte programmatiche in modo più mirato ed appropriato ai bisogni ed alla loro continua evoluzione.
La Giunta regionale è impegnata nel triennio a:
- garantire la gestione unificata dei percorsi assistenziali, la valutazione diagnostica multidisciplinare e la formulazione dei piani di trattamento in base alle disposizioni impartite con Deliberazione della Giunta regionale n. 990 del 4 ottobre 2004 prevedendo anche, all'occorrenza, forme di incentivazione/penalizzazione per i servizi pubblici e degli Enti Ausiliari;
- ampliare il SIRT aggiornandolo per le specificità relative alle patologie da alcol e correlate, al tabagismo e alle dipendenze senza sostanze;
- verificare il rispetto delle cadenze temporali stabilite per la trasmissione in Regione, da parte delle Aziende USL, del flusso informativo dipendenze, così come stabilito nel Manuale dei Flussi D.O.C.;
- avvalersi del Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze per la valutazione dei dati raccolti sulle dipendenze a livello regionale e per produrre i necessari elementi di conoscenza del fenomeno ai fini della programmazione degli interventi sul territorio toscano.

Le sostanze psicotrope legali (alcol e tabacco) e le dipendenze senza sostanze

L'alcol

La Toscana ha da anni rivolto l'attenzione alle problematiche alcolcorrelate e ha prodotto un'azione programmata "Organizzazione dei servizi alcologici" approvata dal Consiglio regionale con deliberazione n. 281 del 15 settembre 1998.
La legge 30 marzo 2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" e la notevole diffusione dell'uso, abuso e dipendenza da alcol in particolare nelle fasce di popolazione giovanile e le nuove abitudini al consumo, impongono l'adozione di scelte coraggiose sia a livello programmatico che di azioni concrete di sensibilizzazione, informazione e prevenzione dei rischi per la salute per sé e per gli altri provocati dalle sostanze alcoliche nonché del ridisegno dell'assetto organizzativo dei servizi preposti.
Dal continuo monitoraggio sull'organizzazione dei servizi previsti dall'Azione programmata "Organizzazione dei servizi alcologici" e dalle analisi epidemiologiche realizzate nel corso di questi anni, si rileva una disomogenea applicazione delle disposizioni regionali emanate con la citata Azione Programmata.
In particolare è stato rilevato il faticoso avvio del Centro Alcologico Regionale
Dal punto di vista territoriale le previste equipe alcologiche non sono state costituite in tutte le Aziende USL e, laddove attivate, il personale dedicato non è sempre sufficiente a garantire un'adeguata risposta preventiva, diagnostica e terapeutica.
Fermo restando la riconferma del modello territoriale toscano relativo all'organizzazione dei servizi alcologici all'interno dei servizi per le dipendenze, la Giunta regionale è impegnata a rivedere l'Azione Programmata "Organizzazione dei servizi alcologici" approvata con deliberazione del Consiglio regionale n. 281 del 15 settembre 1998" secondo le seguenti direttrici:

Accordi nazionali

- garantire la piena applicazione dei Piani nazionali "Alcol e Salute" e "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari", per quanto concerne le competenze regionali;

Organizzazione dei servizi territoriali

- effettiva costituzione, all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, delle equipes alcologiche con personale dedicato in numero sufficiente ai bisogni assistenziali, rilevati dalla programmazione regionale e territoriale anche attraverso il Sistema Informativo Regionale sulle Tossicodipendenze (SIRT);
- riconoscimento dei diversi modelli di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con problemi di alcol con una particolare valorizzazione dei metodi integrati tra servizi pubblici e del privato sociale, dell'Associazionismo e dei gruppi di auto-mutuo-aiuto (metodo TRIAD, Club degli Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi);

Centro Alcologico Regionale

a) riconfermare presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi il Centro Alcologico Regionale per lo svolgimento delle seguenti funzioni:
- supporto tecnico e operativo all'azione di programmazione e governo della Regione Toscana sulle problematiche alcolcorrelate;
- proporre linee guida relative alla prevenzione e alla formazione degli operatori;
- definire proposte assistenziali per persone con problemi alcolcorrelati complessi che richiedono interventi specifici, intensivi e multidisciplinari, sia in ambito ospedaliero che residenziale e semiresidenziale a livello territoriale;
- fornire il supporto clinico e scientifico per analisi e indagini epidemiologiche sui problemi alcolcorrelati in stretta collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità;
- centro di documentazione sulle problematiche alcolcorrelate;

b) per lo svolgimento delle sue funzioni il Centro Alcologico Regionale è composto da un Comitato Esecutivo formato da:
- un rappresentante nominato dall'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, con funzioni di Coordinatore;
- un rappresentante nominato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Siena;
- un rappresentante nominato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Pisa;
- tre rappresentanti dei Dipartimenti per le Dipendenze nominati 1 per ciascuna area vasta;
- un rappresentante nominato dall'Agenzia Regionale di Sanità

Le funzioni di coordinamento hanno durata triennale e possono essere riconfermate.

Il Comitato Esecutivo elabora un piano di attività annuale che sottopone all'approvazione del Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze.

Per l'attività del Centro Alcologico Regionale sono assegnate all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, con destinazione vincolata:

1) le risorse previste dall'art. 3, comma c), della legge 125/2001 per le funzioni di monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati;

2) le risorse provenienti dai competenti Ministeri per azioni e progettualità di carattere regionale e nazionale;

3) la somma di Euro 100.000,00 annua per l'attuazione del piano di attività e per le funzioni di coordinamento e supporto tecnico e operativo all'Azione di programmazione e governo della Regione Toscana sulle problematiche alcolcorrelate;

Conferenza Regionale sulla dipendenza da alcol e sui problemi alcolcorrelati

Realizzare almeno una volta ogni triennio una Conferenza regionale che evidenzi le buone prassi esistenti nel territorio regionale sui temi della prevenzione, della promozione della salute, della cura e della riabilitazione delle persone con dipendenza da alcol e delle problematiche alcolcorrelate.

Il Fumo

La regione Toscana è impegnata da oltre dieci anni nella tutela della salute dei danni derivanti dal fumo di tabacco.

Numerose sono state le iniziative regionali in questo periodo sul tema del Tabagismo; tra le più recenti:
- la L.R. n° 25 del 4 Febbraio 2005 che disciplina il divieto di fumo nei locali pubblici, stabilisce che il Piano Sanitario Regionale preveda specifiche azioni di informazione sui rischi derivanti dal fumo di tabacco e promuove inoltre la formazione degli operatori anche attraverso accordi con le università toscane;
- la realizzazione di una estesa e qualificata rete di Centri antifumo che la pone all'avanguardia del panorama nazionale;
- la definizione di standard minimi organizzativi e funzionali dei Centri antifumo;
- la definizione delle prestazioni dei Centri e la loro valorizzazione tariffaria;
- l'inserimento di tali prestazioni nei livelli essenziali di assistenza;
- la formazione universitaria degli operatori interessati;
- la costituzione di un "Gruppo Regionale di Coordinamento Tecnico Intersettoriale sul Tabagismo" per favorire l'integrazione delle diverse competenze sanitarie e sociali per un approccio "globale" alla tematica del tabagismo;

- il sostegno e il finanziamento di 10 progetti regionali sulla prevenzione e cura del tabagismo;
- la definizione di linee guida per il percorso preventivo-assistenziale sul tabagismo.

Occorre pertanto consolidare tale sistema, rafforzandone l'aspetto di integrazione delle varie componenti territoriali.
In tal senso la Giunta regionale è impegnata ad emanare delle linee di indirizzo sulla prevenzione del tabagismo, tenuto conto delle seguenti linee direttrici, in armonia con la L.R. sul tabagismo e della precedente programmazione sanitaria e sociale, nonché dei contenuti del Piano Nazionale "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari:

- azioni di protezione dal fumo passivo;
- prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani;
- aiutare i fumatori a smettere
- coinvolgimento della società civile e delle istituzioni, della scuola e della famiglia;
- rendere liberi dal fumo gli ambienti di lavoro ed in particolare gli ospedali e le strutture sanitarie.

5.5.2.3 Disabilità

Affrontare il tema della disabilità significa avere presente la globalità della persona con ridotte capacità funzionali al fine di valutarne complessivamente le condizioni di bisogno e di impostare un progetto di intervento che possa migliorarne la qualità della vita.
Le politiche regionali tendono a recuperare una dimensione unitaria delle strategie di intervento verso la persona con disabilità, assicurando livelli efficaci di governo e di coordinamento territoriale, e articolando la gamma delle risposte sulla prevalenza delle caratteristiche riabilitative o socioassistenziali del piano personalizzato di assistenza (P.A.P.)
Diventa così centrale la distinzione tra progetti di intervento che si prefiggono l'obiettivo di un recupero tangibile di capacità funzionali, con una logica quindi di riabilitazione, e progetti che affrontano l'area della cronicità, con logiche e finalità prevalentemente di lungo assistenza.
L'orientamento del Sistema integrato dei servizi sociosanitari è quello di individuare elementi di specificità dei singoli percorsi (assistenziale e riabilitativo) ed azioni comuni che qualifichino l'insieme della rete dei servizi nel settore della disabilità.
Le politiche regionali nei confronti della persona disabile, dovranno potenziare le condizioni per rendere possibile l'inserimento ed il recupero sociale, perseguendo i principi della non-discriminazione, delle pari opportunità e della concreta integrazione sopra citati.
La programmazione unitaria delle aziende unità sanitarie locali e dei comuni e/o delle S.d.S. (attraverso i Piani Integrati di Salute) con il concorso prezioso e indispensabile dei cittadini con disabilità, dei familiari, del volontariato, promuoverà interventi per agevolare una piena integrazione sociale, scolastica, lavorativa e ambientale.
Confermando l'obiettivo di finalizzare gli interventi al raggiungimento della massima autonomia ed integrazione della persona disabile nel contesto familiare e nella vita sociale, la Giunta si impegna nell'arco di validità del PISR 2007-2010 a monitorare le seguenti azioni integrate:

- orientamento e governo dei percorsi socio riabilitativo assistenziali finalizzati al recupero e mantenimento del disabile in forme appropriate
- accesso, per le persone disabili, ai servizi previsti per le persone non autosufficienti
- sostegno alle iniziative per la piena accessibilità degli ambienti pubblici e privati (anche nello specifico della disabilità sensoriale).
- estensione e potenziamento dei presìdi territoriali per favorire l'accesso e la presa in carico dei minori disabili con particolari gravità associate a patologie progressive
- potenziamento dei centri specialistici che supportino i percorsi assistenziali territoriali: costituzione e avvio di un primo nucleo specialistico interaziendale per i servizi rivolti alla persona ipo e non vedente con pluriminorazioni
- orientamenti e indicazioni programmatiche per integrare i percorsi terapeutico-riabilitativi e quelli socio-assistenziali

Gli impegni per il prossimo triennio sono di seguito precisati:
- Linee guida per la definizione di parametri condivisi per i supporti didattici ed educativi verso l'alunno disabile
- Estensione dei nuclei specialistici interaziendali per ipo e non vedenti in tutte e tre le Aree vaste del territorio toscano
- Linee guida sulla domotica
- Linee guida per la valutazione della disabilità
- Linee guida e ipotesi di modelli organizzativi integrati che ridefiniscano il processo assistenziale nella sua globalità e continuità, ridisegnando le sue caratteristiche fondamentali
- Proposta di legge regionale per l'applicazione della Legge 80/2006 sull'accertamento unificato della disabilità
- completamento e verifica della sperimentazione sulla "vita indipendente"
- attivazione delle prime esperienze delle "Fondazioni di partecipazione" per il "Sempre con noi"
- linee guida e ipotesi di modelli organizzativi integrati che siano coerenti con le finalità ed i contenuti del programma regionale sulla disabilità che ridefiniscano il processo assistenziale nella sua globalità e continuità, ridisegnando le sue caratteristiche fondamentali

5.5.2.4 Anziani

Alla luce dell'avanzato processo di invecchiamento della popolazione, le politiche regionali di assistenza verso le persone anziane devono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana.
Le politiche regionali saranno ispirate al richiamo dell'OMS sui determinanti della salute, intervenendo su tutte le aree tematiche che offrono opportunità e risoluzione di problemi vitali per le persone anziane.
Saranno particolarmente assicurate, attraverso azioni integrate coordinate a livello regionale, misure concrete sui singoli aspetti strategici:
- la fragilità: prevenzione e sorveglianza attiva. L'organizzazione dei servizi rivolti alla persona anziana "fragile" deve essere comunque ispirata ad una visione "positiva" della salute degli anziani, investendo in risorse e attenzioni per prevenire lo stato di non autosufficienza e permettere una vecchiaia serena nel proprio "ambiente di vita". A questo proposito saranno significative le indicazioni che scaturiranno dal progetto di ricerca dell'Università degli studi di Firenze "Si Fa" sulle procedure e gli strumenti per la prevenzione della non autosufficienza e la individuazione precoce della fragilità nella popolazione anziana.
- gli stili di vita: campagna promozionale e informativa. Le politiche sociali devono sviluppare e mettere in circolo tutte quelle opportunità che consentano di migliorare gli "stili di vita", di assicurare una dimensione di inserimento e di partecipazione che preveda processi di promozione e di educazione alla salute e strategie complessive di governo.
- attività motorie: a questo proposito la Regione Toscana si impegna a promuovere un programma di comunicazione per la diffusione della attività motoria per la persona anziana, estendendo il modello delle Attività fisiche adattate e coinvolgendo i Comuni e le associazioni del volontariato nella diffusione della pratica motoria
- alimentazione: costruzione di modelli educativi che orientino la "buona alimentazione" da parte della persona anziana, indipendentemente dalle emergenze climatiche
- organizzazione tempo libero: rilevazione di tutti i presidi di socializzazione e aggregazione delle persone anziane in Toscana, e loro monitoraggio costante attraverso un tavolo aperto alle Associazioni coinvolte ed alle OO.SS

Il Sistema sociosanitario toscano si arricchisce, a partire dal 2008, delle opportunità finanziarie e organizzative attivate dal fondo per la non autosufficienza e dal Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, di cui il Consiglio Regionale toscano, nella seduta del 31/10/2007, ha approvato il documento preliminare per la legge di costituzione.

Il Progetto di assistenza continua per la persona non autosufficiente interviene sui requisiti del modello organizzativo territoriale, sia per l'accesso alle prestazioni, che per la presa in carico della persona non autosufficiente, e soprattutto sulla certezza che viene data ai cittadini sulla qualità e quantità della prestazione assistenziale appropriata.
Il Progetto impegnerà il sistema dei servizi territoriali, andando a modificarne modalità organizzative, strumenti valutativi,livelli di integrazione professionale e istituzionale.

Gli impegni per il prossimo triennio, sul versante della fragilità, sono di seguito riportati:

- l'archivio regionale della persona anziana fragile
- costruire e sperimentare modalità condivise per l'accertamento e la prevenzione della fragilità
- identificare i servizi di bassa soglia ed i relativi standard.
-

Gli impegni per il prossimo triennio, sul versante degli stili di vita, sono di seguito riportati:

- avviare una ricognizione del sistema di aggregazione sociale diffuso in toscana
- avviare una ricognizione sulle iniziative educative sugli stili di vita
- individuare i criteri regionali integrati per la programmazione dell'offerta abitativa da alimentare con l'edilizia sociale
- avviare un percorso di informazione e di concertazione territoriale per la progettazione locale nelle aree rurali e montane
- supportare la gestione degli investimenti in campo sociale, con risorse destinate
- assicurare una programmazione integrata per la gestione dell'edilizia sociale
- programma regionale per la promozione degli stili di vita
- programma regionale integrato per l'educazione alla salute
- programma regionale integrato di comunicazione sulla salute

Gli impegni per il prossimo triennio, sul versante della non autosufficienza, sono di seguito riportati:

- revisione, in previsione della attivazione del fondo per la non autosufficienza, degli obiettivi della estensione dei servizi domiciliari e semiresidenziali;
- completamento della programmazione delle offerte "modulari" residenziali in tutte le Zone attraverso un percorso di concertazione tra i soggetti istituzionali (S.d.S. o Articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci) e i gestori ;
- avvio della fase pilota del Progetto di assistenza continuativa per la persona non autosufficiente con l'apertura dei P.U.A. e l'adozione delle modalità per la facilitazione dell'accesso
- definizione delle nuove modalità per la valutazione della non autosufficienza con proposta di atto deliberativo
- organizzazione del programma di formazione sulle nuove modalità valutative a tutti gli operatori dei servizi
- ricerca di criteri e approcci valutativi uniformi di fronte alle aree della disabilità e della non autosufficienza attraverso gli strumenti concettuali dell'ICF
- linee guida per la gestione del fondo per la non autosufficienza
- presentazione della bozza di Patto istituzionale per la costituzione e la gestione del fondo da sottoscrivere da parte di tutti i soggetti istituzionali coinvolti
- predisposizione del regolamento attuativo per la gestione del fondo per la non autosufficienza

5.5.2.5 Materno Infantile e Consultori

Il principio di riferimento per le azioni del progetto Nascere in Toscana si sostanzia nel "rispondere ai bisogni della donna in gravidanza e nel puerperio e tutelare la salute del bambino garantendo la massima sicurezza nel rispetto della fisiologicità dell'evento in tale situazione la regione ha avviato, a seguito del protocollo regionale con l'Unicef ed in ottemperanza al progetto europeo " Blueprint" cui partecipa, una serie di azioni regionali per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento materno.

Particolare attenzione è posta , durante il puerperio alle problematiche della cosiddetta" depressione post-partum" per la gestione della quale è in corso un nuovo progetto regionale sperimentale.
Tutte le azioni regionali tengono conto, della trasformazione della società toscana in una società multietnica e prevedono l'abbattimento di barriere linguistiche negli ospedali, attraverso la formazione degli operatori addetti all'accoglienza . Altro perno del progetto è stato la riqualificazione dei consultori che costituiscono un importante strumento, all'interno del Distretto per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, e a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza, delle relazioni di coppia e familiari. Tale riqualificazione, nasce dalla esigenza posta con forza dal nuovo ruolo che le donne hanno acquistato nella società e da un modello sociale di salute che superando il modello biomedico, propone un modello di welfare fondato sulla partecipazione e sull'empowerment, invece del tradizionale modello paternalistico direttivo. Assistiamo quindi al superamento di una concezione culturale e scientifica della malattia e della prevenzione di matrice bio-organicistica, dall'implicito modello di causalità diretta e di sviluppo del processo morboso, ad un modello complesso, ecologico, in cui si integra l'approccio biologico con un approccio psico-socio-educativo. Tale riqualificazione è stata attuata con la delibera 259/2006, prevedendo azioni formative ed organizzative e la creazione in ogni zona-distretto, di un consultorio principale e di un consultorio giovani ridisegnando la Rete regionale consultoriale in grado di fornire un omogeneo livello di prestazioni su tutto il territorio attraverso la funzione di accoglienza, gli interventi di prevenzione, l'erogazione di prestazioni, l'educazione alla salute.
L' istituzione delle UU.FF. consultoriali, laddove è stata realizzata, ha agevolato, in particolare per il percorso nascita e per il percorso IVG, la continuità del percorso assistenziale territorio-ospedale territorio.
Allo scopo di• garantire le prestazioni previste dal protocollo regionale per la gravidanza fisiologica nonché la continuità d'assistenza e l'integrazione ospedale-territorio è in corso il lavoro di una commissione tecnica presso il CSR per definire raccomandazioni e indicazioni che aiutino a costruire percorsi di rete come anche a superare fattori ostacolanti (per es. liste di attesa, necessità di traduzione del libretto ricettario, ecc).
La possibilità di monitorare il percorso nascita, il relativo utilizzo delle strutture pubbliche e private per la varie fasi non può prescindere dalla conoscenza dei dati relativi alle attività consultoriali, ove lo strumento informatico risulta come sempre fondamentale per l'omogeneizzazione dell'organizzazione a tal fine sono stati istituiti due flussi informativi per i consultori, il flusso CON relativo alle caratteristiche organizzative, il flusso SPC relativo alle prestazioni ed alle caratteristiche dell'utenza. Il flusso informatizzato ha lo scopo di rilevare le attività svolte dai Consultori in modo corretto ed omogeneo al fine di avere una visione completa della situazione regionale e disporre di dati di attività omogenei e certi che possono essere utili per una programmazione regionale.

A fronte dei risultati raggiunti bisogna rilevare le seguenti criticità:

- relativamente ai flussi informativi relativi alle attività consultoriali si evidenzia la necessità di perfezionare la loro alimentazione.
- si evidenzia la non completa integrazione tra i vari servizi territoriali ed ospedalieri;
- i percorsi di integrazione interdisciplinare, potrebbero essere maggiormente garantiti con l'istituzione delle UU.FF. e, laddove l'Azienda non ritenga di volerle istituire, è necessario avere comunque delle strutture che ne garantiscano l'attuazione.
- per la parte relativa alla riqualificazione di cui alla delibera 259/2006 è utile definire indicatori specifici relativamente ai requisiti strutturali, di attività, operativi, e Set di valutazione per indicatori e standard di riferimento collegati ai flussi.
- è necessario che sia garantita nel consultorio principale la presenza di tutte le figure professionali e l'apertura di almeno 5 giorni a settimana.
- importante appare un maggior coinvolgimento dei PLS e dei MMG ed loro collegamento con le strutture consultoriali e specialistiche ospedaliere sia per quanto attiene agli aspetti relativi ai corretti stili di vita sia per la gestione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali.

Fondamentale è la capacità del sistema di adattarsi efficacemente alle modifiche demografiche e culturali che si presentano nell'attuale contesto favorendo l'integrazione ed il completo utilizzo dei servizi da parte dei cittadini immigrati e delle fasce più deboli delle popolazione .

Nel prossimo triennio l'impegno è:

- Ø estendere l'ampiezza del percorso e facilitare l'accesso alle categorie che per grado di istruzione, per appartenenza a culture diverse, per condizioni sociali svantaggiate non accedono ai servizi o vi accedono in maniera percentualmente significativamente inferiore rispetto agli altri cittadini;
- Ø Garantire la corretta alimentazione, invio ed analisi dei flussi informativi da parte delle aziende
  - Garantire attività socio-sanitarie e quindi anche l'integrazione aziende SdS o comuni ed ospedale territorio con la definizione di specifici percorsi personalizzati a sostegno della maternità e paternità consapevoli, compreso il parto in anonimato; della valorizzazione della gravidanza e del parto come evento fisiologico; alle donne in gravidanza in difficoltà; della coppia e delle famiglie; delle donne in menopausa; dell'adolescente; dei cittadini di diverse culture.
- Ø La creazione di una rete regionale della mediazione culturale.

Le azioni di informazione e prevenzione devono raggiungere tutti i cittadini presenti sul territorio, devono garantire il raccordo dei servizi ospedalieri con i servizi che operano sul territorio, compresi i PLS ed i MMG per il sostegno alle famiglie ed alle persone, alle forme di contrasto alla violenza su donne e minori, anche attraverso protocolli d'intesa che sanciscano percorsi di accoglienza, tutela e presa in carico di problematiche che per la loro natura necessitano di un approccio multidisciplinare.
Favorire l'orientamento e l'accesso alla fruizione degli interventi sanitari e socio assistenziali per le donne in gravidanza che si trovano in situazioni di difficoltà,segnalando ai servizi territoriali anche azioni che, pur nel rispetto del principio di autodeterminazione della donna, siano finalizzate al superamento delle cause che possono indurre verso la scelta dell'interruzione di gravidanza;
favorire il raccordo con i servizi deputati alla consulenza ed assistenza anche legale, per garantire e sostenere i diritti della donna in gravidanza;
promuovere attività di sostegno all'assunzione delle responsabilità genitoriali
valorizzare il ruolo della genetica quale momento predittivo di fondamentale importanza nelle varie fasi del percorso materno infantile.

- LA GRAVIDANZA

Offrire alla donna gli strumenti informativi e di consulenza ivi compresa l'accessibilità degli accertamenti diagnostici per il monitoraggio della gravidanza fisiologica;per poter assumere una decisione consapevole e per garantire alla donna la comprensione delle conoscenze legate ai percorsi assistenziali in gravidanza e nel puerperio estendo l'ampiezza del percorso e facilitando l'accesso alle categorie che per grado di istruzione, per appartenenza a culture diverse, per condizioni sociali svantaggiate non accedono ai servizi o vi accedono in maniera percentualmente significativamente inferiore rispetto agli altri cittadini favorendo:

- v La partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita e l'accesso agli accertamenti diagnostici in gravidanza anche alle categorie svantaggiate attraverso
  - § La razionalizzazione della presenza dei mediatori eliminando forme di mediazione impropria
  - § La formazione dei mediatori al corretto svolgimento del ruolo in reazione alla conoscenza degli obiettivi della programmazione regionale dei precorsi, ed alla loro semplificazione.
  - § La formazione del personale sociosanitario alle tematiche dell'integrazione,
  - § La creazione di una rete regionale della mediazione culturale .
  - § Offendo attivamente anche attraverso la rete della mediazione ed il supporto dei servizi sociali i servizi
- v La valorizzazione dei ruoli professionali nel monitoraggio della gravidanza fisiologica

- La prevenzione e trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino e delle prematurità;

- La diagnosi precoce dei difetti congeniti attraverso:
  - La modifica dei criteri di accesso alla diagnosi prenatale invasiva, puntando ad offrire una alternativa non invasiva ed uniformando le modalità di accesso su tutto il territorio regionale in un'ottica di riduzione del ricorso alle procedure invasive e di contenimento delle stesse entro la percentuale dei falsi positivi.
    Realizzazione nel triennio.

    Indicatori:
    - Per le gestanti di età ≥ 35 anni, percentuale di rinuncia alla diagnosi invasiva dopo screening negativo della trisomia 21.
    - Per le gestanti di età < 35 anni, percentuale di accesso alla diagnosi invasiva dopo screening positivo della trisomia 21.
    - Numero dei percorsi formativi intrapresi al fine di disporre di un numero sufficiente di operatori in grado di garantire una corretta valutazione ecografica compresa quella relativa alla translucenza nucale fetale in tutto il territorio toscano assicurando uniformità di prestazione e controllo qualità. Realizzazione 2008. Risultati 2009.
    - Rapporto tra il numero di screening ecografici effettuati nel I trimestre di gravidanza e numero totale delle gravidanze esaminate.
    - Verifica annuale presso la Fetal Medicine Foundation (FMF).

- La definizione di precisi percorsi diagnostici nelle condizioni di patologia prenatale per offrire una adeguata e completa risposta alle maggiori aspettative della futura madre.Precisando le caratteristiche delle strutture diagnostiche di I, II e III livello e sviluppandone l'organizzazione in rete . Valorizzando il ruolo dell'Ospedale Pediatrico Regionale di III livello mediante lo sviluppo di prestazioni complesse ed integrate per la diagnosi e terapia pre e post-natale delle patologie congenite in un'ottica di riduzione delle prestazioni di diagnosi e terapia fetale effettuate fuori Regione. Realizzazione nel triennio.

- L'attivazione di strumenti di sorveglianza, sviluppando l'applicazione del Registro Difetti Congeniti nel periodo prenatale secondo le necessità evidenziate negli obiettivi precedenti.

Vanno altresì attivate efficaci campagne di informazione per il rischio SIDS che dovranno coinvolgere il 100% dei genitori dei nuovi nati.
Particolare attenzione dovrà essere posta alla consegna del libretto relativo alle indagini di laboratorio, che dovrà essere fatta dall'ostetrica del consultorio.

- <u>IL PARTO:</u>

In tutti i punti nascita deve essere implementata ogni iniziativa volta al recupero della fisiologia del parto, nel rispetto dei bisogni umani e relazionali, recuperando la personalizzazione dell'evento nascita, l'allattamento al seno, la pratica del rooming-in.
L'esperienza scientifica richiama l'importanza di un avvio precoce dell'allattamento al seno e l'attenzione alla "prima ora" come indicatore del progresso reale della salute ; l'iniziativa OMS/UNICEF per la promozione dell' ospedale amico dei bambini (BFH) va sostenuta ed incentivata al fine di sviluppare una rete regionale BFH.

L'implementazione di modelli organizzativi a conduzione professionale, possono costituire un utile strumento per il recupero della fisiologia del parto.
Il controllo e la riduzione dei parti cesarei possono essere realizzati sia attraverso la formazione del personale sanitario delle sale parto che attraverso l'implementazione di modelli organizzativi che prevedono la separazione di percorsi della gravidanza a basso e ad alto rischio.
I corsi di preparazione alla nascita sono utile strumento per la diffusione di corrette informazioni sia sul parto cesareo che non dovrebbero superare, in base alle indicazioni OMS, il 15% sul totale dei parti , che sui rischi ed i vantaggi dell'analgesia epidurale.
L'analgesia epidurale su richiesta della donna va garantita (20% dei parti) nei punti nascita con oltre 1000 parti annui. Nella morte intrauterina del feto e nell'IVG oltre il 90° giorno va garantita un'analgesia efficace che consenta il controllo del dolore.

OBIETTIVI

FAVORIRE:

- Il recupero della fisiologia del parto, nel rispetto dei bisogni umani e relazionali, recuperando la personalizzazione dell'evento nascita, l'allattamento al seno, la pratica del rooming-in.
- La promozione dell' ospedale amico dei bambini (BFH) ed incentivare lo sviluppo di una rete regionale BFH.
- La corretta presa in carico del bambino da parte del PLS e degli operatori consultoriali

§ IL PUERPERIO

Nell'ambito della rete dei servizi dedicati alla nascita dovrà essere ulteriormente promosso l'allattamento al seno,attivando azioni utili a migliorare il rapporto diretto e naturale tra la madre ed il bambino, anche attraverso la consulenza di personale qualificato a disposizione delle aziende (IBCLC) ; per una migliore assistenza del neonato occorre promuovere la scelta del pediatra di famiglia prima delle dimissioni dal punto nascita, particolare attenzione va posta alla gestione della malattia cronica del neonato, rafforzando il raccordo fra ospedale, rete consultoriale e pediatri di LS.
Si ritiene utile fare una verifica sugli screening e continuare nell'attività per la prevenzione della morte in culla (SIDS)
Il consultorio, in sinergia con i pediatri di famiglia può intervenire nell'offerta attiva delle vaccinazioni, sia per migliorare la copertura vaccinale (100% dei neonati) che per verificare eventuali situazioni di disagio o di rischio prevedendo la possibilità di effettuare visite domiciliari
Il sostegno e la tutela della salute fisica e psichica della madre e del bambino e più in generale del nucleo familiare al momento del rientro a casa dopo la nascita, possono essere garantiti sia attraverso gli ambulatori del puerperio che attraverso le visite domiciliari, ponendo particolare attenzione ai soggetti a rischio (depressione post- partum, soggetti con pregressi disturbi psichici, tossicodipendenti, ecc.).Rafforzando l'attività ed il grado di integrazione tra gli attori del sistema. Ostetrica, P I S , l'assistente sociale
In particolare in presenza di soggetti a rischio, anche in raccordo con gli altri servizi sanitari e sociali del territorio attraverso la definizione di protocolli condivisi.
Al momento delle vaccinazioni obbligatorie va verificata l'avvenuta scelta del pediatra ed il monitoraggio del tasso di allattamento al seno.
OBIETTIVI

- Migliorare il rapporto diretto e naturale tra la madre ed il bambino incentivando l'allattamento al seno, anche attraverso la consulenza di personale qualificato a disposizione delle aziende (IBCLC)

- Migliorare la gestione della malattia cronica del neonato, rafforzando il raccordo fra ospedale, rete consultoriale e pediatri di LS e SdS.
- Promuovere la scelta del pediatra di famiglia prima delle dimissioni dal punto nascita,
- Promuovere Il sostegno e la tutela della salute fisica e psichica della madre e del bambino e più in generale del nucleo familiare al momento del rientro a casa dopo la nascita

BILANCI DI SALUTE E SVILUPPO DEL BAMBINO

La crescita e lo sviluppo del bambino non possono prescindere da due importanti aspetti organizzativi del sistema,il primo legato all' attività del pediatra di libera scelta il secondo più articolato e complesso collegato alle attività consultoriali .Per quanto attiene il primo, grande importanza ,nell'ottica di una sanità di iniziativa ,riveste l'effettuazione dei bilanci di salute sia come strumento di controllo dell'armonico sviluppo fisiologico del bambino, sia come strumento .,nel caso siano effettuate a domicilio ,per poter valutare il contesto sociale ove il bambino vive ed attivando quindi attraverso la struttura consultoriale tutte le professionalità utili alla soluzione dei problemi riscontrati .Va da se la necessità di una stretta collaborazione tra struttura della PLS e le attività consultoriali . e la SdS .
Per i bilanci di salute vanno incentivate le visite domiciliari dei pediatri di famiglia nei casi svantaggiati .

Obiettivi

- estendere l'ampiezza dell'offerta di servizi e facilitare l'accesso alle categorie che per grado di istruzione , per appartenenza a culture diverse,per condizioni sociali svantaggiate non accedono ai servizi o vi accedono in maniera percentualmente significativamente inferiore rispetto agli altri cittadini
- Garantire la corretta alimentazione, invio ed analisi dei flussi informativi da parte delle aziende
- Garantire attività socio-sanitarie e quindi anche l' integrazione aziende SdS o comuni ed ospedale territorio con la definizione di specifici percorsi personalizzati a sostegno:

§ ADOLESCENZA

Le attività di promozione della salute e di prevenzione del disagio in età adolescenziale devono muoversi in un'ottica di prevenzione primaria multidimensionale volta ad intervenire tempestivamente sulle varie forme che il disagio può assumere.
Gli studi fatti sull'efficacia degli interventi preventivi hanno evidenziato che i migliori risultati di esito in termini di efficacia riguardano gli interventi volti a valorizzare le competenze dei giovani e la loro capacità di scelta consapevole.

OBIETTIVI

- potenziare e diffondere i consultori giovani assicurando almeno un consultorio giovani per SdS con la presenza di operatori capaci di relazione interattiva e di comunicazione con gli adolescenti anche in relazione ad una sessualità consapevole, ad una corretta informazione sulla contraccezione e sugli stili di vita,
- Sviluppare l'attività di prevenzione e di promozione della salute anche in ambito collettivo ed in particolare in ambito scolastico inserendola anche all' interno dei nei programmi scolastici per favorire la prevenzione dei comportamenti a rischio.
- Favorire la prevenzione del disagio psico-sociale .

Ruolo dei Consultori Adolescenti o Centri Consulenza Giovani

I Consultori Adolescenti svolgono un ruolo progettuale ed operativo nei percorsi di promozione del benessere, prevenzione del disagio e presa in carico delle tematiche adolescenziali e giovanili, all'interno delle attività consultoriali integrandosi con i servizi zonali, intra ed extra ASL, rispondendo alle linee di indirizzo previste dal Piano Sanitario Nazionale e dai Piani Regionali precedenti in merito alla salute degli adolescenti e dei giovani, ponendosi sempre più come punto di riferimento per una fascia di popolazione adolescenziale e giovanile che presenta forme di disagio più o meno latente e che non trova attualmente accoglienza nella rete dei servizi, per come essa fino ad ora è strutturata.

Finalità complessive di questo Servizio sono:

- Sostenere i processi evolutivi, in sinergia con gli adulti di riferimento, tramite azioni-interventi integrati fra scuole-servizi-famiglie, promuovendo nei ragazzi/e le competenze evolutive e la riorganizzazione di sé, facendo leva sui fattori protettivi e di resilience (individuali, ambientali, relazionali, socio-culturali-educativi).
- Offerta di contesti (Consultori Adolescenti) dove sia possibile accogliere, riconoscere, contenere, rielaborare, restituire aspetti utili a prevenire o riconoscere tempestivamente il disagio nelle sue varie accezioni ed accompagnare l'utenza nei percorsi assistenziali previsti.
- Collaborare con gli adulti di riferimento (familiari, insegnanti, operatori socio-sanitari) sostenendo le loro competenze educative.

Bisogni a cui i Centri Consulenza Giovani vogliono dare risposta

Partendo dall'assunto che l'adolescenza rappresenta una fase a sè stante dello sviluppo, con caratteristiche e bisogni specifici, i Consultori Adolescenti rappresentano uno spazio dove ragazzi e ragazze, dai 14 fino ai 24 anni, possono incontrare adulti di riferimento che li sappiano accogliere, riconoscere ed ascoltare, aiutandoli ad attuare scelte di salute consapevoli, e rappresentano una occasione di osservazione ed avvistamento di disagi più o meno emergenti.

Tipologia della popolazione adolescenziale:

la popolazione adolescenziale e giovanile si connota con caratteristiche di complessità sempre maggiori:

- famiglie multiproblematiche,
- stranieri residenti e non,
- minori stranieri non accompagnati,

I Bisogni ai quali i Consultori Adolescenti devono dare risposta sono costituiti da:

- aiuto nella risoluzione della fase-crisi adolescenziale.
- affrontare disagi ed esposizioni a rischi macroscopici quali ad esempio:
    . concepimenti non programmati,
    . interruzioni volontarie di gravidanza,
    . malattie sessualmente trasmissibili,
    . disordini del comportamento alimentare,
    . abusi, maltrattamenti, prostituzione minorile,
    . disagi psicologici latenti da decodificare

Caratteristiche di questi servizi:

- fruibilità: accesso libero, gratuito, senza richiesta medica o consenso dei genitori
- garanzia della privacy,
- punto di accesso e di raccordo nelle rete dei servizi, anche per situazioni più difficili.

Gli obiettivi che il servizio si pone sono:

- farsi carico delle richieste di aiuto degli adolescenti e dei giovani offrendo loro risposte pertinenti
- promozione del benessere, tutela della salute, prevenzione del disagio e dei rischi adolescenziali nelle loro ampie accezioni
- promozione di una cultura della tutela e del sostegno dei diritti dei minori e degli adolescenti (scelte consapevoli, pari opportunità nelle diversità sessuali, non violenza).

Attività previste, modello d'intervento, integrazione e rete nei progetti e nei percorsi preventivi ed assistenziali

Essendo il mondo adolescenziale, oggetto convergente di progetti ed iniziative, le attività rivolte ad esso prevedono necessariamente l'accordo per i comuni programmi d'intervento e per una collaborazione operativa integrata fra tutti gli Enti ed i Servizi preposti.
All'interno dei "Percorsi assistenziali" i Consultori Adolescenti si collocano come "punto della rete dei servizi", mediante équipes multidisciplinari con funzione di risposta integrata alla promozione della salute e alla presa in carico. La presenza di equipe multiprofessionali, all'interno dei Consultori Adolescenti, con operatori (ginecologi, ostetriche, psicologi, assistenti sociali, assistenti sanitarie, infermieri professionali, educatori professionali, dietisti, neuropsichiatri infantili, pediatri) provenienti da diverse Unità Funzionali (ASC, SMIA SMA, , SERT, SIAST), costituisce un punto di partenza del servizio. La complessità della tipologia dell'utenza ed i bisogni che emergono, comporta la necessità di rapporti interfaccia ed un costante lavoro in rete con altri servizi ed operatori intra ed extra Azienda: con la Salute Mentale infanzia-adolescenza, con la Salute Mentale adulti, con l'Educazione alla salute, con il Servizio Sociale, con il Servizio di mediazione linguistico-culturale, con i Medici di Medicina Generale, con i pediatri, con i Servizi diagnostici specialistici, con i Servizi ospedalieri ed Universitari (per accertamenti in day-hospital ed emergenza), con il Servizio dietologico, con laboratorio analisi, con i Giudici Tutelare, con la Procura Minori e con i Tribunali per i Minorenni e con il Tribunale Ordinario e l'integrazione con altre specifiche professionalità necessarie per i campi di intervento dei Consultori Adolescenti.
Il Servizio privilegia un approccio globale all'adolescente, dove non vi sia scissione fra corpo e mente e dove i temi della sessualità sono strettamente correlati al corpo, agli aspetti intrapsichici e relazionali, a quelli sociali e culturali, allo sviluppo dell'identità.
Un ambito d'intervento fondamentale è rappresentato dall'attività che i Consultori Adolescenti svolgono nel territorio (Scuole, Associazioni, Quartieri) nei Progetti Life Skills Education, Peeer Education e nei Progetti di promozione di Stili di Vita Consapevoli, raccordandosi con i Progetti specifici previsti a livello Regionale, nei Progetti previsti dalle Linee Regionali e dagli altri Enti del territorio (SdS, Ufficio Scolastico Regionale, Provincia, Comuni).
In questa ottica di integrazione Istituzionale si conferma per i Consultori Adolescenti la collaborazione a progetti integrati Regionali (es. Percorso DCA, Alimentazione e Salute, Maltrattamento e Abuso ai Minori).
Formazione: fondamentale risulta la necessità di formazione continua degli operatori dei Consultori Adolescenti, in un'ottica di integrazione e lavoro congiunto, con tutti gli altri operatori dei Servizi che entrano nei Percorsi per gli adolescenti.

Cure palliative pediatriche

Nel corso del triennio proseguirà l'azione di consolidamento della rete delle cure palliative.
Per quanto riguarda gli adulti si tratterà di portare a compimento le azioni definite da un'ampia produzione normativa regionale, relativamente alle cure palliative pediatriche sarà necessario un lavoro di definizione e formalizzazione anche alla luce dell'accordo sottoscritto fra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, in data 27.06.2007.

I dati epidemiologici evidenziano una mortalità annuale da patologia non guaribile pari a 1 su 10.000 bambini da 1 a 17 anni ed una prevalenze di patologie inguaribili, nella stessa fascia d'età, pari a 10 su 10.000 minori.
Il 30% di questi bambini sono oncologici il restante è affetto da patologie metaboliche o genetiche.
In toscana attraverso l'ultima analisi disponibile della mortalità si possono estrarre 78 bambini morti per le cause sopra precisate; ciò significa che possiamo stimare un fabbisogno di cure palliative di circa 700-800 casi.
In questo ambito l'obiettivo prioritario del triennio sarà la realizzazione della rete delle cure palliative pediatriche che dovrà tener conto della necessità di provvedere sia ad un assistenza a domicilio del paziente, sia alle forme di assistenza residenziale che si renderanno necessarie.

5.5.2.6 Salute Immigrati

L'Azione del Piano sanitario regionale 2005-2007 aveva come oggetto di riferimento la tutela della salute di soggetti provenienti da Paesi extracomunitari con l'obiettivo di passare dall'erogazione di servizi d'emergenza e di prima accoglienza a servizi che tenessero conto delle differenti identità dei nuovi utenti, garantendo in ogni caso i livelli di assistenza previsti dal Decreto legislativo 286/98 e dal relativo regolamento di attuazione DPR 394/99.

Gli obiettivi specifici indicati e gli strumenti individuati per il loro conseguimento hanno facilitato l'accesso dei cittadini extracomunitari a servizi e prestazioni, offerti alla collettività da parte del sistema sanitario toscano, garantendo con ciò le condizioni anche per l'auspicato processo d'integrazione nella società toscana.

Il cittadino immigrato costituisce parte attiva del tessuto sociale toscano e pertanto l'assistenza sanitaria deve essere inserita nel contesto delle politiche integrate per l'immigrazione e volta a garantire pari opportunità di accesso ai servizi con i cittadini italiani.

In questo contesto deve essere perseguito l'obiettivo primario dell'iscrizione al servizio sanitario di tutti i soggetti in possesso di adeguato titolo di soggiorno, tenuto presente che le forme di assistenza collegate al rilascio del tesserino per stranieri temporaneamente presenti (STP), irregolarmente presenti in Italia, sono riservate ai soggetti in condizioni di indigenza e limitatamente al permanere dello stato di irregolarità.

L'integrazione delle politiche regionali sull'immigrazione è lo strumento per limitare a livelli fisiologici le situazioni di marginalità legate a presenze clandestine e per creare le condizioni, in campo sanitario, per assicurare alla generalità di immigrati livelli di assistenza pieni e paritari con i cittadini italiani.

Questi livelli pieni di tutela , nello specifico, dovranno essere assicurati in riferimento a particolari situazioni di vulnerabilità (donne in stato di gravidanza e puerperio, minori, vittime di tratta, richiedenti asilo, soggetti con gravi problemi di salute..), presenti in Toscana per protezione sociale, motivi umanitari e motivi straordinari.

Tra le tipologie di stranieri destinatari degli obblighi e dei benefici previsti dall'art. 34 del Decreto Legislativo 286/98, che prevede l'iscrizione obbligatoria al servizio sanitario nazionale, quella relativa al permesso di soggiorno per asilo umanitario è applicabile a tutta la casistica di motivi umanitari che possono giustificare un'autorizzazione al soggiorno in Italia.

Relativamente all'assistenza ai cittadini Comunitari la Regione Toscana è impegnata nel fornire livelli di assistenza conformi a Direttive e Regolamenti dell'Unione Europea.

In particolare, con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo 30/2007, avente ad oggetto "Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri", è necessaria la revisione delle modalità e procedure d'iscrizione al Servizio sanitario dei cittadini comunitari.

Per l'uniformità dei trattamenti è indispensabile il coordinamento delle iniziative che fanno capo alle competenze degli Enti preposti a garantire la libera circolazione ed il godimento dei diritti: Ministeri, Regioni, Comuni, Aziende sanitarie, Prefetture, Questure.

Specifiche problematiche riguardano i Paesi di recente entrati a far parte dell'UE a causa dell'applicabilità, dal momento dell'ingresso nell'Unione, della normativa comunitaria in luogo di quella specifica per cittadini extracomunitari, precedentemente applicata.

La fase del passaggio da un regime all'altro richiede gradualità e l'adozione di iniziative coordinate per non creare fratture nel godimento di diritti; nello specifico dell'assistenza sanitaria la perdita del vecchio titolo all'assistenza non può comportare interruzioni in carenza di nuovo titolo che dia diritto all'accesso alle prestazioni sanitarie.

In particolare nei confronti di cittadini neo-comunitari, irregolarmente presenti in Italia prima dell'ingresso del loro Paese nell'Unione, devono essere individuate forme transitorie di assistenza e prese iniziative che facilitino la regolarizzazione della loro presenza in Italia, in primo luogo attraverso la regolarizzazione del rapporto di lavoro.

Sotto l'aspetto dell'onere finanziario, le prestazioni sanitarie ai cittadini comunitari, sono erogate prevalentemente con onere a carico dell'Istituzione competente del Paese di origine, in altri casi con onere a carico del servizio sanitario in presenza di titolo per l'iscrizione all'anagrafe assistiti.

Nel primo caso si genera l'addebito all'istituzione estera, attraverso procedura informatica europea , TESS (Telematica Europea per la Sicurezza Sociale) effettuata dall'Azienda USL che ha erogato la prestazione, attraverso l'invio dell'addebito (formulario E125) al Ministero della Salute, che funge da camera di compensazione con le istituzioni estere degli addebiti di prestazioni erogate in Italia a stranieri comunitari e di prestazioni erogate ad Italiani nell'ambito dei Paesi UE.

Ciò genera i flussi relativi alla mobilità internazionale, i cui saldi andranno addebitati ai bilanci delle competenti Aziende sanitarie.

Questa procedura sarà sostituita con un altro applicativo ASPEC (Assistenza Sanitaria Paesi esteri convenzionati), predisposto dal Ministero della salute in collaborazione con le Regioni, già in fase di sperimentazione che prevede la trasmissione telematica dei dati contabili (fatturato attivo e passivo) dalla Aziende USL alle Regioni e da queste al Ministero della salute, il quale continua a fungere da coordinamento con gli Stati esteri.

Questa procedura riguarderà sia gli stati comunitari, sia quelli extracomunitari con i quali esistono rapporti bilaterali.

Per il prossimo triennio gli obiettivi sono di seguito riportati:

- La definizione di percorsi assistenziali integrati per stranieri in situazioni di disagio, vittime di incidenti o colpiti da gravi malattie, che, in dimissione dal contesto ospedaliero, siano sprovviste di adeguate forme di assistenza;
- l'adozione di strumenti epidemiologici per il riconoscimento e la valutazione dei bisogni;
- lo sviluppo di interventi formativi per favorire l'accesso ai servizi, nonché di specifiche iniziative d'informazione di educazione alla salute nei luoghi di lavoro e sui temi relativi alla salute collettiva;
- l'utilizzo dei mediatori culturali, lo sviluppo di politiche di formazione all'inter-cultura per il personale socio-sanitario, l'adattamento dei servizi socio-sanitari ad un'utenza pluri-culturale.
- Rendere possibile la verifica e la certificazione da parte della Regione dei dati contabili inviati dalle proprie Aziende. Conseguentemente da ora e per gli anni futuri i flussi contabili della mobilità sanitaria internazionale impegneranno Regione ed Aziende per quanto concerne la messa a regime e l'implementazione del nuovo applicativo informatico, la completa rilevazione delle prestazioni che generano flussi attivi e la corretta gestione della mobilità internazionale nel suo insieme.

5.5.2.7 La salute in carcere

In ragione di quanto premesso ed enunciato nel Dlgs n.230/99 è stata approvata la Legge Regionale n. 64/05, recante "Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli Istituti penitenziari ubicati in Toscana" ed il 2 Maggio 2007 è stato siglato un Protocollo d'Intesa tra la Regione Toscana, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria ed il Centro di Giustizia Minorile che, di fatto, ha dato il via ai lavori del Gruppo Tecnico di Coordinamento Interistituzionale per l'applicazione della L.R. n. 64/05.
Nel frattempo, oltre al progressivo assestamento dell'organizzazione dei servizi già transitati al Sistema Sanitario Regionale ed alle Aziende Sanitarie (Dipendenze e Prevenzione), sono state attivate sia dalla Regione che dalle stesse Aziende Sanitarie, diverse Azioni a supporto della Salute in Carcere (Fornitura Farmaci, Opuscoli informativi sugli stessi Farmaci ed altri servizi per i detenuti, Proiezione Consultoriale Ginecologica e Pediatrica, Fornitura di Protesi dentarie mobili, Supporto alla Continuità assistenziale, Progetto Eracle, Progetto Retintegrare, Acquisto di Strumenti Biomedicali ecc.) in attesa ed in modo propedeutico allo stesso percorso previsto dal Dlgs n. 230/99 che nel frattempo ha ripreso il suo iter nazionale.
Sono intanto partiti i lavori di Coordinamento delle tre Aree Vaste come laboratorio integrato permanente (Aziende Sanitarie e Direzioni Sanitarie degli Istituti Penitenziari del territorio di competenza) che hanno funzione propositiva verso il Gruppo di Coordinamento Regionale Interistituzionale che svolge compiti di Cabina di Regia, Sintesi e Monitoraggio del percorso e delle risorse per il Sistema Sanitario Regionale per la Salute in Carcere come previsto dalla L.R. n. 64/05 adesso e del Dlgs n.230/99 in corso di riattivazione e si è anche proseguito nella definizione e formalizzazione della Cartella Clinica Informatizzata come elemento base per il costituendo Osservatorio Epidemiologico Regionale.
Si sono anche avviate forme di informazione e partecipazione diretta dei detenuti con particolare riguardo ai percorsi di preparazione all'uscita, anche tramite interventi orientati al recupero del ruolo di cittadinanza e con il coinvolgimento delle associazioni del terzo settore coinvolte anche tramite le Società della Salute.

E' stato avviato un buon livello di leale collaborazione tra la Regione Toscana, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria ed il Centro di Giustizia Minorile pur tenendo conto di un'attuale discrepanza evidente tra le due Istituzioni coinvolte data dall'autonomia Regionale in materia sanitaria (Articolo V della Costituzione) mentre l'Amministrazione Penitenziaria è ancora centralizzata a livello nazionale ed in questa fase, dove il Dlgs n.230 è ancora in parte sospeso, anche per la Sanità Penitenziaria ancora a carico del Ministero della Giustizia.
Questo situazione attuale complica il percorso avviato con la Legge Regionale n. 64/05 la cui concreta applicazione rimane in parte vincolata alla reale riattivazione nazionale del Dlgs n.230/99, prevista per il 2008, specie per la definizione ed il reperimento in Finanziaria, e da questa alle Regioni, delle risorse necessarie per i Sistemi Sanitari Regionali per la Salute in Carcere derivanti dal transito delle attuali insufficienti risorse impiegate dal Ministero della Giustizia in materia sanitaria al Ministero della Salute e la valutazione della quota mancante per il raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza equiparati a quelli dei cittadini liberi (con deroga su Farmaci e Protesi dentarie nel caso della popolazione detenuta in considerazione delle particolari condizioni di ristrettezza) e per la soluzione dell'adeguato transito del Personale Sanitario dell'Amministrazione penitenziaria al Sistema Sanitario Regionale e del loro inquadramento giuridico e funzionale.
Nel prossimo triennio gli obiettivi sono di seguito riportati:

- Riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale per la Salute in Carcere (che comprende tutti i settori inerenti alla Tutela della Salute della Persona, compreso l'OPG, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza) con conseguente redazione del Progetto Obiettivo regionale (di cui all'art. 3 della L.R. 64/2005) specie con il varo del Dlgs n.230/99.
- Rafforzamento, formalizzazione ed operatività del Gruppo Tecnico Interistituzionale Regionale che agisca da Comitato regionale con funzione di coordinamento e verifica del percorso integrato di applicazione della legge.

- Attivazione di un Osservatorio Regionale permanente per la Salute in Carcere a supporto del Sistema Sanitario Regione con incentivazione della realizzazione e fattiva messa a regime dello strumento della cartella clinica informatizzata.
- Attivazione di Punti Attrezzati di Ricovero Ospedaliero per Area Vasta complementari funzionalmente con i Servizi Territoriali di Presa in Carico.
- Progettazione, valutazione e realizzazione di esperienze innovative di organizzazione di Servizi Sanitari, sostenibili anche dal punto di vista della Sicurezza, come per esempio Poliambulatori di confine utilizzati sia dalla popolazione detenuta che da cittadini liberi.
- Individuazione ed attivazione di Strutture Intermedie per Area Vasta in alternativa all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo e per internati residenti in Toscana.
- Attuazione di iniziative di formazione per gli operatori sanitari del Sistema Sanitario Regionale, di quelli penitenziari e del personale di Polizia Penitenziaria, al fine di favorire l'omogeneizzazione degli interventi alle metodiche del Sistema sanitario regionale pur tenendo conto delle specificità istituzionali carcerarie.
- Coinvolgimento, nel rispetto delle singole autonomie e competenze, delle realtà territoriali del Volontariato e del Terzo Settore che agiscono a vario titolo nelle Carceri, anche mediante il coinvolgimento delle Società della Salute di riferimento.
- Promozione e istituzione di momenti di "Ascolto" e "Consultazione periodica" dei detenuti da attivare e mantenere in tutti gli Istituti Penitenziari in accordo tra le Aziende Sanitarie e le Direzioni di Istituto.

Assunzione di iniziative per la definizione delle modalità organizzative dell' "Ufficio regionale del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale".

6. I PROGETTI SPECIALI DEL PIANO SANITARIO 2005-2007 - I risultati raggiunti e le criticità emerse

6.1 Le azioni per la prevenzione e la cura dei tumori

Obiettivi del PSR 2005-2007:

- Prevenzione primaria: lotta al fumo, promozione della adozione di stili di vita sani (esercizio fisico, alimentazione, consumo non eccessivo di alcool), riduzione della esposizione ai raggi UV specie in giovane età.
- Prevenzione secondaria per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto: estensione a tutta la popolazione target con elevati livelli di adesione
- Prevenzione primaria e secondaria del melanoma: campagne di educazione sanitaria rivolta alla popolazione, formazione degli operatori sanitari di 1° livello ed integrazione con quelli di 2° livello.

PREVENZIONE PRIMARIA

Lotta al fumo e stili di vita corretti (esercizio fisico, alimentazione, consumo non eccessivo di alcool), riduzione della esposizione ai raggi UV.

Nel Maggio 2006 sono state pubblicate a cura dell'Istituto Toscano Tumori le raccomandazioni regionali in ambito di prevenzione primaria che hanno trattato le tematiche relative (in termini di evidenze scientifiche, dati epidemiologici, linee guida nazionali ed internazionali) a:

- fumo di tabacco,
- alimentazione e attività fisica,
- alcol,
- agenti infettivi,
- ambienti di lavoro,
- ambienti di vita,
- prevenzione in età pediatrica e adolescenziale.
-

Nel Maggio 2007 sono state pubblicate sempre a cura dell'Istituto Toscano Tumori le raccomandazioni per la prevenzione, diagnosi precoce e il trattamento del melanoma.
Numerose sono state, inoltre, le iniziative relativamente a questi argomenti i cui obiettivi sono stati quelli di promuovere azioni di intervento in particolari contesti. Si ricordano a questo proposito:

- Istituzione di un "Gruppo Regionale di Coordinamento Tecnico Intersettoriale sul Tabagismo"
- studio di fattibilità sull'offerta di counseling per la cessazione del fumo a donne fumatrici residenti a Firenze e afferenti ai servizi di screening per il tumore della cervice uterina con l'obiettivo di verificare se un contesto di screening oncologico possa essere adeguato per la somministrazione di interventi già validati di disassefuazione al fumo e possa quindi rappresentare un ulteriore ambito di azione oltre quelli già consolidati (esempio Centri Antifumo);
- progetto di intervento nella popolazione lavorativa di Massa e Viareggio. E' prevista l'attuazione di uno studio pilota preliminare atto a predisporre dei questionari per il rilevamento degli stili di vita e della condizione lavorativa, a descrivere le caratteristiche della popolazione in studio relativamente a fumo, abitudini alimentari e attività fisica, a valutare gli strumenti messi in atto;
- monitoraggio, attraverso uno studio multicentrico nazionale, della applicazione della legge Sirchia;
- progetto "Piano Mirato Toscano ,di durata biennale, sul Rischio da Radiazione Ultravioletta Solare nei Lavoratori Outdoor" coordinato dal Settore Prevenzione e Sicurezza della Regione Toscana.

PREVENZIONE SECONDARIA

Attività di screening oncologico organizzato per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto nella regione toscana negli anni 2005-2007

- Attività di monitoraggio in loco

I programmi di screening in essere nelle Aziende USL hanno ricevuto periodicamente una visita di un gruppo di referenti a carattere interdisciplinare del Centro di Riferimento Regionale presso il CSPO (CRR), come previsto dalla delibera GR n. 1342 del 20.12.2004.
Nell'ambito di queste visite è stata valutata la qualità organizzativa e professionale dei programmi e concertate assieme agli operatori le azioni migliorative da intraprendere, regolarmente comunicate alla Direzione dell'ITT e alle direzioni delle Aziende USL. Questo lavoro, che si svolge con una buona cooperazione di tutte le Aziende USL configura un modello operativo di rete per la prevenzione oncologica in Toscana, tra i più avanzati a livello nazionale.
Ben undici Aziende USL hanno inoltre aderito alla raccolta dei dati per il monitoraggio del trattamento chirurgico delle lesioni mammarie screen-detected (casistica 2006-2007), nell'ambito di un progetto regionale finanziato con i fondi messi a disposizione dal Ministero della Salute con la legge 138 del 2004.
.

- Attività di monitoraggio attraverso la raccolta di indicatori di estensione e adesione

Le Aziende Sanitarie della Toscana hanno dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. In particolare se si confrontano i dati complessivi regionali con quelli complessivi italiani si può rilevare come la nostra regione si collochi al di sopra di tutti i valori medi nazionali.
Di seguito riportiamo i principali risultati espressi come percentuale di estensione dei programmi e di adesione della popolazione bersaglio osservati negli anni 2005 e 2006.

Indicatori di estensione e adesione-Anno 2006

2006	**MAMMELLA**		**CERVICE**		**COLON-RETTO**	
	Estensione	Adesione	Estensione	Adesione	Estensione	Adesione
Obiettivo	**100%**	**80%**	**100%**	**60%**	**100%**	**50%**
ASL 1	75,4	72,2	129,5	44,6	1,4	34,7
ASL 2	92,4	53,7	89,2	35,9	106,9	35,2
ASL 3	83,9	63,0	102,8	41,3	17,8	66,8
ASL 4	113,5	75,8	91,4	64,2	63,0	51,0
ASL 5	69,8	65,1	66,8	55,1	96,4	51,6
ASL 6	77,8	74,8	95,1	41,4	86,3	48,9
ASL 7	88,5	65,1	100,4	43,2	12,0	48,9
ASL 8	92,7	68,1	86,7	47,.2	78,6	60,1
ASL9	92,1	72,0	124,3	51,3	0	
ASL 10	79,8	72,9	111,6	56,1	81,9	50,9
ASL 11	95,3	60,3	77,9	58,6	84,9	56,9
ASL 12	111,6	63,1	109,5	53,0	99,5	19,2
TOTALE	**86,3**	**68,2**	**98,0 %**	**49,6%**	**65,0%**	**48,6%**
ITALIA (2005)	50,3	60,9	24,8 §	36,7	11,7	46,5

Indicatori di estensione e adesione-Anno 2005

2005	**MAMMELLA**		**CERVICE**		**COLON-RETTO**	
	Estensione*	Adesione	Estensione	Adesione	Estensione	Adesione
Obiettivo	**100%**	**80%**	**100%**	**60%**	**100%**	**50%**
ASL 1	82,6	75,0	123,4	31,8	0	
ASL 2	73,7	66,7	86,3	36,7	81,0	28,4
ASL 3	82,3	79,6	110,3	46,3	33,6	71,7
ASL 4	64,9	76,5	76,0	51,7	32,7	54,1
ASL 5	64,0	73,5	74,8	55,4	87,2	59,7
ASL 6	70,0	65,2	85,7	39,9	91,3	45,7
ASL 7	94,6	66,3	96,0	41,6	0	
ASL 8	77,9	72,3	61,0	51,8	88,0	63,2
ASL9	67,7	60,2	138,9	43,6	0	
ASL 10	103,6	71,8	99,8	55,5	43,8	50,4
ASL 11	98,3	62,4	136,0	51,3	103,8	46,1
ASL 12	92,4	65,2	105,2	46,1	0	
TOTALE	***83,7***	**70,2**	***95,5%***	***47,1%***	***50,4%***	***51,6%***
ITALIA (2005)	50,3	60,9	24,8 §	36,7	11,7	46,5

*Estensione grezza (non tiene conto dei soggetti esclusi dall'invito per condizioni particolari come esami già effettuati o malattie invalidanti)

§ Estensione screening citologico: popolazione invitata per anno espressa come % rispetto alla popolazione obiettivo da invitare nei tre anni. In pratica ogni anno si dovrebbe invitare il 33% della popolazione obiettivo dei 3 anni.

Questi risultati, assieme a una attenta valutazione degli indicatori di processo clinico, vengono pubblicati ogni anno come Rapporto Regionale sui programmi di screening oncologico, quest'anno alla sua ottava edizione, a testimonianza della completezza e continuità dell'attività di monitoraggio (consultabili su www.cspo.it).

.

Commento ai dati e analisi delle criticità

Se si valuta il macrodato, per quanto riguarda lo screening cervicale, si può affermare che l'obiettivo regionale di estensione pari al 100% è praticamente raggiunto con un anno di anticipo rispetto a quanto stabilito dal PSR 2005-2007. Lo screening del cancro colo-rettale mostra un notevole incremento dei livelli di estensione che aumenteranno ulteriormente nell'anno 2007, anche se è probabile che non si possa raggiungere il traguardo del 100% fissato dal PSR. L'estensione dello screening mammografico appare invece ormai stabilizzata su valori di poco superiori all'80% ed è probabile che l'obiettivo del 100% non sia raggiungibile entro la fine del 2007. Analizzando i valori di adesione a livello regionale si segnala un progressivo incremento di questo indicatore nello screening cervicale e una sostanziale tenuta nello screening mammografico e colo-rettale (in quest'ultimo caso a fronte di un notevole aumento dei livelli di estensione). Per tutti e tre i programmi di screening, il livello di adesione degli anni 2005-2006 è inferiore all'obiettivo prefissato dal PSR che stabilisce il traguardo del 60, 80 e 70% per lo screening cervicale, mammografico e colo-rettale rispettivamente. Anche se, analogamente alla estensione, il livello di partecipazione può essere correlato alle capacità organizzative dei programmi in termini di facilitazione di accesso, questo parametro risente fortemente anche di altri fattori che non sono tutti controllabili e facilmente modificabili dai programmi di screening organizzato. Ad esempio i dati della indagine campionaria PASSI segnalano che il 75% delle donne in fascia di età di screening ha eseguito un pap-test negli ultimi 3 anni: confrontando queste osservazioni con i dati forniti dal CRR se ne deduce che una quota parte delle donne si sottopone ad indagini preventive al di fuori e indipendentemente dall'offerta di sanità pubblica e con intervalli probabilmente più ravvicinati rispetto a quelli raccomandati. Relativamente, invece, allo screening mammografico lo studio PASSI evidenzia come, in Toscana, ha eseguito una

mammografia a scopo preventivo rispondendo alla chiamata attiva il 67% delle donne in fascia 50-69 anni. Relativamente al 2006 non sono evidenti gli effetti della campagna di sensibilizzazione regionale condotta nell'autunno dello stesso anno che può aver, invece, inciso sull'andamento dei livelli di adesione a partire dai primi mesi del 2007.
In conclusione dai risultati osservati emergono, a fronte di un andamento generale dei programmi di screening oncologico tra i migliori in Italia, criticità a livello regionale sia in termini di risorse allocate sia relative all'informatizzazione che determinano difficoltà a raccogliere, estrarre e analizzare i dati di alcuni programmi.

Proposte per la soluzione delle criticita' evidenziate all'interno dei programmi di screening per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto

1. Allocazione di risorse economiche: per il raggiungimento degli obiettivi fissati su base nazionale e regionale, è necessario che siano destinate da parte delle Aziende maggiori risorse e che sia ulteriormente sottolineato il mandato regionale verso le direzioni aziendali affinché considerino come obiettivo prioritario la completa attuazione dei tre programmi di screening oncologico.
   L'andamento degli screening oncologici nelle singole aziende verrà inserito nel sistema di valutazione (bersaglio), affinché i risultati del monitoraggio concorrano alla definizione delle risorse attribuite alle Aziende Sanitarie.
2. Allocazione di risorse umane: è necessario che le Aziende USL garantiscano con continuità adeguate risorse di personale per il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti riguardo alla estensione del programma. Le direzioni aziendali devono coinvolgere attivamente nelle scelte decisionali i responsabili organizzativo, clinico e valutativo, i quali devono effettivamente destinare una parte del proprio tempo lavorativo a questa attività. Si ritiene inoltre opportuno che vi sia una maggiore integrazione tra il primo (test di screening) e il secondo e terzo (diagnosi e terapia) livello dello screening: a tal fine è opportuno attivare una offerta formativa atta a qualificare la collaborazione interdisciplinare in ambito clinico e a rafforzare l' impegno motivazionale. I buoni risultati di estensione e di adesione infatti si registrano in quelle aziende che si sono adoperate nel fornire personale competente, adeguatamente formato.
3. Informatizzazione del sistema: i fondi della Legge Nazionale 138 per gli anni 2004 e 2005 sono stati quasi tutti interamente destinati alla costituzione del flusso regionale sugli screening e alla informatizzazione dei programmi di screening aziendale. E' quindi immaginabile che nel prossimo triennio si possano registrare sostanziali miglioramenti nel monitoraggio interno ed esterno dei programmi di screening.
4. Coinvolgimento della Medicina Generale: l'ottimizzazione dei livelli organizzativi contribuisce al miglioramento della adesione al programma. In realtà però ancora vi è una quota parte dei cittadini che non aderisce. Per tale motivo è necessario che siano applicate, in conformità con ogni singola realtà locale e alla luce degli accordi regionali, le collaborazioni con la Medicina Generale nel promuovere una azione di couseling sistematizzata e monitorabile.
5. Governo clinico della attività spontanea di prevenzione oncologica: è importante ricondurre l'attività spontanea di prevenzione oncologica all'interno dei programmi di screening organizzato al fine di garantire una uguale omogeneità di offerta e di qualità delle prestazioni. Il presente Piano assume la responsabilità di definire entro 180 giorni dalla sua approvazione se ricondurre all'interno dei programmi di screening organizzato la domanda spontanea di prevenzione oncologica come ad esempio gli accertamenti diagnostici per il tumore alla mammella nelle donne al di sotto dei 50 anni o al di sopra dei 70 anni, le attività di prevenzione ginecologica, o, più in generale, la sorveglianza diagnostica in soggetti senza sintomi, ma a rischio più elevato.

07/01/2008		

PREVENZIONE SECONDARIA DEL MELANOMA

In regione Toscana agli inizi degli anni 2000 è stato messo a punto un modello di diagnosi precoce del melanoma che prevede l'interazione tra il medico di medicina generale e il dermatologo che si collocano in due fasi diverse di selezione delle lesioni sospettate attraverso la definizione di un percorso dedicato. Successivamente nell'anno 2005 si è provveduto alla valutazione delle strategie di diagnosi precoce del melanoma cutaneo attraverso il monitoraggio del modello toscano. La survey pilota condotta ha dimostrato una maggiore specificità di invio agli ambulatori specialistici con maggior resa di diagnosi oncologiche effettuate. E' necessario continuare nella strada di monitoraggio intrapresa e contemporaneamente valutare se estendere l'attività di monitoraggio anche ad ambulatori dermatologici non dedicati.

6.2 Attivazione di interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana

Il secondo progetto speciale di interesse regionale inserito nel Punto 3.2.2 del PSR 2005-2007 prevedeva l'obiettivo di un'attenzione costante a 15.000 persone anziane con fragilità
sviluppando interventi/che favoriscano il mantenimento di queste persone nel proprio ambiente di vita, opportunità di integrazione e occasioni per il miglioramento della qualità della vita.

Risultati attesi:

- La riduzione dei ricoveri impropri, del ricorso all'istituzionalizzazione, dei decessi nel periodo estivo
- L'erogazione servizi innovativi e riposte differenziate e flessibili; integrare le varie risorse (istituzionali, professionali e quelle presenti nella comunità locale);
- Adozione di procedure condivise tra gli operatori dei servizi sanitari e sociali per gli interventi da realizzare a supporto della domiciliarità;
- Maggior coordinamento degli interventi e migliore utilizzo delle risorse;
- Realizzazione di uno specifico basamento informativo per la individuazione dei soggetti a rischio;
- Portare a regime stabile questa prima sperimentazione, avviata nell'estate 2004, all'interno della rete dei servizi estendendo il progetto anche nel periodo invernale con il coinvolgimento delle comunità montane;
- Definizione di strumenti di intervento e di monitoraggio omogenei a supporto degli obiettivi da raggiungere per garantire al cittadino anziano - a parità di bisogno - di ottenere un trattamento omogeneo indipendentemente dal territorio in cui abita.

Risultati ottenuti (triennio 2004-2006):

- 11.052 persone >75enni (rispetto alle 15.000 previste) sono state prese in carico attraverso il servizio di sorveglianza attiva ed hanno usufruito delle varie prestazioni (telesoccorso – teleassistenza - pasti a domicilio – spese a domicilio – compagnia - consegna acqua - trasporti sociali);
- 109.116 sono le prestazioni complessivamente erogate;
- 7.500 il numero medio settimanale di telefonate effettuate agli anziani coinvolti.
- €. 8.600.000,00 le risorse sanitarie e sociali utilizzate nel periodo 2004-2007
- definizione di linee guida per la identificazione della persona anziana fragile, individuando competenze del MMG e delle figure professionali sociosanitarie territoriali
- estensione dall'anno 2005, del servizio di sorveglianza attiva, nelle zone montane con riferimento all'emergenza "freddo"
- adozione, dall'anno 2007, di un bollettino informativo sulla emergenza climatica operativo tutto l'anno per tutto il territorio toscano. L'attività svolta nel periodo estivo ed in quello invernale si inserisce in un sistema di informazione biometeorologica e bioclimatica che il Centro Interdipartimentale di Bioclimatologia dell'Università di Firenze, in collaborazione con l'Istituto di Biometeorologia del Consiglio Nazionale delle Ricerche ed il Laboratorio di Meteorologia e Modellistica Ambientale, realizza operativamente per tutti i mesi ed i giorni dell'anno su incarico della Regione Toscana. Per calibrare le previsioni per ogni Zona/Distretto, è stata suddivisa la Toscana in 20 aree climatiche omogenee; ne risulta, di conseguenza, che

ogni distretto socio-sanitario può essere caratterizzato dalla presenza di più aree climatiche, per cui, per ognuno di questi, sarà elaborato un bollettino diversificato in base agli specifici rischi previsti.

Sviluppo del Progetto

Il progetto speciale di interesse regionale conclude il suo percorso con l'organizzazione del se4rvizio di sorveglianza attiva nell'inverno 2007-2008. Successivamente, la presa in carico della persona anziana fragile entra a pieno titolo nella rete dei servizi assistenziali e costituisce una risposta "a bassa soglia" che viene garantita dal sistema dei servizi sociosanitari territoriali.

Le buone prassi che devono essere consolidate e perfezionate sono in gran parte quelle indicate nel precedente Punto 5.5.2.4, ed in particolare:

- costituzione dell'archivio regionale della persona anziana fragile
- costruzione e sperimentazione di modalità condivise per l'accertamento e la prevenzione della fragilità
- identificazione di standard per i servizi di bassa soglia da prevedere per le persone anziane con fragilità
- attribuzione di livelli di responsabilità nella organizzazione territoriale (PUA, Segretariato sociale, coinvolgimento MMG, ecc.)

6.3 Il controllo del dolore come diritto del cittadino

Di seguito vengono rese evidenti le attività svolte in base alle indicazioni del precedente PSR e su proposta della Commissione regionale:

- Definizione dei criteri per l'accreditamento degli ospedali senza dolore all'interno del sistema di qualità.
- Attivazione in ogni azienda sanitaria di una rete di ambulatori per la terapia del dolore
- Attivazione di una rete regionale di cure palliative per adulti e bambini
- Piano di informazione e comunicazione rivolto ai cittadini, affinché i pazienti siano informati sul diritto a non soffrire inutilmente.
- Piano per la formazione che riguarda la formazione universitaria di base, la formazione specialistica, l'alta formazione e la formazione continua, che coinvolge i Medici di medicina generale.
- Progetto di ricerca " Farmacogenetica nella terapia del dolore" che coinvolge le tre Università ed i centri ospedalieri toscani.
- Definizione del regolamento di utilizzazione e di accesso agli Hospices che era stato predisposto da una apposita commissione nell'ambito dell'Istituto Tumori Toscano.
- Progetto formativo che promuove il benessere materno fetale nel rispetto delle scelte inerenti le modalità del parto espresse dalla partoriente, con particolare attenzione alla partoanalgesia per via peridurale.
- Inserimento del dolore nei programmi formativi sull'emergenza rivolti agli operatori dei Pronto soccorso in collaborazione con l'Università di Harvard e ai servizi di emergenza 118.
- Progetto formativo sul dolore in pediatria con il coordinamento dell'AOU Meyer che coinvolge tutte le unità operative pediatriche della Toscana e i Pediatri di libera scelta

Per quanto riguarda il monitoraggio dei risultati sul consumo dei farmaci oppiacei in termini di dosi giornaliere x 1000 abitanti (DDD), il consumo della Toscana di farmaci oppiacei è in forte crescita ed è più del doppio del consumo nazionale ma la Morfina

rimane stabile; il flusso è fornito dal Progetto SFERA per la distribuzione da parte delle farmacie territoriali.
Per quanto riguarda la misura del dolore, i dati sono stati forniti da una rilevazione dell'Istituto S. Anna con un'indagine di soddisfazione dell'utenza e si sta progettando un'indagine epidemiologica in collaborazione con l'Agenzia regionale della Sanità.
Emerge la difficoltà di sviluppare in ogni reparto protocolli specifici di intervento e permangono i pregiudizi sull'uso della Morfina.
Anche la diffusione della cultura del dolore sul territorio, presenta delle difficoltà, ancora stenta a svilupparsi una rete come quella ospedaliera, nonostante siano cominciate le collaborazioni fra i COSD e i medici e gli infermieri del territorio.

Obiettivi specifici

- Promuovere la definizione del dolore come " quinto parametro vitale".
- "Contaminare" tutti i settori per quanto riguarda il dolore.
- Elaborare protocolli per il trattamento del dolore, affinché in ogni reparto sia resa più facile l'autonomia del personale infermieristico.
- Continuare la formazione, focalizzando l'attenzione sull'uso degli oppiacei
- Favorire la continuità fra ospedale e territorio per il trattamento del dolore con l'adozione di linee guida per l'organizzazione di rapporti strutturati tra COSD e assistenza territoriale.
- Formalizzare la struttura della rete di cure palliative pediatriche (meglio specificata successivamente)
- Migliorare la qualità dell'assistenza di fine vita
- Promuovere la sedazione nelle procedure dolorose in ambito gastro-enterologico, urologico e nell'emergenza-urgenza.
-

Strumenti

- Commissione regionale di coordinamento per le azioni di lotta al dolore, istituita con DLB n.1075 del 25/10/2004 per promuovere e coordinare le attività collegate alla lotta al dolore con il compito di monitorare l'andamento degli indicatori previsti dal PSR a livello regionale
- Dipartimenti di area vasta sul dolore e le cure palliative con la funzione di riferimento tecnico professionale nell'ambito della terapia del dolore e delle cure palliative per il territorio di pertinenza e di coordinamento sia a dimensione di area vasta che inter area vasta soprattutto per la definizione di linee guida e per la formazione degli operatori;
- Comitato ospedale senza dolore, trasformato in Comitato ospedale e territorio senza dolore (COTSD) per promuovere la realizzazione di un approccio integrato alla gestione del dolore all'interno delle strutture sanitarie ospedaliere e con il territorio.

Indirizzi per la definizione degli indicatori

1. Il consumo dei farmaci oppiacei in Toscana (2.72 DDDx1000 abitanti) si situa intorno agli standard europei (2.5 DDDx1000 abitanti) pertanto sarà necessario mantenere il trend, mentre il consumo della Morfina deve essere incrementato dato che lo standard europeo (1.5 DDDx1000 abitanti) è molto lontano dall'attuale media regionale (0.08 DDDx1000 abitanti).
2. Rilevazione della misura del dolore.
3. Gli ospedali toscani offrono la partoanalgesia in modo difforme; l'area vasta centro in media fa il 5% dei parti in analgesia sul totale di parti/anno, l'area vasta nord-ovest intorno al 20%, l'area vasta sud-est intorno al 6.5%. Lo standard europeo è considerato intorno al 20%, gli ospedali sopra i 1000 parti/anno dovranno raggiungere questo standard nel triennio.
4. Per trattare il dolore da procedura, le aziende dovranno elaborare dei protocolli in gastroenterologia, urologia ed emergenza urgenza che preveda l'uso della sedazione nelle procedure dolorose.

5. Luogo del decesso dei malati terminali
6. Numero di giorni in ospedale e accessi al PS nell'ultimo mese di vita dei malati terminali.

Attori da coinvolgere.
Le aziende sanitarie, le Università Toscane, il Coordinamento dei Comitati Ospedale Senza Dolore, Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Ordine degli infermieri e degli psicologi, la Commissione regionale di bioetica, rappresentanti dei cittadini, l'Agenzia Regionale di Sanità e l'Istituto Toscano Tumori.

6.4 L'Odontoiatria: un percorso sostenibile

A fronte di un miglioramento del quadro epidemiologico circa la prevalenza della carie in età pediatrica e nel giovane adulto dovuto anche alla promozione di stili di vita corretti si osserva la marginalità del sistema pubblico per quanto attiene alle attività terapeutico assistenziali
Obiettivo a):
nella finalità di individuare le azioni appropriate per il perseguimento dell'obiettivo a) nell'anno 2005 è stata condotta una indagine epidemiologica sui bambini toscani appartenenti alle classi di età di 4, 6 e 12 anni. L'indagine, condotta su un campione, scelto casualmente e rappresentativo di tutte le province toscane, per un totale di 4.790 bambini, ha rilevato l'indice di DMFT (n° elementi cariati, mancanti per carie e curati/otturati) e l'indice di CPITN (necessità terapeutica della patologia parodontale).
Dallo studio effettuato risulta uno stato di salute orale dei bambini toscani così rappresentato:

classi di età	indice
4 anni	DMFT =0,8
75% esenti da carie	
6 anni	DMFT =0,1
90% esenti da carie	
12 anni	DMFT =1,4
52% esenti da carie	

L'indagine epidemiologica è stata compiuta dal centro di collaborazione OMS e l'odontoiatria di comunità dell'Università di Milano unitamente all'Università di Sassari in collaborazione con le tre Università toscane.

Conseguentemente allo studio condotto è stato deciso di intervenire sulla classe di età di 4 e 6/7 anni, le azioni scelte sono di seguito riportate:

1. potenziamento degli interventi di promozione della salute orale nelle scuole per la classe di età di quattro anni. A tal fine è stato fatto specifico accordo con l'ufficio scolastico regionale e sono stati coinvolti i Pediatri di Libera Scelta
2. erogazione di visita e applicazione di sigillanti sui primi molari permanenti da erogarsi gratuitamente ai bambini che hanno compiuto 7 anni di età . La realizzazione di questo intervento è reso possibile da un accordo con l'associazione maggiormente rappresentativa dei professionisti odontoiatri privati (ANDI) (cfr. DGR 332/2006)

Obiettivo b)
Le azioni previste sono state quelle indicate dalla DGR .....:
indagine epidemiologica su circa 600 soggetti anziani (50 per ogni Ausl) in RSA.

Erogazione di protesi gratuite a soggetti ultrasessantacinquenni con ISEE< 7.500 euro, in condizioni di disagio sociale
Le protesi gratuite erogate, ad oggi, sono circa 800.
La realizzazione di questo obiettivo, senza risorse aggiuntive da parte della regione,è stato reso possibile, grazie ad un accordo siglato con le rappresentanze sindacali degli odontotecnici nel quale si prevede la fornitura del 15% di materiale gratuito, sul volume complessivo dell'attività erogata dal laboratorio per conto dell'Azienda usl .

Obiettivo c)
L'ampliamento della rete di offerta è stato realizzato promuovendo il coinvolgimento del privato nella erogazione di prestazioni per conto del SSR. Le azioni sono state:
1. ridefinizione delle tariffe delle prestazioni odontoiatriche presenti nel nomenclatore tariffario regionale
2. promozione di accordi tra Aziende usl e professionisti privati, sulle prestazioni del livello di assistenza erogate a completo pagamento da parte dell'utente.
Questi particolari accordi ,(cfr. DGR 861/2005) che consentono a professionisti privati di erogare prestazioni in nome e per conto del SSR, a completo pagamento dell'utente ma con tariffe comunque calmierate rispetto al mercato, con ovvi vantaggi per i cittadini e con nessun onere a carico dell'Azienda usl, nonostante l'adesione di soggetti privati, poche Aziende li hanno resi operativi (l'Azienda usl 10 di Firenze, l'Azienda Usl 11 di Empoli e l'Azienda usl 4 di Prato)

Il processo può dirsi avviato a livello regionale anche se con differenziazioni tra azienda ed azienda. Anche in questo caso appare abbastanza evidente la difficoltà di monitorare l'andamento del progetto per i tempi necessari alla acquisizione dei dati.

Per il periodo del presente Piano si prevede il consolidamento degli obiettivi:
a) prevenzione rivolta ai soggetti in età evolutiva;
b) tutela degli anziani fragili
c) facilitazione all'accesso alle cure odontoiatriche con azioni di potenziamento della rete di offerta attraverso sinergie con i soggetti privati;
in quanto la percentuale di domanda soddisfatta dal pubblico non si è sostanzialmente modificata e l'utilizzo delle strutture aziendali si attesta intorno alle 18 ore settimanali invece delle quaranta previste

6.5 Nascere in Toscana

Nell'ambito della medicina predittiva prenatale nel corso del PSR 2005-2007 la D.G.R. 147/2007 ha approvato il parere n. 40/2006 del CSR definendo:
a) "Il nuovo protocollo regionale di accesso agli esami strumentali e di laboratorio per la gravidanza fisiologica";
b) "Test di screening prenatale della Sindrome di Down: valutazioni e indicazioni".
Inoltre la D.G.R. 284/2007 ha finanziato un percorso formativo teorico-pratico finalizzato all'accreditamento di professionisti presso la Fetal Medicine Foundation di Londra per l'esecuzione dello screening ecografico della sindrome di Down nel I trimestre di gravidanza con il tramite delle Aziende Ospedaliere Universitarie Toscane.
E' stato costituito un gruppo di lavoro presso il CSR per monitorare le azioni intraprese e il raggiungimento degli obiettivi prefissati; inoltre il Registro Toscano dei Difetti Congeniti valuta l'andamento temporale e territoriale dei fenomeni connessi alla

diagnosi prenatale e ai difetti congeniti. Si veda a tal proposito quanto precisato nel paragrafo 5.5.2.5.

Nel corso della vigenza del Piano e sulla scorta delle azioni intraprese nel triennio precedente si rileva la necessità di migliorare alcuni punti del sistema ed in particolare:

- un aggiornamento del libretto ricettario della gravidanza fisiologica;
- un miglioramento dell'efficacia del complesso diagnostico prenatale;
- un progressivo aumento della frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive estese alla totalità delle gravidanze;
- la definizione di protocolli e procedure condivise all'interno dei presidi assistenziali e tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali per la continuità assistenziale e per migliorare l'uniformità e l'interconnessione tra i vari nodi del sistema.

Tra le linee di sviluppo per il triennio legate al Progetto Obiettivo "Assistenza Materno Infantile" inoltre si punta al potenziamento degli interventi di prevenzione con particolare riferimento a:

- diagnosi precoce dei difetti congeniti;
- accessibilità degli accertamenti diagnostici per il monitoraggio della gravidanza fisiologica;
- prevenzione e trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino e delle prematurità;
- assunzione di interventi necessari per la prevenzione della SIDS.

Per quanto riguarda gli obiettivi si rinvia a quanto già descritto nel paragrafo 5.5.2.5.

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

Il bisogno assistenziale in questo settore è destinato a crescere nei prossimi anni: la letteratura scientifica stima probabile un aumento del 100% di interventi di artroprotesi dell'anca entro gli anni 2025-30, a fronte di una tendenza, sempre più evidente, alla diminuzione del trend di ospedalizzazione per altre patologie.

Procedure per residenti toscani anno 2002, solo trattamenti indicati in prima procedura

Regione di erogazione	COD CHI 8151	%	COD CH I8152	%	COD CHI 8153	%
Toscana	3.684	93,3%	1.342	98,4%	454	90,1%
Altre	266	6,7%	22	1,6%	50	0,9%
totale	3.950	100,0%	1.364	100,0%	504	100,0%

Trattamento 8151: fabbisogno e sua copertura (fabbisogno calcolato su 14 interventi per 10.000ab.)

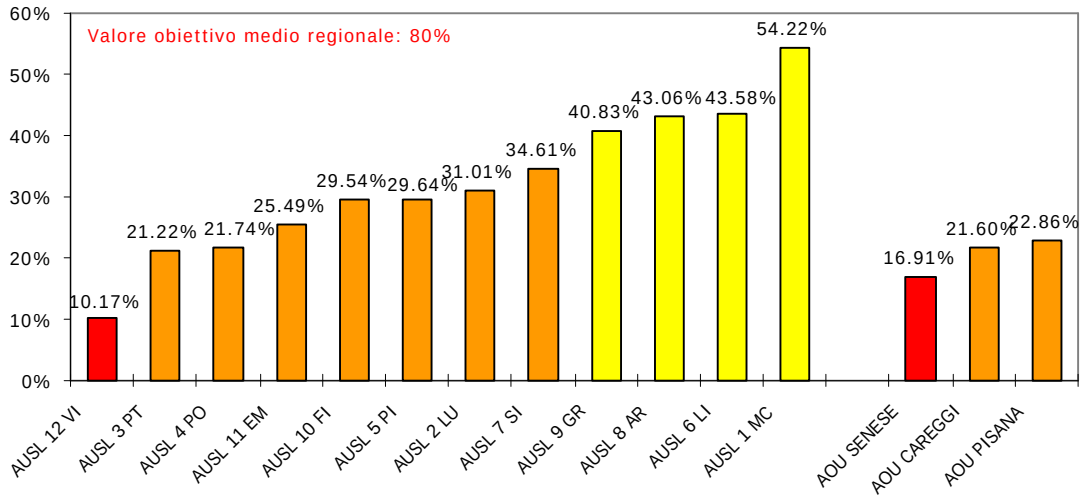
Popolazione Toscana	Fabbisogno trattamenti 8151	Totale artroprotesi 8151	Differenza tra fabbisogno e totale 8151 effettuati	8151 da aziende toscane	Diff. tra fabbisogno 8151 ed erogato da strutture toscane
3.547.604	4.967	4.202	-765	3.926	-1.041

Obiettivi del progetto

- Contenere il tempo massimo di attesa per le artroprotesi di anca in elezione entro 6 mesi.
- Contenere il tempo massimo di attesa tra ricovero e intervento per interventi di Endoprotesi da frattura entro 24 ÷ 48 ore, con standard tendenziale pari a 24 ore.
- Garantire la continuità assistenziale del percorso riabilitativo post intervento, nelle modalità organizzative appropriate.
- Consolidare il progetto 'Registro intervento di protesi d'anca' quale strumento culturale, tecnico e informativo di supporto agli obiettivi organizzativi già definiti.

Risultati

Nelle tabelle che seguono vengono indicati i risultati osservati relativi alla degenza pre-operatoria.



Numeratore: N. interventi per endoprotesi dell'anca con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento • 2 giorni (ICD 9-CM 81.52)
Denominatore: N. interventi per endoprotesi dell'anca (ICD 9-CM 81.52)

Conclusioni

- Il sistema produttivo chirurgico presenta ancora aree di criticità relative all'offerta.
- E necessaria un miglioramento del modello organizzativo, anche rispetto alla risposta all'urgenza.
- Si osserva una difficoltà ad assicurare la continuità dell'assistenza e della risposta al bisogno post acuto (difficoltà nel percorso riabilitativo).

Fattori di successo

La riflessione sulle criticità evidenziate ha consentito di elaborare un progetto alternativo.
- Fast-recovery per intervento di protesi d'anca in elezione; 5/6 giorni di ricovero e successiva fase di riabilitazione, anche con modelli riabilitativi residenziali, ambulatoriali e domiciliari, oltre il ricovero ospedaliero.

- Centri d'area vasta dedicati per gli interventi di protesi di anca con offerta riabilitativa in continuità anche strutturale.
- Separazione organizzativa e strutturale dei percorsi in elezione ed in urgenza in area chirurgica nei presidi di riferimento.

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

6.8 Le unità di cure primarie, un nuovo modello organizzativo territoriale

Nel corso del PSR 2005-2007 sono state sperimentate in Toscana nuove forme organizzative dei professionisti convenzionati da parte dai Medici di Medicina Generale definite come Unità di Medicina Generale (U.C.P.).
Con la Delibera n. 198/2006 sono stati definiti i criteri per l'avvio della sperimentazione delle U.C.P. ed il relativo budget.
Nel corso del triennio di vigenza del Piano sono stati avviati e finanziati 17 progetti che hanno interessato 10 aziende Sanitarie con il coinvolgimento di circa 240.000 utenti.
Tutte le sperimentazioni finanziate hanno attivato:

- la rete informatica fra gli studi medici con un server centrale nella sede principale;
- la condivisione delle cartelle cliniche tra i medici di assistenza primaria;
- il servizio di prenotazione CUP.

L'attività diagnostica effettuata nell'ambito delle sperimentazioni ha riguardato:

Controllo glicemia	90%
Terapia anticoagulante orale- TAO	70%
E.C.G.	60%
Pap Test	45%

I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per i cronici attuati riguardano prioritariamente:

Diabete	60%
Ipertensione	35%
Cure palliative ed ictus	30%
Fratture del femore	20%
Altri PDTA (TAO, Scompenso, Obesità, glaucoma ecc.)	< 20%

Inoltre sono attivati progetti relativi a:

- interventi definiti di concerto con le Società della Salute;
- interventi di che hanno visto il coinvolgimento delle associazioni di volontariato;

- programmi di educazione alla salute della popolazione afferente alla UCP;
- accordi con le Aziende sanitarie per le priorità nelle visite specialistiche;
- attività di primo soccorso.

CRITICITA' DEI RISULTATI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Dai dati di monitoraggio delle U.C.P. emerge la non completa integrazione nella sperimentazioni tra i medici dell'assistenza primaria e quelli della continuità assistenziale (11 sperimentazioni su 17 prevedono il collegamento tra le due figure professionali); analogamente con l'attività specialistica (solo 5 sperimentazioni su 17 prevedono il collegamento). Margini di miglioramento vengono rilevati per quanto attiene all'aspetto informatico, nonché alla integrazione con i servizi sociali.

Per quanto attiene agli obiettivi di sviluppo delle UCP, si rimanda allo specifico paragrafo 5.2.1.

6.9 Visite specialistiche: un obiettivo di qualità

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

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

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

La particolare attenzione rivolta alla visita specialistica nel complesso delle prestazioni che costituiscono l'offerta specialistica ambulatoriale discende dalla funzione peculiare che la prestazione "visita specialistica" svolge nel percorso assistenziale del cittadino: la prestazione diagnostico strumentale e la visita specialistica hanno, infatti, un diverso valore aggiunto per la definizione del quadro clinico e l'organizzazione di un percorso diagnostico appropriato. La prestazione diagnostico strumentale, di norma, è necessaria al medico di medicina generale o ad altro professionista, come elemento integrativo, confermativo o esclusivo di una situazione o quadro clinico che il professionista, di fatto, ritiene di poter autonomamente gestire, diversamente dalle condizioni cliniche in cui ritiene necessario integrare le sue conoscenze con una competenza specialistica che, per questo, deve essere accessibile con tempi adeguati e certi.

Da qui un progetto ed un obiettivo di interesse regionale che assumendo come principio che l'efficacia delle cura è strettamene correlata al tempo entro il quale la cura viene effettuata rende disponibile congiuntamente al professionista i tre elementi che definiscono l'appropriatezza delle cure: cosa, dove, quando fare.

Quando fare: Le visite specialistiche di maggior rilevanza, visita cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica ed

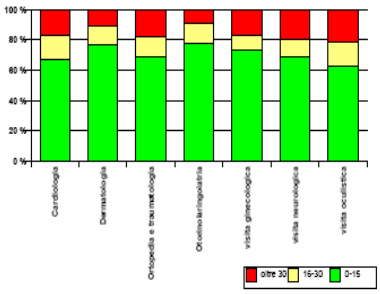
otorinolaringoiatrica devono essere disponibili, almeno in uno dei punti di erogazione presenti nel territorio aziendale, entro un tempo massimo di attesa di quindici giorni.

I risultati ottenuti stremante lusinghieri rispetto all'obiettivo sono graficamente rappresentati nelle immagini seguenti; si sottolinea che il sistema Cup toscano non differenzia le prime visite dalle visite di follow up o seconde visite, considerandole la visita specialistica un indistinto universo, ne consegue che le percentuali, successivamente rappresentate, sottodimensionano il reale risultato conseguito.

LE SETTE VISITE SPECIALISTICHE.
Numero prestazioni per classe di tempo di attesa. Valori assoluti e percentuali. Livello Regionale.

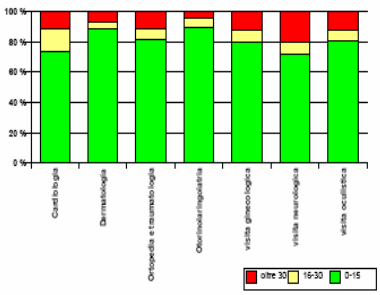
ANNO: 2006

Codice	Descrizione Prestazione	0-15	%	16-30	%	oltre 30	%	Totale
89.13	visita neurologica	55.271	69,13 %	8.744	10,94 %	15.938	19,93 %	79.953
89.26	visita ginecologica	91.280	73,23 %	12.081	9,69 %	21.292	17,08 %	124.653
89.7	Cardiologia	123.677	67,44 %	28.046	15,29 %	31.652	17,26 %	183.375
89.7	Dermatologia	138.059	76,75 %	22.530	12,53 %	19.290	10,72 %	179.879
89.7	Ortopedia e traumatologia	109.094	69,18 %	20.444	12,96 %	28.165	17,86 %	157.703
89.7	Otorinolaringoiatria	134.373	77,42 %	23.471	13,52 %	15.724	9,06 %	173.568
95.02	esame complessivo dell'occhio	233.694	63,07 %	56.074	15,13 %	80.742	21,79 %	370.510
	Totale	**885.448**	**69,74 %**	**171.390**	**13,50 %**	**212.803**	**16,76 %**	**1.269.641**



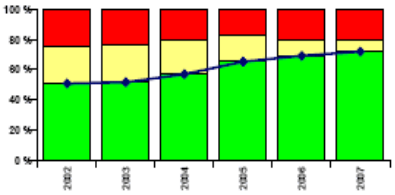
ANNO: 2007

Codice	Descrizione Prestazione	0-15	%	16-30	%	oltre 30	%	Totale
89.13	visita neurologica	5.723	71,90 %	594	7,46 %	1.643	20,64 %	7.960
89.26	visita ginecologica	9.926	79,84 %	947	7,62 %	1.560	12,55 %	12.433
89.7	Cardiologia	14.645	73,83 %	2.831	14,27 %	2.361	11,90 %	19.837
89.7	Dermatologia	14.233	88,62 %	705	4,39 %	1.123	6,99 %	16.061
89.7	Ortopedia e traumatologia	11.947	81,41 %	1.046	7,13 %	1.682	11,46 %	14.675
89.7	Otorinolaringoiatria	14.323	89,42 %	997	6,22 %	698	4,36 %	16.018
95.02	esame complessivo dell'occhio	30.357	80,25 %	2.829	7,48 %	4.641	12,27 %	37.827
	Totale	**101.154**	**81,05 %**	**9.949**	**7,97 %**	**13.708**	**10,98 %**	**124.811**



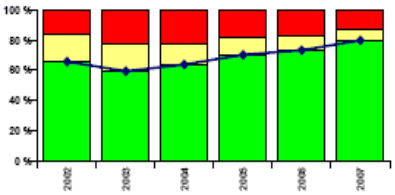
89.13 visita neurologica

ANNO	0-15	%	16-30	%	oltre 30	%	Totale
2002	37.610	50,71 %	17.892	24,12 %	18.666	25,17 %	74.168
2003	40.225	51,57 %	19.396	24,87 %	18.382	23,57 %	78.003
2004	42.333	56,92 %	16.532	22,23 %	15.514	20,86 %	74.379
2005	50.427	65,20 %	13.534	17,50 %	13.379	17,30 %	77.340
2006	55.271	69,13 %	8.744	10,94 %	15.938	19,93 %	79.953
2007	5.723	71,90 %	594	7,46 %	1.643	20,64 %	7.960



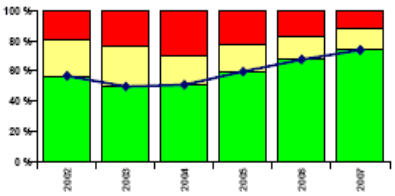
89.26 visita ginecologica

ANNO	0-15	%	16-30	%	oltre 30	%	Totale
2002	59.849	65,64 %	16.425	18,02 %	14.897	16,34 %	91.171
2003	67.268	59,28 %	20.157	17,76 %	26.045	22,95 %	113.470
2004	73.519	63,77 %	15.687	13,61 %	26.081	22,62 %	115.287
2005	86.537	70,20 %	14.247	11,56 %	22.481	18,24 %	123.265
2006	91.280	73,23 %	12.081	9,69 %	21.292	17,08 %	124.653
2007	9.926	79,84 %	947	7,62 %	1.560	12,55 %	12.433



89.7 Cardiologia

ANNO	0-15	%	16-30	%	oltre 30	%	Totale
2002	98.514	56,64 %	40.801	23,46 %	34.619	19,90 %	173.934
2003	88.525	49,55 %	47.149	26,39 %	42.980	24,06 %	178.654
2004	99.503	50,73 %	37.268	19,00 %	59.381	30,27 %	196.152
2005	112.486	59,53 %	32.805	17,36 %	43.666	23,11 %	188.957
2006	123.677	67,44 %	28.046	15,29 %	31.652	17,26 %	183.375
2007	14.645	73,83 %	2.831	14,27 %	2.361	11,90 %	19.837

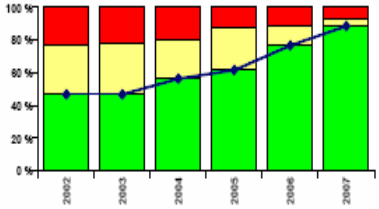


Tempi di attesa calcolati tenendo conto della PRIMA DISPONIBILITA' offerta dal sistema.
Fonte dati: Monitoraggio regionale mensile dei Tempi di Attesa
Elaborazione a cura di: Regione Toscana - Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di solidarietà - Sistema Informativo Socio Sanitario

Numero prestazioni per classe di tempo di attesa. Valori assoluti e percentuali. Livello Regionale.

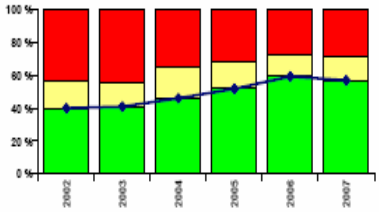
89.7 Dermatologia

ANNO	0-15	%	16-30	%	oltre 30	%	Totale
2002	86.476	46,87 %	55.695	30,19 %	42.316	22,94 %	184.487
2003	90.126	46,84 %	60.082	31,23 %	42.200	21,93 %	192.408
2004	103.309	56,44 %	43.187	23,60 %	36.537	19,96 %	183.033
2005	109.267	61,70 %	45.479	25,68 %	22.360	12,63 %	177.106
2006	138.059	76,75 %	22.530	12,53 %	19.290	10,72 %	179.879
2007	14.233	88,62 %	705	4,39 %	1.123	6,99 %	16.061



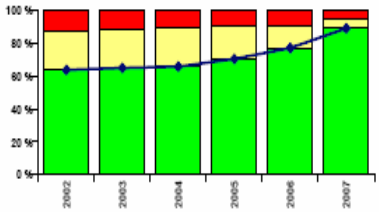
89.7 Odontoiatria e stomatologia

ANNO	0-15	%	16-30	%	oltre 30	%	Totale
2002	38.277	40,13 %	15.980	16,76 %	41.117	43,11 %	95.374
2003	41.560	41,09 %	14.696	14,53 %	44.880	44,38 %	101.136
2004	40.283	46,19 %	16.278	18,67 %	30.648	35,14 %	87.209
2005	44.334	51,99 %	13.938	16,35 %	26.995	31,66 %	85.267
2006	51.214	59,52 %	10.920	12,69 %	23.907	27,79 %	86.041
2007	4.753	57,16 %	1.205	14,49 %	2.357	28,35 %	8.315



89.7 Otorinolaringoiatria

ANNO	0-15	%	16-30	%	oltre 30	%	Totale
2002	107.534	63,99 %	39.769	23,66 %	20.756	12,35 %	168.059
2003	116.685	65,18 %	41.710	23,30 %	20.617	11,52 %	179.012
2004	122.391	65,97 %	43.892	23,66 %	19.239	10,37 %	185.522
2005	130.377	70,69 %	36.993	20,06 %	17.063	9,25 %	184.433
2006	134.373	77,42 %	23.471	13,52 %	15.724	9,06 %	173.568
2007	14.323	89,42 %	997	6,22 %	698	4,36 %	16.018

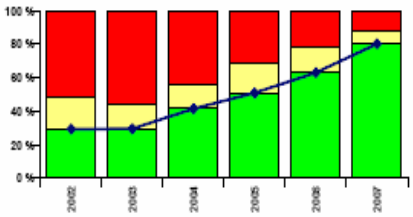


Tempi di attesa calcolati tenendo conto della PRIMA DISPONIBILITA' offerta dal sistema.
Fonte dati: Monitoraggio regionale mensile dei Tempi di Attesa
Elaborazione a cura di: Regione Toscana - Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di solidarietà - Sistema Informativo Socio Sanitario

Pagina 2 d

95.02 esame complessivo dell'occhio

ANNO	0-15	%	16-30	%	oltre 30	%	Totale
2002	108.035	29,43 %	69.408	18,91 %	189.603	51,66 %	367.046
2003	114.624	29,61 %	54.369	14,04 %	218.179	56,35 %	387.172
2004	160.657	41,56 %	56.973	14,74 %	168.961	43,71 %	386.591
2005	192.815	50,97 %	68.072	18,00 %	117.371	31,03 %	378.258
2006	233.694	63,07 %	56.074	15,13 %	80.742	21,79 %	370.510
2007	30.357	80,25 %	2.829	7,48 %	4.641	12,27 %	37.827



Le criticità riscontrate possono, invece, riassumersi nelle seguenti considerazioni:

Il concetto di prima disponibilità utile, visita specialistica comunque disponibile in almeno un punto di erogazione nell'intero territorio aziendale, condiziona in parte il diritto del cittadino rispetto al principio di accessibilità, condizionandolo alla distribuzione geografica della risposta nel territorio.
Questo obiettivo promuove, affidandone il raggiungimento alle aziende piuttosto che ai professionisti, un concetto di tempo massimo di attesa come un diritto di cittadinanza piuttosto che esigenza sanitaria.
Il concetto di prima disponibilità, comunque utile a soddisfare il diritto del cittadino, ha diminuito la criticità legata all'offerta, pur rimanendo ancora da migliorare gli aspetti di accessibilità.

Una sintesi conclusiva:
Il tema dei tempi di attesa è un indicatore di qualità del sistema sanitario.
L'obiettivo è stato raggiunto con percentuali di successo: oltre il 90-95% delle visite previste è stato effettuato entro il tempo massimo di 15 giorni.
L'introduzione dell' indennizzo, bonum di 25 euro, in caso di mancato rispetto del tempo massimo di attesa ha reso concreto nel cittadino un diritto precedentemente percepito astratto.
Il servizio sanitario recepisce il tempo massimo di attesa come un dovere istituzionale, ed organizza adeguatamente l'offerta, per rispondere in tempi adeguati al bisogno di salute espresso dal cittadino anche per non incorrere in eccessive penalizzazioni finanziarie.
E' necessario trasformare, con iniziative adeguate, le criticità precedentemente definite in punti di forza e di crescita del sistema.
Tali iniziative rappresentano la continuità ed il contenuto di un nuovo progetto speciale di interesse regionale.

6.10 Alimentazione e salute

Il Progetto speciale "Alimentazione e salute" affronta un problema emergente ed estremamente preoccupante: quello dei disturbi e delle malattie connesse con l'alimentazione, sia di origine psicogena (DCA), sia secondarie a modalità di alimentazione e a stili di vita abnormi. Prevede la realizzazione di percorsi integrati e completi per la sorveglianza, la prevenzione e la cura di tali patologie, punto focale è stata l'elaborazione di linee di indirizzo regionali per uniformare le varie attività e garantire percorsi assistenziali adeguati e omogenei sul territorio regionale.
Il progetto si articola come segue:
1) Prevenzione e cura dell'obesità
a) Sorveglianza nutrizionale
-Attivazione di una rete di sorveglianza regionale in ambito nutrizionale che costituisca un osservatorio del rischio associato alle abitudini alimentari basato su:
- metodiche standardizzate,
- raccolta sistematica di informazioni,
- analisi e interpretazioni delle informazioni,
- coordinamento delle azioni previste,
- divulgazione regolare delle informazioni mediante report e bollettini epidemiologici.
b) Promozione di corretti stili di vita, con priorità nell'età infantile, ed in particolare:
- Promozione del consumo di frutta, verdura e pesce
- Promozione dell'attività fisica
c) Definizione di percorsi diagnostici e terapeutici per gli obesi
- Costruire percorsi assistenziali per l'obeso efficaci ed efficienti

2) Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.)
a) Sorveglianza epidemiologica e verifica dell'efficacia della rete dei servizi attivati
- sviluppare la rete di sorveglianza su tutto il territorio regionale;
- coordinamento delle azioni previste a livello di area vasta e regionale;
b) sviluppare azioni di informazione e di educazione alla salute e promuovere attività di prevenzione di salute psichica
- coordinamento delle azioni a livello aziendale e di area vasta;
c) individuare le fasce di popolazione a rischio;

d) Interventi interdisciplinari integrati fra i diversi servizi dedicati all'infanzia ed adolescenza
- coordinamento delle azioni a livello di area vasta;

3) Sviluppo della ricerca
a) studio sul consumo di alimenti di produzione locale e/o ottenuti con metodi rispettosi dell'ambiente come determinante di salute;
b) indagini genetiche, biomediche e cliniche sui determinanti predisponenti ai disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.), e sui fattori terapeutici specifici

Con deliberazione della Giunta regionale n. 279 del 18.4.2006, sono state emanate le linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei DCA (disturbi del comportamento alimentare) e sono pronte per l'approvazione quelle relative alla prevenzione dell'obesità ed al percorso assistenziale per il paziente obeso.
Dall'osservatorio attivato con la predetta deliberazione è emerso che nel 2006 i soggetti gravi affetti da anoressia e bulimia, ricoverati in strutture ospedaliere della Regione Toscana sono stati 522.
Nell'ambito dei DCA è stato avviato un coordinamento delle azioni a livello di Area Vasta per una migliore programmazione degli interventi diretti all'attivazione dei vari livelli di articolazione della rete e per monitorare e valutare l'appropriatezza dei servizi.
Una forte attenzione è stata posta alla formazione dei professionisti che si occupano di DCA tenendo conto della necessità di sviluppare competenze specifiche e capacità di lavorare insieme.
Le attività di sorveglianza sono state svolte come da programma sui bambini delle terze elementari e, attraverso il Progetto HBSC dell'OMS, su un campione di soggetti di 11, 13 e 15 anni. I dati estrapolati dalla ricerca "Sorveglianza nutrizionale", che ha studiato le abitudini alimentari di un campione rappresentativo regionale di bambini di 8/9 anni evidenziano che il 25,1% è sovrappeso e l'8,3 è obeso.

Prevalenza di sovrappeso per sesso

			Maschi		Femmine	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Sovrappeso + obesi	478	**33.4**	238	32.8	240	34.0

La tabella di seguito riportata riguarda le frequenze alimentari riferite ai pasti principali. Osservando i dati sui consumi alimentari dei bambini , si nota come pane, pasta e frutta presentino frequenze per "Ogni giorno più di una volta" più elevate, mentre i legumi, il pesce e la verdura sono le meno consumate.

Frequenza di consumo di alimenti da parte dei bambini di III elementare							
	nella settimana …						
	Ogni giorno più di una volta %	Una volta al giorno ogni giorno %	5-6 giorni a settimana %	2-4 giorni a settimana %	Una volta a settimana %	Meno di una volta a settimana %	Mai %
Latte	19.0	37.2	7,0	9.2	7.6	6,1	14.0
Pane	34.2	21.1	10.1	12.7	6.1	6.4	9.5
Pasta	25.1	22.9	14.6	13.1	9.6	6.9	7.8
Legumi	5.3	5.8	7.5	17.2	15.3	15.5	33.3
Salumi	11.3	13.1	14.4	23.2	13.2	11.7	13.2
Pesce	3.8	4.5	5.7	16.2	22.0	19.9	27.9
Formaggi	9.6	10.8	8.8	21.1	15.8	12.7	21.3
Verdure	11.9	9.0	9.5	17.7	12.1	12.8	27.0
Frutta	22.5	15.0	12.1	16.3	10.6	11.7	11.6
Merendine	7.9	11.3	9.9	17.0	11.0	18.1	24.8
Succo di frutta	15.7	15.7	10.9	17.2	12.3	11.3	17.0

I dati epidemiologici confermano quanto già emerso in precedenza: un'incidenza crescente dell'obesità già nell'infanzia, che richiede interventi decisi per invertire una tendenza molto preoccupante, individuata dall'OMS come uno dei principali fattori di rischio per la salute degli abitanti dei paesi industrializzati.

CRITICITA' DEI RISULTATI E NUOVE CRITICITA'

L'approvazione delle linee di indirizzo, condivise largamente dai vari specialisti coinvolti, apre la strada alla conduzione di azioni coordinate sul territorio. Il passaggio alla fase di realizzazione necessita di finanziamenti ad hoc, soprattutto per quanto riguarda la creazione di percorsi per il paziente obeso, dal censimento effettuato risultano esserci pochi centri, mal distribuiti e scarsamente collegati fra di loro.

Le linee di indirizzo sui DCA, presentate pubblicamente in occasione di un convegno promosso dalla Regione Toscana per i professionisti delle varie Aziende USL, hanno favorito l' integrazione tra soggetti che si occupano della materia e l'avvio di percorsi assistenziali integrati. Resta ancora molto da fare per superare la frammentazione degli interventi e per completare la rete dei servizi in modo da garantire risposte appropriate e continuità dell'assistenza su tutto il territorio regionale. La difficoltà maggiore è organizzare una risposta terapeutica che tenga conto della multidimensionalità dell'intervento (medico/specialistico, psicologico/psichiatrico, dietetico/nutrizionale),

per tutto il periodo (spesso prolungato nel tempo) della presa in carico psicoterapeutica dei pazienti.

Gli obiettivi e le attività per il triennio 2008-2010 del presente progetto sono illustrati ai punti 4.3.3.1 e 5.1.3.

6.11 La salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti

Il progetto speciale "La salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti" ha affrontato in modo coordinato aspetti che hanno caratterizzato la sicurezza del lavoro sul territorio toscano. Le azioni di contrasto al lavoro irregolare ed insicuro sono state affrontate nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex art.27 D.Lgs.626/94, concordando con la Direzione Regionale del Lavoro, INPS ed INAIL un programma d'interventi di vigilanza cosiddetta "integrata" nei cantieri edili, che sono iniziati nel 2005 e proseguiti nell'anno 2006, per il quale si prevede un ulteriore sviluppo e potenziamento.
Una delle sfide del sistema sanitario toscano, che risulta essere tra le principali mete dei flussi migratori, riguarda la possibilità di offrire ai cittadini stranieri servizi appropriati e garantire loro pari diritti in termini di salute, con la consapevolezza che il concetto di salute, come quello di rischio e di vulnerabilità psicofisica, sono determinati da fattori culturali e soggettivi, dal gruppo di appartenenza, dalle condizioni economiche, sociali e ambientali, dal livello di istruzione e di integrazione, rispetto ai quali il sistema sanitario riesce ad incidere solo marginalmente. Il bisogno di salute percepito da queste persone è generalmente sbilanciato sulla cura, piuttosto che sulla prevenzione delle malattie e troppo spesso le esigenze di tutela della salute impattano con altre priorità: la difficoltà ad ottenere un regolare permesso di soggiorno, l'emergenza abitativa e quella occupazionale.
Uno specifico progetto formativo a carattere regionale che ha affiancato il progetto per la comunicazione interculturale del dipartimento di prevenzione ed una campagna di comunicazione finalizzata a sensibilizzare i cittadini stranieri sui temi della prevenzione collettiva, ha contribuito a favorire la conoscenza dei contesti di riferimento delle culture di provenienza dei lavoratori stranieri presenti sul territorio toscano.
Il progressivo cambiamento dei rapporti di lavoro e la crescente frammentazione delle tipologie contrattuali hanno profondamente modificato il mercato del lavoro, introducendo nuove variabili nel processo di gestione del rischio lavorativo.
Il lavoro temporaneo, interinale o in affitto, è stato introdotto in Italia con la Legge n. 196 del 24 giugno 1997, il quadro normativo si è completato con la legge delega n. 30/2003; nella definizione di lavoro a breve termine rientrano i lavori interinali, i lavori occasionali, alcune forme di lavoro part-time, i lavori a progetto, i lavori intermittenti, i contratti di apprendistato, le borse di studio, i contratti di inserimento professionali, i lavori stagionali, ecc. Studi specifici sulla condizione di lavoratore a tempo determinato hanno dimostrato che l'aumento del turnover nelle mansioni lavorative espone il lavoratore a maggiori rischi per la salute e la sicurezza, ciò trova riscontro e conferma nell' aumentata incidenza di infortuni sul lavoro per quanto riguarda la categoria dei lavoratori precari. Le possibili spiegazioni di questo aumento sono da ricercare nei frequenti cambi nella tipologia della prestazione lavorativa, che non favoriscono una adeguata formazione ed informazione sui rischi propri della realtà aziendale in cui si trova di volta in volta adibito il lavoratore né un'efficace tutela sanitaria. Tali motivi hanno evidenziato l'esigenza di assicurare tutela a questi lavoratori, nell'ambito dei piani mirati di settore sono stati individuati percorsi informativi e formativi realizzati allo scopo accrescere la conoscenza dei rischi presenti nei luoghi di lavoro. La Regione Toscana ha promosso il piano mirato "Il lavoro atipico: analisi del fenomeno e proposte

operative per la tutela della salute dei lavoratori" che ha avuto inizio nel 2003. La conclusione di questo mandato è tuttavia l'inizio di un nuovo compito del quale la stessa Regione Toscana si farà coordinatrice e che vedrà impegnati i servizi di prevenzione e le forze sociali per giungere alla stesura definitiva di linee guida condivise e concretamente applicabili nei luoghi di lavoro. La divulgazione dell'atto di indirizzo sul rischio psicosociale permetterà di orientare il lavoro dei dipartimenti di prevenzione e stimolare una riflessione comune tra gli operatori, favorendo il confronto e lo scambio di esperienze sul territorio regionale.

I profondi cambiamenti intervenuti nel mercato del lavoro, unitamente alla frammentazione produttiva caratteristica della nostra regione, hanno imposto un ripensamento sui processi di vigilanza e assistenza ed un ri-orientamento dei servizi di prevenzione, igiene e sicurezza del lavoro della Toscana. Ai rischi lavorativi tradizionali, ascrivibili alle specificità dei singoli comparti produttivi, si sono aggiunte fonti di rischio legate alla condizione lavorativa, alle forme di contratto di lavoro e alla dimensione aziendale, inoltre la centralità del singolo lavoratore nel processo di prevenzione delineato dalle norme europee richiede di investire nella formazione scolastica e professione quale leva importante per promuovere la consapevolezza individuale sui rischi lavorativi e su comportamenti corretti. Per rispondere a tali esigenza sono stati realizzati due importanti progetti: "Sicurezza in cattedra" e "Scuola sicura". Il primo si configura come la prosecuzione di un progetto realizzato a carattere interregionale che intende promuovere il sistema a rete iniziato con il coinvolgimento degli istituti tecnici e professionali con competenze in materia di sicurezza sul lavoro ed esteso anche ad altri istituti. Il secondo progetto, Scuola sicura, ha coinvolto la quasi totalità degli Istituti tecnici agrari della Toscana in un percorso di prevenzione in materia di sicurezza e salute in agricoltura e selvicoltura, coinvolge tutto il personale del mondo della scuola, dagli insegnanti agli studenti, dai dirigenti scolastici al personale amministrativo e tecnico, con la finalità principale di promuovere la cultura della prevenzione nella scuola, di sensibilizzare i giovani alla percezione dei rischi lavorativi ed alla messa in atto di adeguati comportamenti di autotutela.

In riferimento alle problematiche della sicurezza negli appalti pubblici e privati, la Regione Toscana ha approvato la Legge Regionale n. 38 del 13-07-2007 "Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro". La norma oltre ad affrontare i criteri di aggiudicazione per il superamento del massimo ribasso, chiede alla Giunta di valutare la consistenza degli organici del personale di vigilanza ed ispezione nei luoghi di lavoro presenti i ciascuno dei Dipartimenti di Prevenzione della Aziende USL toscane, al fine di autorizzare eventuali nuove assunzioni per poter raggiungere l'incremento dell'attività di controllo in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro già a partire dall'anno 2008. Prevede anche la presenza di rappresentanze delle organizzazioni sindacali ed imprenditoriali nel Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 27 D.Lgs.626/94, che ha il compito di impartire direttive volte al potenziamento dei controlli alle Aziende USL, definendo priorità, linee e settori di intervento. Il "Patto per la sicurezza e la regolarità del lavoro", definisce l'intesa con enti locali e forze sociali, per la diffusione delle buone pratiche sperimentate in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro; viene richiesta, per lavori di importo superiore a 5 milioni di euro, la sottoscrizione di specifici protocolli tra le stazioni appaltanti, le imprese esecutrici e le forze sociali, finalizzati alla realizzazione di ulteriori misure di tutela della sicurezza e salute dei lavoratori sull'esempio di quanto già fatto per i lavori della tratta ferroviaria alta velocità\alta capacità Firenze – Bologna, per l'adeguamento del tratto autostradale A1 in territorio toscano e per l'edilizia ospedaliera.

6.12 La sicurezza alimentare

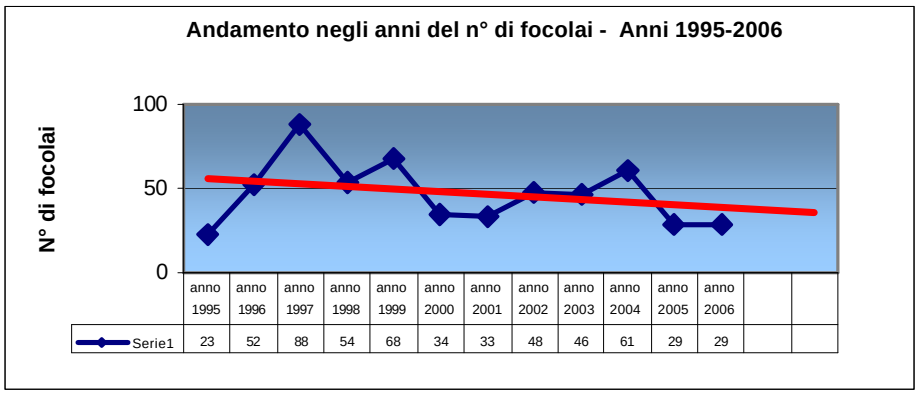
Il Progetto "Sicurezza Alimentare" ha previsto le seguenti azioni strategiche:

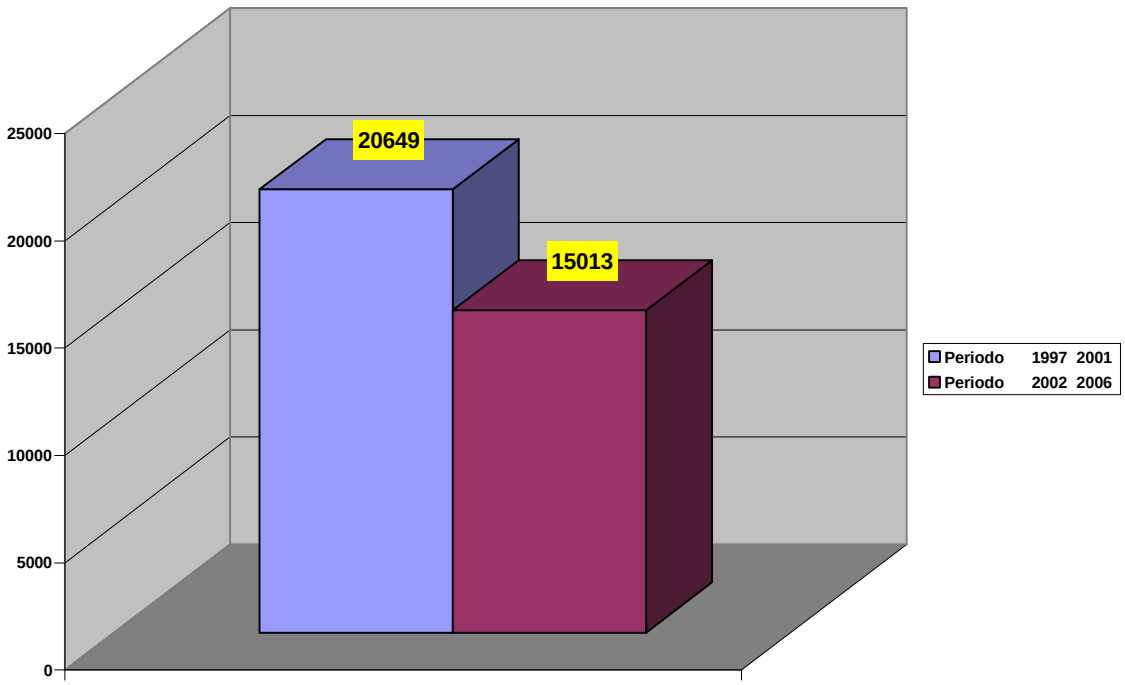
Definizione del governo istituzionale del sistema:
Con la Delibera n. 412 del 5 giugno 2006 "Istituzione del Comitato Regionale per la Sicurezza Alimentare (C.R.E.S.A.) e della Consulta Regionale per la Sicurezza Alimentare (CO.RE.S.A.)" sono stati creati due organismi di governo del sistema regionale in materia di sicurezza alimentare in particolare il secondo costituisce l'interfaccia relazionale con i consumatori, e le Organizzazioni sindacali e di categoria.
I Comitati stanno operando secondo le seguenti direttrici:
a) sviluppo delle politiche di semplificazione delle procedure di settore;
b) definizione di un sistema di comunicazione in caso di allerta alimentari;
c) definizione di linee guida per i produttori di alimenti.

Il governo tecnico operativo del sistema:
Si è realizzato attraverso la definizione di piani di controllo, vigilanza e campionamenti annuali sia per le matrici alimentari che per gli alimenti zootecnici.
E' stato avviato con l'IZS un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa per le analisi di laboratorio con un miglioramento della tempistica sugli alimenti in ingresso nel Porto di Livorno che costituisce per le matrici alimentari uno dei più importanti porti commerciali del Mediterraneo.
Sono stati definiti e approvati dalla Giunta regionale gli indirizzi applicativi dei Regolamenti comunitari del "pacchetto igiene".
Sempre nell'ambito del governo sanitario nel corso del triennio è stata migliorata e consolidata la rete del sistema di allerta regionale nei casi di identificazione di alimenti non conformi.

Il governo informativo – formativo
Sono stati realizzati in collaborazione con ARSIA e la Facoltà di Medicina Veterinaria programmi di formazione rivolti agli operatori sanitari ed in particolare un master sulle metodiche di analisi del rischio.
Un corso specifico sull'impatto delle nuove normative comunitari per le imprese agricole è stato realizzato formando circa 40 tecnici delle Organizzazioni Agricole.

Le tabelle che seguono indicano i risultati del sistema di sicurezza degli alimenti dimostra come nella nostra Regione nel corso del periodo di vigenza del Piano si è confermato e consolidato il trend già avviato a partire dalla metà degli anni '90 di progressiva e costante riduzione dei casi di tossinfezione alimentare.

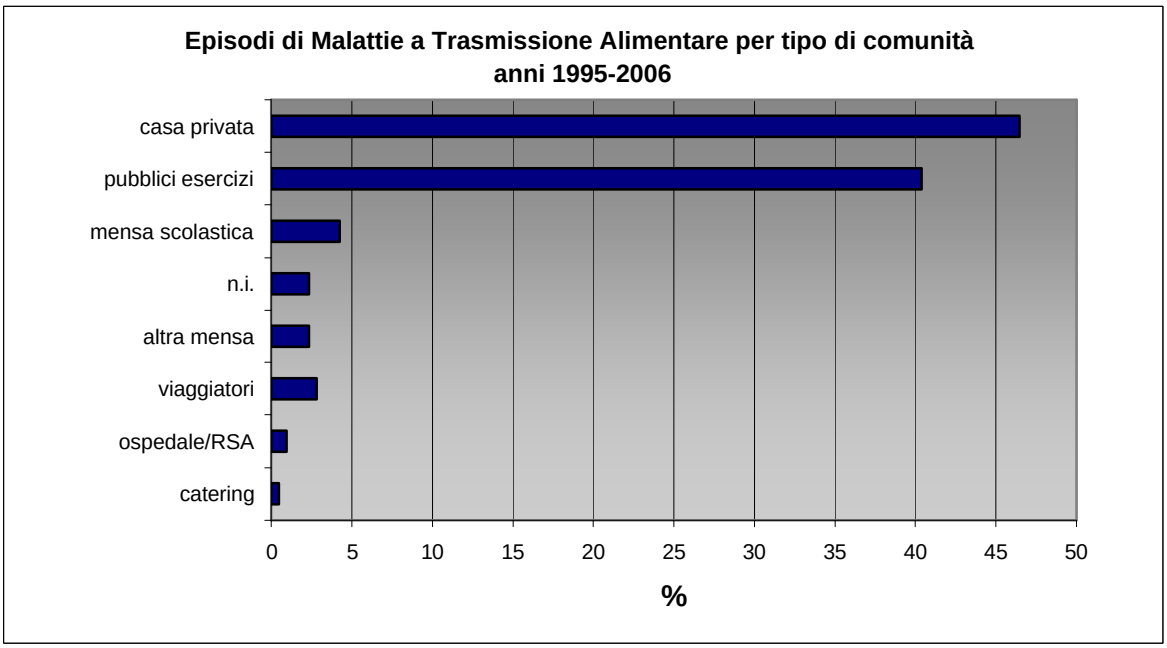




REGIONE TOTALE

CRITICITA' DEI RISULTATI E NUOVE CRITICITA'

La maggioranza di episodi di tossinfezione è legata all'ambiente familiare ed ad alcune tipologie di pubblici esercizi. Il controllo degli episodi nella ristorazione collettiva è migliorato nel corso degli ultimi anni; è pertanto necessario intervenire soprattutto nei confronti del consumatore, per renderlo sempre più consapevole delle corrette procedure capaci di prevenire le malattie legate agli alimenti.



Gli obiettivi e le attività per il triennio 2008-2010 del presente progetto sono illustrati al punto 5.1.4.

7. GLI ORIENTAMENTI PER LO SVILUPPO. LE NUOVE SFIDE

7.1 La Formazione

La legge regionale n.40/2005 ha delineato un "sistema formativo regionale" e una "rete formativa regionale". Uno dei principi fondanti di questo sistema è sicuramente rappresentato dal concetto di continuità formativa (cfr N Engl J Med 2007).
Basata sui principi delle moderne teorie dell'apprendimento, la nozione di continuità formativa riflette il progressivo sviluppo professionale e personale richiesto agli operatori della sanità. Uno senso di "proprietà" dell' intero curriculum, piuttosto che di una porzione/parte disciplino-specifica del curriculum, è un prerequisito per la continuità formativa. La continuità formativa ingloba due forze interrelate che si integrano a vicenda: l'integrazione orizzontale (che potenzia lo sviluppo di competenze generali collegando le esperienze formative tra e attraverso le specialità cliniche e al di là di esse) e l'integrazione verticale (che potenzia la pratica basata sulle evidenze collegando i progressi nelle scienze biomediche e in quelle cliniche al problem solving clinico).
La continuità dell'ambiente di apprendimento promuove sia la centralità del paziente che la centralità del discente, creando maggiori opportunità per le relazioni/connessioni con i pazienti ("continuità della cura"); integrando importanti tematiche formative tra le varie specialità cliniche, ponendo attenzione al raggiungimento e alla verifica, appropriati in base al livello di sviluppo, delle competenze cliniche di base; promuovendo la relazione tra scienza e medicina clinica ("continuità del curriculum"); potenziando la supervisione, il modellamento dei ruoli (role modeling), e il tutoraggio ("continuità della supervisione").
Un aspetto di particolare interesse è rappresentato dalla simulazione in medicina nella formazione di medici ed operatori del sistema sanitario. I simulatori permettono di effettuare training incentrati sulla formazione dei team di lavoro e su scenari non comuni e spesso critici, nei quali sono necessarie risposte rapide eliminando in questo modo ogni rischio possibile per il paziente.

7.1.1 Il fabbisogno delle professioni sanitarie

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.
L'accesso alla formazione di base avviene per tutte le figure professionali dell'area sanitaria a numero programmato, infatti le regioni devono annualmente formulare le relative proposte al Ministero della Salute.
La conoscenza del mercato del lavoro e delle sue tendenze, in coerenza con la evoluzione dei bisogni e della tecnologia, costituisce un requisito essenziale per programmare ed orientare. Il settore sanitario impiega attualmente in Toscana 27.000 operatori delle professioni sanitarie, 8.900 medici specialisti, 3.130 medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, 1.100 dirigenti sanitari non medici e quindi la previsione del fabbisogno di personale in tale settore assume importanza strategica.

Per determinare il numero di accessi nel triennio 2005/2007, necessari per coprire il fabbisogno dei propri servizi sanitari in forma rigorosa e metodologicamente corretta, la Giunta Regionale ha avviato una rilevazione dati sia del sistema lavorativo coinvolgendo le Aziende Sanitarie toscane e la sanità privata sia di quello formativo con il coinvolgimento dei tre Atenei toscani, in particolare delle facoltà di Medicina e Chirurgia.
La ricerca ha previsto quindi una prima fase di ricognizione ed analisi dei dati storici relativi ai flussi degli studenti, dei laureati e degli specializzati nelle università toscane da un lato e del personale delle aziende sanitarie dall'altro.
Sulla base dei dati storici raccolti e delle relative estrapolazioni sono stati costruiti scenari in relazione a diverse ipotesi di evoluzione del mercato del lavoro (in particolare turnover ed uso del part time), sulle quali sono stati avviati confronti con i referenti delle aziende sanitarie, delle università e delle professioni.
Le ipotesi di scenari futuri elaborati per quanto riguarda le ammissioni sono i seguenti:
I Futuro non vincolato: Il numero di accessi corrisponde a quello necessario per coprire i nuovi fabbisogni previsti per l'anno successivo a quello del conseguimento della laurea/diploma di specializzazione, 5, 6, o 7 anni dopo l'iscrizione al 1° anno, a seconda della durata della scuola;
II Riequilibrio del sistema: E' previsto il riequilibrio in tre anni (quelli del periodo di programmazione degli accessi) degli eventuali squilibri tra posti disponibili e nuovi laureati/specializzati che si determinano nel sistema nel periodo considerato;
III Progettuale: Lo scenario di estrapolazione di fabbisogni futuri di medici specialisti, medici di medicina generale, operatori sanitari delle diverse professioni e di nuove iscrizioni da effettuare nel triennio di previsione degli accessi ha rappresentato solo la base di partenza per la costruzione dello scenario progettuale da assumere nelle decisioni di competenza regionale, per la elaborazione del quale sono stati considerati diversi fattori del contesto nazionale ed internazionale.
L'obiettivo da confermare per il prossimo triennio è quello di garantire un sostanziale equilibrio tra domanda e offerta di lavoro negli ambiti considerati. I risultati che si intendono ottenere nel triennio di vigenza del piano attuale sono necessari sia per la programmazione sanitaria sia per quella universitaria e dovranno tenere conto di fattori epidemiologici, fattori tecnico-scientifici e culturali della medicina, fattori legati alla normativa e allo sviluppo programmato dei servizi socio-sanitari, fattori legati a cambiamenti nei sistemi formativi.

7.1.2 Formazione continua

Il sistema di accreditamento della formazione in sanità (ECM), nato per garantire attraverso lo sviluppo della professionalità degli operatori, qualità e innovazione del sistema sanitario, in questi anni ha contribuito ad un rilevante incremento dell'attività della formazione non solo in termini quantitativi ma anche qualitativi.
La Regione Toscana ha colto l'occasione dell'obbligo dei crediti formativi per creare un sistema che permettesse non solo di accreditare gli eventi ma di garantirne la qualità e di fare crescere di tutto il sistema della formazione in sanità.
Dal 2002 al 2007 la Regione Toscana ha accreditato 11.071 eventi formativi ed è in grado di accreditare tutte le tipologie formative compreso quelle più innovative come la formazione sul campo e la FAD (formazione a distanza), nonché tutta l'attività di docenza e tutoraggio (dal 2006).
Parallelamente è stata creata un'anagrafe formativa, collegata ad ordini e collegi professionali per l'attività di certificazione, che permette ad ogni azienda di associare gli eventi formativi al singolo operatore in modo da avere una situazione aggiornata di debito formativo di ognuno.

Le grosse trasformazioni di questi anni del settore della formazione continua hanno obbligato anche a ripensare tutta l'organizzazione in modo non solo da continuare ad avere un sistema strutturato in grado di assicurare qualità tempestività e continuità agli interventi formativi ma anche di affrontare le sfide che la creazione di un sistema di qualità della formazione ha posto e porrà in futuro.
Con la LR40/2005 infatti viene introdotto come si è detto il concetto di "rete formativa", vale a dire che i soggetti che lavorano sulla formazione non sono più singoli attori ma sono inseriti in una rete, che fa sistema, e che comprende le aziende, gli ESTAV, l'ARS, gli Enti di ricerca e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il CSPO e che si avvale del ruolo fondamentale delle Università e degli Ordini e Collegi Professionali.
Ogni soggetto contribuisce quindi al sistema complesso della formazione continua secondo il proprio ruolo e la propria vocazione concorrendo ad un progressivo cambiamento di tutto l'assetto gestionale della formazione che si andrà consolidando su tre livelli fra di loro interconnessi: regionale, di area vasta e aziendale.
Con la costituzione - in collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi - del Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (DGR 538/2006) il sistema intende presidiare a livello regionale tutti i processi innovativi e quelli che per loro natura risultano efficaci e convenienti a livello macro. Il laboratorio lavora avvalendosi dei poli di area vasta, snodo nevralgico per la programmazione della formazione e punto di convergenza per le aziende sanitarie che rimangono comunque sede di tutta l'attività di rilevazione del fabbisogno formativo.
Il processo di riorganizzazione dovrà agevolare lo sviluppo ottimale del sistema della formazione che sempre di più dovrà garantire non solo l'innalzamento della specifica professionalità ma soprattutto l'aumento della capacità di ognuno di lavorare all'interno della propria organizzazione e di rapportarsi all'utenza.
In questo contesto la Regione Toscana non si pone più solo come soggetto di programmazione e monitoraggio, ma anche di accreditamento e di garanzia di tutto il sistema.
Nello specifico in merito alla funzione di programmazione nei prossimi tre anni la Regione Toscana dovrà:
Implementare quel processo di programmazione di area vasta, avviato nel 2003, sviluppato fra il 2005 e il 2007 e avvalorato dalla riorganizzazione che vede il perno della programmazione della formazione nei poli di area vasta, non solo come mezzo per le Aziende per trovare convergenze ed economie, ma anche come scelta strategica della programmazione della formazione
individuare i percorsi strategici che si intendono prioritariamente sviluppare a livello regionale avvalendosi del Laboratorio Regionale
Presidiare e promuovere, tramite il Laboratorio Regionale:
i processi FAD e tutti i processi formativi basati sulle tecnologie innovative
lo sviluppo e la ricerca di metodologie innovative

Sulla funzione di monitoraggio
La Regione Toscana nei prossimi tre anni monitora tutto il sistema della formazione continua non solo al fine di individuare eventuali miglioramenti all'organizzazione del sistema, ma anche e soprattutto al fine di valutare la qualità dell'offerta formativa. In questo senso saranno preziosi gli strumenti acquisiti con la partecipazione della Regione Toscana all'Osservatorio Nazionale sulla qualità della formazione continua e sarà determinante il rapporto con l'Osservatorio Nazionale incardinato nella sezione "valutazione e reporting sulla qualità e accessibilità della formazione" della Commissione Formazione Nazionale

Sulla funzione di accreditamento
Nel triennio 2005-2007 la Regione Toscana ha consolidato un sistema di accreditamento degli eventi formativi allargandolo a tutti i soggetti pubblici. Nel

triennio 2008-2010 l'obiettivo sarà di passare dall'accreditamento degli eventi formativi a quello dei provider, in accordo con le linee nazionali individuate dalla sezione "criteri e procedure di accreditamento dei provider" della Commissione Formazione Nazionale
Questo comporta un impegno della Regione Toscana, già delineato dalla DGR 134/2005, per:
l'individuazione dei criteri per l'accreditamento di provider, in accordo alle linee nazionali
la sperimentazione dei criteri
la sperimentazione dell'accreditamento dei provider
l'accreditamento a regime dei provider
In relazione al sistema di accreditamento è necessaria l'implementazione dell'anagrafe formativa regionale che non è solo uno strumento per l'aggiornamento dello stato di maturazione dei crediti formativi ma un vero e proprio "dossier formativo" che raccoglie la storia del singolo operatore e che permette all'Azienda di avere in mano un potente strumento di programmazione aziendale.

Poli di Area Vasta
Sulla base degli indirizzi regionali l'area vasta sarà il livello deputato alla programmazione della formazione non solo come momento di convergenza della programmazione aziendale ma come vera e propria cabina di regia della formazione continua

Le Aziende Sanitarie
Nel triennio le Aziende dovranno:
trovare le necessarie convergenze per la programmazione della formazione di area vasta
orientare la propria organizzazione in modo funzione ad ottenere l'accreditamento come provider
implementare l'anagrafe formativa regionale quale strumento di aggiornamento dei dossier formativi degli operatori e strumento di programmazione della formazione

7.1.3 Formazione per il management

Il rapporto di collaborazione con la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa per quanto riguarda l'attività di formazione manageriale e di ricerca sulle tematiche di management ed organizzazione dei servizi sanitari si è concretizzato con la costituzione di una Laboratorio di Ricerca e Formazione per il Management dei Servizi alla salute, denominato Laboratorio MeS.
Vari provvedimenti della Giunta Regionale, a partire dall'anno 2004, e successivi decreti dirigenziali durante l'anno 2005, hanno sostanziato sia la costituzione degli organi del MES sia l'attività triennale 2005-2007 che lo stesso ha presentato e che annualmente è stata determinata ed approvata.
Nel triennio 2005-2007 sono state effettuate le seguenti più rilevanti attività formative:
Un percorso formativo della durata complessiva di 120 ore, svolto per 2 edizioni, rivolto a tutti i direttori dei Dipartimenti di Assistenza Integrata delle aziende ospedaliero-universitarie toscane, considerata la specificità delle aziende ospedaliere universitarie toscane e l'urgenza di intraprendere un percorso formativo che potesse essere occasione di confronto e condivisione tra le realtà toscane in questa fase di implementazione della riorganizzazione di tali aziende secondo il modello dipartimentale.

Un percorso formativo della durata complessiva di 130 ore di aula oltre alle visite effettuate in strutture sanitarie in Italia e all'estero rivolto ai Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi delle Aziende Sanitarie, CREAS IFC-CNR, IRCCS, C.S.P.O., ESTAV toscani.
Un percorso formativo della durata complessiva di 120 ore rivolto a dirigenti sanitari e amministrativi di struttura complessa delle Aziende Sanitari toscane.
Altre iniziative hanno riguardato "La gestione del rischio clinico" per i clinical risk managers delle 16 aziende sanitarie toscane ed un Master in Management e Sanità di 1500 ore per 28 partecipanti oltre a varie iniziative di supporto alle Aziende sanitarie toscane.

Il laboratorio MeS ha ampliato notevolmente la sua attività sia di ricerca e formazione consolidando il suo ruolo a fianco della Regione Toscana nello sviluppo delle logiche di gestione e organizzazione del sistema sanitario regionale da un lato, ma anche dall'altro, aprendosi alla dimensione nazionale e internazionale. Lo dimostrano le numerose partecipazioni a convegni internazionali, la costituzione di un network tra istituzioni sanitarie accademiche e non a livello internazionale che ha permesso di organizzare molti seminari in loco e di organizzare visite formative all'estero in diversi paesi europei e extraeuropei.

L'obiettivo per il prossimo triennio è quello di consolidare l'impegno nella ricerca mediante la valorizzazione dei progetti realizzati in termini di pubblicazioni e presenza a convegni internazionali, allargare il network dei riferimenti al contesto internazionale, arricchire l'approccio formativo con iniziative sempre più integrate tra ricerca e formazione e tra le diverse discipline che si occupano di sanità.

7.2 Ricerca, innovazione e governance

1. Significato e ruolo della ricerca

In un moderno sistema sanitario la ricerca è una funzione fondamentale, poiché alimenta lo sviluppo delle conoscenze scientifiche ed operative e la conseguente messa a punto di processi e prodotti innovativi, in grado di migliorare la capacità di risposta del sistema e la sua efficacia in termini di guadagno di salute della popolazione. Lo sviluppo della ricerca determina una crescita complessiva della mobilità, della apertura e della ricettività all'innovazione da parte del sistema di cura, ed è quindi interdipendente con lo sviluppo delle attività di assistenza, di didattica, di aggiornamento continuo degli operatori. L'investimento in ricerca sanitaria ha inoltre degli effetti positivi ulteriori, sia in termini di consolidamento della fiducia che i pazienti e i cittadini ripongono nel sistema dei servizi, sia in quanto motore di reti e rapporti di collaborazione strategica tra i diversi soggetti pubblici e privati che, a vario titolo, contribuiscono al sistema salute.

Il ruolo strategico della ricerca appare infine ancora più evidente se si assume una prospettiva globale e si pensa al sistema salute come un fattore di sviluppo trainante per l'intero sistema regionale, elemento di generazione di valore e di ricchezza e non semplice catalizzatore di spesa. La ricerca e l'innovazione risiedono in primo luogo nelle competenze di coloro che rappresentano l'autentico capitale intellettuale e cognitivo sul quale investire. Diventa cruciale in tal senso rafforzare il collegamento tra centri di ricerca pubblici (università) e privati (imprese), puntando sul trait d'union dei nostri ricercatori più meritevoli la cui attrazione, ritenzione e sviluppo il settore pubblico deve incentivare per convincerli a guardare la regione Toscana come il luogo più attraente dove concepire un futuro.

2. Legame tra ricerca e innovazione

Se quindi appare naturale investire in ricerca e conoscenza, è tuttavia necessario riconoscere che i rapporti tra sviluppo della ricerca e innovazione nel sistema delle cure sono complessi e non lineari. Nella filiera che ha inizio con la ricerca di base e quindi prosegue con la ricerca applicata, lo sviluppo industriale ed infine l'introduzione della scoperta nella pratica clinica sono presenti logiche di azione e di pensiero differenti, interessi molteplici dei diversi soggetti e sentieri di sviluppo non sempre prevedibili.

La ricerca di base (detta anche ricerca pura o fondamentale) è per sua natura esplorativa e ad alto tasso di fallimento,secondo quel meccanismo non dissimile dalla cosiddetta <<<distruzione creativa>> che Joseph Schumpeter prefigurava come generatore di competizione,innovazione e miglioramento di ogni organizzazione . Questa funzione va coltivata con la consapevolezza che le ricadute applicative dell'investimento – sia in termini di scala geografica che di tempistica - non possono essere "programmate". Appare ovvio che il sistema sanitario regionale può svolgere su questo tipo di ricerca un ruolo di supporto relativo, mentre la priorità di indirizzo è chiaramente la ricerca applicata che presenta un alto tasso di finalizzazione e maggiori possibilità di ricadute applicative.

Vi è poi la fase dello sviluppo industriale, tipicamente gestita da un soggetto privato che abbia intuito un valore economico nell'investimento, ma dove i rapporti di collaborazione e di partnership con il soggetto pubblico continuano ad operare. Infine vi è la fase della introduzione nella pratica dell'innovazione di prodotto/processo, momento della verità dove sorgono spesso problemi di accettabilità e praticabilità della nuova tecnologia sanitaria. Nei sistemi sanitari avanzati il percorso che porta all'adozione della innovazione di prodotto/processo nella pratica clinica deve essere legato ad una valutazione sistematica e strutturata (Health Technology Assessment o HTA).

Il percorso che connette la ricerca all'innovazione efficace ed appropriata è perciò complesso e non del tutto programmabile, e vede in ciascuna fase un possibile succedersi (ingressi e uscite) di coloro che collaborano all'avanzamento.

3. Approccio di genere nella ricerca

E' necessario sviluppare la ricerca di genere perché vi è evidenza che le donne consumano più farmaci degli uomini, sono più soggette a reazioni avverse, sono sottorappresentate nei trials clinici, con il risultato che la donna consumatrice di farmaci è assimilata al maschio per quanto riguarda sia l'efficacia che le controindicazioni.

La ricerca di genere permetterebbe invece di segnalare le differenze di assimilazione e di risposta dell'organismo femminile rispetto a quello maschile. Queste differenze vanno studiate sia per i potenziali rischi che per i benefici diversi che si possono rilevare tra i generi. Sono esempi particolarmente significativi che ci dimostrano l'utilità della ricerca di genere:

- La ricerca fatta per verificare l'effetto della digossina sulla mortalità per scompenso cardiaco ha messo in luce un significativo aumento della mortalità nelle donne;
- La ricerca su un farmaco antidiabete (rosiglitazone) ha dimostrato che nelle donne produce fratture degli arti superiori in percentuale tripla rispetto agli uomini;
- La ricerca fatta su un farmaco anti_HIV (saquinavir) ha permesso di scoprire che agisce meglio sulle donne.

Tale approccio va nella direzione auspicata sia dall'OMS che dal Ministero della Salute che hanno sottolineato la necessità di sviluppare la medicina di genere, in modo da ottimizzare così terapia e prevenzione rispetto al target femminile.

4. Governance pubblica delle reti per la ricerca e l' innovazione

Il ruolo fondamentale della funzione pubblica sta quindi nel governare efficacemente ed in modo trasparente le reti "naturali" attraverso le quali si sviluppano e si determinano la ricerca e l' innovazione, supportandole e cercando di indirizzarle. I valori che devono guidare questa azione di governance sono:

- l'integrazione e la valorizzazione della logica di rete
- la promozione dell'eccellenza e del merito in un'ottica di verificabilità degli esiti
- l'attenzione al potenziale effettivo di trasferibilità della ricerca sulla pratica assistenziale
- la sostenibilità economica delle scelte e dei programmi

Nella sostanza l'azione di governance dovrebbe quindi tradursi in:

- elaborazione di piani e programmi capaci di individuare le nuove priorità (per esempio, la medicina rigenerativa, la gnomica e la proteomica)
- messa a disposizione di strumenti operativi di coordinamento (informazione e fund raising ai livelli nazionali e comunitari, collegamento tra i diversi soggetti per favorire le partnership)
- garanzia di supporto operativo alle reti della ricerca (per esempio, il Segretariato della Toscana per la Ricerca Sanitaria – Del GRT n.119/2004;)
- promozione di un diffuso ed uguale accesso ai circuiti di valutazione e selezione e finanziamento (organismi di governance regionali, organismi indipendenti di valutazione scientifica)

- elaborazione di piani di sviluppo del capitale umano (coerenti con la visione che il ricercatore sia l'asset fondamentale per le attività di ricerca)
- organizzazione di processi di valutazione sistematica e strutturata delle innovazioni, per supportarne le decisioni di introduzione e utilizzo nel sistema sanitario regionale (HTA).

Le dimensioni del modello di "rete governata" che occorre perseguire e valorizzare sono molteplici e, per quanto tra loro intrecciate, possono essere schematizzate nel modo seguente:

- la rete tra tutti gli organismi di ricerca presenti sul territorio: la Toscana esprime una concentrazione forse unica nel panorama italiano di luoghi di produzione della conoscenza codificata: le tre Università, il CNR, le Scuole a statuto speciale, ecc. Tali soggetti hanno una vocazione naturale per la ricerca di base ma hanno sviluppato nel campo delle scienze della vita un potenziale significativo di competenze per investimenti nella ricerca applicata. E' necessario contrastare la frammentazione promuovendo invece il coordinamento tra linee di ricerca omogenee e l'integrazione degli sforzi, anche per raggiungere la massa critica necessaria nello scenario competitivo attuale (es. rete della medicina rigenerativa). E' parte costitutiva di questo intento una politica comune di valorizzazione dei risultati della ricerca che miri alla difesa dei diritti di proprietà intellettuale (brevettazione), a tutela del ricercatore da un lato e del sistema di istituzioni che lo hanno supportato dall'altro e che sia quindi in grado di capitalizzare l'impatto delle invenzioni e delle scoperte sul sistema produttivo e dei servizi, a beneficio della comunità tutta.
- la rete tra soggetti del settore pubblico e privato: è necessario riconoscere definitivamente l'utilità di sinergie e collaborazioni tra pubblico e privato ai fini dello sviluppo di ricerca ed innovazione, pur nella chiarezza dei rispettivi ruoli e nel vincolo della funzione pubblica del SSR; la Toscana registra un'importante e riconosciuta presenza di aziende del settore delle scienze della vita (la terza regione in Italia per numero di addetti di ricerca e sviluppo),un patrimonio ancora poco valorizzato fatto di piccole come grandi imprese,, spesso leader nelle loro nicchie. La vocazione di ricerca è molto forte, e le sinergie realizzabili a livello di filiera locale non ancora sfruttate.
- Occorre sostenere la creazione di un distretto regionale di scienze della vita, che possa favorire l'integrazione e le collaborazioni tra ricerca e imprese, dando un nuovo ruolo al "sistema di raccordo" costituito nel territorio da parchi scientifici-tecnologici, incubatori di impresa, laboratori condivisi, servizi per il trasferimento tecnologico, supporto alla creazione di spin-off da ricerca,
- la rete sovraregionale e dello spazio comunitario: le reti della ricerca (in particolare) e della innovazione si sviluppano, per definizione, in uno spazio sovraregionale, sia per l'entità dei finanziamenti necessari che per la natura stessa della distribuzione della conoscenza e dei saperi. La Toscana ha messo in atto fin qui una politica di coordinamento regionale finalizzata anche alla creazione di una "massa critica" di piattaforme e progetti collegata con i piani di sviluppo della ricerca europea e internazionale. Occorre proseguire nello sviluppo di queste reti (come la rete inter-regionale europea ENRICH), favorendo lo sviluppo di sistemi di supporto alla progettazione e negoziazione e massimizzando i meccanismi di attrazione di risorse finanziarie. E' altresì rilevante riconoscere che queste reti di rapporti internazionali presentano delle esternalità positive e sinergie da sfruttare per linee progettuali anche diverse da quelle specifiche della ricerca e dell'innovazione (si pensi ad esempio alla cooperazione internazionale, alla prevenzione e all'igiene pubblica, ecc.)

7.3 Il Sistema informativo per la salute , unitario e integrato

Il quadro definito dalle leggi di organizzazione del Servizio Sanitario toscano e dai Piani Sanitari Regionali succedutisi dall'inizio degli anni '80 è stato fortemente innovato già con il precedente Piano Sanitario 2005-2007 e regolamentato dall'entrata in vigore della L.R.40/2005 e dalle susseguenti disposizioni adottate dalla Giunta Regionale.
Gli Enti di Supporto Tecnico-Amministrativo alle Aree Vaste (ESTAV) hanno raccolto l'eredità dei precedenti Consorzi di Area Vasta assumendo sulla base delle disposizioni attuative regionali (nella fattispecie, della deliberazione n.317/2007 della Giunta Regionale) tutte le funzioni programmate dal PSR 2005-2007 e definite dalla L.R. 40/2005 sopra richiamata.
A tale contesto normativo e dispositivo, che individua in ogni operatore del SSR, in tutte le strutture che interagiscono con il SSR e nei cittadini iscritti al SSR o oggetto delle prestazioni fornite dal SSR le fonti primarie della conoscenza e i destinatari dei servizi informativi predisposti e attuati dal Sistema Informativo Sanitario – Toscano (SIS-T), ma che assegna le funzioni tecnico-organizzative ed operative ai soggetti specificamente individuati dalla L.R. 40/2005 secondo le modalità definite dai provvedimenti attuativi della Giunta Regionale, ci si deve dunque riferire in sede di programmazione organizzativa per il triennio a venire.
L'osservazione dei livelli organizzativi che gli ESTAV ereditano dalle Aziende sanitarie e all'interno dei quali sono attualmente chiamati ad operare in collaborazione con le Aziende sanitarie stesse e con le Aree Vaste, se da un lato sottolinea la crescita tecnica e operativa che ha connotato il decennio passato, con alcune punte di eccellenza nella qualificazione e capacità realizzativa del personale sotto il profilo statistico-epidemiologico, del controllo economico, dell'analisi socio-sanitaria e, non ultimo, della progettazione e impiego delle ICT in sanità, pone tuttavia problemi di omogeneità e qualità complessiva delle strutture organizzative e dei servizi gestiti. Il modello organizzativo oggi in fase di dispiegamento necessita pertanto di ulteriori specifiche direttive, di una forte direzione centrale e di un attento monitoraggio per la sua piena realizzazione e richiede al sistema politico, alle direzioni aziendali e ai singoli operatori uno sforzo molto significativo per adeguare le conoscenze, competenze e modelli di lavoro ai piani attuativi di Area Vasta e regionali.
Per le ragioni descritte è pertanto indispensabile dare alta priorità alla piena omogeneizzazione nell'ambito delle strutture organizzative del SSR e dei modelli organizzativi derivati dall'applicazione della L.R. 40/2005.

Gli obiettivi generali e specifici per il SIS-T

Si indica come <u>obiettivo generale</u> per il Sistema Informativo per la Salute della Toscana (SIS-T) nel prossimo triennio il passaggio da una rete informativa prevalentemente 'interna' alla struttura organizzativa e professionale del Servizio Sanitario della Toscana e dei soggetti ad esso correlati ad un sistema di conoscenza e servizi condivisi, aggiornati, qualificati ed efficaci operativo tra tutti i soggetti coinvolti nel sistema per la salute della Toscana. Riveste carattere prioritario rispetto alla realizzazione di tale obiettivo la capacità del SIS-T di promuovere la partecipazione attiva dei cittadini della Toscana alla formazione delle conoscenze sul sistema della salute e alla loro fruibilità in termini di informazioni e di servizi alla persona, nel rispetto rigoroso delle norme relative alla sicurezza dei sistemi informativi e tecnologici e della privacy dei dati personali. A tale obiettivo, nel quadro definito dalla L.R. 40/2005 e successive modifiche e dalle disposizioni attuative della medesima, si conforma l'assetto organizzativo e operativo delle Aziende sanitarie, delle Aree Vaste, degli ESTAV e dei soggetti afferenti al Servizio Sanitario della Toscana con gli indirizzi e le modalità di seguito descritte.

La Giunta Regionale sovrintende alla realizzazione dell'obiettivo e cura che la progettazione degli interventi e delle attività, l'implementazione e il monitoraggio delle soluzioni tecniche e organizzative presentino in modo congruo le caratteristiche di un progetto unitario politico, organizzativo e tecnologico che deve coinvolgere al tempo stesso e sullo stesso piano:
- i cittadini e le reti di tutela e cittadinanza
- il sistema di governo e management della salute
- la direzione e gestione del Servizio Sanitario Regionale
- le attività dei professionisti della salute
- le Società della Salute e gli Enti territoriali
- le parti sociali

Per la realizzazione di quanto previsto al punto 2.1 si individuano per il SIS-T nel triennio i seguenti obiettivi specifici:

Flussi regionali, informazione e reporting di sistema
Completamento e perfezionamento ai fini di governo regionale della salute, in collaborazione con le attività promosse dalla Regione nell'ambito del Laboratorio MeS (Laboratorio Management e Sanità) della Scuola Superiore S.Anna, del controllo sanitario-epidemiologico, della verifica di programmazione e di monitoraggio della sostenibilità del sistema sanitario, della rete informativa e dei processi di utilizzo dei dati derivanti da tale rete ivi compreso il debito informativo stabilito a livello nazionale o interregionale. Sono incluse nel sistema di rilevazione tutte le informazioni relative allo stato di salute del cittadino utente derivate dalle attività ospedaliere e territoriali e acquisite dai soggetti del SIS-T ai sensi e con i limiti fissati dal T.U. sulla privacy dei dati personali e dalle relative disposizioni regionali in materia

Carta Sanitaria
Realizzazione della Carta Sanitaria del cittadino toscano attraverso un sistema informatico per l'acquisizione, la gestione e la consultazione dei dati anagrafici, sanitari e amministrativi, aperto sia ai cittadini stessi che agli operatori, anche attraverso l'integrazione tecnologica con tecnologie e servizi multicanale. Per la realizzazione di tale obiettivo va ricercata l'integrazione con le iniziative in corso a livello nazionale ed europeo e, in particolar modo, con i tavoli nazionali istituiti presso il Ministero della Salute, la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie, il Ministero degli Affari Regionali – Commissione permanente sull'innovazione tecnologica e nell'ambito del progetto europeo di mobilità sanitaria dei cittadini e di standardizzazione dei dati sanitari. Nell'ambito dello sviluppo di tale obiettivo costituisce attività specifica la realizzazione di sistemi di accesso ai dati e ai servizi sanitari per le fasce della popolazione in condizioni di disagio, in particolare per quanto generato da disabilità, marginalità territoriale e differenze culturali e linguistiche.

Tale strumento sarà realizzato utilizzando le istanze tecnologiche e informative ascrivibili ai modelli del
- Patient Summary. Si tratta di una 'sintesi' dei dati più significativi che riguardano lo stato di salute remoto ed attuale del cittadino raccolti dal Medico di famiglia (o dal Pediatra di Libera Scelta).
- Cartella – Sommario (sintesi dell' EHR – Electronic Health Record). A partire dai dati già disponibili nel sistema informativo sanitario regionale è possibile costruire una prima base di dati standardizzati e codificati a cui è possibile aggiungere

c) annotazioni in formato testuale
d) dati relativi allo stato di salute del cittadino
e) esami esemplificativi chimico-clinici, biologici e di immagine

Tali informazioni contribuiscono significativamente a rappresentare, sotto il profilo della base di dati strutturati (minimun data set) e delle informazioni di tipo testuale, relative ad esami biomedici e a procedure di accertamento diagnostico con tecniche di immagine, la definizione dello stato generale di salute del paziente comprese le maggiori o più recenti prestazioni ricevute e i farmaci prescritti, distribuiti ed erogati. In tale quadro la Cartella – Sommario costituisce la base per una successiva implementazione dell'EHR completo contenente tutti i dati sanitari relativi al singolo cittadino organizzati sotto forma di 'eventi sanitari'.
Tenuto conto della complessità dell'obiettivo e della necessità di un adeguato periodo di sperimentazione, l'adozione della Cartella di Salute evolve territorialmente a partire da un numero limitato di sedi di sperimentazione, da definirsi in sede di provvedimenti attuativi della Giunta regionale.
Il programma attuativo degli interventi regionali deve recare una specifica sezione dedicata alla realizzazione della Cartella di Salute. In tale sezione devono essere previste:
- la sperimentazione di un modello standard nazionale ed europeo di Patient Summary, previo coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta attraverso le organizzazioni di categoria e tramite appositi Gruppi di sperimentazione
- la progettazione, anche attraverso l'apporto di esperti appositamente individuati e del Consiglio Sanitario Regionale, della Cartella-Sommario che dovrà contenere indicativamente:
    - anagrafica utente e punti di riferimento (caregivers)
    - dati clinici significativi
    - ultimi eventi assistenziali/diagnostici
    - maggiori eventi assistenziali/diagnostici storici
    - farmaci attualmente utilizzati
    - dispositivi medici utilizzati
    - note
- la realizzazione di specifiche procedure per l'implementazione e la messa a disposizione della consultazione della Cartella-Sommario
- i sistemi di cooperazione e sicurezza tra attori in relazione agli obiettivi previsti compreso l'utilizzo di smart cards o dispositivi analoghi per i cittadini e gli operatori
- il sistema di abilitazione ed accesso alle informazioni per i cittadini
- i correlati piani di formazione e informazione per gli operatori e i cittadini

Gli atti di programmazione delle Aree Vaste e gli atti amministrativi di attuazione degli ESTAV si conformano al piano di attività regionale. La Giunta Regionale verifica gli adempimenti delle disposizioni prescritte e l'attuazione dei piani approvati.

Strumenti elettronici per l'identificazione, l'accesso e la refertazione

Obiettivo del presente Piano è la realizzazione di un sistema basato su certificazione elettronica portabile che consenta ai cittadini della Toscana e agli operatori sanitari del SSR di interagire in modo sicuro sui canali informativi, anche nazionali o europei, di distribuzione della conoscenza. Per il raggiungimento di tale obiettivo si pongono 4 ordini di operazioni necessarie:
- quelle indirizzate tanto a livello interregionale/nazionale quanto a livello europeo alla condivisione di un'architettura di contenuti (content data share)
- quelle relative alla predisposizione e avvio di un sistema basato sull'interoperabilità delle procedure agenti nel campo sanitario sia a livello di accesso che a livello di consultazione che, infine, a livello di rendicontazione delle prestazioni eseguite/dei beni e servizi consumati (procedures interoperability)
- quelle inerenti l'individuazione, predisposizione e distribuzione/manutenzione di un modello omogeneo di e-EHIC (e-European Health Insurance Card) valido sul territorio nazionale ma compatibile con le specifiche europee e operativo sui sistemi tecno-organizzativi nazionali/regionali tendenzialmente

– ma non esclusivamente – basato su smart cards a microprocessore dotate di certificati digitali tanto sul versante 'utente' quanto sul versante 'operatore'.

- quelle infine per la messa a punto di un sistema di protezione dei circuiti sanitari, di quelli tecno-organizzativi e di quelli economici che afferiscono alla gestione dei dati sanitari (security and privacy of healthcare and management data flow).

Razionalizzazione del sistema tecnologico

Adozione, da parte delle strutture istituzionalmente preposte della Regione Toscana, delle Aziende sanitarie, delle Aree Vaste, degli ESTAV e delle Società della Salute, di tutte le disposizioni e misure necessarie alla convergenza delle ICT e delle tecnologie sanitarie supportate da ICT operanti nell'ambito del sistema per la salute. Riferimento principe di tale convergenza e razionalizzazione è la disposizione attuativa della L.R.40/2005, deliberazione n.317/2007 della Giunta Regionale, che si pone l'obiettivo di perseguire le finalità strategiche sottese dalla legge regionale.

Rispetto delle specifiche architetturali, progettistiche, implementative e operative stabilite nell'ambito dal Programma Regionale sulla Società dell'Informazione e della Conoscenza e delle applicazioni toscane del Sistema Pubblico di Connettività, tenuto conto dello stato di avanzamento del progetto interregionale-CNIPA ICAR sulla standardizzazione dei flussi interregionali e degli esiti delle attività di integrazione nazionale ed europea .

Processo di valutazione e autovalutazione

Adozione o potenziamento da parte delle Direzioni aziendali, degli ESTAV e delle Società della Salute, in correlazione con il progetto regionale di valutazione del Servizio Sanitario Regionale attivato tramite il Laboratorio MeS in collaborazione con la Scuola Superiore S.Anna di Pisa, di appositi strumenti per l'impiego, a fini di autovalutazione e valutazione incrociata, dei dati e delle informazioni derivanti dalla programmazione, dalle attività aziendali e dagli esiti di tali attività.

Il programma di azione

Le funzioni regionali

Ai fini della direzione delle attività mirate alla realizzazione degli obiettivi che si intende perseguire e delineati in precedenza la Giunta Regionale istituisce uno specifico Gruppo di Lavoro, anche a carattere interdipartimentale e con l'eventuale apporto di esperti provenienti dal sistema della ricerca e della valutazione. La Regione Toscana, anche per il tramite del Gruppo di Lavoro e con il coinvolgimento degli attori del sistema della salute sopra richiamati, predispone il programma attuativo degli interventi relativi agli obiettivi definiti e lo approva con propri provvedimenti e linee-guida.
Il Gruppo di Lavoro, anche attraverso l'adozione di specifiche disposizioni attuative, sovrintende alla pianificazione e realizzazione delle attività finalizzate alla realizzazione degli obiettivi e monitorizza continuativamente gli stati di avanzamento e gli esiti delle attività programmate.

I Soggetti del SSR

Il programma attuativo approvato dalla Regione Toscana costituiscono per i soggetti del Servizio Sanitario Regionale disposizioni di carattere generale.
I soggetti del Servizio Sanitario Regionale, con particolare riferimento agli atti di programmazione delle Aree Vaste e al programma di lavoro degli ESTAV in relazione alle funzioni organizzative, tecnologiche e di sistema informativo ai medesimi trasferite es L.R. 40/2005, adottano tutte le disposizioni di carattere:

- organizzativo

- formativo
- di work-flow operativo
- di controllo della produzione e degli esiti

necessarie alla realizzazione delle prescrizioni ed indirizzi regionali avvalendosi, per la predisposizione del progetto complessivo di convergenza, per la pianificazione degli interventi e l'analisi di coerenza sugli standard, del nominato Gruppo di Lavoro. Il medesimo Gruppo di Lavoro supporta i soggetti del Servizio Sanitario Regionale, con particolare riferimento alle Aree Vaste e agli ESTAV, nell'implementazione delle disposizioni tecnico-organizzative finalizzate all'assolvimento delle prescrizioni impartite dalla Regione e verifica la congruenza tra le misure adottate sotto il profilo della convergenza tecnologica con gli standard sopra richiamati.

Interventi speciali e telemedicina

Come già indicato nei precedenti Piani Sanitari regionali, la necessità di una copertura globale del territorio e di una distribuzione efficiente della qualità dei servizi anche nelle aree disagiate rendono la telemedicina 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. La scelta programmatica di sviluppare i servizi alla persona nel contesto di riferimento sociale e familiare impongono che alla capacità organizzativa ed operativa dei presidi del SSR sia affiancata la possibilità di erogare prestazioni a distanza, mantenendo fissa la qualità del servizio e i costi di esercizio delle strutture

A integrazione di quanto indicato nei precedenti Piani Sanitari regionali, mentre si conferma la necessità di utilizzo dell'infrastruttura di comunicazione digitale costituita per la Regione Toscana dalla Rete Telematica regionale e dalle reti di accesso aziendali, subentra la necessità di integrare nel vigente sistema di comunicazione le reti multicanale e multisegnale .

Tale infrastruttura deve operare, nel quadro definito dalla L.R. 1/2004 e successive modifiche per la Società dell'Informazione e della Conoscenza e come integrazione funzionale del SIS-T, attraverso la compresenza di tre livelli di rete dorsale (terrestre, radio e satellitare) a cui accedono le reti distributive locali. I servizi , in particolare i nuovi servizi, sono realizzati utilizzando l'architettura di Cooperazione Applicativa – CART, implementazione toscana del Sistema Pubblico di Connettività regionale – SPCcoop.

Su tale infrastruttura viene attivato il sistema dei servizi erogati in telemedicina, attraverso una specifica formazione e qualificazione delle componenti organizzative di base e professionali.

Rivestono particolare priorità le applicazioni di telemedicina rivolte a :

- supporto ai sistemi di emergenza/urgenza con riduzione dei tempi di accesso dei pazienti alle prestazioni in area critica, mediante telediagnosi/teleconsulto;
- riduzione degli accessi alle prestazioni istituzionalizzanti, con sviluppo di forme anche avanzate di home care teleassistito sulla base delle sperimentazioni già in atto in Toscana.

Un impegno specifico viene riconfermato per il sostegno e il potenziamento dei sistemi RIS-PACS in ambito di telediagnostica di immagine, in relazione al perfezionamento del progetto regionale I.D.I.T. (Informatizzazione della Diagnostica di Immagine). In ordine a quanto indicato in I.D.I.T., la Giunta regionale verifica lo stato di attuazione del progetto nelle 3 Aree Vaste operando anche tramite specifici interventi per la piena realizzazione delle previsioni progettuali. La Regione conferma, a tale scopo, l'impegno diretto al potenziamento della rete telematica regionale con le connessioni più adatte ai collegamenti teleradiologici. La Regione conferma infine l'impegno diretto alla realizzazione, come sistema regionale di archiviazione generale e indirizzamento dei

sistemi locali di ricerca, con localizzazione preferenziale presso il TIX regionale, del Master Patient Index di livello regionale, collegato con quanto previsto agli obiettivi specifici della presente sezione.

7.4 Le buone pratiche, la qualità, l'accreditamento

Il governo clinico è l'attuazione dell'insieme di tutte quelle pratiche rivolte al miglioramento della qualità dell'assistenza (ricerca, formazione, audit, gestione del rischio, trasparenza, efficacia clinica). Per realizzarsi pienamente ha bisogno della partecipazione e coinvolgimento dei cittadini. Sono loro che dovranno svolgere quell'azione di valutazione e controllo sociale che rappresenta lo stimolo più forte al miglioramento dei servizi, determinando desiderio di emulazione tra le aziende sanitarie.
Il prossimo triennio comporterà alcune importanti innovazioni del sistema assicurazione qualità e gestione del rischio clinico in questa direzione.

E' necessario per raggiungere standard di efficienza ed efficacia elevati mediante criteri economici congruenti, fare chiarezza sugli obiettivi, differenziandoli tra essenziali e di eccellenza.
Gli obiettivi essenziali sono raggiunti attuando tutti i requisiti strutturali ed organizzativi di base per operare in modo coerente alle aspettative di un servizio sanitario moderno ed efficiente, garantendo tutte le prestazioni ed i servizi essenziali.
Gli obiettivi di eccellenza riguardano invece la realizzazione di progetti specifici di qualità che qualificano il servizio sanitario regionale in alcune delle sue azioni più rilevanti. In questo ambito si inserisce il sistema di attestazione volontaria di buone pratiche per la sicurezza del paziente. La volontarietà in questo contesto non significa un'applicazione facoltativa degli indirizzi e linee guida internazionali ma interesse e volontà delle strutture sanitarie e dei loro dirigenti di sottoporsi a valutazioni e verifiche mirate a dimostrare il raggiungimento del risultato in modo corretto.

7.4.1 Governo Clinico nei diversi ambiti: qualità e appropriatezza clinica e organizzativa

La necessità di garantire ai cittadini i migliori risultati delle cure, l'equa allocazione delle risorse, la qualità dei servizi prestati, la corretta gestione della sicurezza del paziente, la aderenza delle procedure cliniche alle più accreditate evidenze scientifiche, possono essere affrontate soltanto se i professionisti della sanità e gli amministratori troveranno la misura della reciproca responsabilità, del rispetto delle diverse competenze e del coinvolgimento decisionale.

Il termine «governance» è ricco di storia. Usato nel francese antico del Duecento come equivalente di «governo» (l'arte e la maniera di governare), entra nell'inglese nel secolo seguente con lo stesso significato. Poi cade in disuso. Il grande ritorno avviene alla fine degli anni ottanta nei discorsi della Banca mondiale, ripresi dalle altre agenzie di cooperazione, dall'Fmi e dal Programma delle Nazioni unite per lo sviluppo, con l'obiettivo di "legittimare" nella società civile le politiche che essi attuano;è uno strumento di ricomposizione di una crisi che attraversa aree politiche diverse ma tutte interessate alla ricerca di una nuova governance della "relazione tra stato, settore privato e società civile".

In particolare nell'area della politica sanitaria la ricomposizione interessa i due paradigmi assoluti del pensiero medico del ventesimo secolo:

- la razionalità clinica, primo paradigma, si conferma metodo necessario ma, secondo l'insegnamento dell'Evidence Based Medicine, non sufficiente, per garantire l'efficacia dell'agire medico. Come è stato detto il medico oggi non opera più "nell'oscurità dei secoli bui, né alla luce dell'illuminismo" ma "nel crepuscolo della probabilità".
- l'evoluzione e la nuova complessità del concetto di salute (secondo paradigma) non sono sufficientemente rappresentate con le dimensioni "storiche", dell'efficacia (medica) e dell'efficienza (aziendale); si impone un confronto con diverse sensibilità e punti di vista: è necessario introdurre una nuova dimensione:l' appropriatezza.

Il governo clinico risponde alla crisi del primo paradigma con un nuovo sistema di relazioni fondato sul lavoro e sulla comunicazione interdisciplinare, introduce la continuità interprofessionale delle competenze, tende a superare la dicotomia tra la responsabilità individuale e organizzativa e tra responsabilità personale e di gruppo, adotta il processo valutativo degli esiti delle cure come metodo scientifico per operare con etica ed umiltà generosa nella stagione dell'evidenza probabile.

Il governo clinico assume l'appropriatezza come metodo, al fine di regolare il processo decisionale nel sistema sanitario e come mezzo, perché una società democratica e fortemente partecipativa definisca modi e strumenti per consentire la migliore qualità delle cure nel rispetto delle esigenze comunitarie, per costruire una via toscana alla qualità. Gli approcci alla malattia tecnico—scientifico, umanistico relazionale e di sanità pubblica, in quanto fondati sugli stessi valori di universalità dell'accesso, di uguaglianza del diritti, di equità distributiva, di salvaguardia dei diritti dei singoli e della collettività devono convivere in equilibrio.

Il pensiero è maturo nelle professioni sanitarie; l'articolo 6 del vigente Codice di Deontologia Medica sostiene che " il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse. Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure ".

Il termine "clinical governance" non indica una forma di gestione della cosa pubblica ma uno stile di governo atto a "creare un sistema attraverso il quale medici e amministratori sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi prestati e della creazione di meccanismi atti a garantire elevati standard di assistenza in un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza delle prestazioni e più efficaci approcci alla qualità", secondo la definizione del Ministero della Sanità britannico.

La Regione Toscana ha promosso in materia di governo clinico un processo di crescita e di condivisione di sistema, dal livello aziendale e di area vasta al livello regionale con dinamica di rete circolare e non gerarchizzante; nel livello regionale l'azione di governo clinico si esercita attraverso organismi tecnico professionali quali il Consiglio Sanitario Regionale, massimo organo di riferimento consultivo, l'Istituto toscano tumori, l'Organizzazione toscana trapianti, il Centro regionale per il rischio clinico, il Centro sangue (CRCC), nonché specifiche commissioni di coordinamento regionale quali la Commissione linee guida, la Commissione per la lotta al dolore, la Commissione terapeutica regionale, la Commissione formazione regionale, la Commissione per la lotta all'AIDS e le malattie infettive, l'Osservatorio per l'emergenza urgenza. Nel livello

di area vasta i Coordinamenti tecnico scientifici prima, i Dipartimenti interaziendali successivamente hanno rappresentato la vocazione ed il contributo dei professionisti, medici e sanitari, alla funzione di programmazione regionale. Nel prossimo triennio la Giunta regionale potrà insediare altri organismi o commissioni per specifiche funzioni di rilevanza regionale.

A livello aziendale il governo clinico si costituisce con l'insieme delle funzioni direzionali che perseguono le finalità di governo clinico rappresentate attraverso un coordinamento nello staff di direzione sia sul piano formativo del personale sia su quello operativo, con particolare riguardo ad azioni trasversali quali la gestione del rischio clinico, la sicurezza del paziente, la comunicazione professionale, l'uso dei farmaci, l'appropriatezza ed ottimizzazione dei percorsi assistenziali, la valutazione degli esiti delle cure.

Obiettivo del prossimo triennio è di ulteriormente perseguire la "governance" della sanità toscana attraverso la:

§ individuazione delle sedi ove esercitare la "governance" del sistema ai diversi livelli di responsabilità territoriale, ospedaliera, della direzione aziendale, di area vasta e regionale,
§ attuazione di iniziative formative per tutti gli attori del sistema,
§ implementazione degli strumenti di comunicazione aziendale, interaziendale e regionale,
§ istituzione di un coordinamento stabile del livello regionale di "governance" per potenziarne la funzione di governo professionale del sistema,
§ individuazione di strumenti di concertazione sulla programmazione a livello aziendale e di area vasta tra organismi professionali e direzionali,
§ fornitura di mezzi e strumenti per le attività di governo clinico, quali la gestione del rischio clinico, la health tecnology assessment, l'osservatorio sull'appropriatezza dell'uso dei farmaci, la stesura e implementazione di linee guida e clinical pathways,
§ creazione, nell'arco di vigenza del presente piano, di eventuali procedure atte ad identificare l'eccellenza nelle cure.

7.4.2 Le attività del "governo clinico": linee guida e percorsi assistenziali

Le linee guida "sono raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche".
Nel processo di miglioramento della qualità dell'assistenza, la Regione Toscana, con il contributo del Consiglio Sanitario Regionale ha elaborato raccomandazioni di comportamento clinico, basate sui più aggiornati studi scientifici nazionali ed internazionali.
Le linee guida, com'è noto, non sono direttive vincolanti per gli operatori, ma fonte di indicatori attraverso i quali le loro prestazioni potranno essere valutate, anche in modo comparativo, ed oggi sono impiegabili quale strumento di valutazione della qualità delle prestazioni erogate dai servizi sanitari, in conformità a principi che sono scientificamente validati e condivisi.
Nel triennio 2005-2007 sono state elaborate linee guida su diciotto patologie allo scopo di aiutare i professionisti ad assumere decisioni cliniche individuando gli strumenti di cura più efficaci, tra i molti esistenti, ma anche per rispondere all'esigenza diffusa di una migliore comunicazione tra operatori e pazienti dei servizi.

Le linee guida sono state diffuse, in una prima versione, a tutti gli operatori sanitari che, dopo attenta valutazione, hanno formulato osservazioni fornendo il loro contributo alla revisione ed alla elaborazione definitiva.
Alla fase di valutazione era correlato un percorso formativo con possibilità di maturazione di crediti ECM da parte degli operatori.

Il progetto, articolato e complesso, ha comportato l'attività e la sinergia di molteplici attori - enti istituzionali e figure professionali - e si è posto quale elemento di valore aggiunto centrale e fondamentale nel miglioramento continuo della qualità dei servizi consentendo l'attribuzione di un alto numero di crediti ECM.

Elaborazione nuove linee guida e revisione delle esistenti

Le linee guida elaborate in versione definitiva, dopo la revisione scientifica e l'impostazione grafica dell'Istituto Superiore di Sanità, sono inserite nel sito del Piano Nazionale Linee Guida nella sezione "Regioni" inaugurata dalla Regione Toscana.
E' previsto il prosieguo dell'attività con l'ISS sia per l'inserimento nel sito di nuove linee guida e/o IDT che per la revisione periodica delle stesse.

Il Consiglio Sanitario Regionale provvederà, in relazione alle priorità sanitarie emergenti, all'individuazione di nuove linee guida da redigere nel triennio tenendo conto anche del contributo, in termini di salute, offerto dall'uso delle Medicine Complementari (MC) laddove esistono sufficienti evidenze scientifiche.

Linee guida interattive

Il Progetto Linee Guida Interattive, partito su base sperimentale, consentirà la formazione a distanza (F@D) offrendo un ambiente tutoriale, di simulazione e di autovalutazione che permette agli utenti di apprendere in modalità di studio autodidattico interattivo i contenuti delle singole linee guida che saranno tradotte in applicazione fruibile via Internet
Il Consiglio Sanitario Regionale, con il supporto logistico ed operativo del Laboratorio di Formazione Sanitaria, provvederà a mettere a regime tale Progetto per:

- migliorare la fruibilità delle raccomandazioni
- consentire la formazione a distanza di target di operatori sanitari mirati ed individuati per competenza
- attribuire crediti ECM

Implementazione Linee guida

L'applicazione delle Linee guida è un passaggio decisivo in ogni politica sanitaria che si pone l'obiettivo del miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate e che cerca elementi innovativi per costruire una soddisfacente relazione medico-paziente.
L'obiettivo nel triennio è la contestualizzazione, a livello del sistema sanitario regionale, di linee guida di buona qualità pertinenti a problemi prioritari di salute e di assistenza, con il coinvolgimento professionale, operativo e gestionale del maggior numero possibile di strutture e servizi.
Il Consiglio Sanitario Regionale provvederà, in stretto raccordo con l'Agenzia Regionale di Sanità, alla "traduzione" in concreto di specifiche linee guida, definendone il livello programmatorio, in ambito regionale e quello attuativo a livello di Area Vasta ed Aziendale. In tali ambiti dovranno essere stabiliti gli iter assistenziali di specifiche categorie di pazienti, le competenze professionali che dovranno intervenire nelle diverse fasi, l'assetto organizzativo più idoneo a sostenere il "cambiamento".

La Formazione si pone quale momento fondante del progetto di implementazione perché consente di effettuare un'analisi critica e assertiva delle raccomandazioni e del contesto organizzativo nonché la costruzione di condizioni che rendano verificabile, monitorabile e misurabile l'impatto delle raccomandazioni cliniche in termini di esiti clinici rilevanti per i pazienti e gli operatori.
L'adozione di una strategia di implementazione appropriata è sicuramente uno strumento indispensabile per l'efficace realizzazione delle potenzialità delle Linee Guida che trovano nel Governo Clinico il loro naturale ambito di collocazione. Un Governo clinico con i clinici nell'interesse dell'utenza ma anche un Governo clinico quale strumento della politica regionale e quindi orientato a costruire le condizioni perché nel nostro contesto l'efficienza sia consustanziale all'efficacia.

Azioni sperimentali

La progettazione di percorsi assistenziali costituisce un elemento essenziale della politica sanitaria per il miglioramento della pratica clinica in quanto consente di modellare l'offerta sulle specificità della domanda per patologia.

Nell'ambito del processo di implementazione delle linee guida - viste come ponte tra le evidenze scientifiche e la pratica – il Consiglio Sanitario Regionale, dopo l'individuazione di tematiche e problemi di salute prioritari, definisce il contesto per la costruzione di percorsi assistenziali o clinical - care pathways per un loro successivo adattamento alle realtà territoriali locali da parte delle Aziende Sanitarie.

L'implementazione dei percorsi assistenziali, in una prima fase sperimentale, trova il suo naturale contesto nell'Area Vasta e vede nelle Aziende Sanitarie la fattispecie di forme organizzative ad alta differenziazione ed integrazione.

I risultati ottenibili dalla conversione in pratica clinica corrente dei percorsi assistenziali trovano elemento di sostegno su sistemi informativi adeguati a fornire e supportare tutte le informazioni relative alla verifica della correttezza applicativa e che ne costituiscono l'indispensabile impalcatura.

Impegno nel triennio è la definizione di un sistema di monitoraggio ed un processo di valutazione dei percorsi nonché la messa a rete delle informazioni e dei risultati ottenuti dalle varie applicazioni.

7.4.3 La prevenzione e gestione del rischio clinico, e l'ergonomia del sistema

Negli anni 2004-2007, la Regione Toscana si è dotata di un proprio sistema di gestione del rischio clinico. Ogni azienda sanitaria toscana oggi ha un clinical risk manager e dispone di un sistema informativo per la gestione dei sinistri e di incident reporting (segnalazione volontaria dei mancati incidenti e delle azioni insicure).
E' stata svolta inoltre una notevole attività formativa per fornire le competenze adeguate a tutti gli attori del sistema. Nel 2006 in particolare, oltre ai clinical risk manager formati mediante un corso di alta formazione di durata annuale realizzato in collaborazione con la Scuola Superiore San'Anna di Pisa, sono stati preparati 1054 operatori sanitari (corso di 40 ore) a svolgere il ruolo di facilitatori ovvero di coloro che promuovono l'attivazione di audit o rassegne di morbilità e mortalità a seguito di eventi avversi.

L'accreditamento istituzionale prevede nella nostra Regione alcuni requisiti specifici sulla gestione del rischio clinico. E' stato realizzato, inoltre, un sistema organizzativo che consente l'attestazione delle buone pratiche per la sicurezza del paziente da parte di un pool di auditor interni ed esterni alle aziende sanitarie.
Le buone pratiche sono il risultato di specifiche campagne di sperimentazione e di informazione su alcuni rischi presenti nelle strutture sanitarie: rischio di infezioni ospedaliere (campagna sull'igiene delle mani e sull'uso appropriato della terapia antibiotica); rischio di errori di terapia (introduzione della scheda terapeutica unica per gli errori di trascrizione e del farmamemo per la prevenzione degli effetti collaterali da uso di farmaci anticoagulanti orali); rischio di cadute in ospedale (introduzione di misure di valutazione e prevenzione del rischio); rischi connessi alla non corretta identificazione del paziente (introduzione del braccialetto identificativo).

Il sistema di gestione del rischio clinico ha consentito di avere dei dati utili per la pianificazione degli interventi di prevenzione. La sinistrosità si attesta nella nostra regione a circa 1350 casi all'anno. Le tipologie di eventi a cui più frequentemente si associano sono: 37% errori di intervento, 18% cadute di pazienti, 12% errate diagnosi, 6% complicanze infettive e 6% errori di terapia.
Le specialità maggiormente citate nelle denunce sono: 24% ortopedia, 14% chirurgia generale, 8% ostetricia e ginecologia, 6% medicina d'urgenza.
A distanza di tre anni dalla denuncia rimangono ancora aperte quasi il 58% delle pratiche, il 27% ha già ottenuto un risarcimento mentre il 15% è stato chiuso senza seguito.
I costi assicurativi per polizze RTC/RCO sono stati nel complesso contenuti ed in alcuni casi hanno subito delle riduzioni consistenti anche in rapporto al diminuire della rischiosità determinata dal sistema di gestione del rischio.
Nel corso del 2006, primo anno di funzionamento a livello regionale del sistema di segnalazione volontaria dei mancati incidenti e azioni insicure, sono state inoltrate 443 segnalazioni che hanno portato alla realizzazione di 260 audit clinici e di 96 rassegne di mortalità e morbilità e 251 azioni di miglioramento.
Il Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente ha svolto l'analisi degli eventi avversi più gravi avvenuti in questi ultimi anni fornendo indicazioni e soluzioni di tipo preventivo.

Obiettivi

Il programma di lavoro da realizzare nell'ambito del PSR 2008-2010 si pone il raggiungimento dei seguenti obiettivi:
- promuovere e sviluppare la cultura della sicurezza mediante l'attivazione del sistema di incident reporting (audit clinici e rassegne di mortalità e morbilità) in ogni azienda sanitaria e sul territorio, tramite una ulteriore formazione di facilitatori (operatori che svolgono una azione facilitante rispetto al funzionamento del sistema di segnalazione volontaria, raccogliendo le segnalazioni di eventi avversi e promuovendo audit clinici o rassegne di mortalità e morbilità - M&M).

Gli indicatori messi a punto per valutare il raggiungimento di questo obiettivo consistono nel calcolo del numero di audit clinici e di rassegne di mortalità e morbilità effettivamente svolti rispetto al numero previsto per ciascuna struttura semplice o complessa, rispettivamente 3 audit e 6 M&M ogni anno.
- Consolidare l'organizzazione della gestione del rischio clinico in tutte le aziende sanitarie mediante un potenziamento delle funzioni e delle strutture deputate a occuparsene, sulla base dei dati della rischiosità forniti dal sistema informativo sui sinistri e di incident reporting. Il costante aggiornamento del sistema informativo regionale è di estrema importanza al fine del monitoraggio della sinistrosità e del contenzioso. La collaborazione con gli Osservatori Medico Legali sul contenzioso va

resa stabile mediante una maggiore sinergia con Unità Affari Legali, Clinical Risk Manager e Ufficio Relazioni con il Pubblico, anche mediante la costituzione di coordinamenti di area vasta con il coinvolgimento degli ESTAV.
E' previsto, a tal fine, il calcolo di un apposito indicatore, fornito dal sistema informatizzato, per determinare il tempo di latenza intercorrente tra arrivo della denuncia e suo inserimento nel sistema informativo da parte del personale delle Unità Affari legali e la valutazione della riserva da parte dell'Osservatorio sul contenzioso.
La formazione dei clinical risk manager sarà continuata con nuovi corsi anche per far fronte alle esigenze continue delle aziende sanitarie di competenze in questo campo.

- Dare un ruolo attivo al cittadino mediante un suo maggiore coinvolgimento nelle attività di gestione del rischio clinico, in particolare informandolo sull'applicazione delle buone pratiche per la sicurezza del paziente adottate nelle aziende sanitarie in ambito ospedaliero e territoriale.

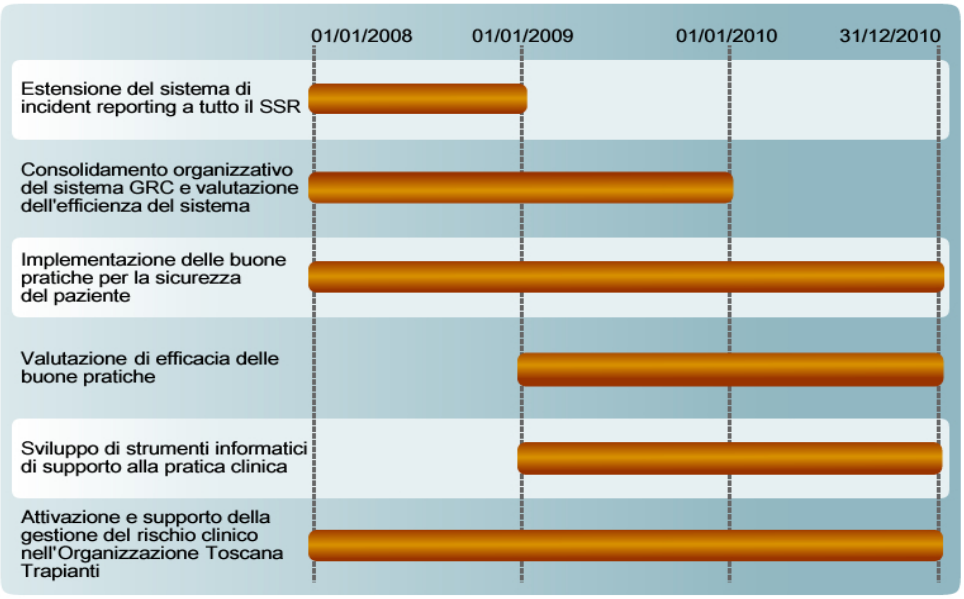
Il prossimo triennio sarà fondamentale per lo sviluppo e monitoraggio del sistema di attestazione volontaria delle buone pratiche.
In particolare, oltre all'estensione dell'implementazione del braccialetto identificativo (Campagna AIDA o LIDIA?) si dovrà provvedere alla diffusione e applicazione delle altre buone pratiche (checklist di sala operatoria, igiene delle mani, scheda terapeutica unica, farmamemo – anticoagulanti orali, appropriatezza nell'uso degli antibiotici-studio delle resistenze, prevenzione della tromboembolia, prevenzione della emorragia post-partum e della distocia di spalla; prevenzione rischio nutrizionale, prevenzione delle cadute).
Occorrerà continuare a realizzare iniziative ad hoc per la gestione e la prevenzione dei rischi in aree cliniche particolarmente critiche come quelle della ginecologia, ostetricia, chirurgia e ortopedia.
Le aziende sanitarie dovranno essere valutate e monitorate sulle azioni intraprese per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.
Le aziende sanitarie, le cui strutture semplici o complesse, dipartimenti o percorsi di cura attesteranno volontariamente le buone pratiche che dovranno essere inoltre rese visibili, mediante un apposito sito web o altre iniziative di informazione, ai cittadini o loro associazioni.
Saranno inoltre definiti degli indicatori di esito e di processo finalizzati a valutare le performance aziendali in tema di gestione del rischio clinico.
Relativamente al monitoraggio dei sinistri, l'indicatore di riferimento è l'indice di sinistrosità, determinato dal rapporto tra numero dei sinistri per lesioni o decessi (numeratore) annui e il numero di ricoveri annuo (denominatore). L'obiettivo che sarà oggetto di valutazione è l'andamento dell'indice che, nel tempo, dovrà diminuire o rimanere costante. Per quanto riguarda invece lo sviluppo del sistema di incident reporting, l'indicatore da considerare fa riferimento alla diffusione degli audit per la gestione del rischio clinico all'interno delle unità operative determinato dal numero di audit effettuati (numeratore) e quelli previsti (denominatore) . L'obiettivo che sarà oggetto di valutazione è la realizzazione di almeno 2 audit (nel 2008) e di 3 audit (nel 2009) per ciascuna unità operativa. Verrà inoltre calcolato annualmente il tasso di mortalità nei DRG a bassa mortalità per ciascuna azienda, l'obiettivo di performance è di non oltrepassare la media delle altre aziende, e di analizzare i casi individuati, secondo gli indirizzi regionali in materia di gestione del rischio clinico, con la finalità di evidenziare le criticità e definire strategie di miglioramento. Altro indicatore che sarà monitorato è il tasso di sepsi determinato dal rapporto tra numero delle sepsi annue (numeratore) e il numero di ricoveri annui (denominatore). La segnalazione di questo fenomeno risulta in generale sottostimata in modo sistematico, l'obiettivo è quindi che le unità operative incrementino la relativa attività di reporting.

- Saranno rilevati inoltre alcuni indicatori di qualità la cui misura contribuirà ad una maggiore comprensione delle modalità di sviluppo delle attività di gestione del rischio clinico.

- Favorire lo sviluppo di strumenti informatici di supporto alla pratica clinica per l'individuazione delle criticità e la ricerca delle best practice, in particolare nelle aree a maggior rischio (chirurgia, ostetricia e ginecologia, ortopedia e area critica).
- Introdurre metodi di valutazione qualitativa dei rischi mediante la revisione periodica delle cartelle cliniche.
- Valutare le caratteristiche di usabilità ed ergonomia delle apparecchiature e dispositivi biomedicali, arredi, presidi sanitari e software prima della loro adozione nell'ambito dell'health technology assessment;
- Supportare lo sviluppo di sistemi di cartella clinica integrata che rispondano a requisiti di usabilità, qualità e sicurezza del paziente;
- Attivare e supportare la gestione del rischio clinico nell'ambito dell'Organizzazione Toscana Trapianti anche sulla base delle indicazioni fornite dalla Commissione Tecnica Regionale (delibera G.R. N° 380 del 28/05/2007)

Tempistica

Tabella riassuntiva della tempistica degli obiettivi



Saranno infine inseriti nel bersaglio delle Aziende sanitarie indicatori specifici per la valutazione della gestione del rischio clinico e dei risultati ottenuti sulla sicurezza del paziente.

Alla determinazione di indicatori di tipo quantitativo si assoceranno valutazione di tipo qualitativo mediante l'istituzione di un gruppo regionale di lavoro itinerante con il compito di effettuare visite e incontri nelle aziende sanitarie al fine di supportare l'adozione delle buone pratiche e la loro corretta applicazione.

7.4.3.1 La sicurezza nella gestione della terapia anticoagulante orale

La terapia anticoagulante orale (TAO), utilizzata per la prevenzione di eventi tromboembolici in pazienti con fibrillazione atriale cronica, protesi cardiache valvolari, tromboembolismo venoso e arteriopatia coronaria, è in costante aumento nel corso degli ultimi anni.

Nel 2005, in Toscana 8,2 cittadini su mille (29.382 pazienti) sono stati in trattamento continuativo con farmaci anticoagulanti orali. L'attenzione su questi farmaci (warfarin o Coumadin®, acenocumarolo o Sintrom®) è dovuta alla necessità di conoscere bene benefici e rischi (primariamente il rischio di sanguinamento ed emorragie cerebrali) che in alcuni casi documentati hanno provocato la morte del paziente. L'efficacia e la

sicurezza sono correlate alla misurazione e valutazione del valore di INR (International Normalized Ratio). Si tratta di un test che consente di verificare il livello di anticoagulazione raggiunto e che ha consentito la definizione dell'intervallo terapeutico più adeguato per ogni condizione clinica. Il controllo di questo parametro, mediante specifico esame del sangue, e gli aggiustamenti di dose del farmaco sono frequentemente richiesti, essendo il valore di INR influenzato da cambiamenti in terapie concomitanti, dieta, consumo di alcol, eventi acuti, patologie epatiche e fattori ignoti.
Le possibili interazioni pericolose con altri farmaci o prodotti erboristici assunti in concomitanza alla TAO sono inoltre numerose e particolarmente gravi. Secondo un'indagine effettuata dalla ARS sui flussi informativi regionali, ben 1/3 dei pazienti in TAO è esposto ad interazioni pericolose con altri farmaci di fascia A.

Per la sicurezza del paziente, in qualsiasi evenienza, è inoltre importante che anche i medici diversi dal curante ed i farmacisti siano a conoscenza della terapia anticoagulante in atto, per poter evitare o quanto meno contenere l'esposizione a farmaci potenzialmente interagenti.

Gli obiettivi

In considerazione di quanto detto, nel trinennio 2008-2010 di riferimento del presente piano, ci si propone di promuovere specifiche azioni dedicate al miglioramento della sicurezza dei pazienti in TAO, mediante il coinvolgimento attivo dei pazienti e dell'Associazione Pazienti (AIPA) di tutti gli attori del sistema sanitario che intervengono nella gestione della TAO: medici di medicina generale, centri di sorveglianza anticoagulati (Centri TAO), laboratori, farmacie, distretti e ospedali di secondo e terzo livello.

A tal fine ha rilevanza la formazione specifica e l'aggiornamento periodico del medico curante (medico di famiglia o medico del centro TAO).

Le azioni avranno, inoltre, la finalità di garantire l'equità ed il tempismo nell'accesso al monitoraggio dell'INR, anche mediante l'utilizzo di coagulometri portatili che consentono un'immediata valutazione dell'INR, all'aggiornamento del programma terapeutico per scritto ed alla revisione clinica periodica o in caso di bisogno da parte del medico curante. Per questo ultimo punto, l'attivazione di Unità di Cure Primarie o di ambulatori per patologia presso centri di medicina di gruppo è la strada priotaria da perseguire nella prospettiva di assistenza secondo i principi del Chronic Care Model.

7.4.4 Rischio Radiazioni ionizzanti

La Regione Toscana è fortemente impegnata verso la promozione di iniziative per la prevenzione e per la tutela della collettività, in particolare verso il corretto utilizzo di radiazioni ionizzanti e sostanze radioattive, che ha permesso grandi sviluppi nella medicina moderna con innovazioni tecnologiche quali la tomografia (TAC), l'angiografia digitale e, più recentemente, la tomografia ad emissioni di positroni (PET).
Anche se il beneficio dell'esame è significativamente maggiore dell'eventualità di un danno correlato all'analisi stessa e, pur riscontrando ancora unanimità nella comunità scientifica riguardo agli effetti delle radiazioni ionizzanti a basse dosi, resta comunque la necessità di valutare con attenzione l'appropriatezza di ogni singola indagine per evitare rischi non giustificati alla popolazione.
Negli ultimi 50 anni, l'imaging in medicina e non solo, ha prodotto una reale rivoluzione, sia per l'iter diagnostico - terapeutico del paziente (prevenzione, cura e riabilitazione) sia nel controllo degli impianti industriali sempre più sofisticati.

La Regione Toscana ritiene necessario intervenire per evitare la proliferazione caotica delle varie e sempre più sofisticate apparecchiature per l'imaging, prevedendo sia nel campo della programmazione che nel campo autorizzativo la previsione di modelli che verifichino l'adeguatezza e l'appropriatezza nell'uso di tali metodologie sia dal punto di vista clinico che da quello della qualità.
.

La Giunta Regionale si impegna a:

- promuovere uno studio di fattibilità sulla Valutazione della dose efficace assorbita dal singolo paziente a seguito di un'esposizione a scopo medico, fornendo al paziente l'indicazione della dose ricevuta nella singola prestazione diagnostica, prevedendo un interfaccia con il sistema RIS al fine di monitorare la dose accumulata nel corso della storia clinica dei cittadini;

- promuovere una diffusa campagna di comunicazione rivolta ai cittadini toscani sui rischi derivanti delle esposizioni mediche a radiazioni ionizzanti;

- proporre linee di indirizzo e coordinamento per l'applicazione del Decreto legislativo 187/2000 anche attraverso la definizione di protocolli e buone prassi da trasferire alle strutture regionali interessate;

- potenziare l'Archivio Radiologico al fine di accrescere i livelli di conoscenza delle attrezzature e delle sorgenti radioattive presenti sul territorio regionale e per l'esecuzione dei controlli previsti dalla normativa ai fini di una corretta pianificazione.

7.4.5 L'Accreditamento istituzionale e l'evoluzione verso l'eccellenza

Una riflessione complessiva sul sistema dell'accreditamento istituzionale, a circa dieci anni dalla sua definizione normativa, evidenzia un contesto nazionale in cui è possibile intravedere alcune linee di tendenza che l'istituto dell'accreditamento sta assumendo nel mondo della sanità.
Accanto al ruolo, ad esso attribuito, di strumento di regolazione dell'accesso al mercato sanitario, si manifesta con più forza l'orientamento a far emergere la stretta connessione dell'accreditamento con il tema della qualità e c'è in atto un processo di affinamento del sistema volto soprattutto a focalizzare l'attenzione sulla persona utente e sui processi organizzativi e assistenziali, con affiancamento anche di metodologie quali il Total Quality Management o di processi di Continuus Quality Improvement. Emerge inoltre l'orientamento ad una possibilità di diversificazione dei livelli qualitativi e di riconoscibilità di situazioni di eccellenza.

In relazione al nostro sistema di accreditamento istituzionale toscano, consolidatosi negli anni sulla base della Legge regionale 23 febbraio 1999 n. 8, la "lettura" di quanto realizzato porta alla constatazione di una esperienza complessivamente positiva, che ha prodotto la certezza di un sistema di regole a garanzia della sicurezza e della qualità dei servizi sanitari sia pubblici che privati, ha sviluppato la cultura della verifica, l'uso delle metodologie di VRQ e del lavoro per processi e ha consolidato, mediante il lavoro delle tre commissioni regionali di accreditamento di Area Vasta, un'azione diffusa di controllo sulle strutture pubbliche e private che erogano servizi sanitari.

Nel contempo si manifesta però chiara l'esigenza, alla luce del mutato contesto culturale, di una evoluzione del sistema di accreditamento che, nell'ormai acquisita e consolidata esistenza di regole a verifica dei requisiti prescritti per l'esercizio di attività sanitarie e per l'erogazione di servizi nell'ambito del sistema sanitario, consenta di puntare a un approccio più profondo e completo, capace di cogliere l'essenza del livello di qualità acquisito, in relazione anche alle profonde trasformazioni avvenute in questi anni nel sistema sanitario toscano.
E' significativo inoltre constatare come il contestuale, progressivo affermarsi all'interno del sistema sanitario toscano di una molteplicità di approcci al tema della qualità e della valutazione, abbia portato alla definizione di metodiche e strumenti mirati, quali l'organizzazione per la gestione del rischio clinico, il sistema "bersaglio" per la valutazione delle performance aziendali, l'attestazione delle buone pratiche, da cui si evidenzia un orientamento comune a lavorare per far emergere un sistema nuovo integrato e sinergico di valutazione della qualità.

Gli elementi soprarichiamati indicano quindi sostanzialmente l'esigenza di condurre un duplice percorso:
- valorizzare e consolidare, sia pure con i dovuti aggiornamenti, tutto il sistema esistente dei requisiti strutturali, tecnologici e impiantistici come requisiti di esercizio, a garanzia della sicurezza dell'utente;
- sviluppare il sistema di accreditamento in una logica di sistema di valutazione della qualità, per renderlo capace di esprimere in modo più penetrante la valutazione di processo e di esito dei percorsi di cura, andando così oltre l'azione di verifica dei requisiti delle singole strutture, e di valorizzare i livelli di qualità acquisiti, per far emergere le eccellenze in una logica di trasparenza e di visibilità pubblica.

Obiettivo fondamentale del triennio è quindi quello di affrontare le criticità emerse nella gestione dell'accreditamento istituzionale, così come attualmente normato, definendo gli orientamenti e le scelte necessarie per il loro superamento e per lo sviluppo del sistema.

In particolare, gli aspetti di criticità da affrontare possono essere così sinteticamente richiamati:
- la verifica dei requisiti di esercizio effettuata nell'ambito dell'accreditamento, che ha determinato, nelle aziende sanitarie pubbliche, un forte rallentamento del processo di accreditamento istituzionale;
- l'invecchiamento dei manuali, a fronte delle profonde innovazioni maturate nell'organizzazione del sistema sanitario toscano e dell'esigenza emersa di strumenti di valutazione in grado di intercettare i processi, sia in relazione ai percorsi assistenziali, sia in riferimento a specifici obiettivi strategici regionali;
- l'organizzazione e la funzionalità delle tre Commissioni di accreditamento istituzionale, in cui si intrecciano e si confondono ruoli tecnici e aspetti di rappresentatività, con un inevitabile appesantimento dei tempi e delle modalità di gestione dei processi di verifica e, al contempo, una limitata azione di controllo sociale;
- il proliferare nelle aziende sanitarie di strumenti e metodiche finalizzate alla misurazione e alla promozione della qualità, che rende necessaria un'azione di orientamento e di "governo" complessivo, per garantire l'unitarietà del sistema e il ruolo dell'accreditamento istituzionale, in sintonia con le strategie e le priorità regionali;
- il rapporto non pienamente definito tra accreditamento e programmazione, su cui occorre fare chiarezza in ordine, in particolare, ai livelli e agli ambiti territoriali di programmazione a cui riferirsi, nonché alla relazione, per i soggetti

privati, tra accreditamento e fase di instaurazione dei rapporti contrattuali con il sistema sanitario.

In relazione ai campi soprarichiamati, le azioni di riforma del sistema da attuarsi nel prossimo triennio sono:

- scindere i requisiti autorizzativi da quelli dell'accreditamento, riconducendo quindi ad una differenziazione di percorsi la verifica dei requisiti obbligatori di esercizio, finalizzati a garantire la sicurezza, dalla verifica dei requisiti di qualità ai fini dell'accreditamento;

- riorganizzare il sistema di accreditamento e gli organismi ad esso preposti, ridefinendo le attuali Commissioni e articolandolo in diverse funzioni afferenti a diversi organi di competenza. Il nuovo sistema, rappresentato in sintesi nella sottoriportata figura 1, è costituito da:
- un Nucleo tecnico di auditor, composto da soggetti con specifiche competenze tecniche e a loro volta accreditati a garanzia del loro profilo di esperti, che svolge la funzione di verifica ai fini dell'accreditamento;

1) una Consulta per la valutazione della qualità, composta da rappresentanti delle associazioni dei cittadini e professionali e delle categorie sociali interessate, a cui è affidato il compito di assicurare una funzione di controllo sociale sulle risultanze dell'accreditamento istituzionale e garantire la terzietà del sistema;
2) la Rete regionale dei responsabili della Qualità delle Aziende sanitarie, che rappresentano, per competenze e ruolo, i facilitatori della messa in atto della riforma del sistema di accreditamento all'interno delle aziende. E' fondamentale che i responsabili lavorino in rete, per favorire la messa in atto dei processi di miglioramento della qualità previsti dal sistema di accreditamento e al fine di garantire una omogeneità di sviluppo dello stesso sistema;

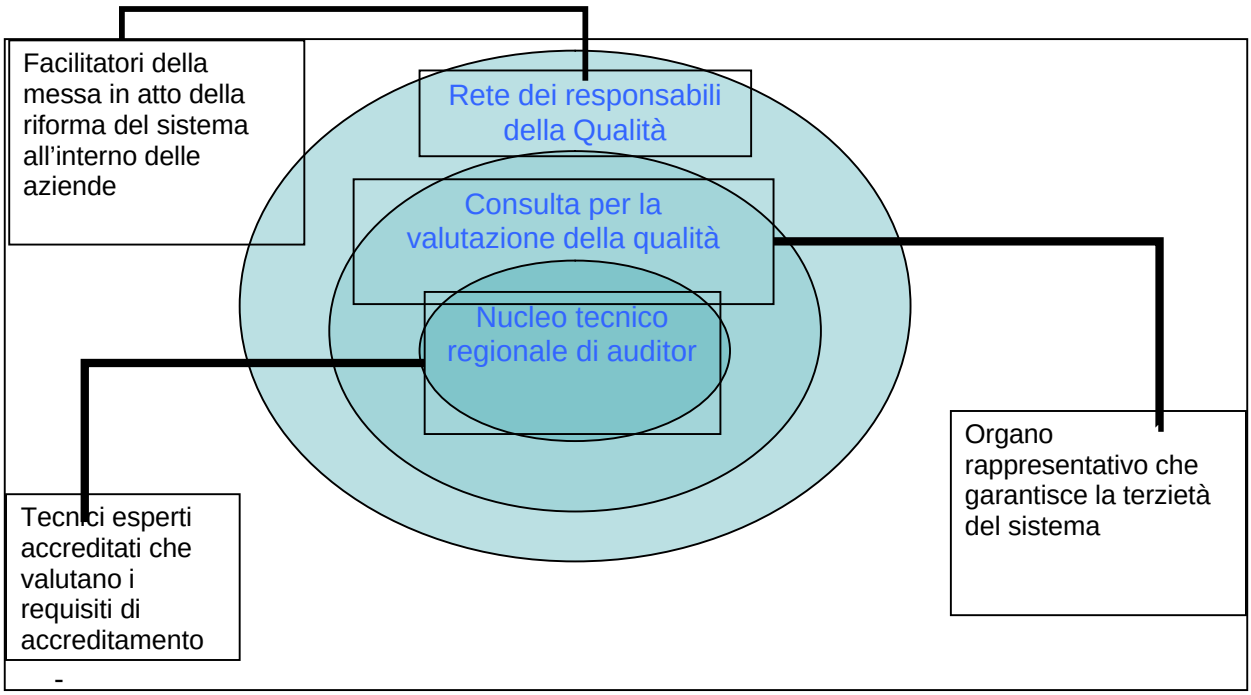
- supportare il processo di cambiamento con un'azione formativa mirata, orientata a livello regionale, rivolta:
- al nucleo tecnico di accreditatori/auditor, per orientarli rispetto agli obiettivi strategici definiti a livello regionale;
- alla consulta, per fornire le necessarie conoscenze ai componenti designati in modo rappresentativo;
- ai responsabili Qualità aziendali e al gruppo tecnico regionale incaricato di aggiornare i manuali, per supportarne l'azione di revisione, al passo con gli orientamenti condivisi a livello internazionale;

- procedere alla revisione dei manuali di accreditamento, sulla base dei nuovi criteri di riorganizzazione del processo assistenziale per intensità di cura e delle ulteriori innovazioni introdotte nel sistema sanitario. In questo ambito sarà fondamentale tener conto delle esperienze internazionali esistenti relative ai sistemi di qualità e accreditamento in ambito sanitario, in modo da costruire un sistema che permetta alle nostre organizzazioni di adottare standard di qualità che le rendano confrontabili con altre organizzazioni sanitarie a livello internazionale;

- far emergere e ricondurre nel sistema di accreditamento e qualità tutte le iniziative di attestazione e certificazione di carattere volontario che si stanno diffondendo in diversi ambiti della organizzazione sanitaria regionale, quali, ad esempio, il sistema di attestazione delle buone pratiche per la sicurezza del paziente e i sistemi di certificazione per aree specifiche;

• introdurre idonei strumenti di comunicazione, associati alla valutazione, capaci di dare visibilità pubblica ai processi di accreditamento, incentivando il controllo sociale da parte dei cittadini sulla qualità delle prestazioni erogate, per contribuire a sviluppare una comunicazione positiva delle aziende sanitarie verso il pubblico e coinvolgere in maniera attiva il cittadino nel processo di gestione delle cure.

L'articolazione del sistema di valutazione dell'accreditamento istituzionale



-

7.4.6 Verso l'accreditamento dei servizi sociali e socio-sanitari

Nel complesso sistema dei servizi territoriali, riveste particolare importanza l'ambito dei servizi di alta integrazione socio sanitaria, così definiti in quanto finalizzati a garantire l'unitarietà della risposta assistenziale, a fronte di bisogni complessi che richiedono il concorso sinergico e integrato di interventi sanitari e socio assistenziali.
In tale ambito sussiste una molteplicità di servizi di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare, che ha acquisito negli anni una sempre più articolata connotazione, sia nelle caratteristiche che nei processi di accesso connessi alla definizione del progetto assistenziale personalizzato. La loro funzionalità è stata indirizzata dalle indicazioni convergenti espresse dagli atti di programmazione regionale, sanitaria e sociale, con orientamento a sviluppare nel territorio quei processi di integrazione, che trovano ora nelle Società della salute il coerente contesto istituzionale.
Tra questi servizi, acquistano particolare risalto quelli rivolti alla persona anziana in condizione di non autosufficienza, per la crescente numerosità dei casi connessa al fenomeno dell'aumentata speranza di vita e al conseguente invecchiamento della popolazione e per l'entità degli investimenti di risorse che richiedono, sia da parte dei servizi pubblici che da parte delle famiglie.

In parallelo a quanto già disciplinato con la L.R. 8/1999 per gli ambiti di attività sanitaria, con la L.R. 24 febbraio 2005 n. 41 sono stati definiti i principi per garantire la normazione complessiva dei requisiti e delle procedure ai fini dell'autorizzazione al funzionamento dei servizi alla persona e delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, comprese quelle operanti nelle aree dell'integrazione socio sanitaria, e per introdurre anche su questo fronte il sistema dell'accreditamento.
Con l'adozione del Regolamento regionale, ai sensi dell'art. 62 della stessa LR 41/2005, è stata completata la disciplina dei requisiti per il funzionamento e, su questa base, viene quindi avviata la riflessione per la definizione del sistema di accreditamento.
L'esigenza diffusa a cui occorre dare risposta è quella di favorire una maggiore fruibilità dei servizi alla persona e socio sanitari, garantendo nel contempo la loro qualità secondo regole certe e condivise.
Lo strumento dell'accreditamento risponde all'obiettivo di promuovere lo sviluppo della qualità del sistema integrato dei servizi socio sanitari e di facilitare i rapporti tra i servizi, le strutture e i cittadini.
Con l'accreditamento si attribuisce al soggetto pubblico e privato, che ne faccia richiesta e che ne abbia i requisiti, il riconoscimento di soggetto idoneo ad erogare prestazioni socio assistenziali e socio sanitarie per conto degli enti pubblici competenti, nel rispetto della programmazione regionale e locale e dei principi di imparzialità e trasparenza. L'accreditamento risponde all'esigenza di operare il processo di selezione degli erogatori ed implica l'accertamento della capacità a soddisfare determinati livelli di assistenza con garanzia della qualità dell'offerta e ad assicurare il permanere nel tempo dei requisiti richiesti, nonché il miglioramento continuo della qualità autopromosso dagli stessi fornitori, che in tale sistema si trovano di fatto ad operare in un regime di concorrenza.
Dal punto di vista degli utenti, l'obiettivo dell'accreditamento è quello di riuscire a garantire ai cittadini un'offerta di servizi e prestazioni che sia quantitativamente e qualitativamente adeguata alla domanda e a consentire una maggiore libertà di scelta e una maggiore facilità nell'acquisizione del servizio.

Il processo in atto di definizione con legge regionale di un apposito sistema di accreditamento delle strutture e dei servizi sociali e socio sanitari è quindi finalizzato a poter disporre di un sistema di offerta di servizi dotati di un livello di qualità conforme a requisiti individuati e accertabili e forniti da soggetti accreditati secondo regole condivise ed uniformemente applicate da tutti i livelli istituzionali coinvolti nel processo di regolazione della qualità dell'intero sistema. Il sistema così definito rappresenta il necessario presupposto per l'introduzione di modalità di scelta tra diverse opzioni assistenziali, anche attraverso l'utilizzo di buoni-servizio per l'acquisto delle prestazioni all'interno di un'offerta caratterizzata da precisi requisiti qualitativi.
Il sistema che viene a definirsi dovrà pertanto caratterizzarsi con riferimento ai seguenti punti:

- la definizione normativa regionale, per garantire l'omogeneità del sistema su tutto il territorio;
- la titolarità dei Comuni della funzione di accreditamento, con esercizio in forma associata mediante utilizzo di apposite commissioni tecniche;
- l'interrelazione tra accreditamento e programmazione;
- le regole e i requisiti di accreditamento come tutela della qualità per gli utenti;
- l'accessibilità ai servizi accreditati e la possibilità di "acquisto" del servizio, anche mediante l'introduzione dello strumento dei buoni-servizio.

7.4.7 La valutazione delle tecnologie nel sistema regionale e d'area vasta (HTA)

Negli ultimi 30 anni l'innovazione tecnologica ha portato la Sanità a notevoli passi avanti: l'avanzare delle biotecnologie, delle tecniche chirurgiche e delle tecnologie hardware e software ha sensibilmente incrementato lo sviluppo della medicina e conseguentemente i risultati in termini di capacità diagnostica e di efficacia terapeutica, accompagnandosi, purtroppo, ad un consistente incremento dei costi. Per tale motivo, un numero sempre maggiore di soggetti (gli specialisti, la classe dirigente sanitaria, i pazienti, ma anche i decisori e i fornitori di prodotti e tecnologie mediche) richiede sempre di più informazioni per supportare decisioni sullo sviluppo, l'adozione, l'acquisizione e l'utilizzo di nuove tecnologie o di significativi cambiamenti di tecnologie già in uso. L'Health Technology Assessment (HTA) risponde a questa pressante esigenza.
"Health Technology (tecnologia sanitaria) è un termine internazionalmente riconosciuto che include tutte le tecnologie utili alla promozione della salute, alla prevenzione ed al trattamento delle malattie ed alla migliore gestione della riabilitazione e/o delle lungo-degenze. In questo senso il concetto di tecnologia non sta ad indicare (solo) i nuovi farmaci o particolari, sofisticate apparecchiature mediche, ma include procedure, setting di cura e programmi di prevenzione" (National Health Service Health Technology Assessment Programme - NHS-HTAP) [NHS, 2006].

L' HTA è pertanto il processo volto a valutare le conseguenze economiche, sociali, etiche e cliniche, a breve e lungo termine, che l'adozione di una data tecnologia può avere nel suo inserimento in una struttura sanitaria. L'obiettivo è individuare una metodologia di analisi che permetta una valutazione complessiva delle alternative disponibili, il più possibile affidabile e completa, che risponda alla necessità di ottimizzare i processi di acquisizione dei prodotti attraverso un'analisi ragionata degli effettivi bisogni dell'utenza, delle alternative tecnologiche disponibili e delle loro implicazioni operative sulla struttura.

In particolare, con il termine "Assessment" (valutazione) si fa riferimento ad un processo di analisi multidisciplinare ispirato ai principi di:
- Qualità e sicurezza: intesa come capacità di migliorare lo stato di salute del paziente rispetto a una precisa problematica, considerandone i rischi legati all'utilizzo e valutandone conseguentemente l'accettabilità;
- Appropriatezza: sia in termini clinici che organizzativi, mediante la promozione e l'elaborazione di protocolli;
- Produttività: intesa sia come valutazione delle conseguenze che nuove tecnologie possono avere sui costi sanitari, che come valutazione dell'effetto dell'allocazione di risorse tra differenti programmi sanitari;
- Iniziativa: intesa come capacità dei decisori di qualsiasi livello di non lasciarsi "travolgere" passivamente dall'innovazione, ma al contrario di indirizzarla verso le priorità individuate, in un contesto in cui esiste un divario tra ampliamento delle possibilità di scelta, legate all'accelerato progresso biomedico, e indebolimento delle capacità di scelta.

A livello internazionale, la valutazione delle tecnologie sanitarie è una pratica in forte espansione diffusa da decenni.
La Rete internazionale delle agenzie di valutazione delle tecnologie sanitarie (International Network of Agencies for Health Technology Assessment - INAHTA) raccoglie le decine di organizzazioni che nel mondo si occupano in modo specifico e sistematico di questo tema. La Società internazionale di valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment International - HTAi) collega sul piano professionale tutti coloro che si occupano di questo tema nelle università, nei sistemi

sanitari, nell'industria e nel volontariato. La Commissione Europea ha più volte riconosciuto l'importanza della valutazione delle tecnologie sanitarie ed è quindi nata la Rete Europea per la valutazione delle tecnologie sanitarie (European Network for Health Technology Assessment - EUnetHTA), che coordina gli sforzi di 35 organizzazioni europee.
Le esperienze italiane di valutazione delle tecnologie sanitarie si sono sviluppate solo negli ultimi anni e non esiste una specifica agenzia nazionale di valutazione delle tecnologie, anche se molte attività vengono comunque svolte da singole organizzazioni, nazionali, regionali o locali, che si trovano di fronte alla necessità di decidere se introdurre o meno nuove tecnologie sanitarie, come ad esempio l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) che, insieme all'Istituto Superiore di Sanità, è il soggetto principalmente coinvolto nell'attuazione del Piano Nazionale per le Linee Guida (PNLG). Nel 2003, sulla base di un Progetto finanziato dal Ministero della salute, è stato costituito il Network Italiano di Health Technology Assessment (NI-HTA).
Pertanto "è necessario che anche in Italia si riconosce che l'HTA è una priorità, ed è necessario sviluppare la promozione dell'uso degli strumenti di HTA, mettendo in comune le conoscenze sul tema già in parte presenti in alcune realtà regionali e aziendali" (PSN 2006-2008).
L'HTA prevede tre momenti fondamentali:

- La fase per l'individuazione delle priorità in cui viene individuato lo studio da effettuare sulla base della rilevanza epidemiologica ed in considerazione dell'impatto effettivo o presunto sulla spesa sanitaria delle possibili specifiche alternative di intervento.
- La fase scientifico/valutativa che si avvale, tra l'altro, di diverse tecniche di valutazione economica (analisi costi-benefici, costi-efficacia, analisi costi-utilità). Si tratta di una valutazione multidimensionale relativa alle caratteristiche tecniche e di sicurezza, all''efficacia tecnica e operativa, all'efficienza, all'impatto sul sistema sanitario (salute, organizzazione, aspetti economici) e all'accettabilità etica e sociale. Deve essere fatta non solo prima dell'introduzione nella pratica quotidiana, se si tratta di una nuova tecnologia, ma anche durante il normale periodo di utilizzo delle tecnologie, per dare assicurazione alle parti interessate della coerenza, anche a fronte degli inevitabili cambiamenti scientifici, tecnici, organizzativi, epidemiologici e di scenario.
- L'implementazione dei risultati della valutazione, nonché di confronto, integrazione e diffusione delle esperienze.

La valutazione delle tecnologie sanitarie è di conseguenza la complessiva e sistematica valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle implicazioni assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione, in grado di integrare in un disegno unitario le diverse professionalità presenti (i clinici, i tecnici, gli amministratori, gli organizzatori) e consentendo di governare fin dall'inizio la gestione delle tecnologie. Rappresenta pertanto un'occasione strutturata di incontro tra le diverse esigenze e aspettative delle parti interessate e una opportunità per le strutture sanitarie per trasformare l'autoreferenzialità e l'isolamento nelle scelte in un sistema di relazioni in grado di assicurare una governance integrata dei percorsi assistenziali e di arricchire il sistema sanitario nel suo complesso.
Elementi essenziali per la credibilità delle valutazioni e per la loro sostenibilità di fronte alla parti interessate (i professionisti ma anche i responsabili delle organizzazioni sanitarie e associazioni di pazienti e cittadini) sono il coinvolgimento delle parti stesse, la piena adesione al metodo scientifico grazie alla valorizzazione delle attività esistenti in materia da parte degli enti di ricerca e delle Università, l'approccio multidisciplinare e il rispetto dei principi di equità e trasparenza.
Questo processo conduce ad un approccio critico che permette decisioni di politica sanitaria basate sulle "migliori" evidenze. Tradizionalmente, infatti, il processo di HTA

rappresenta il “ponte” tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori operanti ai vari livelli del sistema sanitario: decisioni di politica sanitaria (adozione, diffusione e finanziamento di nuove tecnologie), decisioni “manageriali” (investimento in nuove tecnologie a livello aziendale) e decisioni cliniche per la diffusione di modelli di governance individuati da strutture centrali da adottare a livello organizzativo, quali definizione e diffusione di standard qualitativi e quantitativi (PSN 2006-2008).
Appare pertanto opportuno che vi sia tra gli attori interessati e le autorità competenti un certo coordinamento in grado di ottimizzare i risultati ottenibili, la qual cosa non può che venir favorita dall’esistenza di organismi specificatamente votati all’attività di HTA.
Per tale motivo con il presente PSR si prevede la costituzione di una struttura dedicata di coordinamento e supporto metodologico nell’ambio della Direzione Generale del Diritto alla salute e Politiche di Solidarietà della Regione, con funzioni di:

1. valutazione degli effetti sulla salute e dei costi dei processi di cura e dell’accettabilità etica relativamente all’impiego finalizzato delle risorse;
2. produzione di indirizzi in grado di supportare con criteri oggettivi le scelte allocative ai vari livelli del sistema;
3. valutazione multidimensionale e controllo, anche rispetto agli indirizzi regionali e di Area vasta, orientati sia a facilitare il miglioramento dell’efficacia/efficienza delle cure, sia a supportare le scelte regolatorie degli organi di governo regionale (l’accessibilità alle prestazioni, gli assetti organizzativi generali, i sistemi tariffari, la collocazione delle grandi apparecchiature e la presenza delle tecnologie nel mercato, ecc.).

La Giunta regionale si impegna a predisporre, entro 180 giorni dall’approvazione del piano, una proposta al Consiglio Regionale per la strutturazione organizzativa di detta struttura, definendone le risorse connesse alla sua realizzazione, nonché il raccordo con le tre aree vaste.

Poiché l’assistenza sanitaria organizzata è il frutto di scelte che avvengono a diversi livelli decisionali, il modello organizzativo di tale struttura prevede raccordi verticali e orizzontali con:

- Un primo livello generale, costituito dalle scelte legislative e dalle decisioni degli organismi di regolazione internazionale (EN-HTA) e nazionale come, per esempio, il Ministero della salute, l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, l’Agenzia italiana per il farmaco, l’Istituto Superiore di Sanità, la rete IN-HTA.
- A livello regionale la struttura si avvale delle competenze, esperienze e risorse già presenti, interfacciandosi con gli organismi di governo clinico, quali il CSR, l’ITT, il CRGRC. Si raccorda inoltre con le Commissioni regionali che si occupano del farmaco, dei dispositivi medici, di bioetica, nonché con i settori dipartimentali che operano per la qualità, l’accreditamento e l’appropriatezza. Si rapporta, infine, in qualità di committente verso centri di ricerca, quali l’Ars e il Laboratorio MeS, per i necessari approfondimenti scientifici.
- A livello di Area vasta, il raccordo con il sistema delle tre aree vaste si configura sia in senso gestionale che in senso professionale (avendo, in quest’ultimo caso, i DICT come principale riferimento) allo scopo di creare una rete che colleghi costruttivamente le varie esperienze, coordinata dalla struttura regionale che al tempo stesso si fa garante dell’omogeneità di metodi, approcci e risultati. A tale livello si collocano, infatti, le scelte gestionali proprie del management delle singole strutture sanitarie (acquisire o meno una certa attrezzatura, strutturare i percorsi assistenziali, adottare specifici assetti organizzativi, erogare o meno una prestazione assistenziale, ecc.), ma anche le scelte compiute dai singoli professionisti nella pratica assistenziale quotidiana (la scelta di un esame diagnostico, l’indicazione di un farmaco, la richiesta di una consulenza specialistica, la gestione di un piano di assistenza, ecc.). In ogni Area vasta verrà pertanto identificato un riferimento per l’HTA.

7.4.8 Umanizzazione, etica nelle cure e di fine vita

La cura della salute comporta, per ciascuno, il coinvolgimento dei vissuti più profondi, la compromissione dei valori e dei significati che sono alla base della definizione più alta delle biografie individuali. La consapevolezza che l'offerta di un servizio pubblico per la salute, in primo luogo, investe la Regione di un dovere specifico di dare ascolto, rilevanza e autorevolezza a tali vissuti, comporta la necessità di valorizzare la creazione di luoghi pubblici di confronto, di informazione e di partecipazione alle scelte individuali e collettive per la salute. L'umanizzazione delle cure, infatti, è un processo fondamentale per restituire centralità al vissuto dei cittadini che si rivolgono al sistema sanitario, e deve essere intesa come la seria presa in carico delle istanze etiche che, nello stesso sistema e più in generale nella società civile, deve costituire il presupposto ineludibile per l'interazione tra singoli e organizzazione regionale.

In questa prospettiva, la Regione Toscana ritiene la bioetica una componente costitutiva del governo regionale della sanità e considera la crescita delle sensibilità, il confronto costante e il dialogo in questo settore, non solo elementi di arricchimento culturale, bensì azioni dovute quale concreto segno dell'impegno etico della regione: tali azioni, inoltre, sono ritenute necessarie poiché, se rese coerenti con il complesso meccanismo decisionale e organizzativo, possono garantire concretamente un adeguato grado di qualità nell'offerta delle prestazioni sanitarie al cittadino.

E' proprio nella consapevolezza della necessità per l'intero sistema di interrogarsi sugli aspetti etici e sulle modalità delle scelte assistenziali per gli obiettivi di salute individuali e collettivi, che la Regione Toscana ha ritenuto necessario avviare un processo di innovazione e di sviluppo della qualità e della eticità dei servizi, considerando ad esso fondamentale l'apporto derivante dalla bioetica.
Il rafforzamento dell'attenzione alle tematiche bioetiche nella gestione e nella programmazione della sanità risponde anche all'esigenza di primaria importanza di ridurre le disuguaglianze in salute esistenti fra i cittadini, al fine di garantire a tutte le persone eguali opportunità per tutelare e migliorare il proprio stato di salute. Tale obiettivo è perseguibile mediante un'allocazione delle risorse disponibili improntata ai principi etici di giustizia e di equità, nonché garantendo una loro fruizione maggiormente rispondente all'autonomia dei singoli, sia per quanto concerne le scelte di disposizione del proprio corpo in dipendenza di trattamenti sanitari e di assistenza, sia in riferimento alla libera espressione di caratteri identitari nell'interazione con tutto il personale medico e sanitario del servizio pubblico. Il modello di sanità pubblica adottato dalla Regione Toscana, dunque, si ispira ad un ideale di governo sensibile alle differenze individuali e dei gruppi che, in un'ottica di continuo miglioramento, possa tutelare fattivamente i diritti individuali nella gestione collettiva del bene salute. Un tale ideale si rivela tanto più indispensabile a partire dalla consapevolezza della coesistenza e dell'interazione all'interno della nostra società di culture, etnie, valori, usi e costumi differenti, coesistenza e interazione che devono essere considerate valori e risorse utili per la società.
Per rendere coerente il sistema della bioetica al complesso meccanismo di gestione della sanità, è necessario sostenere gli organismi che tale sistema compongono (Commissione regionale di bioetica e Comitati etici locali) e sviluppare procedure operative di partecipazione e di dialogo nel territorio regionale. E' inoltre necessario promuovere prassi e predisporre strumentazioni idonee a coinvolgere pienamente l'utente nella personalizzazione dei programmi di assistenza, anche al fine di dare un significato concreto all'espressione del consenso informato alle cure e garantirne, in

ogni situazione, il rispetto; d'altro canto, è necessaria una specifica formazione bioetica degli operatori, unitamente alla riqualificazione di tutto il personale sanitario.
L'impegno per l'umanizzazione delle cure, tuttavia, deve essere sostenuto e reso vitale da un'azione regionale finalizzata alla sensibilizzazione e alla riflessione comune sui valori in grado di attraversare l'intera società civile, affinché i singoli, cittadini e operatori, non siano lasciati soli nelle scelte tragiche, ma interagiscano in un tessuto sociale di ascolto e comprensione dei vissuti, quale segno concreto della vicinanza e dell'interazione sui temi etici tra istituzione regionale e cittadinanza.
La Commissione regionale di bioetica, istituita nel 1992, e attualmente disciplinata dalla L.R. 40/2005, svolge un ruolo centrale di approfondimento, consultazione e consulenza, al servizio dei cittadini, delle aziende sanitarie e degli organi regionali, con i quali coopera anche nella programmazione e nella gestione del governo regionale della sanità; nello svolgimento delle sue funzioni la Commissione garantisce anche un servizio di documentazione, di ricerca e di approfondimento sulle tematiche di competenza, ed opera per la loro diffusione anche attraverso iniziative di carattere pubblico e di formazione.
La Commissione regionale di bioetica svolge inoltre funzioni di indirizzo e promozione del coordinamento delle attività dei comitati etici, ed elabora proposte formative per i membri dei comitati etici locali e i membri dei comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali. Per mezzo della tenuta del Registro regionale dei comitati etici e delle attività ad esso correlate, la Commissione garantisce l'uniformità e la qualità di tali organismi, anche al fine di promuovere la ricerca in ambito biomedico condotta nel territorio toscano.
I comitati etici locali costituiscono a livello di singola azienda sanitaria lo strumento per garantire lo sviluppo di una cultura per la bioetica. L'operato dei comitati etici deve dunque essere valutato tra gli indicatori della qualità del servizio offerto dalle aziende sanitarie anche al fine di ridurre la conflittualità con l'utenza. Il loro operato deve comunque essere percepito come un servizio integrato all'interno di un più ampio impegno regionale per una riflessione comune sui valori, sui vissuti e sulle criticità etiche delle cure, per la definizione della missione dell'etica nella sanità e le sue interazioni con i significati, anche simbolici, che tale dimensione assume nella vita di ciascun cittadino. Nel lavoro dei comitati etici la Regione Toscana ripone dunque fiducia per la ricerca di soluzioni rispondenti a precisi impegni di carattere etico assunti istituzionalmente nei confronti dei bisogni della cittadinanza: la presenza di tali organi consultivi deve fornire ausilio, non solo per approfondire tematiche etiche, ma anche per orientare le scelte di carattere generale operate dalle amministrazioni e dagli stessi operatori.
Nell'adozione di un approccio derivante dalla riflessione bioetica, la Regione Toscana vuole infine promuovere un'adesione profonda e consapevole di ciascuno alla propria responsabilità di cittadino e professionista nei confronti della promozione e della tutela della salute individuale e collettiva e dei diritti ad essa connessi; raccomanda inoltre una particolare attenzione di ciascuno ad un uso etico delle risorse in sanità, che trovi le sue motivazione nella consapevolezza dei doveri derivanti dal senso di appartenenza alla collettività con tutte le sue esigenze, comprese quelle dei più deboli di cui si fa carico; favorisce la comunicazione tra cittadinanza, operatori del servizio sanitario e organi di governo, intesa come processo circolare di informazione ed ascolto, teso ad assicurare la dignità ed il rispetto dell'individuo e a favorire la sua autonomia decisionale. Nel rapporto fra gli operatori e i cittadini è infine auspicata una responsabile consapevolezza dei limiti della certezza scientifica e dell'efficacia terapeutica, particolarmente importante nel caso delle persone affette da malattie croniche invalidanti e di quelle giunte al termine della vita.
Le problematiche etiche proprie delle fasi finali della vita umana sono oggetto di particolare attenzione nell'azione regionale: le raccomandazioni siglate nelle Carte di Pontignano dalla Commissione regionale di bioetica, e nelle sue successive integrazioni, costituiscono punti di riferimento cui ispirare i comportamenti degli operatori nei

confronti delle persone morenti e dei loro familiari. La gestione della rete delle cure palliative, ivi compresi i centri residenziali – hospice, nell'ispirarsi a criteri di eticità della cura, è da considerare una risorsa cui tutti i cittadini devono poter accedere, nel rispetto delle loro libere scelte e dei bisogni specifici di ciascuno. Allo stesso modo, la presa in carico nei presidi sanitari ordinari di persone giunte nelle fasi terminali della vita deve corrispondere agli stessi requisiti di eticità e di umanizzazione, in special modo nei confronti dei soggetti più deboli come i bambini, gli anziani, le persone affette da patologia mentale, gli emarginati. La condivisione degli impegni etici per la gestione dei processi decisionali nelle cure delle persone giunte nella fase finale della vita, è un presupposto fondamentale per garantire la qualità dei servizi e delle relazioni tra operatori e cittadini: la pianificazione anticipate dei processi di cura costituisce, in tal senso, un ausilio importante anche per l'umanizzazione delle pratiche mediche di fine vita.

Nel corso dell'ultimo triennio la Regione Toscana nell'ambito della bioetica ha ritenuto prioritario sviluppare quei meccanismi di comunicazione e di cooperazione utili a definire un vero e proprio sistema della bioetica toscana basato principalmente sulla rete regionale dei comitati etici, costantemente coordinata e supportata della Commissione regionale di bioetica. Per il raggiungimento di tali fini sono state portate a termine differenti linee di azione:

- istituzione e messa a regime per tramite della Commissione regionale di bioetica del Registro regionale dei comitati etici. Tale Registro non è stato creato con il solo obiettivo di censire i comitati esistenti ed operanti nel territorio regionale, ma quale strumento di verifica della loro qualità nella composizione e nelle procedure operative, e veicolo per una loro effettiva messa in rete;
- il lavoro dei comitati etici è inoltre stato valorizzato mediante specifiche linee di indirizzo e di coordinamento che prevedono meccanismi e strumenti per il consolidamento di questi organismi come, ad esempio, il Tavolo di lavoro permanente dei Comitati etici, anch'esso coordinato dalla Commissione regionale di bioetica;
- la Commissione regionale di bioetica ha inoltre costantemente fornito consulenza di indirizzo per la gestione di problematiche etiche connesse alla erogazione di servizi per la salute e per la corretta pratica clinica, quale strumento e ausilio per la gestione delle criticità etiche;
- con il supporto della Commissione regionale di bioetica sono state elaborate specifiche Direttive regionali in materia di autorizzazione e di valutazione degli studi osservazionali, la cui adozione era ritenuta indispensabile visto il vuoto normativo esistente anche a livello nazionale;
- al fine di promuovere la ricerca biomedica nella regione è stato creato un meccanismo di sinergia con le industrie del settore che, da una parte, prevede la possibilità di siglare specifici protocolli tra Regione e singole Aziende sulla base di interessi comuni, e, dall'altra, garantisce la qualità e la tempestività dell'operato dei comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali e degli uffici competenti per la ricerca nelle singole aziende sanitarie. Con l'obiettivo di monitorare la qualità della ricerca prodotta in Toscana è stato creato un Osservatorio regionale sulla sperimentazione clinica anche al fine di individuare, in raccordo con la Commissione regionale di bioetica, strumenti e strategie per sviluppare le potenzialità dei differenti settori coinvolti nel sistema ricerca (comitati etici, aziende sanitarie, università, organi regionali, aziende private);
- è stata prodotta una modulistica base valida su tutto il territorio regionale per la semplificare delle procedure di autorizzazione delle sperimentazioni cliniche condotte nelle aziende sanitarie toscane,: il tavolo di lavoro, composto da rappresentanti delle aziende, dei comitati etici e delle ditte farmaceutiche, ha anche

elaborato una bozza standard di convenzione tra azienda sanitarie a promotore della sperimentazione, in grado di fornire un modello uniforme per tutte le aziende sanitarie;
- la Regione Toscana ha infine sovrinteso alla ricostituzione di tutti i Comitati per la sperimentazione dei medicinali sulla base dei requisiti minimi fissati dal D.M. 17 maggio 2006 e ha provveduto al loro accreditamento presso il Registro nazionale dei comitati etici (OSsC): in questa occasione tutti i Comitati sono stati vincolati alla costituzione di adeguate segreterie tecnico scientifiche.

Le azioni per il triennio

Ascolto, riconoscimento, dialogo e riflessione: una chiave di lettura regionale per l'etica e l'umanizzazione delle cure

Il sistema regionale per la bioetica deve aprirsi ad una riflessione alta, che esuli il solo ambiente sanitario, per incontrare la cultura, l'arte e le varie forme in cui la sensibilità della società civile esprime i suoi bisogni e i valori che soggiacciono alla cura della salute. Tale impegno deve integrarsi e nutrire anche le attività e gli organi istituzionali del sistema regionale per la bioetica.
A tal fine sarà creato un meccanismo costante di riflessione pubblica, integrato alle attività della Commissione regionale di bioetica e dei Comitati etici locali, caratterizzato dalla pluralità dei contributi e delle competenze affinché la sede del dialogo istituzionale possa aprirsi oltre i confini del mondo sanitario

Verranno utilizzati quali criteri per il raggiungimento degli obiettivi preordinati: grado di partecipazione della cittadinanza; presenza di tematiche bioetiche all'attenzione dei mezzi di comunicazione di massa in relazione agli stimoli offerti dalla Regione in tal senso; grado di integrazione tra attori del mondo sanitario regionale e rappresentati della società civile nella presenza e nella partecipazione alle attività promosse.

La rete dei comitati etici

Il consolidamento del sistema regionale per la bioetica, organizzato a più livelli, operativi e di comunicazione, è un fondamentale obiettivo da perseguire. A tal fine
1. sarà operato un monitoraggio dell'attività svolta dai comitati etici locali
indicatore: creazione di un flusso di dati riguardanti la formazione, le procedure e le azioni prodotte (entro dicembre 2008);
2. sarà effettuato un riordino della normativa concernente il sistema toscano dei comitati che lo renda di effettiva utilità anche rispetto alle più attuali problematiche bioetiche
indicatore: elaborazione da parte della Commissione regionale di bioetica di specifiche proposte di riordino (entro la fine del triennio);
3. sarà potenziata la rete dei comitati etici in particolare per quanto concerne la comunicazione, interna ed esterna
indicatore: ampliamento e potenziamento del sito web regionale nelle pagine dedicate alla bioetica e sviluppo degli strumenti di comunicazione anche mediante la costruzione di spazi aperti ai comitati e ai cittadini (entro dicembre 2008).

Etica di fine vita

E' necessario garantire a livello regionale una uniformità di comportamento nei confronti della presa in carico dei bisogni dei pazienti giunti alla fine della vita. A tal fine verranno adottate linee guida di comportamento per il trattamento e per il governo dei processi decisionali per le cure alla fine della vita

indicatore: redazione di linee giuda da parte della Commissione regionale di bioetica e verifica della rispondenza degli indirizzi adottati nei servizi coinvolti (entro la fine del triennio).

Coordinamento dei settori

E' ritenuto di primaria importanza orientare il lavoro dei vari organismi deputati alla bioetica verso obiettivi coerenti con le azioni di governo intraprese a livello territoriale e regionale anche per dare visibilità ed efficacia alle azioni per la bioetica e di sviluppare la partecipazione in questo settore. A tal fine saranno rafforzati i rapporti tra Commissione regionale di bioetica/comitati etici e gli organi di governo territoriale e regionale e saranno valorizzate la comunicazione e le collaborazioni in materia bioetica realizzate tra i differenti settori regionali (ad es. Equità e accesso, Affari generali, Formazione, Innovazione e sviluppo)

indicatore: messa in opera di una programmazione annuale dell'attività dei comitati etici condivisa con le direzioni aziendali (entro la fine del 2008) e di un monitoraggio regionale delle richieste di consulenza ai Comitati Etici da parte delle altre strutture delle Aziende Sanitarie.

La formazione

Le azioni di carattere formativo saranno rivolte agli operatori del sistema sanitario regionale, ai membri dei comitati etici e a settori fondamentali della società e, in primo luogo, la scuola.

indicatore: elaborazione di specifiche proposte formative per gli operatori da parte della Commissione regionale di bioetica (entro 2008);

indicatore: ulteriore consolidamento dei rapporti già esistenti in questo settore con l'Ordine dei medici, la scuola, le università.

La ricerca biomedica

Per quanto concerne lo sviluppo della ricerca biomedica in toscana, è fondamentale che tale settore possa innovarsi e incrementare la sua produttività potendo usufruire di una costante e attenta riflessione riguardante le implicazioni etiche. A tal fine si opererà mediante

1. il controllo costante delle sperimentazioni condotte in toscana, dell'operatività dei comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali, delle loro procedure operative, della tipologia di ricerca condotta nel territorio, dei suoi esiti

indicatore: creazione di un data base regionale nel quale confluiscano costantemente i dati provenienti dai comitati etici (flusso dei dati a regime entro la fine del 2009);

2. il sostegno all'attività di monitoraggio della sperimentazione clinica ad opera dei comitati etici e la costruzione di strumenti per la verifica della qualità delle procedure e delle strutture nelle quali si conducono sperimentazioni cliniche

indicatore: elaborazione di una scheda unica di verifica sulla base della quale operare controlli di qualità (entro fine 2008);

3. specifiche iniziative di formazione degli operatori del settore ricerca (componenti dei comitati etici, ricercatori)

indicatore: elaborazione da parte della Commissione regionale di bioetica di specifiche linee guida.

Biobanche e genetica medica

Al fine di rendere omogeneo e garantito sotto il profilo della tutela dei diritti individuali il settore della genetica medica e dell'organizzazione e gestione delle biobanche, è necessario un impegno per definire i termini di un governo regionale della materia.

7.5 La politica del farmaco e per l'uso appropriato dei dispositivi medici

I precedenti piani sanitari regionali attraverso la ricerca di un uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici sia a livello ospedaliero che territoriale si sono posti come obiettivo quello della salvaguardia della salute e dell'economicità della prestazione farmaceutica.

Gli atti successivi, adottati dalla Regione come il capo III della Legge Regionale 40/2005, le delibere della Giunta Regionale n. 617/2004, n. 1175/05, n. 463/06, n. 148/07, hanno consentito di raggiungere significativi risultati quali :

- un significativo incremento del numero delle segnalazioni delle reazioni avverse da farmaci.
- un incremento dei medicinali off-patent erogati dal Servizio Sanitario Regionale.
- un contenimento del consumi dei farmaci erogati dal Servizio Sanitario Regionale.
- uno sviluppo del sistema dei servizi erogati dalle farmacie convenzionate.

Negli anni 2007-2009 un elevato numero di medicinali perderanno la copertura brevettuale, portando il numero di farmaci off patent, in linea con gli altri Paesi della Unione Europea, a circa il 50% del totale dei farmaci a carico del SSN.

Dalle analisi relative alle categorie di farmaci, più rappresentative sia dal punto di vista sanitario che economico, quali farmaci per malattie gastro-intestinali, farmaci del sistema cardiovascolare e farmaci antidepressivi, la cui attività terapeutica è caratterizzata da continuità nel trattamento, si rileva un'alta quota di abbandono della terapia, che in alcuni casi supera il 30%.

Per particolari classi di farmaci, quali gli oncologici , si registra l'immissione in commercio di specialità medicinali per le quali è indispensabile un monitoraggio continuo sull'impiego e un'attenta valutazione dei risultati terapeutici.

Valutazioni quali-quantitative circa l'uso dei dispositivi medici non possono prescindere da una codifica dei prodotti in commercio.

La politica farmaceutica nel periodo di vigenza del presente piano, deve essere tesa al superamento delle criticità sopra evidenziate attraverso:

- Una ridefinizione dell'organizzazione dei servizi farmaceutici aziendali tesa a creare delle sinergie fra ospedale e territorio, riqualificandone le professionalità afferenti al servizio

- Attivazione di percorsi atti a valorizzare l'utilizzo di specialità medicinali non coperti da brevetto attraverso la gestione dei prontuari terapeutici di Area Vasta e il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei medici ospedalieri.

- La predisposizione di modelli che permettano l'individuazione delle cause di abbandono delle terapie farmacologiche da parte dei pazienti e l'attivazione di percorsi che consentano di ridurre in modo significativo l'impiego improprio di risorse.

- Integrazione e potenziamento dei processi di valutazione e monitoraggio per l'impiego dei farmaci oncologici a livello regionale.

- Realizzazione, ad integrazione dei modelli già predisposti a livello nazionale, di una codifica dei dispositivi medici.

8. GLI STRUMENTI DI GOVERNO E DI GESTIONE

8.1 Comunicazione per la salute e per la partecipazione

8.1.1 La comunicazione per la salute – reti e tecniche di marketing socio sanitario

Con il Piano sanitario regionale 2005-07, le indicazioni fornite alle aziende sanitarie e gli impegni regionali assunti in tema di comunicazione muovevano dalla constatazione di operare in un contesto sempre più complesso che necessitava di una maggior integrazione per evitare sovrapposizioni e messaggi discordanti con possibili effetti di disorientamento sia per il pubblico costituito dagli operatori del sistema sanitario, sia per il pubblico esterno dei cittadini. L'ingresso sul territorio di un nuovo soggetto, come la Società della salute, ha reso ancor più evidente come la riorganizzazione e la riunificazione del servizio sanitario e socio-sanitario al cittadino non possa prescindere da una riformulazione di modalità e strumenti della comunicazione (armonizzazione di linguaggi e processi).

Elementi di contesto

Sulla salute influiscono fattori che non rientrano nella sfera dei servizi sanitari e coinvolgono più soggetti istituzionali. Una efficace strategia comunicativa legata alla prevenzione e alla promozione della salute prevede azioni legate alla comunicazione interna, tesa al rafforzamento delle reti operative, e alla comunicazione esterna. Una strategia che tende a coinvolgere trasversalmente tutto il processo "produttivo", a favorire la condivisione delle scelte strategiche, l'adattabilità del sistema e le relazioni con l'esterno. La comunicazione con la collettività regionale rappresenta una attività rilevante per influire positivamente sugli stili di vita e per favorire la partecipazione, come è sottolineato nei documenti programmatici nazionali ed europei di riferimento:
- il Piano sanitario nazionale 2006-2008
- il Programma interministeriale 2007 Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari.
- strategia Gaining health elaborata dall'Ufficio europeo dell'OMS.

Per ottenere un'ampia condivisione e un impegno nei confronti della salute come un diritto umano fondamentale e per esigere maggiore coerenza nelle decisioni politiche, è fondamentale creare una strategia di comunicazione che aumenti la consapevolezza e dimostri il ruolo dei determinanti e le conseguenze che hanno sulla salute della popolazione. Per implementare questa proposta strategica, si deve tener conto che in questo settore le strategie di comunicazione risultano più efficaci quando i collegamenti tra salute e azioni intraprese in altri settori della politica si possono dimostrare in modo efficace a coloro che prendono le decisioni politiche, ai politici e alla comunità. Un elemento essenziale della strategia di comunicazione dovrebbe basarsi anche su esempi riusciti e sulla visibilità di "storie vincenti".
Il sistema "comunicazione" che il Piano Sanitario propone dunque di sviluppare, trova nel settore della promozione della salute un punto fondamentale di azione.

Governance locale: il contributo della comunicazione

La riunificazione dei servizi sanitari e socio sanitari assistenziali alla persona prevede la riformulazione di modalità e strumenti della comunicazione anche essi riunificati, non solo nella diffusione sul territorio, quanto nel basamento informativo e di relazione su cui poggiano. Le nuove risorse di comunicazione si aggiungono a quelle esistenti e non sempre le sostituiscono, per cui devono essere pensate in maniera integrata.

Nell'ambito di sistemi così complessi, caratterizzati da innovazione e cambiamento, il concetto di rete appare come il più idoneo ad essere utlizzato.

Fare rete (in senso collaborativo)
Mettere in rete (in senso tecnologico)
Rete (come struttura di gestione ed erogazione di servizi sul territorio)

I sistemi reticolari possono essere impiegati per facilitare e migliorare le relazioni organizzative fra azienda sanitaria, Società della salute, enti locali, università, associazionismo, terzo settore, per veicolare i valori e gli obiettivi nel processo di costruzione sociale della salute e rendere uniforme, chiara e comprensibile la comunicazione attraverso gli sportelli informativi, gli strumenti e i processi di volta in volta utilizzati. I processi di comunicazione assumono inoltre rilevanza in ordine alla razionalizzazione della attività, in quanto possono contribuire a ridurre le inefficienze, favorire l'interazione fra le varie strutture, condividere gli obiettivi e le strategie.

Comunicare la salute

La frequenza con cui il tema della Salute compare nei mezzi di comunicazione di massa è massiccia e genera importanti effetti sulla cultura e sui comportamenti dei cittadini, tanto che diviene difficile spesso per la comunicazione istituzionale, emergere dalla confusione e proporsi come voce autorevole. La necessità è di orientare il cittadino in un'ottica di semplificazione e prossimità, migliorando le relazioni fra operatori dell'universo socio-sanitario e la collettività regionale, come requisito di base e sfruttando le opportunità che la comunicazione offre quale connettore principale tra sistema e cittadino in grado di renderlo consapevole delle opportunità possibili.
A tale proposito diviene strategico sviluppare attività di marketing socio-sanitario per costruire l'empowerment della persona, rafforzarne la capacità di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute, orientarne i comportamenti, ad esempio, nelle scelte sulla prevenzione in generale o nell'approccio ai servizi, con particolare attenzione alle fasce di popolazione svantaggiata.

Nuovi ospedali e nuovo modello: comunicare il cambiamento.

I cambiamenti che la sanità regionale sta affrontando sono tali e di tale complessità che necessitano di essere accompagnati da una costante e continua attività di informazione e comunicazione, oltre che da iniziative di coinvolgimento delle comunità locali.
Ciò assume particolare significato in occasione della realizzazione di nuovi ospedali per la rilevanza che assumono, sotto il profilo strutturale e tecnologico e del modello di cura e assistenza e, non ultimo, sotto il profilo della trasformazione urbana.
Il modello di ospedale ad alta intensità di cura è elemento di un sistema di assistenza complesso e integrato nell'ambito di un'organizzazione a rete dei servizi.
Esso si configura non come un elemento qualsiasi ma come nodo fondamentale della rete di assistenza sanitaria, che per svolgere al meglio il proprio compito deve poter contare sull'efficace funzione svolta dagli altri nodi che si occupano di erogare tipologie diverse di prestazioni sanitarie.
Tuttavia, al centro di questo sistema a rete complesso e, necessariamente connesso, non c'è l'ospedale, ma la persona, quale punto di riferimento primario delle nuove strutture e della riorganizzazione generale.
La comunicazione diviene indispensabile per far conoscere i cambiamenti e rafforzare la fiducia da parte della comunità, fornendo alla popolazione una informazione chiara, esauriente, comprensibile sulle caratteristiche di innovazione dei servizi e sulla "visione" che li sostiene. Saranno previsti pertanto nel triennio interventi di comunicazione con specifici finanziamenti per comunicare il cambiamento efficacemente e nell'interesse della comunità.

8.1.2 Partecipazione - Il sistema carta dei servizi e gli strumenti di tutela

La partecipazione

La partecipazione dei cittadini, in forma singola o associata concorre alla realizzazione del diritto alla salute, secondo i principi di equità, accessibilità ed efficacia e rappresenta il presupposto fondamentale di una politica sanitaria che pone il cittadino al centro del sistema. La qualità dell'assistenza sanitaria è sempre più legata al coinvolgimento attivo dei cittadini e delle loro associazioni sia nella fase di programmazione dei servizi che di valutazione della qualità delle prestazioni.
I principali strumenti che garantiscono la partecipazione del cittadino sono:
- la carta dei servizi,
- i protocolli d'intesa con le associazioni di volontariato e tutela,
- la conferenza dei servizi,
- i comitati di partecipazione aziendali
- il Forum regionale permanente per l'esercizio del diritto alla salute,
- il tavolo regionale per la sicurezza del paziente
- gli strumenti di partecipazione diretta dei cittadini (indagini di gradimento, town meeting e valutazione civica)

La Carta dei servizi rappresenta il principale strumento di partecipazione, di conoscenza delle attività offerte e di come accedere alle cure, di miglioramento della qualità complessiva dei servizi. I principi ispiratori sono proprio la centralità del cittadino e la tutela dei suoi diritti.
La Carta dei servizi, introdotta nel nostro paese con la Direttiva del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e resa vincolante per gli enti erogatori di servizi pubblici dalla legge 273/95, si configura come un "patto" tra il soggetto erogatore del servizio ed il cittadino, all'interno del quale sono definiti gli obiettivi, gli impegni assunti per il loro raggiungimento, gli standard di riferimento, le modalità per misurare i risultati ed il livello di soddisfazione dell'utente, le modalità di comunicazione.
La comunicazione si configura come una dimensione essenziale della partecipazione. Elaborare e fornire una informazione accessibile contribuisce ad aumentare il livello di consapevolezza dei cittadini nella scelta delle prestazioni erogate e nelle attività di valutazione dell'intero sistema, producendo una domanda di salute più qualificata.

Attività svolte nel triennio 2005-2007

Secondo le indicazioni del precedente PSR sono state promosse iniziative aziendali collegate allo sviluppo del sistema carta dei servizi, secondo quanto indicato dalle linee guida regionali (DGR 675/2004), in particolare sono stati finanziati progetti volti a favorire l'informazione al cittadino e l'accoglienza ai servizi (es. call center, sportelli polifunzionali, accoglienza nei presidi ospedalieri).
Le aziende hanno ampliato il proprio sistema di informazione, utilizzando diversi strumenti: numeri verdi, mass media, distribuzione di opuscoli nelle strutture aziendali e in luoghi di alta affluenza (farmacie, studi medici).
Tutte le aziende sanitarie hanno attivato un numero telefonico specifico, il "pronto salute", per fornire ai cittadini informazioni sulle modalità di accesso e di erogazione dei servizi. In alcune aziende il servizio è stato potenziato fino a diventare un vero e proprio call center. Sono stati unificati i servizi di informazione e prenotazione per rendere il sistema di relazioni con i cittadini, nella fase di accesso ai servizi, più efficiente ed efficace. In un'azienda sanitaria toscana è in atto un processo di trasformazione del call center dell'URP in un Contact center dove gli utenti possono

ricevere un insieme di servizi ed avere un'assistenza nell'accesso ai servizi sanitari. Sono state definite procedure per la gestione dei processi che coinvolgono il front office (operatori del contact center) ed il back office (rappresentato dai vari uffici e servizi interni) al fine di rispondere alle richieste dei cittadini in tempi brevi.
Nei presidi ospedalieri e nei pronto soccorso sono stati sviluppati servizi di accoglienza personalizzata e di orientamento ai cittadini che accedono ai servizi ed ai loro familiari. A questo fine è stato previsto l'inserimento di operatori o volontari dedicati all'accoglienza, veri e propri "tutor" che si prendono cura del cittadino dal momento dell'ingresso sino alla sua dimissione, con particolare attenzione agli utenti anziani e disabili. Tali figure offrono ai ricoverati un supporto per il disbrigo delle pratiche amministrative sia durante la degenza che al momento della dimissione anche in relazione all'eventuale necessario collegamento con i servizi territoriali. Rappresentano inoltre un punto di riferimento nella gestione delle relazioni con l'azienda.
Sempre nell'ambito dell'umanizzazione dei servizi sono aumentati gli ospedali che garantiscono ampie fasce orarie di visita, compatibilmente con le esigenze cliniche dei ricoverati. Sempre più aziende assicurano all'occorrenza la presenza di un mediatore culturale per gli utenti stranieri.

Per quanto riguarda il monitoraggio del sistema, è stato consolidato e sviluppato l'Osservatorio regionale carta dei servizi pubblici sanitari. L'Osservatorio, istituito dieci anni fa, è un efficace strumento di rilevazione unico nel suo genere a livello nazionale. I risultati dell'osservatorio sono elementi importanti per focalizzare le criticità e orientare gli interventi di miglioramento, in particolare quelli finanziati dalla Regione.
Il Comitato regionale Carta dei servizi sanitari ha inoltre confermato il suo ruolo quale sede di confronto e impulso al settore.
E' stato consolidato il sistema integrato di tutela, che prevede un coordinamento tra le competenze degli Uffici relazioni con il pubblico, delle Commissioni miste conciliative e del Difensore civico, per una semplificazione e razionalizzazione della procedura di gestione dei reclami. Sono state fornite alle aziende indicazioni per gestire il sistema integrato di tutela in modo omogeneo e coordinato in relazione al percorso privacy (D.G.R. 392/2006 e D.G.R. 404/2007).
E' stato attivato un sistema integrato di monitoraggio dell'attività di tutela, di livello regionale, anche al fine di promuovere risposte organizzative e di formazione del personale. In particolare è stato sviluppato un osservatorio regionale permanente del contenzioso, con l'avvio di un data base informatizzato per la raccolta dei dati sui sinistri.

Si riportano di seguito alcuni dei numerosi aspetti monitorati tramite l'Osservatorio regionale carta dei servizi

NFORMAZIONE E ACCESSIBILITA’	6	05	4
	Valori percentuali (%)		
ospedalieri che distribuiscono, in modo sistematico, ai ati e ai loro familiari, informazioni scritte sul presidio iero e sui regolamenti che interessano il paziente / Tot. Presidi ieri (*100)		3	
di ospedalieri che riportano sui fogli accoglienza informazioni enti aspetti: nso informato		3	
la clinica		1	
dure tutela		3	
e in cui è disponibile all’occorrenza il mediatore culturale/ iende (*100)		5	
e in cui è presente uno spazio a disposizione delle ass. di riato e tutela con cui l’azienda ha stipulata prot. di intesa/ Tot e (*100)		4	
ospedalieri in cui esiste una procedura che precisa gli orari in è possibile l’ingresso nei presidi di ricovero in relazione alle esigenze delle varie strutture/ Tot. Presidi ospedalieri (*100)		3	

PRESTAZIONI OSPEDALIERE	6	05	4
	Valori percentuali (%)		
e di degenza con oltre 4 posti letto/Tot. Camere di degenza (*100)			
ere di degenza con non oltre 2 posti letto/Tot. Camere di degenza (*100)		5	
to in camere di degenza con servizi igienici riservati ai degenti della stanza/Tot. Posti letto (*100)		1	
a di un luogo di culto negli stabilimenti / Tot. Stabilimenti	0	6	
o di assistenza religiosa negli stabilimenti / Tot. Stabilimenti	0	0	0
nenti in cui è possibile prenotare la scelta tra due o più menù zienti a dieta libera al mattino o il giorno prima rispetto al to della somministrazione del pasto/Tot. Stabilimenti (*100)		6	

Per il prossimo triennio

La diffusione dei contenuti della carta dei servizi presso la cittadinanza può incidere in modo significativo sulla effettività dei diritti degli utenti in ambito sanitario, e su un accesso più consapevole ed appropriato alle prestazioni sanitarie. La carta rappresenta, oltre che una forma di impegno verso i cittadini/utenti, anche un potente strumento della direzione aziendale e degli operatori per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento delle prestazioni e del servizio.

Per il raggiungimento di questi obiettivi la Giunta regionale promuove lo sviluppo delle iniziative nel settore attraverso:

- la realizzazione di un progetto Regione-aziende per l’invio a casa di tutti i cittadini toscani della carta dei servizi dell’azienda sanitaria di appartenenza, strutturata secondo un format comune;
- l’attivazione di forme di coordinamento e integrazione tra i punti informativi e di accesso delle aziende e di altri soggetti erogatori di servizi per facilitare un uso appropriato dei servizi e favorire una rete di informazione operativa sul territorio

toscano, anche con il coinvolgimento della comunità locale in tutte le sue espressioni e forme di associazionismo;

- la promozione di iniziative aziendali collegate allo sviluppo del sistema carta dei servizi, secondo quanto indicato dalle linee guida regionali (DGR 675/2004), anche con finanziamenti ad hoc, in particolare per migliorare l'informazione, l'accesso ai servizi e la presa in carico del cittadino nel percorso di cura;
- il consolidamento del ruolo del Comitato regionale carta dei servizi sanitari, con la funzione di rappresentare a livello regionale un momento di confronto e coordinamento delle esperienze in atto e una sede propositiva per lo sviluppo di specifiche iniziative;
- il potenziamento del ruolo centrale dell'Osservatorio regionale Carta dei servizi pubblici sanitari quale strumento di monitoraggio del processo, anche nell'ambito del sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie;
- il consolidamento del sistema integrato di tutela, con il coordinamento delle competenze degli Uffici relazioni con il pubblico, delle Commissioni miste conciliative e del Difensore civico;
- il potenziamento di un sistema integrato di monitoraggio dell'attività di tutela, di livello regionale;
- la definizione di una normativa regionale per la risoluzione arbitrale delle controversie, volta ad assicurare ai cittadini che intendano aderirvi risposte tempestive e trasparenti, alternative al ricorso giurisdizionale;
- il consolidamento del Centro di riferimento regionale sulle criticità relazionali, quale strumento di intervento nell'ambito delle problematiche relazionali, a disposizione degli operatori e delle organizzazioni sanitarie, prevedendo a tal fine anche appositi finanziamenti regionali,
- la realizzazione di percorsi formativi rivolti agli operatori URP, volti a sviluppare competenze per gestire correttamente i processi di comunicazione interna ed esterna..

Le Aziende in particolare sono impegnate a:

- favorire il raccordo programmatico e operativo tra le iniziative di informazione e comunicazione, quelle di sviluppo del sistema Carte dei servizi, al fine di assicurare il necessario raccordo nel sistema di qualità aziendale, (in particolare integrare gli impegni dichiarati sulla carta dei servizi con gli obiettivi del piano di miglioramento aziendale);
- approvare, aggiornare annualmente e diffondere la Carta dei servizi con riferimento alle indicazioni regionali, in particolare assicurare la diffusione della carta dei servizi on line sul sito aziendale;
- portare a conoscenza dei cittadini, tramite anche la carta dei servizi aziendale, quelle strutture aziendali che mettono in atto un sistema di "buone pratiche" per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente.
- adeguare il regolamento di tutela dei cittadini in coerenza con gli indirizzi regionali, garantire l'istituzione della Commissione mista conciliativa ed il rispetto dei tempi di risposta al cittadino dichiarati sul regolamento aziendale,
- promuovere la partecipazione dei cittadini e rafforzare il ruolo di specifici Comitati interni all'azienda
- sviluppare i protocolli di intesa con le associazioni di volontariato e tutela, con particolare riferimento all'accoglienza, alla partecipazione e alle indagini di soddisfazione;
- attivare gli strumenti di verifica più idonei rispetto agli impegni assunti, e tra questi le indagini sulla soddisfazione dell'utenza;
- utilizzare l'analisi dei reclami per verificare il conseguimento degli obiettivi di qualità;
- predisporre, in occasione della Relazione sanitaria aziendale, una sintesi ad alto contenuto comunicativo sui risultati conseguiti, da pubblicizzare nell'ambito della Conferenza dei Servizi;

- convocare con cadenza annuale la Conferenza dei Servizi, quale strumento principale di partecipazione e confronto sui risultati conseguiti rispetto agli impegni assunti nella Carta.

Gli standard specifici di qualità dichiarati nella Carta costituiscono obiettivo di budget per i dirigenti e la retribuzione di risultato si basa anche sugli obiettivi di qualità individuati nella Carta.

Altri strumenti

Attività svolte nel triennio2005-2007

Presso la Giunta Regionale opera dal 2001 un Forum permanente per l'esercizio del diritto alla salute. Ne fanno parte l'Assessore Regionale al diritto alla salute, che lo presiede, ed associazioni di tutela e promozione dei diritti dei cittadini/utenti.
Nel Forum si realizzano momenti di confronto, consultazione e proposta su tutte le materie attinenti al diritto alla salute.
E' stato istituito recentemente il Tavolo per la sicurezza del paziente, che riunisce membri designati dal Consiglio Sanitario Regionale e rappresentanti del Forum dei Cittadini. Questo tavolo di lavoro regionale nasce con l'intento di favorire l'analisi e discussione dei problemi e delle soluzioni concernenti la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente.

La Regione ha realizzato vari momenti di confronto diretto con i cittadini/utenti tramite la realizzazione di indagini di gradimento in merito ai servizi sanitari offerti e tramite strumenti innovati di democrazia partecipata come il Town meeting. Quest'ultimo rappresenta una modalità nuova di lavoro; viene utilizzato per raccogliere indicazioni dai cittadini in merito ad alcune scelte di politica sanitaria. Il punto di vista del cittadino rappresenta infatti un termine di riferimento fondamentale per la qualificazione del sistema.

Le aziende sanitarie hanno assicurato la partecipazione dei cittadini e dei loro rappresentanti tramite i protocolli di intesa, con i quali hanno stabilito gli ambiti e le modalità di collaborazione. In quasi tutte le aziende è presente uno spazio a disposizione delle associazioni dei cittadini per attività di informazione e accoglienza.

In alcune aziende sanitarie già da anni operano comitati di partecipazione, che riuniscono rappresentanti dei cittadini e categorie di malati. Tali comitati svolgono attività di consultazione sui processi organizzativi aziendali di rilevanza socio-sanitaria e di proposizione di azioni di miglioramento riguardanti i percorsi assistenziali ed il rapporto con i cittadini (accoglienza, liste di attesa, umanizzazione dei servizi).

Per il prossimo triennio

Il sistema sanitario intende utilizzare sempre di più il parere dei cittadini nella valutazione dei servizi e valorizzare la partecipazione delle comunità nelle scelte per la salute e nella programmazione sociale e sanitaria. Si impegna a sviluppare forme di collaborazione e coinvolgimento, valutando anche la possibilità di introdurre e diffondere nuovi strumenti di valutazione civica.

Intende rafforzare il ruolo dei comitati di partecipazione all'interno delle aziende sanitarie e rendere più incisivo il loro contributo, che rappresenta la prospettiva dei cittadini utenti.

A livello regionale si vuol consolidare il ruolo del Forum dei cittadini e del Tavolo per la sicurezza del paziente, quali momenti fondamentali di confronto sulla funzionalità dei servizi e sui programmi di intervento.

8.1.3 Il percorso privacy

Sono trascorsi quattro anni dall'entrata in vigore del codice in materia di protezione dei dati personali: testo unico emanato con DLgs 30 giugno 2003 n 196 che coordina le disposizioni emanate dal 1996 in materia di privacy. Lo scopo del codice è di garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, della dignità dell'interessato con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto di protezione dei dati personali secondo il principio di necessità e non eccedenza nel trattamento dei dati.
In relazione ai dati trattati in ambito sanitario, si deve inoltre tenere conto che il Codice Civile (titolo V) riserva una particolare tutela ai dati idonei a rilevare lo stato di salute.

La direzione generale del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà in collaborazione con l'ufficio privacy regionale, ha supportato la Giunta regionale per l'attuazione di quanto previsto nei precedenti piani sanitari regionali in materia di tutela della riservatezza, tra cui assume particolare rilievo:

- il progetto regionale "consenso" con il quale si è inteso assolvere agli obblighi di rilascio dell'informativa e di acquisizione del consenso da parte degli esercenti delle professioni sanitarie e delle Aziende Sanitarie previsto degli articoli 76 e seguenti del Codice.
- Le direttive alle Aziende Sanitarie sui profili privacy nell'esercizio della tutela degli utenti del Servizio Sanitario Toscano.
- L'armonizzazione delle soluzioni organizzative e procedurali che le Aziende Sanitarie hanno adottato in attuazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia di privacy in ambito sanitario.
- L'avvio del "sistema di anonimizzazione" dei flussi nell'ambito del Sistema informativo sanitario.

L'utilizzo da parte della Regione di dati anagrafici che identificano direttamente l'interessato (nome, cognome, codice fiscale, codice sanitario) non risulta strettamente indispensabile quando il trattamento di dati è effettuato per perseguire le finalità di programmazione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, nel rispetto del principio di necessità di cui all'art.3 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali). Pertanto il trattamento dei dati da parte della Regione per tali finalità avviene sulla base di un codice univoco.

La direzione generale ha inoltre collaborato alla predisposizione del regolamento ex LR 13/2006 che ha individuato quali dati sensibili e giudiziari possono essere trattati, e in che modo, per il perseguimento delle finalità di rilevante interesse pubblico, anche in ambito sanitario, dalla Regione e dagli enti regionali (Allegato A) e dalle Aziende sanitarie (allegato B). Il regolamento, adottato dopo parere di conformità del Garante, costituisce per i soggetti pubblici un indispensabile presupposto di legittimità per ogni

trattamento di dati che non sia già completamente definito da una espressa disposizione di legge o disciplinato in altro modo dal Codice.
Compito del governo regionale nel periodo di riferimento dell'attuale Piano Sanitario Regionale, è di sviluppare, nell'ambito del più generale sistema privacy regionale, i percorsi intrapresi fino a questo momento in considerazione della necessità di:

- Implementare la concertazione preventiva con gli organi delle Aziende Sanitarie per l'applicazione in maniera omogenea delle successive disposizioni normative in materia di privacy e dei provvedimenti del Garante con particolare riferimento ai trattamenti di dati sensibili;
- Verificare il grado di raggiungimento dei risultati previsti dal progetto "consenso" ed eventualmente confermare la collaborazione con i soggetti che si sono resi disponibili per la sua attuazione, in primo luogo i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, per ulteriori iniziative che si rendessero necessarie nell'ambito della tutela della riservatezza;
- Garantire il completamento del sistema di anonimizzazione dei dati entro l'attuale legislatura.

A tal fine si prevede di costituire, in accordo con le aziende sanitarie, un gruppo di lavoro per la progettazione e implementazione di una soluzione a regime, che preveda l'attribuzione da parte delle aziende sanitarie del codice univoco "muto" e la trasmissione alla Regione dei dati già codificati, fermo restando che la Regione acquisisce anche i dati anagrafici che identificano direttamente l'interessato per le finalità amministrative di propria competenza, quali la gestione della mobilità sanitaria e relative compensazioni interaziendali e interregionali, nonché le specifiche esigenze di controllo e verifica.
È prevista inoltre una sistematica attività di monitoraggio dell'operato, che dovrà produrre una relazione sullo stato di avanzamento, che costituirà parte dell'aggiornamento del Documento Programmatico per la Sicurezza , redatto in conformità alle disposizioni del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 .

- Garantire la realizzazione di nuovi servizi in ambito sanitario nel rispetto dei principi di riservatezza e di tutela dei dati personali.

8.2 La programmazione

Il sistema sanitario toscano si fonda sul principio della programmazione, quale strumento volto a garantire la correlazione tra offerta e domanda valutata, tramite l'integrazione intersettoriale e lo sviluppo di un sistema a rete dei servizi, valorizzando il ruolo della comunità e delle sue rappresentanze istituzionali.
Elementi qualificanti della programmazione, in linea di continuità con il PSR 2005-2007, sono: la definizione degli obiettivi e delle regole di funzionamento del sistema, la definizione dei criteri di appropriatezza delle prestazioni, la determinazione di standard di funzionamento dei servizi, l'indirizzo per l'attivazione dei processi aziendali di produzione e controllo, la definizione dei criteri e requisiti di accreditamento e la valutazione della qualità dei servizi erogati e degli esiti della programmazione.

8.2.1 Il procedimento di programmazione

Il livello regionale
La programmazione sanitaria è parte integrante della complessiva programmazione regionale.
L'evoluzione dei modelli generali di riferimento per l'attività di programmazione enfatizza l'attenzione alla coerenza non solo tra programmi regionali relativi a diverse aree di interesse, ma anche tra i vari strumenti della programmazione settoriale, rendendo ancor più necessario l'inquadramento della programmazione sanitaria regionale nell'ambito di una dimensione più ampia, nella quale le azioni per la salute si intrecciano con le linee del piano regionale di sviluppo e di tutti quei piani e programmi che attengono ad ambiti connessi, a diversi livelli, con quello della salute umana (ambiente, territorio, cultura, ecc...).
Peraltro, se da un lato a livello regionale è crescente la connotazione intersettoriale della programmazione sanitaria, dall'altro si consolida la necessità di rendere sistemico l'apporto degli enti locali alla programmazione ed al controllo dell'attività sanitaria, in particolare di quella ad alta integrazione socio sanitaria; prova ne sia la conferma ed estensione del modello organizzativo proposto nel precedente PSR per l'assistenza territoriale ed i servizi ad alta integrazione socio sanitaria, che ha trovato la sua più significativa espressione nella sperimentazione delle Società della salute.
Ciò posto, è necessario che la Giunta regionale supporti le funzioni di indirizzo, valutazione e controllo in sanità mediante:

a) la valorizzazione delle competenze professionali presenti nel sistema al fine di incrementare le funzioni conoscitive sui bisogni, sulla domanda di salute e sui determinanti sociali e ambientali della salute stessa, attraverso lo sviluppo dei flussi informativi, anche di carattere epidemiologico, nonché della relazione sanitaria annuale delle aziende sanitarie, quale fonte insostituibile di conoscenze utili alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'organizzazione del sistema;

b) la definizione di standard di riferimento regionale e di Area Vasta che costituiscano obiettivo e vincolo per le aziende sanitarie. Gli standard rappresentano la traduzione operativa dei livelli di assistenza ed il riferimento per la valutazione delle domande di accreditamento da parte dei soggetti pubblici e privati rispetto alla programmazione regionale. Per il contenuto tecnico - professionale di elevato livello che caratterizza tale funzione, occorre che l'azione regionale, oltre che avvalersi degli organismi tecnici a disposizione (Direzione regionale, A.R.S., Consiglio Sanitario Regionale), coinvolga le strutture operative presenti nelle aziende sanitarie, per contestualizzare le scelte;

c) l'ulteriore sviluppo degli strumenti e dei metodi per la valutazione ed il controllo del sistema, con riferimento ai risultati raggiunti dalle aziende sanitarie in termini di qualità ed efficienza dei processi organizzativi ed operativi.

Il livello aziendale e di area vasta

Mentre si confermano procedure e ruolo della programmazione aziendale e dei relativi strumenti attuativi, così come disciplinati dalla normativa regionale (Piano Attuativo Locale, Piano Attuativo Ospedaliero, programma annuale, piani integrati di zona - distretto), viene invece potenziata strategicamente la programmazione di Area Vasta.
Già il PSR 2005-2007, in linea con la disciplina del Servizio Sanitario Regionale, aveva indicato la concertazione interaziendale di Area Vasta come dimensione ottimale sia della programmazione che dell'integrazione dell'offerta, con l'obiettivo di privilegiare l'appropriatezza degli interventi e mitigare i possibili effetti in contrasto con una logica a rete del sistema, derivanti dall'articolazione dell'offerta, dalla variabilità non sempre programmabile o semplicemente prevedibile della domanda e dal meccanismo economico della remunerazione a tariffa compensativa in regime di "mobilità sanitaria" (prestazioni a cittadini/e non residenti nel territorio dell'azienda unità sanitarie locale).
Il PSR 2008-2010 intende rafforzare la programmazione interaziendale, mirando ad una maggiore cogenza e rilevanza del coordinamento di Area Vasta e ad un contatto più stretto tra questo ed i responsabili delle competenti strutture della Direzione Generale della regione.
In particolare, i coordinatori di Area Vasta, con il supporto tecnico di cui alla lettera e), promuoveranno la definizione partecipata ed integrata di Piani di Area Vasta (P.A.V.) con funzione di indirizzo alla programmazione locale, incentrati sui seguenti elementi fondanti:

a) La concertazione come strumento e metodo di programmazione - L'Area Vasta, oltre ad essere strumento di garanzia per l'appropriatezza dei servizi e l'integrazione dei percorsi assistenziali, è anche il luogo di concertazione dove si apportano modifiche alle previsioni gestionali in atto e/o si consolidano le previsione dei Piani Attuativi Locali e dei Piani Attuativi Ospedalieri. Deve essere quindi realizzato l'obiettivo del "Bilancio consolidato di area vasta", e di uno strumento di programmazione economica di area vasta, così da consentire la valutazione economica integrata dei risultati aziendali e del connesso impiego di risorse.
b) Gli ambiti della concertazione di Area Vasta – Sono sottoposte a concertazione a livello di Area Vasta, in considerazione della missione delle singole aziende sanitarie e dei vincoli di sistema, le scelte aziendali di sviluppo organizzativo, di innovazione che implicano elevati investimenti e di avvio di nuove attività. In particolare:
- per le attività relative a funzioni operative a carattere regionale, nonché per il potenziamento di attività con investimenti rilevanti, l'azienda sanitaria assume iniziative solo a seguito di preventivi accordi in ambito di Area Vasta che ne valutino gli effetti in termini di qualificazione delle prestazioni, costi, effetti sulla mobilità sanitaria, fattibilità e produttività;
- l'attività di base è compito prevalente dell'azienda unità sanitaria locale, salvo quanto di competenza dell'azienda ospedaliera per le proprie finalità d'istituto e per la presenza di uno specifico bacino di utenza ad essa attribuito; l'azienda USL concorda in sede di Area Vasta i programmi di sviluppo o contenimento dell'attività laddove possano verificarsi fenomeni di duplicazione di attività e variazioni di rilievo nei flussi di mobilità; in particolare l'intesa interaziendale è obbligatoria nel caso in cui le attività riguardino l'azienda USL e l'azienda ospedaliera con bacino d'utenza nello stesso territorio provinciale;
- l'azienda ospedaliera costituisce di norma polo di riferimento per le attività di alta specializzazione, al fine di assicurare una qualificazione diffusa

dell'attività e l'attivazione di percorsi assistenziali appropriati ed efficaci; l'azienda ospedaliera "A. Meyer" partecipa, per le materie di competenza, alle procedure di concertazione di tutti gli ambiti di Area Vasta in quanto azienda pediatrica di ambito regionale;

- per l'implementazione di procedure innovative e per l'avvio di attività che comportano uso di tecnologie nuove o ad alto costo, le aziende sanitarie possono assumere iniziative previa concertazione a livello di Area Vasta dove si tenga conto degli effetti sulle attività ordinarie, dell'interesse interaziendale all'attività, delle eventuali necessità di sperimentazione, dei costi e dei benefici delle innovazioni, anche in considerazione delle valutazioni di impatto delle nuove tecnologie secondo analisi costi-benefici effettuate sia a livello regionale che a livello dell'Area Vasta. In proposito si rimanda a quanto precisato al punto 7.4.7 in ordine alla valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA).

Avvalendosi dell'A.R.S. e delle professionalità presenti nelle aziende sanitarie, sentito il Consiglio Sanitario Regionale, la Giunta regionale definisce appositi standard di riferimento per le attività di alta specializzazione e, in particolare, per la valutazione del fabbisogno di posti letto intensivi con il fine di realizzare una rete di coordinamento di Area Vasta e regionale per il bisogno ospedaliero di terapia intensiva polifunzionale, nonché parametri di dotazione di particolari tecnologie ad alto costo, con riferimento agli specifici ambiti territoriali.

Le Aree Vaste costituiscono l'ambito funzionale in cui validare gli standard quantitativi e qualitativi, individuati in relazione ai livelli di appropriatezza delle prestazioni.

Per gli ambiti di cui sopra la concertazione di Area Vasta, rappresentando atto di programmazione regionale, costituisce elemento per la verifica delle condizioni di compatibilità delle richieste relative alla realizzazione di nuove strutture, rispetto alla programmazione regionale.

Al fine di sviluppare le conoscenze connesse all'uso innovativo ed appropriato delle tecnologie sanitarie, viene costituita apposita struttura dedicata di livello regionale (V. cap 7.4.7)

c) <u>La funzione di coordinamento tecnico professionale</u> - Per consentire l'esercizio del governo clinico ai diversi livelli del sistema e la crescita in rete del sistema di offerta delle prestazioni specialistiche di ricovero ed ambulatoriali di secondo livello, le aziende sanitarie di ciascuna Area Vasta individuano e mantengono – qualora già attivate - reti di coordinamento tecnico interaziendale, anche in forma dipartimentale, per settori omogenei, che, anche sulla base di specifici indirizzi regionali, svolgano i seguenti compiti:

elaborare proposte di sviluppo delle attività e delle relative risorse che rispondano ai requisiti della programmazione di Area Vasta, alla luce dell'evoluzione delle procedure cliniche e diagnostiche nonché dei livelli di complessità e qualificazione delle prestazioni;

garantire un effettivo coordinamento delle attività delle singole aziende sanitarie al fine di assicurare ai cittadini percorsi assistenziali integrati, utilizzando a pieno le professionalità presenti e adottando modalità concordate di remunerazione del personale al fine di incentivare la partecipazione alla realizzazione dei percorsi assistenziali, anche a livello interaziendale;

sviluppare, in sinergia con le competenti strutture regionali, apposite linee guida a livello regionale, validare quelle esistenti o elaborate dalla commissione regionale allo scopo costituita, curarne la implementazione e la valutazione a livello di Area Vasta, al fine di sviluppare una vera e propria funzione di "Governo Clinico".

Al fine di evitare la separazione fra attività ospedaliere e territoriali, il coordinamento professionale deve essere assicurato da professionalità miste ed integrate ospedale - territorio. Il coordinamento tecnico interaziendale deve tendere alla valorizzazione in rete dei livelli di offerta delle prestazioni e dei servizi specialistici esistenti nelle diverse aziende sanitarie, salve le attività di alta specializzazione, per le quali sono individuate

le competenze delle aziende ospedaliere, anche per sollecitare forme utili di incentivazione della produttività e della qualità.

d) Le funzioni di coordinamento degli enti locali – Per garantire il raccordo tra programmazione di Area Vasta e le Conferenze dei Sindaci, che rivestono un importante ruolo di indirizzo nell'ambito della programmazione regionale, viene consolidato a livello di Area Vasta il

DA DEFINIRE IN BASE A PDL SOCIETA' DELLA SALUTE).

e) Il coordinamento delle aziende – Al fine di facilitare il coordinamento interaziendale, per ciascuna Area Vasta è designato un coordinatore tra i direttori generali delle aziende sanitarie di competenza. Per l'esercizio delle proprie funzioni, il coordinamento si avvale dei direttori sanitari ed amministrativi delle aziende nonché di altri operatori a ciò designati dai direttori generali. Nell'ambito del coordinamento interaziendale potrà essere costituito uno staff di supporto per la funzione di programmazione.

f) Le funzioni territoriali e della prevenzione - Per le funzioni territoriali e di prevenzione collettiva, fermo restando il livello di direzione operativa aziendale, possono essere adottati atti di concertazione interaziendale in relazione a progetti e programmi di interesse comune a dimensione sovra aziendale. Alle procedure di concertazione possono essere invitati, i soggetti terzi più appropriati secondo le rispettive competenze (I.Z.S., A.R.P.A.T., A.R.S, etc)..

Gli atti di programmazione di Area Vasta organizzano lo sviluppo a rete del sistema sanitario, in particolare della rete specialistica ospedaliera, secondo gli obiettivi e i contenuti del Piano Sanitario Regionale e secondo le indicazioni ricevute dalle Conferenze dei sindaci. Le indicazioni sono trasmesse, per conoscenza, alle organizzazioni sindacali ed ai soggetti partecipanti alla concertazione.

Gli atti di programmazione interaziendale, con valenza di programmazione generale per gli specifici settori individuati dal Comitato di Area Vasta, ai quali sono applicate le procedure della concertazione, sono approvati dal Consiglio regionale e costituiscono strumenti della programmazione sanitaria a livello regionale. Essi definiscono e organizzano nell'Area Vasta le politiche sanitarie contenute nel Piano Sanitario Regionale. Le determinazioni non di valenza generale, ma relative ad intese e accordi tra le Aziende sanitare, relative ad aspetti di coordinamento ed indirizzo organizzativo, economico-finanziario, logistico, etc, , vengono assunte direttamente dal coordinatore di Area Vasta ad integrazione di quanto previsto dalla programmazione regionale, come competenza della concertazione di Area Vasta o, comunque, attuative degli atti di programmazione interaziendale.

8.2.2 La concertazione nel procedimento di programmazione

Anche alla luce dei modelli generali di programmazione adottati dalla Giunta regionale, assume un peso determinante la partecipazione consapevole al processo di programmazione sanitaria di una pluralità di soggetti istituzionali, professionali e sociali, impegnati ognuno in relazione alle proprie competenze e responsabilità a fare avanzare una politica di qualità ed innovazione nella sanità toscana.

Il nuovo Piano Sanitario Regionale, in coerenza con il principio cardine di una proattiva e preventiva presa in carico del paziente in una logica di "iniziativa" del Servizio Sanitario Regionale nei confronti del cittadino, ribadisce l'importanza di un'intesa tra tutti gli attori del sistema, per coniugare tutte le competenze e professionalità, con la sensibilità istituzionale, l'attitudine alla ricerca e l'impegno volontaristico che contraddistinguono il "modello toscano" di sanità.

In un simile contesto assumono un ruolo centrale le aziende sanitarie e gli operatori, a cominciare dalle professioni mediche ed infermieristiche.

I contenuti del Piano Sanitario Regionale tengono conto del dialogo fecondo tra istituzioni, aziende e operatori sanitari, sviluppato tramite appositi strumenti di relazione e conoscenza e della esperienza di responsabilizzazione nelle azioni di governo del sistema di servizi (governo clinico e responsabilità gestionale).
Tale partecipazione assume, peraltro, rilevanza centrale anche nella fase di elaborazione da parte della Giunta regionale degli specifici indirizzi attuativi. Di norma il coinvolgimento si realizza attraverso gruppi di lavoro per progetto o per azione, all'interno dei quali sono chiamati a partecipare rappresentanze degli operatori interessati, designati dai direttori generali. Ove richiesta la partecipazione di specifiche esperienze professionali in seno a tali commissioni, queste sono designate dal Consiglio Sanitario Regionale.
Le aziende sanitarie e gli enti ed organismi che intrattengono rapporti istituzionali con il Servizio Sanitario Regionale sono chiamati inoltre alla realizzazione del Piano Sanitario Regionale anche attraverso l'attiva partecipazione dei propri operatori a sostegno delle strutture della direzione generale competente in materia.
Particolare rilievo riveste l'assunzione di una responsabilità diretta da parte dei medici e degli operatori della dirigenza sanitaria, nello sviluppo delle competenze e degli impegni professionali nell'ambito del governo clinico del sistema, sia l'assunzione della piena responsabilità gestionale dei servizi e delle strutture di competenza, per trovare la massima condivisione tra obiettivi aziendali e l'operatività del professionista nel percorso assistenziale, nell'interesse e per la sicurezza del cittadino.
Si conferma a proposito l'impegno regionale a valorizzare il contributo degli operatori del Servizio Sanitario sia attraverso il loro coinvolgimento nelle attività di programmazione e di governo, sia attraverso lo sviluppo della libera professione intramoenia anche nella sua componente svolta dall'azienda su richiesta di terzi. Quest'ultima modalità consente, infatti, una partecipazione diretta in termini d'attività professionale remunerata, anche da parte di quegli operatori che, in relazione all'attività istituzionale svolta, sono soggetti a limitazioni pratiche.
I processi di analisi dei bisogni, di valutazione dell'appropriatezza della domanda e di programmazione dell'offerta si devono arricchire inoltre mediante il confronto con le componenti della società civile attraverso il sistema della concertazione.
Nel rigoroso rispetto della totale autonomia delle funzioni decisionali degli organi politici e tecnici, la concertazione permette la reale integrazione delle istanze sociali ed il mantenimento del consenso, condizioni imprescindibili alla realizzazione di ogni politica sanitaria.
Il criterio che deve guidare la concertazione è quello del raggiungimento della massima utilità sociale, mai disgiunto dal perseguimento dei principi di qualità, appropriatezza e produttività attraverso i provvedimenti da adottare nel rispetto dell'equità, dei diritti e dei bisogni delle parti minoritarie.
La concertazione riguarda sia il livello di programmazione regionale, sia quello di Area Vasta e locale. Si attiva in via ordinaria quando esplicitamente previsto dalla normativa o, in via straordinaria, quando ritenuto opportuno dai soggetti titolari della programmazione o considerato necessario dai soggetti sociali che ne fanno formale richiesta.

La concertazione riguarda le organizzazioni sindacali, gli enti locali e le loro istanze rappresentative, le rappresentanze degli imprenditori generali e di settore sanitario e socio-sanitario, le associazioni rappresentative del cittadino-utente, le rappresentanze degli interessi diffusi, le organizzazioni non profit e le ulteriori istanze rappresentative della società toscana. Particolare rilevanza nel settore sanitario riveste il confronto istituzionale con le università toscane, anche per il ruolo che svolgono per la partecipazione istituzionale alle aziende ospedaliero-universitarie.
Il metodo di lavoro adottato deve salvaguardare la massima possibilità di dialogo e di comunicazione quanto l'efficienza e la razionalità del confronto nell'interesse del cittadino da un lato e del rapporto virtuoso tra governance e performance dall'altro.

Tipicamente la concertazione si conclude con un breve documento d'intesa che definisce le reciproche posizioni, anche quelle eventualmente non convergenti.
Gli enti che partecipano alla concertazione devono impegnarsi ad assicurare che i portatori di interesse che essi rappresentano siano informati correttamente sui contenuti della concertazione stessa, in modo che la concertazione diventi anche lo strumento per realizzare la partecipazione del maggior numero possibile di cittadini, accrescendo la consapevolezza sulle motivazioni delle trasformazioni del sistema.
In conclusione la concertazione, nel processo programmatorio socio-sanitario toscano, è il momento in cui il governo del sistema si allarga alle parti sociali, raccogliendone le istanze e la collaborazione sugli obiettivi di salute ed i vincoli inevitabilmente imposti dalla scarsità delle risorse, ma governati con criteri di equità.

Gli Enti locali

Ai fini di una crescita complessiva del Servizio Sanitario Regionale e delle politiche di assistenza sociale, si conferma la necessità della collaborazione con i Comuni, pur nel quadro delle diverse funzioni che l'ordinamento loro attribuisce, secondo le previsioni generali di rapporto a livello di sistema di aziende, che trovano ulteriore rafforzamento con la costituzione, non più sperimentale, delle Società della Salute ed attraverso i Piani integrati di salute di zona-distretto.

Le Organizzazioni sindacali

Il riassetto della sanità regionale può avere pieno successo solo attraverso l'alleanza di tutti i lavoratori del settore e delle loro organizzazioni sindacali.
Con le organizzazioni sindacali confederali è stata costruita una vasta ed impegnativa esperienza di confronto, basata su protocolli di rapporto, partecipazione e confronto ormai ampiamente consolidata.
Il nuovo Piano Sanitario Regionale richiede uno sviluppo di questo rapporto organico, ferma restando l'autonomia e le differenti prerogative dei soggetti contraenti, essendo chiaro il nesso stretto tra gli obiettivi di qualificazione delle politiche di salute e quelli di sostenibilità, che richiedono la valorizzazione di tutte le risorse, a cominciare ovviamente da quelle umane, con un'attenzione rinnovata al tema della produttività e della meritocrazia.
Un ruolo nuovo è da prevedere anche per il sindacalismo medico e della dirigenza sanitaria, chiamati a contribuire in modo specifico alla crescita del senso di appartenenza al SSR e ad una rinnovata enfasi sulla qualità, dove sia riaffermato il primato delle esigenze di salute dei cittadini.
Nei procedimenti di concertazione le organizzazioni sindacali partecipano secondo le modalità generali disciplinate dalla normativa vigente e dagli accordi e intervengono su atti che hanno valore di strumenti della programmazione regionale.
Per quanto concerne l'Area Vasta, la concertazione avviene, come sopra ricordato, sulla base degli accordi conseguiti con le organizzazioni sindacali di livello regionale, sulle determinazioni delle aziende prima che queste siano sottoposte alle procedure di approvazione.
A livello locale la concertazione è svolta sugli atti rilevanti di programmazione e su quelli di governo previsti per le nuove Società della Salute, sulle determinazioni adottate prima che queste siano sottoposte alle procedure di approvazione.

Le Università toscane

La Toscana è stata la prima regione italiana a dare attuazione ai protocolli d'intesa Regione-Università sull'attività assistenziale ed intende mantenere con il Piano Sanitario Regionale un ruolo d'avanguardia nel settore.
Il nuovo protocollo d'intesa, che va ad aggiornare quello in vigore, rafforza lo spirito di integrazione della componente ospedaliera con quella universitaria, imprimendo una nuova accelerazione all'innovazione, alla produttività scientifica, al rapporto con le imprese, alla valorizzazione e tutela della proprietà intellettuale, alla formazione

decentrata sul territorio che coniughi il sapere con il fare (reti formative) ed alla valutazione della performance, nel contesto di più forti rapporti di sistema, specie per quanto attiene ai temi della qualificazione dell'attività e dell'impegno sulle alte specialità in un'ottica di partecipazione ai piani integrati di salute.
La programmazione sanitaria regionale ha l'obiettivo di valorizzare al massimo il ruolo e le potenzialità delle aziende ospedaliero–universitarie che svolgono un ruolo essenziale nell'attuazione delle funzioni regionali e nell'organizzazione dei centri di riferimento, oltre che nell'attivazione e qualificazione delle politiche di concertazione di Area Vasta.
La scelta strategica della qualità e dell'appropriatezza (nella inderogabile esigenza di raggiungerla dentro i vincoli delle risorse economico-finanziarie ed umane) chiama anche l'università ad un rinnovato impegno di coerenza con tali principi, a partire dall'attuazione di nuovi modelli organizzativi che obbligano a condividere non solo strutture, ma anche criteri e valori.

Le imprese nei servizi socio - sanitari

Il processo di qualificazione dei servizi passa anche attraverso un rapporto più stretto e proficuo con le imprese del settore, impostando rapporti di collaborazione, integrazione e complementarietà, anche attraverso sperimentazioni gestionali o forme di collaborazione societaria previste dalla normativa regionale.
Le strutture sanitarie private dovranno concorrere ad assicurare i livelli essenziali ed appropriati d'assistenza, nel quadro di una crescita qualitativa e di una generale garanzia di sicurezza per tutti i cittadini, nell'ambito delle regole definite per il procedimento di accreditamento
Per quanto concerne il rapporto con i soggetti gestori dei servizi socio–sanitari e socio–assistenziali, un ruolo particolare spetta al privato sociale e non profit, in relazione alla sintonia fin qui verificata in ordine alle finalità del servizio ed alla centralità che in esso va attribuita al cittadino.

Il volontariato e la tutela dei cittadini

Il modello toscano di sanità deve molto alla presenza ed all'impegno del volontariato per il raggiungimento degli obiettivi di efficacia, appropriatezza ed umanizzazione delle prestazioni. Dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010 scaturiscono in questo senso rinnovate aspettative, dal momento che nelle strategie che lo caratterizzano è insita una crescente attenzione al concetto di accoglienza e di servizio, nel più forte radicamento della prestazione sanitaria nel territorio e con un maggiore rapporto con le espressioni più sinceramente solidaristiche presenti nella regione.
Anche in questo campo assume particolare rilievo per il volontariato l'impegno alla qualificazione ed alla innovazione, per conseguire efficacia ed appropriatezza delle prestazioni, lavorando congiuntamente sui temi strategici della formazione, dell'organizzazione del servizio, dell'integrazione con le strutture pubbliche.
Quanto agli organismi ed alle associazioni di tutela dei cittadini, è evidente che una strategia impostata sulla qualità esalta il rapporto di collaborazione e confronto dialettico con la Regione dando rilievo alla partecipazione civica ed all'impegno consapevole nella valutazione della qualità, della costruzione di un più saldo rapporto fiduciario tra cittadini e Servizio Sanitario a sostegno dei valori fondamentali del Piano Sanitario Regionale.

8.3 ESTAV: verso un moderno ed efficiente centro servizi

Nel corso del precedente piano sanitario l'azione regionale per razionalizzare e ottimizzare le funzioni gestionali non sanitarie si è concentrata nella progettazione e sperimentazione dei consorzi di Area Vasta secondo le indicazioni definire dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 144/2002. La Regione ha pertanto stabilito lo scorporo di un determinato numero di funzioni di supporto tecnico e amministrativo alle aziende sanitarie e il transito delle medesime ai nuovi soggetti istituiti con la citata deliberazione n. 144/2002. Tenuto conto del carattere assolutamente innovativo del processo di outsourcing, fra i primi a livello nazionale per dimensione e portata dell'intervento, la Regione ha stabilito di intervenire a partire dalle attività di approvvigionamento (funzione "acquisti"), valutando in tale settore la capacità operativa dei consorzi in relazione ai risultati ottenuti sotto il profilo economico e di razionalizzazione organizzativa e procedurale.
La decisione della Regione è intervenuta a seguito di un'approfondita analisi di scenario, che ha tenuto in particolare conto la complessità del mercato di beni sanitari ,il rapido processo di innovazione dei prodotti e delle procedure e la necessità di crescita di competenze professionali diversificate sul territorio. Tale situazione ha assegnato alla funzione acquisti una rilevanza strategica per gli ESTAV, tenuto anche conto di fenomeni di crescente asimmetria nelle capacità e nei poteri della domanda e dell'offerta, ove quest'ultima presenta un carattere vieppiù sovraregionale e sovranazionale dei mercati ed una sempre maggiore capacità di influenza sui mercati stessi da parte delle ditte fornitrici.
Prima dell'attivazione della sperimentazione consortile le aziende sanitarie si caratterizzavano, in particolare sotto questo aspetto, per la scarsa dimensione operativa e la ridotta circolazione delle informazioni e conoscenze tra i diversi soggetti, nonché per una ridotta specializzazione della funzione acquisti. Questa asimmetria rendeva possibile il verificarsi di effetti distorsivi del mercato a tutto danno della economicità delle procedure di acquisto pubbliche, e ha, conseguentemente, reso indispensabili iniziative di valorizzazione del sistema delle aziende e delle professionalità ivi esistenti per evitare duplicazioni di funzioni ed accrescere la forza contrattuale della domanda e le competenze specialistiche dei soggetti pubblici.
I risultati economici ed organizzativi raggiunti nel corso della sperimentazione del sistema consortile di Area Vasta risultano allineati agli obiettivi di processo: la Regione è pertanto impegnata, nel corso del presente Piano Sanitario, al completamento delle operazioni di trasferimento delle ulteriori funzioni dalle Aziende Sanitarie agli ESTAV con la revisione normativa già richiamata al precedente paragrafo e tramite specifici provvedimenti attuativi della Giunta regionale. Si conferma ai fini sopra descritti il disposto della deliberazione n. 144/2002 e sono pertanto funzioni soggette a scorporo e trasferimento ai consorzi di area vasta - mediante atti della Giunta regionale che verranno adottati compatibilmente ai livelli organizzativi acquisiti dai consorzi medesimi:
- il completamento della gestione del processo di approvvigionamento (supply chain) a partire dalla determinazione del fabbisogno per concludere con i processi di assistenza, manutenzione e ricambio, con lo sviluppo di tecniche di contrattazione, contrattualizzazione, acquisizione, pagamento e monitoraggio delle forniture riferite al 'commercio elettronico'(e-commerce);
- la gestione delle strutture e dei processi logistici di distribuzione;
- la gestione delle tecnologie informatiche e del parco tecnologico non sanitario sulla base degli indirizzi già definiti dalla Giunta regionale con deliberazione n. 736/2002;
- il coordinamento delle attività inerenti gli affari legali con particolare riferimento alla gestione delle procedure assicurative;

- la gestione del personale in riferimento alle procedure di elaborazione dei cedolini paga ,alle procedure concorsuali di reclutamento e alla contabilità dei relativi trattamenti economici;
- la gestione del patrimonio e dell'area tecnica per le funzioni ottimizzabili;
- la gestione delle reti informative sulla base delle specificità organizzative aziendali assicurando la
funzione informativa di Area Vasta;
- i processi organizzativi relativi alle attività di formazione del personale.

Le funzioni sopra richiamate si coordinano, ove prescritto o necessario, con le specifiche disposizioni di settore. In particolare, anche tramite specifici provvedimenti e linee guida approvati dalla Giunta regionale, sono definiti specifici percorsi di integrazione con:
- le disposizioni regionali in materia di società dell'informazione (l.r.1/2004);
- le disposizioni regionali, nazionali e di U.E. in materia di e-procurement;
- le indicazioni derivanti dalla programmazione di area vasta in relazione alla formazione del
fabbisogno;
- le attività dell'osservatorio regionale sui prezzi dei beni e servizi e delle tecnologie, con particolare riferimento alla standardizzazione dei processi di classificazione dei prodotti sui quali operare le scelte di acquisto anche ai fini del benchmarking interconsortile. Il trasferimento e le modalità di esercizio delle funzioni sopra indicate sono soggetti ad una verifica preliminare della Giunta regionale in relazione ad eventuali specificità inerenti l'attività delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Il Piano Sanitario Regionale del triennio 2008-2010 individua un modello organizzativo che assegna agli ESTAV una funzione di staff rispetto ad ogni Area Vasta servita, una governance tecnica di supporto / fornitore di servizi alle Aziende / partner, in una dimensione professionale e funzionale.

Viene lasciata alle aziende sanitarie la governance gestionale (in un ruolo di cliente con l' individuazione dei fabbisogni, la programmazione e il monitoraggio su servizi ricevuti), mentre viene messa in capo ad ogni singola Area Vasta la governance strategica di pianificazione interaziendale in coerenza con gli indirizzi del presente Piano.

Ogni ESTAV perciò assume un ruolo chiave di centro acquisti, distribuzione e servizi che, guidato dalle esigenze di Area Vasta, eroga servizi di eccellenza alle aziende sanitarie. Gli ESTAV, senza rinunciare a un ruolo consulenziale e di analisi di mercato verso l' Area Vasta di riferimento, si concentrano soprattutto sullo sviluppo di un metodo condiviso, che quantifichi l'efficienza generata.

Tra gli interventi prioritari atti a sostenere il modello di governance anzidetto l'enfasi andrà posta sulla integrazione e la sostenibilità dell'organizzazione, implementando le forme più appropriate di specializzazione funzionale rispetto alle competenze presenti nell'organizzazione, per esempio considerando i benefici di "ESTAV dedicati" a sostenere tipologie di servizi specifici da erogare / aziende da servire.

Esiste poi tutto uno spettro di azioni da intraprendere nell'area composita delle "Operazioni" (logistica,acquisti, distribuzione,sistemi informativi,monitoraggio e controllo) ove è critico introdurre miglioramenti: il <u>coordinamento temporale</u> (con la formalizzazione del processo di programmazione, alla stima dei fabbisogni,partendo inizialmente dagli scostamenti tra la stima ESTAV,basata su input Aziende, e il consumo effettivamente realizzato; l'uniformazione delle procedure di gara e delle codifiche,per esempio attraverso la definizione di impostazione e il coinvolgimento della parte amministrativa delle Aziende, allineandosi alle best practices in essere; la

reportistica e i flussi informativi per effettuare il controllo dell' andamento dei consumi aziendali,nonché la reportistica a consuntivo di Area Vasta; il riconoscimento di standard di acquisto e livelli di servizio erogati alle Aziende, accorciando i tempi di processo,per esempio. dalla richiesta aziendale all'effettivo ordine, e ancora indicando la soddisfazione del "cliente" aziendale,ad esempio nella misurazione del clima.

Per consolidare infine la dimensione sistemica e cooperativa ,diventa sempre più decisivo affinare gli strumenti di controllo di gestione che rendano visibili, misurabili e confrontabili i vantaggi e i risparmi realizzati grazie agli ESTAV per il Sistema Sanitario Regionale, per esempio selezionando gli indicatori più significativi all'interno delle gare di fornitura, misurando il numero delle aziende fornitrici agli ESTAV come indicatore di contesto sulla competitività del mercato e del prezzo da conseguire.

8.4 Valorizzazione delle risorse umane e responsabilità di governo

Premessa fondamentale di qualsiasi politica di valorizzazione delle risorse umane è la consapevolezza che il capitale umano rappresenta il motore dell'innovazione. L'insieme di professionalità, conoscenze e capacità organizzative sono il vero capitale di un sistema sanitario.
Nella società contemporanea centrata sulla conoscenza e la comunicazione, il patrimonio intellettuale e sociale è un asset strategico di qualsiasi sistema pubblico. Le persone, nella loro attività quotidiana, scambiano all'interno del servizio sanitario dati informazioni esperienze e pratiche, incidendo in maniera significativa sull'attività organizzativa. Far emergere questo enorme capitale è prerequisito della definizione di una politica di valorizzazione delle risorse umane.
In quest'ottica, particolare rilievo va dato alla piena partecipazione delle donne ai luoghi decisionali della politica e delle istituzioni, per favorire efficaci azioni a favore dell'approccio di genere alla sanità, possibili solo se anche alle donne vengono assicurate le stesse opportunità.
La risorsa "personale" rappresenta per la sanità certamente la risorsa di maggiore rilevanza e criticità. Si tratta della risorsa che più incide nella qualità dei servizi erogati e da cui dipendono i risultati stessi conseguiti dal nostro sistema sanitario. La gestione del nostro personale rappresenta, infatti, una delle sfide di maggiore complessità perché le nostre aziende operano con strutture organizzative a "piramide rovesciata", dove i professionisti rappresentano la maggioranza degli operatori, dove le competenze sono elevate, dove la complessità del servizio erogato impone modalità di lavoro integrato e collaborativo.
Occorre rivedere le attuali modalità di gestione delle risorse umane e le differenze presenti nelle strategie e nei meccanismi operativi nel contesto regionale per procedere all'individuazione di modalità più innovative e adeguate con cui valorizzare il lavoro degli operatori.
Si rende pertanto necessario implementare strategie di gestione che permettano alle organizzazioni sanitarie di migliorare i processi di comunicazione interna ed esterna, la motivazione degli operatori, i processi per attivare e sviluppare la crescita professionale, le modalità per disegnare sentieri di carriera e di valutazione delle competenze attenti alle esigenze di crescita dei singoli ma anche coerenti con le strategie aziendali e con gli obiettivi di sistema.
La conoscenza del potenziale umano è la premessa per la definizione di qualsiasi politica di sviluppo organizzativo specifica. Questa conoscenza è ancora troppo frammentaria e parziale all'interno del sistema, anche perché notevoli sono le difficoltà nei sistemi complessi di sviluppare una comunicazione interna efficace.

Alcune azioni da realizzare al fine di acquisire questa conoscenza sono identificabili in:
1) lo sviluppo di politiche di comunicazione che favoriscano la creazione di una rete di scambio di conoscenze fra i diversi operatori ed ai diversi livelli del sistema;
2) l'implementazione di un portfolio delle competenze degli operatori;
3) la programmazione di interventi mirati alla valutazione del potenziale di sviluppo.

Le strategie di gestione e di sviluppo del personale devono anche essere definite sulla base di una verifica di attitudini e competenze di tipo clinico e tecnico per quanto attiene ai professional, in particolare nell'area chirurgica, e di tipo gestionale per quanto riguarda i manager.
Questa verifica deve seguire, per alcune categorie determinate di operatori quali i chirurghi, la logica dell'attore equivalente secondo la quale è necessario che l'organizzazione sanitaria, nell'ambito di una specifica professione, si faccia garante di un livello minimo di prestazioni per singolo operatore a salvaguardia della sua professionalità e della sicurezza del paziente.
Questa verifica può essere realizzata attraverso la valutazione dei carichi di lavoro e l'analisi della distribuzione delle attività all'interno dei team clinici, con l'obiettivo di far emergere le competenze esistenti e di definire linee di sviluppo di carriera coerenti ad esse. Questo aspetto in particolare ha un impatto significativo sui livelli di sicurezza della prestazione sanitaria erogata.
Le strategie di gestione e di sviluppo del personale devono incentrarsi sullo sviluppo di tre elementi principali.
1) Motivazione delle persone. La motivazione è strettamente collegata: al proprio ruolo nell'organizzazione e al significato che ha nel sistema, alla possibilità di essere ascoltati e di ricevere dei feedback, all'essere valutati rispetto al proprio lavoro secondo criteri condivisi, alla retribuzione ed al riconoscimento sia da parte dei colleghi che dei superiori. E' necessario quindi che le politiche del personale siano orientate a costruire sistemi di comunicazione interna orientati allo sviluppo di reti sociali piuttosto che di gerarchie rigide, ad aprire canali di comunicazione tra i vari livelli piuttosto che inserire barriere, a realizzare valutazioni periodiche alle quali ancorare il sistema di incentivazione. Tali valutazioni devono essere incentrate sui criteri condivisi di merito e di consenso.
2) Soddisfazione lavorativa. La soddisfazione è strettamente correlata alla realizzazione del proprio progetto professionale personale (avanzamento di carriera, retribuzione e incentivazione, qualità del lavoro). In questo senso è compito dell'organizzazione misurare in maniera sistematica le aspettative e verificarne periodicamente la loro congruenza con i risultati raggiunti e il progetto personale complessivo. Di conseguenza devono essere definiti percorsi formativi e di carriera diversificati e variabili nel tempo di tipo professionale e manageriale che tengano conto sia delle esigenze dell'organizzazione che dello sviluppo del potenziale dei singoli operatori.
3) Clima organizzativo. Il clima è la percezione condivisa delle politiche organizzative, delle pratiche e procedure sia formali sia informali. Il clima influenza in maniera significativa i comportamenti delle persone ed il modo in cui si vive il proprio ruolo nell'organizzazione, ha effetti sulla qualità e la sicurezza delle prestazioni. Lo studio del clima deve quindi essere elemento di valutazione costante e continua da parte di soggetti esterni all'organizzazione. Le indagini di clima interno condotte dal Mes, evidenziano la necessità di interventi coordinati e condivisi a livello regionale, che potenzino la capacità di azione delle aziende per valorizzare, senza sprechi, il lavoro degli operatori.

Lo sviluppo di queste tre dimensioni richiede la presenza di una cultura dell'organizzazione capace di farsi interprete dei bisogni espressi dagli operatori e di porre al centro dello sviluppo del sistema sanitario la valorizzazione delle persone come

agenti di innovazione. In quest'ottica, la soddisfazione dell'utente non può essere disgiunta da un livello accettabile di motivazione e soddisfazione diffuse fra gli operatori all'interno di un clima e di una cultura favorevoli.

8.5 Le relazioni di sistema

8.5.1 Università, Istituti scientifici, ARS,CSPO, Le Fondazioni (FGM)

Le Università

Risulta oramai consolidato il percorso istituzionale, disciplinato dal decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, che ha portato l'Università a partecipare a pieno titolo al Sistema Sanitario Regionale non più attraverso l'istituto della convenzione, ma tramite la trasformazione delle Aziende ospedaliere in Aziende Ospedaliero-Universitarie di cui gli atenei sono parte direttamente costitutiva e paritetica rispetto alla componente ospedaliera.

Va sottolineata la particolare rilevanza e difficoltà che ha assunto tale adempimento in quanto ha determinato l'inserimento di un soggetto istituzionalmente autonomo, quale appunto l'Università, in un quadro di regole alla cui condivisione e sviluppo essa oggi è chiamata, potendo di conseguenza contribuire alla qualificazione complessiva del sistema sanitario tramite l'apertura al sistema stesso e la diffusione di funzioni, quali ricerca e didattica, precedentemente caratterizzate da forte autonomia ed oggettive limitazioni

Il percorso si è concluso con l'adozione da parte delle Aziende Ospedaliero-Universitarie degli atti aziendali previsti dalla normativa e ciò ha determinato da un lato l'entrata in funzione degli organi previsti per le nuove aziende, dall'altro la necessità di adeguare gli strumenti di regolazione dei rapporti alle modifiche che caratterizzano il sistema. Il passaggio alla nuova forma di concorrenza istituzionale alle finalità del Servizio Sanitario Regionale è stato gestito tramite lo strumento del protocollo d'intesa tra Regione ed Università che, avendo a riferimento il quadro normativo nazionale (decreto legislativo 517/1999 ed Atto di indirizzo e coordinamento del 2001 dallo stesso previsto), ha definito tra l'altro:

1. il principio dell'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca tra Servizio Sanitario e Università;
2. il principio della leale cooperazione nella definizione dei rapporti reciproci;
3. le linee generali della partecipazione delle Università alla programmazione sanitaria regionale;
4. i parametri per l'individuazione nell'ambito dell'Area Vasta delle strutture assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca, nonché gli obiettivi ed i criteri organizzativi dei dipartimenti integrati;
5. nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, il volume ottimale delle attività assistenziali ed i criteri per l'individuazione delle risorse strutturali necessarie per lo svolgimento delle attività integrate di cui al punto 1.
6. le modalità di partecipazione dell'Università alla gestione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, anche in termini finanziari;
7. gli aspetti istituzionali, compresa la composizione dell'organo di indirizzo previsto dal d.lgs. 517/1999.

I protocolli d'intesa, introdotti dal decreto legislativo 502/1992, sono essenziali per instaurare le relazioni di sistema tra Servizio Sanitario Regionale e gli atenei e si dividono nelle seguenti tipologie:

a. protocolli per disciplinare la collaborazione per le attività assistenziali funzionali alle esigenze istituzionali dell'Università;
b. protocolli per lo svolgimento delle attività di formazione di base e specialistica per il corso di laurea in medicina e chirurgia;

c. protocolli per la formazione per i restanti corsi di laurea di primo e di secondo livello della facoltà di medicina e chirurgia;
d. protocolli per disciplinare le relazioni con l'Università per ulteriori attività di collaborazione con il Servizio Sanitario Regionale.
Il protocollo d'intesa relativo alla parte assistenziale definisce le soglie operative sulla base della casistica minima da conseguire per la costituzione delle strutture organizzative afferenti alle funzioni operative delle Aziende Ospedaliero Universitarie.
I criteri generali di riferimento per l'individuazione del numero di unità operative sono definiti, nel rispetto della L.R. 40/2005 art. 61 commi 8 e 9, dal citato protocollo di intesa Università – Regione Toscana.

Le attività formative

Come sopra specificato, in apposti protocolli d'intesa vengono disciplinate e regolate le materie e le forme di relazione delle 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.

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)

Con il nuovo Piano Sanitario Regionale si conferma l'indirizzo contenuto nel PSR 2005-2007 circa le modalità di relazione e collaborazione che il Servizio Sanitario Regionale potrà sviluppare con le altre Università toscane.

Gli Istituti scientifici

La disciplina della materia è quella recata dalla l.r. 40/2005 che all'articolo 14 prevede che i rapporti con i soggetti in questione si instaurino sulla base di protocolli d'intesa adottati nell'ambito del Piano Sanitario Regionale
La Legge prevede altresì che i rapporti convenzionali per le attività assistenziali con il Servizio Sanitario Regionale siano instaurati tra le aziende sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei predetti protocolli d'intesa.

Sono compresi in tale categoria di soggetti:
a. l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Stella Maris" con la propria sede di Pisa - Calambrone;
b. l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Don Gnocchi" con la propria sede di Pozzolatico;

Con riferimento ai soggetti di cui alle lettere a) e b), il presente Piano conferma quanto previsto a riguardo dal PSR 2005-2007, in particolare in ordine alle scelte allocative in materia assistenziale ed alla previsione di collaborazioni tecnico scientifiche.

La Fondazione toscana Gabriele Monasterio

Con la L.R. 21 giugno 2006 n. 25 e successive modifiche e integrazioni di cui all'art. 19 della L.R. 40/2007, la Regione Toscana ha costituito assieme al CNR la "Fondazione toscana Gabriele Monasterio per la ricerca medica e di sanità pubblica", portando così a realizzazione l'indicazione programmatica del precedente PSR, volta a dare stabilità all'innovativa esperienza di collaborazione nel campo della ricerca medica e dell'assistenza sanitaria specializzata, realizzata tra l'Istituto di Fisiologia clinica del CNR (CREAS IFC-CNR), le Aziende del Servizio sanitario regionale e l'Università.
Le finalità, l'organizzazione e i campi di attività della Fondazione, al cui interno sono confluiti, in particolare, l'Ospedale Pediatrico Apuano (OPA) e i beni immobili, impianti e attrezzature del CREAS IFC-CNR finalizzati al complesso delle attività normate dal preesistente protocollo di intesa e accordi attuativi tra Regione Toscana e CNR, sono stati disciplinati con la Deliberazione CRT 5 luglio 2006, n.65 .
La Fondazione, come indica la LR. N. 25/2006 soprarichiamata, partecipa alle attività del Servizio sanitario regionale come presidio specialistico ospedaliero nell'ambito dell'Area Vasta nord-ovest e in relazione con le Aziende sanitarie toscane, svolge attività di ricerca, sperimentazione e formazione in collaborazione con le Università e le Aziende ospedaliero universitarie per il miglioramento e lo sviluppo dell'assistenza nel SSR, si relaziona con gli organismi di Area Vasta per garantire la coerenza del proprio piano aziendale con la programmazione di Area Vasta e le indicazioni regionali. Per la remunerazione delle attività assistenziali e le funzioni di riferimento regionale e di elevata qualificazione e innovazione svolte dalla Fondazione a favore del SSR, viene ad essa applicata la disciplina prevista per il finanziamento delle Aziende ospedaliero-universitarie di cui all'art. 28, commi 1 e 2, della L.R. n. 40/2005.
La Fondazione Gabriele Monasterio si colloca pertanto, quale nuovo soggetto, tra le componenti del sistema sanitario toscano, erogando prestazioni specialistiche nell'ambito della cardiologia e cardiochirurgia per adulti e pediatrica (anche con proiezione operativa presso l'A.O. "A. Meyer") e in genere delle malattie cardiopolmonari e discipline affini, compreso il riferimento alle patologie sistemiche che costituiscono rischio o fattori condizionanti l'evoluzione delle malattie cardiopolmonari, nonché della diagnostica multimodale per immagini e di medicina di laboratorio, con particolare riferimento ai biomarkers di rischio e di evoluzione delle patologie interessate.
Obiettivo del prossimo triennio è quindi quello di portare alla piena operatività la Fondazione toscana Gabriele Monasterio per la ricerca medica e di sanità pubblica, sviluppando tutte le potenzialità in essa insite, quale punto di eccellenza nei settori della cardiologia e della cardiochirurgia pediatrica e dell'adulto e luogo di stretto connubio tra ricerca e sanità, in una logica di relazioni di sistema e di coerenza con le indicazioni strategiche della programmazione sanitaria regionale.

CSPO
TESTO DA RISCRIVERE

Auxilium Vitae

L'Auxilium Vitae svolge ormai da anni un ruolo di rilievo soprattutto nell' Area Vasta Nord Ovest nel campo della riabilitazione, con riferimento a quella inserita nel percorso cardiovascolare, a quella neurologica e, più recentemente, a quella relativa alle gravi patologie respiratorie.
Si vanno inoltre intensificando i raccordi funzionali con il centro INAIL, nell'ambito delle patologie muscolo scheletriche e con altri centri di ricerca regionali, così che si

configura sempre più, per il polo riabilitativo di Volterra, un ruolo di rilievo di area vasta e regionale.

In considerazione di quanto sopra la Giunta regionale è impegnata a definire un Protocollo d'intesa che meglio delinei la collaborazione tecnico-scientifica e le scelte allocative assistenziali che si rendono indispensabili, sulla scorta della programmazione che perverrà dalla Area Vasta stessa sulla base degli indirizzi regionali.

8.5.2 Le relazioni con le imprese private

Si riporta dal precedente:
Nel riproporre un quadro di pari dignità tra produttori ed erogatori, tra soggetti pubblici e soggetti privati, confermando un tavolo di concertazione di livello regionale con la partecipazione della Regione, di rappresentanze delle aziende unità sanitarie locali e delle istituzioni private e dei professionisti, si ribadisce la titolarità delle aziende unità sanitarie locali nella individuazione dei bisogni dei cittadini/e e della programmazione complessiva dell'offerta di prestazioni di propria competenza, nell'ambito degli indirizzi e con i vincoli della programmazione regionale.
La Giunta Regionale, sulla scorta di quanto esitato nel tavolo di concertazione, individua i termini, anche conclusivi, della contrattazione e lo schema tipo contrattuale, contenente la durata triennale dei rapporti, gli obiettivi operativi intermedi e finali, le forme di gradualità per eventuali modifiche dei volumi o delle tipologie delle prestazioni, i requisiti richiesti sotto il profilo della qualità, della solidità imprenditoriale e gestionale dell'istituzione accreditata.
Si confermano i seguenti principi:
a) le istituzioni private ed i professionisti sono ammessi ad operare nel servizio sanitario, a carico delle risorse regionali disponibili, solo previa contrattazione con il titolare pubblico della programmazione locale; l'esito della contrattazione è costituito da specifici accordi contrattuali con le singole istituzioni private stipulati ai sensi della normativa vigente;
b) le istituzioni private ed i professionisti ammessi alla contrattazione devono risultare in regola con le procedure previste dallo sviluppo della normativa sull'accreditamento ed il loro rapporto sarà risolto ove non risultassero più in regola con le procedure ed i requisiti ivi previsti;
c) l'attività delle istituzioni private e dei professionisti accreditati sono sottoposte alle stesse regole vigenti per le strutture pubbliche in tema di modalità di erogazione delle prestazioni, di appropriatezza ed eventuali limitazioni delle stesse.

Nulla è modificato rispetto al precedente piano, rispetto alla contrattazione.

Valutare i necessari aggiornamenti circa le convezioni mediche e della farmaceutica rispetto al precedente PSR.

8.5.3 Le relazioni con il terzo settore

Il Terzo settore è, in Toscana, una realtà radicata e organizzata, costantemente in crescita negli ultimi anni, testimoniata da un ricchissimo tessuto di volontariato, associazionismo, cooperative sociali. Sono circa 4.200 le associazioni censite dalla Regione (cioè iscritte ai registri regionali), fra le quali oltre 2.400 sono le organizzazioni di volontariato, prevalentemente impegnate nel settore sanitario, nel

sociale e nel socio-sanitario. Le cooperative sociali sono oltre 500, fra le quali circa il 60% svolgono servizi socio-sanitari ed educativi (cooperative sociali di tipo A).
Le origini antiche e la diffusione capillare sul territorio hanno creato in Toscana le condizioni favorevoli per una collaborazione fra Terzo settore e istituzioni più intensa che altrove, con forme di integrazione frequenti, soprattutto in ambito sanitario, sociale e socio sanitario.
L'impostazione è oggi consolidata dalla prospettiva culturale e politica, nonché dalla produzione normativa più recente, che configurano il sistema dei servizi sanitari e sociali come sistema integrato, che non affida le risposte solo alle istituzioni, ma è capace di attivare le energie e le potenzialità di tutte le parti economiche e sociali. Si presentano quindi nuove e impegnative opportunità di partecipazione per i soggetti del Terzo settore, definitivamente riconosciuti come soggetti in grado di contribuire non soltanto all'erogazione delle prestazioni, ma anche alla definizione degli obiettivi legati alla salute. Le organizzazioni di volontariato, le associazioni e le cooperative sociali sono, in altri termini, chiamate a condividere le funzioni pubbliche ai vari livelli in cui si esprimono, dalla programmazione, alla progettazione, all'attuazione e al controllo degli interventi, con conseguente corresponsione di responsabilità.
Per rendere effettiva la partecipazione dei soggetti sociali alle funzioni pubbliche, l'obiettivo prioritario diventa quello di sviluppare un sistema di sussidiarietà orizzontale sostenuto da adeguati strumenti affinché istituzioni e Terzo settore possano dar vita a rapporti di collaborazione e di partnership. In tale contesto è importante, come già previsto dal Piano integrato sociale regionale, l'impegno della Regione per l'elaborazione di norme, linee guida, modelli di riferimento attraverso cui i soggetti del privato sociale possano concretamente contribuire alla costruzione e organizzazione del sistema dei servizi, tenendo conto dell'esigenza di garantirne la rappresentanza e, nel contempo, salvaguardando le specificità e l'autonomia di ciascun soggetto.
Si impone, in particolare, una riflessione sul ruolo del Terzo settore rispetto alla programmazione locale dei servizi, con particolare riferimento agli organismi di partecipazione previsti nell'ambito delle Società della salute, per verificare se gli strumenti in campo sono adeguati e sufficienti a garantire che le energie del mondo del volontariato e del Terzo settore diventino parte integrante del processo di governo e di programmazione dei servizi attraverso i piani integrati di salute.
Anche rispetto all'affidamento dei servizi dovranno essere ricercate e promosse soluzioni migliorative, per favorire - nel rispetto dei principi fondamentali di trasparenza, concorrenza e legalità - rapporti pubblico/privati che valorizzino le capacità progettuali e relazionali dei soggetti affidatari, garantendo un consono standard qualitativo delle prestazioni. Dovranno altresì essere adeguatamente sottolineate le irrinunciabili funzioni di regolazione, garanzia e controllo svolte dal potere pubblico.
Rientrano in un'ottica di implementazione e di sviluppo le azioni per sostenere, valorizzare e promuovere il Terzo settore. Di particolare interesse sono le azioni di prospettiva europea, finalizzate ai rapporti con le istituzioni comunitarie per conoscere le opportunità che offre l'Europa, per far conoscere a livello europeo il modello toscano di Terzo settore, per incidere sul quadro giuridico e concettuale che riguarda i campi d'intervento dei soggetti no profit.

9. LE RISORSE

9.1 Il governo delle risorse economico finanziarie

9.1.1 Assegnazione, fondi, sistema tariffario, scambi economici nel sistema di rete

9.1.2 Il governo delle specificità geografiche: Aree insulari e montane

Il Piano Sanitario 2005-2007, con un'offerta estremamente diversificata da zona a zona, ha originato interventi rispondenti alla peculiarità di un forte legame con il territorio e con la specificità di bisogni.
La Giunta regionale ha approvato, per ciascun anno del triennio, un numero considerevole di progetti delle Aziende USL, adottati in collaborazione con gli Enti territoriali, i quali hanno contribuito al potenziamento e miglioramento dei servizi socio-sanitari, con ciò rispondendo al raggiungimento degli obiettivi posti dal piano.
Le risorse finanziare previste sono state integrate e totalmente assegnate alle Aziende USL.

Molti dei progetti posti in essere si configurato come attività ordinarie continuative e si ripropongono pertanto come spesa storica. Per altre iniziative l'attinenza con gli obiettivi del Piano è riscontrabile unicamente nell'allocazione territoriale dell'intervento.
E' carente il sistema di valutazione dei progetti, delle verifiche sui risultati e del corretto impiego delle risorse erogate.
Il criterio di riparto del fondo, l'indice di intensità morfometrica, riproponibile anche per il futuro per esigenze di mantenimento dei livelli di spesa, è soggetto a critiche perché inadeguato per garantire l'equa distribuzione delle risorse.

Costituiscono obiettivi del presente piano:
- migliorare il sistema di verifica di congruità con la pianificazione ed il sistema di valutazione dei risultati ottenuti
- fruibilità e miglioramento dei servizi, specie per gli anziani, molto presenti nelle zone montane
- valorizzazione delle risorse umane e professionali che operano nelle specificità geografiche
- potenziamento dei servizi di emergenza-urgenza, con particolare riferimento ai comuni montani in situazioni di maggior disagio (art. 3, comma 2 LRT39/2004) ed ai contesti insulari
- informazione e comunicazione verso l'utenza
- percorsi assistenziali specifici per patologie e categorie di soggetti

CRITERI DI VALUTAZIONE

La giunta regionale definirà le modalità di presentazione e valutazione dei progetti da parte delle Aziende USL. I progetti, approvati con atto del Direttore Generale, dovranno riportare l'accordo con la Conferenza dei sindaci.

Il fondo specifico sarà assegnato per l'82,5% alle zone montane e per il 17,5 alle zone insulari e ripartito in proporzione al numero degli abitanti dei comuni con elevato indice di intensità morfometrica ed al numero di abitanti dei comuni insulari.

Il livello massimo di risorse erogabili a ciascuna Azienda è l'importo definito con i criteri sopra stabiliti.

I progetti saranno valutati in relazione alle agli obiettivi, al livello di concertazione, all'indicazione di obiettivi misurabili, alla fattibilità ed alla compatibilità economica.

Le risorse erogate dovranno essere impiegate in relazione alle esigenze complessive della programmazione zonale e non rapportate ai territori dei singoli Comuni, i quali, con la loro configurazione territoriale e la loro densità abitativa, hanno contribuito all'assegnazione del contributo regionale all'Azienda USL.

La verifica sui risultati e sull'impiego delle risorse sarà effettuata dall'Amministrazione regionale congiuntamente agli Enti coinvolti nella programmazione.

9.2 Gli investimenti

ALLEGATI

Livelli di assistenza
Livelli di assistenza socio sanitaria
Orientamenti per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali
Pesi attribuiti alle classi di età per livello e sottolivello di assistenza
Protocollo d'intesa Regione Università
Protocollo d'intesa Regione Sant'Anna
Procedimento per la verifica di compatibilità