



Regione Toscana

**UN PIANO DI INIZIATIVE PER LA**  
**SALUTE IN TOSCANA**

*Agire sui nuovi bisogni, cogliere le nuove sfide*

REGIONE TOSCANA – *Giunta Regionale*  
*Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà*

*Comitato Redazionale*

Enrico Desideri (Coordinatore)  
Gianni Amunni  
Antonio Becattini  
Grazia Campanile  
Manuela Morini  
Angela Plebani

Si ringrazia tutti coloro che hanno collaborato alla realizzazione di questo volume

© Copyright 2009 by Regione Toscana

*Edizione*

Pacini Editore  
Via A. Gherardesca  
56121 Ospedaletto (Pisa)  
[www.pacineditore.it](http://www.pacineditore.it)  
[info@pacineditore.it](mailto:info@pacineditore.it)

*Stampa*

Industrie Grafiche Pacini (Pisa)

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail [segreteria@aidro.org](mailto:segreteria@aidro.org) e sito web [www.aidro.org](http://www.aidro.org)

Prefazione	
<i>E. Rossi</i> .....	4
Presentazione	
<i>F. Roggiolani</i> .....	5
Le dinamiche socio-economiche ed i nuovi scenari .....	7
Lo stato di salute della popolazione.....	7
La sanità come volano di sviluppo economico .....	9
Valutare per migliorare .....	10
Il confronto con altre realtà nazionali e internazionali .....	10
I principali indirizzi strategici perseguiti.....	10
I principi ispiratori.....	11
Un piano per il cittadino: i grandi progetti .....	14
Un'interfaccia trasparente fra il sistema e il cittadino: il CUP regionale e la carta sanitaria elettronica .....	15
Il pronto soccorso: la porta dell'ospedale.....	17
Dalla medicina di attesa alla sanità di iniziativa .....	19
La rete ospedaliera.....	25
Sviluppo e ricerca .....	26
La valutazione come metodo di lavoro.....	27
Progetti ed azioni .....	29
Qualità e sicurezza .....	33
Umanizzazione, etica nelle cure di fine vita .....	35
Comunicazione per la salute e per la partecipazione .....	35
La programmazione .....	36
Una sanità a risparmio energetico .....	37

## PREFAZIONE

Il Piano sanitario regionale non è, per dimensioni, temi affrontati e linguaggio, una facile lettura, ma contiene in sé decisioni e progetti di tale rilievo da essere destinati, nell'arco degli anni, ad influire concretamente, e non poco, sulla vita dei cittadini.

Ecco perché ho pensato che fosse utile proporre le parti principali in una sintesi significativa, in cui sono riassunti e sottolineati, insieme alle azioni che vogliamo intraprendere, anche i principi e i valori a cui ispiriamo i nostri progetti.

La sanità pubblica è un patrimonio collettivo prezioso. Per ciascuno di noi sapere che, indipendentemente dalle nostre condizioni sociali ed economiche, se abbiamo bisogno di cura e di assistenza possiamo ricorrere a un servizio pubblico accessibile, di qualità e tendenzialmente gratuito, rappresenta una conquista di libertà vera, ancora oggi per niente scontata in gran parte del mondo.

L'universalità, cioè il fatto di rivolgersi a tutti i cittadini senza distinzione alcuna, l'equità, l'umanizzazione delle cure sono nel DNA della sanità pubblica toscana. Con questo Piano ci siamo assunti un altro compito, che abbiamo chiamato "sanità di iniziativa". Significa che vogliamo rendere i nostri servizi attivi e propositivi, vogliamo che intervengano sempre più in fase preventiva e che si orientino a sostenere soprattutto le fasce più deboli della popolazione, coloro che "meno sanno e meno possono" e che stentano perfino ad esprimere i propri bisogni.

Abbiamo fatto nostre le parole di don Lorenzo Milani quando ci metteva in guardia dal rischio di una ingiustizia, quella di "far le parti uguali tra disuguali". Mettendo al centro del sistema la persona la nostra sanità pubblica afferma con coraggio il senso profondo della propria missione.

La sanità toscana non ha avuto esitazioni in questi anni ad investire grandi risorse nelle sue strutture, nei servizi, nelle tecnologie e nella ricerca. Ha dimostrato di saper spendere bene e senza sprechi i soldi disponibili, di sapere tenere i conti in ordine e il bilancio in pareggio senza chiedere ai cittadini ticket o tasse aggiuntive, misurando e presentando in modo trasparente i risultati del lavoro.

In un momento di difficoltà economica per tutto il paese la sanità si propone come motore di sviluppo per la Toscana e come punto di riferimento sicuro e disponibile per ciascun cittadino. Il Piano sanitario 2008-2010 è il trampolino di lancio per un servizio sanitario che vuole crescere e migliorarsi ancora.

*Enrico Rossi*

*Assessore al Diritto alla Salute, Regione Toscana*

Il piano sanitario della regione Toscana diventa un libro. Lo diventa perché diventi facile a consultarsi e tutti lo possano conoscere per comprendere che quanto vi è stato scritto racconta una storia fatta di rigore scientifico, passione civile, impegno professionale e visione politica.

Quando mi sono avvicinato alle questioni sanitarie ho provato smarrimento. Pareva una giungla in cui ci si può perdere se non si è più che esperti e io esperto non lo ero.

Ed allora ho deciso che avrei cominciato ad agire prima di avere tutto chiaro: l'importante era avere chiaro due questioni fondamentali. La prima è che la sanità deve mettere al centro il cittadino reso consapevole, eventualmente consegnandogli una bussola per non smarrirsi e una guida se non riesce a muoversi da solo. La seconda è che la sanità la fanno gli operatori tutti ugualmente essenziali nella loro diversità di ruoli, esperienze e conoscenze per offrire un servizio di qualità che in Toscana oggi è realtà, non speranza.

Se il cittadino è al centro del sistema sanitario e ne è il fine, occorre che sia innanzi tutto consapevole che la sanità è al suo servizio e non viceversa. Questo piano sanitario vuole il cittadino protagonista della propria cura e guarigione: un cittadino "im-paziente", reattivo, vigile e convinto che ha a che fare con operatori motivati e professionalmente formati ad affrontare e risolvere i problemi.

La polemica, l'arma quotidiana con cui si muove la democrazia e con cui si confrontano le idee, nella sanità deve farsi meno urlata, per lasciare il posto ad una costruttiva analisi che porti a risolvere i problemi e non semplicemente denunciarli. Proprio questo stile ha fatto della commissione sanità del consiglio regionale, che ho avuto il piacere e l'onore di presiedere in questa legislatura, un luogo alto della politica sia da parte dei componenti della maggioranza che di quelli della opposizione: abbiamo lavorato al piano sanitario ed alla legislazione sia sanitaria che sociale per produrre il meglio possibile, lasciando allo scontro politico semplicemente lo spazio fisiologico necessario.

Sono molto orgoglioso del lavoro che abbiamo fatto a partire dal lavoro impostato dall'assessore Enrico Rossi e dalla sua squadra. Dentro questo piano sanitario c'è il contributo del confronto democratico e delle nostre idee per un risultato che merita appunto la pubblicazione, come si fa con le tesi ben riuscite.

Il piano sceglie l'integrazione e la partecipazione come assi portanti e l'innovazione delle comunicazioni come strumento per renderle possibili.

Certo contiene molto altro, ma qui voglio semplicemente farne notare le innovazioni.

Integrazione tra le conoscenze mediche avviando la ricucitura della separazione delle specializzazioni: l'ospedale per intensità di cura supera la divisione in reparti separati dell'ospedale e affida il malato a un'équipe multidisciplinare, in grado di valutare un corpo ed una mente nella sua interezza.

Integrazione vuol dire ricucire lo strappo tra le conoscenze mediche classiche occidentali e le medicine complementari (omeopatia, fitoterapia ed agopuntura), vuol dire continuità delle risposte date nell'ospedale e nel territorio, per superare quella sensazione di abbandono avvertita dai pazienti che, vanificando il lavoro fatto, può preludere ad un nuovo ricovero.

Integrazione vuol dire affiancare la medicina della conoscenza con quella dell'esperienza, perché sempre più conta non solo come il paziente reagisce alla cura ed al farmaco ma come si alimenta, come dorme, quali sono i suoi stili di vita, in quale ambiente vive, e tutti questi dati insieme, non più uno solo, portano alla soluzione dei suoi problemi.

Ecco quindi che il piano pone grande attenzione alla partecipazione e all'informazione che si esplicherà con le società della salute, dove i dati epidemiologici (ovvero della incidenza delle malattie nel loro territorio) e quelli relativi all'organizzazione sanitaria sosterranno da una parte la crescita di consapevolezza dei cittadini, dall'altra quella di sindaci e consigli comunali, chiamati a dirigere e poi gestire la sanità del territorio sulla base di bisogni reali.

Avere un flusso di dati certi oggi è possibile se dotiamo, come il piano sceglie di fare, tutti i cittadini di una carta sanitaria elettronica in cui tutti gli operatori sanitari dovranno annotare tutti gli interventi e dove depositare anche le radiografie e le analisi effettuate, per non doversi sempre affidare a borse piene di cartelle, salvate dallo smarrimento. Vedremo i palmari e non più le bianche cartelle cliniche in giro per i nostri ospedali e centri sanitari e questo flusso di dati sarà lo strumento rapido per salvare la vita al cittadino, quando l'urgenza chiama, e per salvaguardarlo dall'eccessiva esposizione alle radiazioni.

Potremo quindi sapere se si sono somministrati troppi o pochi farmaci, se si sono utilizzate troppe o poche indagini, potremo dare al medico una storia del paziente non solo affidata al racconto ma anche a una documentazione certa.

Vorremmo inoltre che i nostri concittadini possano avere le prenotazioni con un CUP (Centro Unico di Prenotazione) regionale a cui accedere tramite il computer del medico di famiglia che, invece di scrivere ricette, prenota lui stesso la visita dallo specialista che ritiene più affidabile e deposita sulla carta sanitaria elettronica l'ordinazione dei farmaci, evitando tra l'altro di dover ripetere per centinaia di volte la stessa ricetta per le malattie croniche.

Con la rivoluzione informatica e con l'integrazione si ridurranno le differenze tra le sanità dei centri maggiori e le sanità dei territori, le chance e la rapidità delle cure saranno meglio distribuite e ogni operatore, anche del più piccolo centro sanitario, non si sentirà di giocare in una serie inferiore per le sue aspettative di ricerca e anche, perché no, per quelle di carriera.

Questo grande sforzo, che si compone di molte altre novità, merita davvero di essere conosciuto nei dettagli e questo libro aiuta a conoscerli senza smarrirsi nella giungla e senza la paura di non farcela.

Descrive lo sforzo di superare le liste di attesa troppo lunghe senza per questo ammalarsi di troppe radiazioni, descrive lo sforzo di vivere con meno dolore senza inquinarsi con troppi farmaci, racconta come vogliamo organizzarci per non lasciare chi è meno fortunato ed è nel bisogno di assistenza solo o smarrito.

È un libro che descrive la speranza di tutti noi e di tutti coloro che operano nel nostro sistema sanitario di migliorare ogni giorno.

Si tratta di una speranza concreta, perché il Piano Sanitario Regionale non è un vademecum di consigli, ma uno strumento di governo che chiede di diventare realtà e che pertanto, con tutta l'umiltà dovuta, chiede al sistema di essere applicato con la rapidità possibile e necessaria.

*Fabio Roggiolani*

*Presidente Quarta Commissione, Regione Toscana*

Il nuovo Piano Sanitario Regionale deriva dall'evoluzione storica del "modello" Sanità Toscana. La Regione, infatti, nel corso degli anni ha progressivamente introdotto forti elementi d'innovazione che ora costituiscono l'impalcatura di un modello stabile e al tempo stesso in grado di adeguarsi a nuove domande, rinnovandosi continuamente.

La riorganizzazione della rete ospedaliera, la costituzione delle aziende, ASL e Aziende Ospedaliere-Universitarie, la nascita delle Aree Vaste, delle Società della Salute e degli ESTAV sono esempi paradigmatici di significative acquisizioni che consentono, ciascuno in ambiti diversi, di governare la sanità adeguandosi con flessibilità alle nuove sfide di sostenibilità economica e di qualità delle cure senza mettere in crisi la tenuta del sistema, dei suoi valori e dei suoi principi. La Toscana ha, dunque, compiuto scelte forti nel governo della sanità e nella tutela della salute per un miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia quali elementi essenziali di uno stesso disegno: *la promozione della salute dei cittadini*.

Oggi è possibile pensare ai nuovi bisogni focalizzando l'attenzione su alcuni temi quali il ruolo delle istituzioni del territorio, la piena valorizzazione del terzo settore e la cooperazione con la sanità privata, il ruolo dei professionisti nel governo clinico del sistema, temi che già hanno trovato le condizioni per svilupparsi e consolidarsi nei precedenti due piani sanitari. Il riferimento fondamentale è, comunque, il Programma Regionale di Sviluppo 2006-10, che riconosce l'importanza di *"investire in salute" come "elemento propulsivo dello stesso sviluppo"*.

Ciò è possibile poiché il nostro sistema ha già compiuto quel passaggio dalla competizione alla cooperazione tra Aziende sanitarie per il quale oggi la condivisione e l'assunzione collettiva di responsabilità, costituiscono il presupposto su cui declinare nuove azioni. Negli ultimi anni, si è inoltre efficacemente contrastata la prospettiva del consumismo e delle logiche di mercato che in sanità inducono inappropriata frammentazione del percorso assistenziale, separazione dagli altri settori e spesa inutile.

Assumiamo oggi tutti questi risultati come patrimonio degli operatori, dei cittadini, e delle istituzioni.

## **LE DINAMICHE SOCIO-ECONOMICHE ED I NUOVI SCENARI**

Negli ultimi anni si sono affermati mutamenti e sviluppate dinamiche nello 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 notevoli 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, sia di tipo sanitario che sociale, 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, al mutamento delle condizioni climatiche ed ambientali.

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

Anche nel nostro Paese, la cronicità della malattia, la difficoltà di fornire una risposta assistenziale territoriale completa 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.

I recenti rapporti su salute e benessere sociale, occupazione ed immigrazione, confermano la necessità di puntare ad una svolta delle politiche pubbliche in campo sociale ed assistenziale basata sull'integrazione e sulla intersectorialità degli interventi, su forme di "coordinamento aperto", capaci di governare le grandi trasformazioni in atto.

**Il mutato approccio  
ai problemi di salute**

**Equità e sviluppo  
sostenibile: puntare  
ad una svolta  
delle politiche pubbliche**

## **LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE**

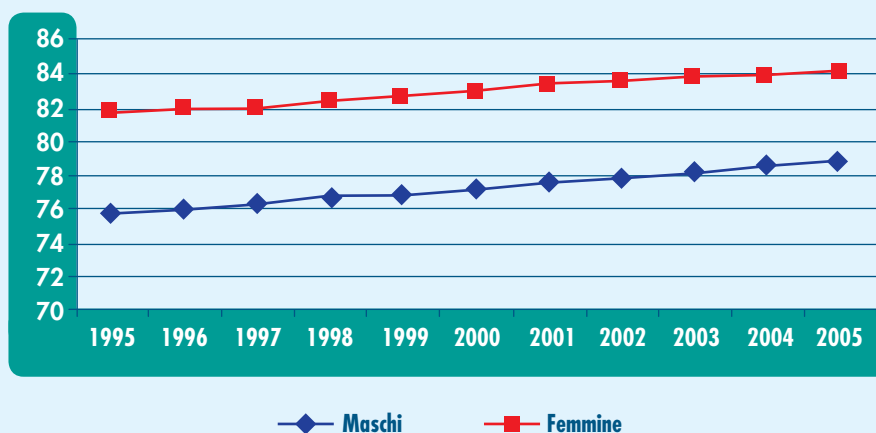
È opportuno iniziare dall'analisi sullo stato di salute della popolazione utilizzando 5 macro indicatori significativi. Dall'esame dei dati appare evidente come la Toscana si collochi a livelli d'eccellenza:



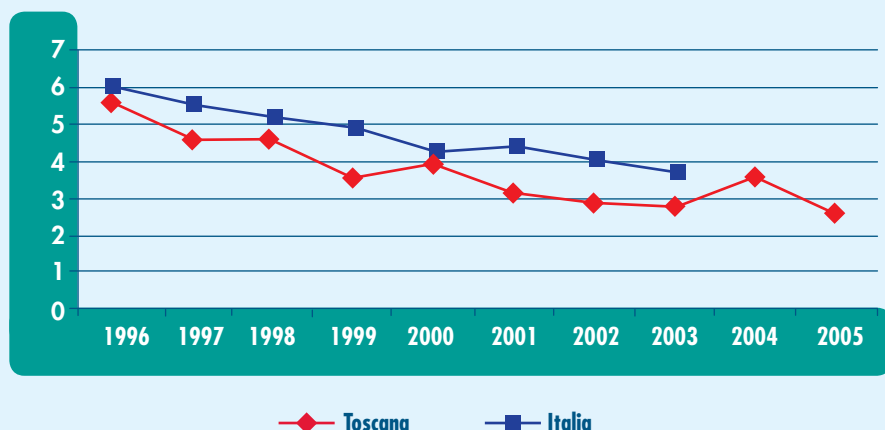
**La Toscana:  
un territorio dove si vive  
più a lungo  
e con una qualità migliore**

- 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, collocando la Toscana al di sopra del valore medio nazionale di 78 anni, e da 82 a oltre 84 anni per le femmine. In pratica, si è guadagnato, per ogni settimana di vita, un fine settimana, ovvero ogni 3 anni quasi un anno di speranza di vita in più;

**SPERANZA DI VITA  
ALLA NASCITA  
TOSCANA  
Anni 1995-2005**



- 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 del 3 per 1000 del 2005, ben al di sotto del valore medio nazionale;
- i dati di ospedalizzazione degli anziani risultano abbastanza buoni (200 per 1000 abitanti), con tassi di ospedalizzazione, 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; pertanto il nostro "sistema trapianti" risulta 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 quello dei tessuti;



**MORTALITÀ  
NEL PRIMO ANNO  
DI VITA**  
Tassi per 1.000 nati vivi  
Toscana e Italia  
Anni 1995-2005

- il consumo terapeutico di farmaci oppioidi, al contrario, mostra un incremento in coerenza con gli indirizzi programmatici regionali (valore di dose giornaliera media 2,72 – più del doppio rispetto alla media nazionale).
- I risultati raggiunti confermano la validità delle scelte rispetto all'obiettivo fondamentale del Servizio Sanitario Regionale: il miglioramento dello stato di salute della popolazione.

## LA SANITÀ COME VOLANO DI SVILUPPO ECONOMICO

Il Sistema Sanitario Regionale (SSR) contribuisce consistentemente alla generazione dei redditi dell'economia toscana e rappresenta un elemento di stabilità del reddito complessivo regionale. Nella tabella seguente sono riportati alcuni risultati di uno studio realizzato dall'Irpet.

**La Sanità come asse  
portante dell'economia  
toscana**

Se in Toscana non esistessero i servizi sanitari e le attività collegate:

- il PIL regionale risulterebbe inferiore del 7,5%
- gli occupati sarebbero l'8% in meno
- le importazioni regionali ed estere risulterebbero rispettivamente più basse del 4,5 e del 5,7%

È la sanità il settore dell'economia che riceve la maggior parte di attivazione interna (intesa come domanda coperta da produzione interna): ogni 100 euro di spesa pubblica creano una produzione di oltre 120 euro, creando – soprattutto attraverso l'acquisto di servizi – reddito locale

**LA SANITÀ COME  
VOLANO  
DI SVILUPPO  
ECONOMICO  
(STUDIO IRPET)**

La salute dei conti della sanità contribuisce dunque alla ricchezza della regione. Ne è prova il fatto che siamo riusciti ad assicurare tempi appropriati per i pagamenti dei nostri fornitori, in linea con le previsioni dei contratti, ottenendo così ulteriori vantaggi nella negoziazione dei prezzi.

La solidità finanziaria delle aziende è attestata dal processo di "certificazione" dei bilanci, già iniziato, che si concluderà entro il 2009.

In Toscana non 1 euro è stato stornato dal complessivo bilancio regionale, a differenza di quanto è successo in altre regioni, per finanziare i servizi sanitari regionali, né sono state apposte tasse, o ticket ai cittadini per ripianare deficit di esercizio, se non quelle previste da interventi nazionali.

Il mantenimento della sanità efficiente e produttiva, è la base per favorire politiche che promuovano gli investimenti da parte dell'industria del settore sanitario e ciò anche grazie agli ottimi livelli raggiunti nel campo della ricerca biomedica.

La sanità nella nostra regione può essere dunque un volano per lo sviluppo economico.

## VALUTARE PER MIGLIORARE

Ci siamo inoltre dotati, in questi anni, di un sistema di valutazione della performance, elaborato in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità, che ha alcune caratteristiche fondamentali:

1. è trasparente e condiviso;
2. è capace di monitorare non solo i risultati del sistema sanitario in termini economico-finanziari, ma anche le modalità con cui le Aziende si organizzano;
3. è in grado di apprezzare la qualità clinica e la soddisfazione dei cittadini.

Questo strumento multidimensionale si è dimostrato capace di sostenere il processo di programmazione e controllo della Regione e delle Aziende.

La valutazione delle Aziende, può oggi avvenire non sulla base di giudizi affrettati, interessati, o comunque non adeguatamente fondati, ma in base a parametri oggettivi, basati sulla qualità, l'appropriatezza delle prestazioni, sul raggiungimento degli obiettivi sanitari e di salute, e su parametri economico-finanziari.

Questo modello coinvolge anche i cittadini e consente di monitorare il grado di soddisfazione dei servizi ricevuti.

Avere un sistema di valutazione aziendale consente di misurare i risultati dei Direttori Generali al riparo da elementi di arbitrarietà che possono interferire con l'autonomia delle scelte professionali. Inoltre gli sviluppi futuri del sistema porteranno a misurare qualità, efficacia, produttività delle diverse aree assistenziali, sia ospedaliere che territoriali, anche in riferimento ai risultati dei singoli operatori, con lo scopo di premiare ed incentivare le migliori performance.

Il sistema di valutazione diventa, così, uno strumento di governo della sanità toscana, grazie al quale la politica può riacquisire il suo ruolo fondamentale di indirizzo e controllo.

In questi anni, gli indicatori hanno segnalato un miglioramento delle performance ed il sostanziale raggiungimento degli obiettivi regionali evidenziando:

- una sostanziale capacità di cambiamento;
- un'offerta in grado di assicurare servizi comunque adeguati;
- un'elevata performance relativamente al giudizio ottenuto nella valutazione dei cittadini;
- il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali poste sotto monitoraggio.

## IL CONFRONTO CON ALTRE REALTÀ NAZIONALI E INTERNAZIONALI

Anche l'analisi comparativa della qualità dei servizi sanitari regionali, così come effettuata negli studi di seguito riportati che avviano un confronto tra sistemi regionali basati sulle performance e sull'impatto di queste sulla salute della popolazione, colloca la nostra regione, assieme a poche altre, in una posizione assai positiva.

- 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.
- In base alla valutazione comparativa dei sistemi sanitari delle regioni italiane condotta dalla Presidenza del Consiglio (Studio Formez, 2007), la Regione Toscana offre ai propri cittadini il miglior risultato complessivo sotto il profilo sia della "governance" che della performance.
- Dall'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", effettuata dall'Istat, emerge che la Regione Toscana, tra tutte le regioni, eroga il numero più elevato di prestazioni diagnostiche e, in termini di percentuale di visite a pagamento, si colloca sotto la media nazionale, evidenziando un buon risultato in termini di equità di accesso nei servizi diagnostici. Ottima anche la performance in termini di ospedalizzazione della popolazione sia per quanto riguarda i volumi (tassi di ospedalizzazione) che l'appropriatezza.

## I PRINCIPALI INDIRIZZI STRATEGICI PERSEGUITI

Negli ultimi 10 anni, le scelte condivise del SSR toscano si sono orientate verso 3 principali indirizzi strategici:

1. il primo di questi è stato di promuovere nel sistema l'uso appropriato degli ospedali, spostando in regime ambulatoriale una consistente quota di attività prima erogata in forma di ricovero. Questa nuova organizzazione, che non ha determinato alcun taglio delle prestazioni erogate, ci ha permesso di raggiungere già dal 2005 un tasso di ospedalizzazione pari o migliore dello standard prefissato a livello nazionale, cui è conseguita la riduzione

**Una sfida importante:  
la valutazione  
del nostro SSR**

**Il SSR emerge  
nel confronto  
con altre realtà**

del numero dei posti letto ospedalieri. La complessità degli interventi effettuati, relativamente alla riorganizzazione e ristrutturazione della rete dei presidi ospedalieri, è rappresentata dal confronto tra la situazione iniziale (alla fine degli anni '80), e quella a regime:

- *situazione iniziale*: 93 ospedali pubblici, 75 dei quali collocati in edifici costruiti prima del 1920, alcuni addirittura al tempo dei liberi Comuni, altri realizzati nel periodo delle Signorie e del Granducato, altri ancora costruiti dal giovane Stato unitario: disponibilità complessiva di 23.108 posti letto, pari a 6,4 posti letto ogni 1000 abitanti;
  - *situazione a regime*: 40 ospedali, nuovi o in gran parte rinnovati, con un'offerta di 13.500 posti letto, pari a 3,8 posti letto ogni 1000 abitanti, riferito al fabbisogno espresso dai residenti in Toscana;
  - soltanto lieve è stata, invece, la flessione negli ultimi 5 anni della degenza media;
2. parallelamente al processo di "de-ospedalizzazione", è stato avviato un importante processo di rimodellamento organizzativo dell'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 medici di medicina generale (MMG) e dei PLS;
  - lo sviluppo dell'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 Piani Sanitari Regionali (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 occidentali.

**Il SSR di oggi è frutto di una strategia che si è evoluta nel tempo**

## I PRINCIPI ISPIRATORI

### IL "GOVERNO" DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Il SSR è una delle componenti del "vivere bene in Toscana". Il "buon governo" della sanità toscana non è solo l'insieme coerente di interventi dell'amministrazione, ma l'effettiva sinergia e interdipendenza di questi con il valore della responsabilità collettiva espresso dalla popolazione e il senso alto di appartenenza che caratterizza gli operatori.

L'integrazione di bisogni e di ambiti differenti di intervento rende, nella nostra Regione, il diritto

**Il SSR come una delle componenti del "Vivere bene" in Toscana**



**A. Lorenzetti:  
Allegoria del buon governo 1338-40**

## Il SSR come modello di integrazione tra le discipline mediche

alla salute non tanto un settore del governo regionale, quanto un principio unificante di azioni strategiche diverse, ma allo stesso tempo compatibili ed efficaci.

Integrazione intesa quindi come elemento caratterizzante della Sanità toscana i cui cardini siano, in un modello di sinergie a rete, gli operatori, le strutture e la stessa offerta terapeutica.

La scelta operata nel presente PSR per quanto concerne le medicine complementari (MC) è un chiaro esempio di come la Regione Toscana intenda, nel rispetto della libertà di scelta terapeutica dell'utente e di libertà di cura del medico, mettere a disposizione dei cittadini un'offerta terapeutica "integrata" che garantisca l'utente sulla qualità ed affidabilità delle prestazioni ricevute e sulla assoluta professionalità degli operatori che, in questo settore della medicina, operano all'interno del SSR.

In considerazione dei risultati raggiunti ed in coerenza con la filosofia di governo della nostra regione, il presente PSR intende sottolineare, tra i valori e i principi "storici" del sistema toscano, quattro principi ispiratori che dovranno presiedere le singole azioni ed i programmi futuri.

Ci riferiamo ai principi dell'appropriatezza e della qualità, della produttività e della sanità d'iniziativa, nel rispetto della centralità della persona e della sua libertà di scelta.

È evidente che, se i principi di appropriatezza e qualità rappresentano un riferimento consolidato, che si intende "migliorare", la produttività e la sanità di iniziativa costituiscono invece elementi di innovazione.

### APPROPRIATEZZA

"Dare a ciascuno secondo il bisogno, utilizzando al meglio le risorse umane, tecnologiche e finanziarie secondo il criterio della programmazione e dell'integrazione dei servizi, garantendo l'innovazione, a livello tecnologico ed organizzativo, e attuando il principio della rete e della specializzazione basata sulla casistica e sui differenti gradi di complessità".

Entro questo principio si collocano, quindi, anche le iniziative organizzative già intraprese e che ribadiamo.

- L'Area Vasta rappresenta l'ambito territoriale privilegiato in cui la programmazione può dare risposte appropriate alla complessità, ai bisogni di alta specializzazione, utilizzando opportunamente le risorse che vengono dal trasferimento dell'innovazione e della ricerca.
- L'ESTAV si delinea come strumento di supporto logistico-amministrativo e di servizi per la rete delle Aziende sanitarie non solo sul piano di evidenti economie di scala, ma anche per favorire adeguati livelli di specializzazione delle competenze tecniche declinando così il concetto di appropriatezza nella piena valorizzazione delle risorse impiegate.
- Le Società della Salute (SDS), quali elementi di integrazione e governo dei servizi socio-sanitari, completano il quadro degli assetti organizzativi con cui l'appropriatezza trova una piena realizzazione nel territorio, attraverso l'uso integrato delle risorse che vi operano e che possono produrre nuove opportunità derivanti dall'intersectorialità dei percorsi e dalla prossimità delle risposte.
- L'integrazione fra SSR, mondo della ricerca e Università, che si realizza attraverso i protocolli sottoscritti e gli statuti delle AOU, ove la ricerca, la didattica e l'assistenza, sono aspetti di un unico sistema integrato, orientato alla qualità.
- Il governo clinico come strumento attraverso il quale è reso possibile ai professionisti garantire per i cittadini i migliori risultati delle cure, insieme all'appropriata allocazione delle risorse per la qualità e la sicurezza delle cure stesse, l'aderenza delle procedure alle più accreditate evidenze scientifiche, nel rispetto delle esigenze di sostenibilità che il sistema si è responsabilmente dato.
- La riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura si inserisce in questa ottica di razionale valorizzazione delle risorse, ponendosi come definizione e scelta d'appropriatezza organizzativa, il cui assetto è funzionale a garantire qualità ed efficienza per un sistema centrato sul malato.
- L'impegno a riqualificare e riconvertire l'offerta, ridisegnando il ruolo dei piccoli ospedali, accompagna anch'esso gli sforzi per valorizzare le risorse presenti nella rete specialistica di Area Vasta.
- La riorganizzazione dei punti nascita, la riorganizzazione dei laboratori, della continuità assistenziale e del sistema dell'emergenza urgenza, sono esempi che stiamo praticando per garantire qualità, appropriatezza e, miglior uso delle risorse. Collochiamo qui la qualità nella spesa farmaceutica ed il suo controllo per evitare abusi o, peggio, penurie, secondo il principio "non un farmaco di più, non uno di meno".

Si tratta di approfondire, con continua capacità di innovazione, gli elementi già tracciati, battendo resistenze ed opportunismi, spesso a carattere corporativo o localistico.

## Appropriatezza come beneficio e valore guida

## Appropriatezza come principio nell'organizzazione

Chi afferma che “la sanità non si tocca”, che questo o quel servizio devono restare così come sono, corre il rischio di condurre il Servizio Sanitario al declino e al degrado.

## QUALITÀ

Realizzare il più alto livello di valorizzazione e miglioramento continuo delle competenze professionali, delle tecnologie e dell'organizzazione, garantendo con l'informazione e la comunicazione, un controllo continuo da parte del cittadino-utente.

Le componenti essenziali per il raggiungimento dell'obiettivo qualità sono:

- l'*accoglienza* come prerequisito indispensabile all'avvio di ogni percorso assistenziale e unico approccio capace di risolvere i potenziali conflitti fra colui che vive il proprio bisogno di assistenza e chi deve coniugarli con i tempi e gli spazi organizzativi e tecnici disponibili. Anche la realizzazione di un sistema unico centralizzato di prenotazione (CUP) di Area Vasta mira a facilitare l'accesso ai servizi e ad assicurare al cittadino la necessaria trasparenza con la quale il sistema accoglie la sua domanda;
- la *formazione* del personale, con l'analisi delle criticità e con lo sviluppo delle capacità di autovalutazione e di confronto per stimolare l'innovazione e l'implementazione di buone pratiche;
- la *piena attuazione* del principio meritocratico per una migliore qualità del servizio erogato al cittadino;
- la *cultura della sicurezza*, attraverso la gestione del rischio e, più in generale, la possibilità per il sistema di trarre indicazioni di miglioramento a partire da analisi strutturate degli errori e delle criticità;
- lo *sviluppo della ricerca* per la crescita delle conoscenze 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.

Tutte queste componenti dell'obiettivo qualità sono state implementate e riteniamo debbano essere ulteriormente promosse.

## PRODUTTIVITÀ

- *Dovere morale* verso il cittadino che finanzia ed utilizza il servizio. Non solo frutto di interventi di appropriatezza e qualità, ma anche di azioni che contrastino gli sprechi e le inefficienze.
- Affermazione di un'*etica del lavoro* che intende contrastare un'idea di inefficienza del servizio pubblico contrapponendosi a una visione miracolistica attribuita al privato.
- *Valorizzazione delle risorse umane* per promuovere e premiare, anche attraverso il confronto con le OOSS e gli strumenti previsti dagli istituti contrattuali, il riconoscimento dell'impegno e del merito.

Il concetto di produttività è tradizionalmente associato ai meccanismi in uso nel mondo delle imprese private. Nella sanità pubblica esso si traduce oggi, e ancor più nell'avvenire, in un dovere etico verso il cittadino che resta il giudice ultimo del ciclo del valore, finanziando il servizio, utilizzandolo, ed esigendo qualità, trasparenza e controllo sulla prestazione ricevuta (*civic auditing*). La produttività non è, perciò, solo il risultato di servizi sanitari al più alto livello di appropriatezza e qualità, ma mira a contrastare con determinazione sprechi ed inefficienze.

La denuncia mediatica a volte distorce i fatti, ma in alcune situazioni può diventare un prezioso campanello di allarme, specchio di un fenomeno reale, segno che va immediatamente colto ed ascoltato da chi è chiamato a predisporre interventi specifici, che mirino a riconoscere e premiare con senso di equità i comportamenti di chi si impegna a compiere ogni giorno con passione e spirito di servizio il proprio dovere verso la collettività.

Valorizzare le risorse umane significa dimostrare con azioni concrete la volontà di cambiamento nella sanità, rispondendo con una logica di prestazioni misurabili.

La produttività, condizione vincolante per realizzare gli ambiziosi obiettivi che il nuovo PSR si prefigge, mira altresì alla piena valorizzazione delle risorse tecnologiche, in particolare delle alte tecnologie, individuando opportuni standard di riferimento.

Essa va raggiunta facendo leva sulla leadership della dirigenza nell'ispirare e motivare i propri collaboratori nella gestione della prestazione (definendo obiettivi sfidanti e misurabili, monitorando con rigore gli avanzamenti e valutando i risultati), utilizzando gli strumenti della formazione e dello sviluppo personale e professionale, incentivando e allineando il sistema premiante all'effettiva prestazione realizzata, secondo una logica di valorizzazione delle differenze nella valutazione del contributo individuale.

**Un sistema trasparente  
come garanzia di qualità**

**Qualità: trasferire  
nel sistema  
con tempestività  
l'innovazione utile**

**La produttività  
come dovere morale  
verso il cittadino**

La cornice entro la quale un siffatto cambiamento dovrà realizzarsi poggia su un sistematico ricorso agli strumenti già previsti dagli istituti contrattuali, attraverso una nuova stagione di relazioni sindacali all'interno del SSR.

Da queste considerazioni discende il bisogno di estendere nella Sanità toscana nel triennio 2008-2010 la pratica degli strumenti di valutazione delle prestazioni, ricompensando il merito e, con esso, il diritto di essere valutati come facce di una stessa medaglia, cardine di una cultura che risponde alla domanda di eccellenza nei servizi e di rigore nell'uso delle risorse, posta dal cittadino.

## SANITÀ DI INIZIATIVA

Orientare l'attività verso chi "meno sa e meno ha" e che per questo si trova a rischio di minore accesso ai servizi e a rischio persino di non espressione del bisogno.

"Non si fanno parti uguali per disuguali" (*Don Milani*)

L'iniziativa da parte dei servizi, e rivolta prima di tutto ai più deboli, riguarda sia la prevenzione primaria e secondaria, sia gli interventi sul territorio, sia quelli in ambito ospedaliero.

Occorre quindi ripensare, impiegando anche parte delle risorse che si liberano dall'implementazione del processo di appropriatezza, qualità e produttività, modelli d'intervento che individuino e permettano di intercettare chi ha più bisogno per consentire un'azione diretta nei suoi confronti, superando il rischio di una distribuzione di "parti uguali tra disuguali".

Questi problemi richiamano il senso profondo del valore dell'uguaglianza nelle cure come fondamento del Servizio Sanitario Pubblico.

Il Piano si propone perciò di realizzare concretamente modelli d'intervento proattivi ed obiettivi di iniziativa che privilegino le categorie più deboli.

Si considera questo passaggio come la naturale e al tempo stesso virtuosa evoluzione del nostro sistema sanitario che, dopo aver assolto alla garanzia del diritto alla cura, intende ora operare perché questo si realizzi pienamente anche in quelle fasce che, pur avendone bisogno, hanno una minore consapevolezza dell'offerta disponibile.

Questo aspetto, che va dall'utilizzo non uniforme degli screening oncologici e dei controlli in gravidanza, a quello della prevenzione della carie nei bambini, dei programmi di educazione alimentare, richiede una nuova modulazione dell'organizzazione dei servizi, in grado di intercettare una domanda potenziale che non trova la capacità di esprimersi o non riesce ad essere adeguatamente rilevata.

Questa capacità si deve realizzare non solo nella prevenzione e nel territorio, come è evidente aspettarsi, ma anche nell'ospedale, in cui tutor, clinico ed assistenziale, divengono espressione di un programma organico ed articolato di sanità d'iniziativa.

## UN PIANO PER IL CITTADINO: I GRANDI PROGETTI

Un'indagine svolta appositamente su 5.400 cittadini si è proposta lo scopo 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?
- pensando 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?

Le persone intervistate non solo hanno tradotto e "pesato" i principi guida in aspettative esigibili, frutto di esperienze personali e collettive, 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 diagnostico-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.

**Una sanità che intercetta i bisogni e va incontro ai cittadini più deboli**

**Nuove strategie di solidarietà nel sistema**

**Partire da cosa chiedono i cittadini toscani**

**Il cittadino come co-protagonista nel processo di programmazione**

1. Il CUP unico regionale e la Carta sanitaria elettronica del cittadino: un'interfaccia trasparente fra il sistema e il cittadino
2. Il pronto soccorso: la porta dell'ospedale
3. Dalla medicina di attesa alla sanità di iniziativa
4. La rete ospedaliera: i piccoli ospedali e l'ospedale per intensità di cura
5. La ricerca, l'innovazione e l'integrazione tra le medicine
6. La valutazione come metodo di lavoro

## SEI GRANDI PROGETTI

Questo piano si propone di "rendere conto" al cittadino, puntando su sei grandi progetti che, direttamente ed indirettamente, guardano sia alle esigenze individualmente espresse, con particolare attenzione per le fasce più deboli e a rischio di emarginazione, sia alla complessità dei problemi che esistono nella moderna gestione della salute di tutti.

## UN'INTERFACCIA TRASPARENTE FRA IL SISTEMA E IL CITTADINO: IL CUP REGIONALE E LA CARTA SANITARIA ELETTRONICA

### IL CUP DI AREA VASTA, VERSO IL CUP UNICO REGIONALE

Il CUP è un sistema che facilita l'accesso alle prestazioni sanitarie e ai servizi diagnostici presenti sul territorio riducendo gli spostamenti degli utenti. I cittadini, infatti, tramite telefono o recandosi ad un qualunque sportello CUP possono richiedere una prenotazione e/o pagare un ticket, senza rivolgersi direttamente alla struttura che fornirà 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 sanitarie, indipendentemente dall'ambito territoriale di competenza, si sono realizzati alcuni progetti di federazione dei CUP aziendali.

L'iniziativa CUP di Area Vasta verso il CUP unico regionale, prevede il superamento dei sistemi CUP attivi presso le diverse Aziende Sanitarie in modo da realizzare un'architettura di tipo distribuito con un centro organizzativo in ogni AV, così che ogni Azienda Sanitaria continui a gestire in piena autonomia i dati di disponibilità delle proprie strutture e, nel contempo, sia in grado di interagire con le altre ASL per acquisire ulteriori servizi.

Sulla base delle esperienze consolidate e delle sperimentazioni in essere, si vuole adesso indirizzare il sistema di prenotazione verso lo sviluppo di CUP 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 ed evitando la mobilità "di necessità" per prestazioni di base;
- ampliare la disponibilità dell'offerta in rete, valorizzando attraverso il CUP le risorse della sanità pubblica regionale, rendendo totalmente trasparente e più semplice 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 a ridurle, facilitando contemporaneamente la periodica diffusione dei tempi 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;
- potenziare le attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Ulteriori obiettivi di medio/lungo termine riguardano il coinvolgimento dei MMG, sia attraverso l'utilizzo del sistema CUP 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 e delle prestazioni strumentali presso gli studi associati. In funzione di uno sviluppo di percorsi assistenziali e per la gestione delle riacutizzazioni delle patologie croniche saranno garantite, ai MMG e ai pediatri di libera scelta, quote di prestazioni specialistiche e diagnostiche fruibili nei tempi dettati dalla gravità delle patologie prese in carico dagli stessi.

Al fine di garantire la pertinenza e la sicurezza delle prestazioni diagnostiche, verrà sperimentata, in un singolo CUP di Area Vasta, la presenza di una proiezione di un operatore professionale TSRM di radiodiagnostica per attività di counseling e di raccordo con i medici prescrittori.

**Il CUP di Area Vasta come strumento di trasparenza**

**Il primo momento della presa in carico: con la prescrizione la prenotazione**

Infine, al fine di ampliare e facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini residenti nelle zone di confine delle tre Aree Vaste, le Aziende sanitarie sono tenute ad attivare idonee modalità di raccordo ed opportuni adeguamenti delle procedure connesse al sistema di prenotazione di Area Vasta, indirizzando lo sviluppo del sistema CUP verso la costituzione, nel corso del triennio, di un sistema unico regionale in rete e automatizzato, cui accedere anche in sede di prescrizione.

## IL CUP UNICO REGIONALE

- *Ampliare l'accesso dei cittadini ai servizi, rendendolo totalmente trasparente anche attraverso la diffusione periodica ai cittadini delle liste d'attesa*
- *Coinvolgere tutti i medici: priorità di accesso differenziato in funzione del grado di urgenza clinica, prescrizione e prenotazione presso gli studi medici*

## Progetto Informaweb

Un settore dove l'esperienza del sistema CUP sarà fondamentale è il Progetto Informaweb (Progetto per la Comunicazione Sanitaria Regionale sull'Attività Chirurgica), che risponderà al diritto del cittadino ad essere informato nel modo più dettagliato e corretto possibile, anche sulle prestazioni di ricovero ospedaliero, adottando per gli interventi chirurgici analogo impegno a quello profuso per la messa a regime dell'offerta specialistica ambulatoriale.

L'obiettivo del Progetto Informaweb, prima iniziativa di un progetto di più ampio respiro, è quello di rendere accessibili e trasparenti, in tempo reale e a livello regionale, informazioni essenziali in merito all'offerta chirurgica del sistema sanitario toscano, informazioni tali da contribuire ad orientare la scelta del cittadino mettendolo in condizione di avere una visione d'insieme dei servizi, evidenziando le specificità di ognuno e soprattutto l'intervallo temporale entro cui, di norma, ogni singolo intervento può esservi garantito.

Con l'istituzione di un sito Web dedicato ed un numero verde regionale dedicato, già in fase iniziale sarà fornito l'elenco dei centri di chirurgia generale e specialistica, i nominativi degli operatori addetti, la tipologia di interventi effettuati con il relativo numero ed i rispettivi tempi d'attesa; nella fase successiva si aggiungerà la possibilità di prenotazione diretta della visita chirurgica che, com'è noto, da inizio al percorso che porta all'intervento nella sede prescelta.

## LA "CARTA SANITARIA" PERSONALE ELETTRONICA

Tra le sfide più rilevanti del triennio 2008-10, si afferma senza dubbio la necessità di rispondere alle semplificazioni per il cittadino dell'esercizio del diritto alla salute in ogni momento del percorso socio sanitario. Ciò si traduce nel rispondere ad esigenze molteplici: alleggerire l'onere documentale (anamnesi, referti, prescrizioni, immagini, etc.), pur garantendo completezza di informazione; verificare le azioni predittivo-terapeutiche, mirando alla personalizzazione delle cure; assicurare e ridurre l'errore umano; sviluppare una lingua franca tra i molteplici soggetti, adottando tecnologie appropriate e di uso agevole, con riduzione di costi e sprechi.

Tre appaiono gli interventi chiave che possono permettere di introdurre una "carta sanitaria elettronica": l'unificazione del linguaggio, la formazione degli operatori sanitari e la convergenza tra la tessera sanitaria e la cartella clinica computerizzata attraverso l'integrazione delle reti in uso.

Nel sistema sanitario toscano, sul fronte delle infrastrutture la disponibilità di rete per raggiungere professionisti e altri istituti (MMG, farmacie, cliniche private, ecc.) appare sufficiente.

La situazione delle aziende sanitarie che adottano cartelle sanitarie elettroniche si configura a macchia di leopardo (solo alcuni reparti le usano e talvolta non tutti lo stesso prodotto) mentre tra i MMG e PLS si registra una diffusione interessante di cartelle cliniche (o meglio schede di pazienti). L'elemento frenante è il vero utilizzo che ne viene fatto, ovvero i contenuti disponibili e la disponibilità dei medici a condividerli e ad ampliare i servizi offerti ai cittadini.

La precedente programmazione ha promosso, nelle 3 AV, la trasmissione delle immagini e dei referti radiologici attraverso il progetto RIS-PACS. Si va così costituendo una fonte formidabile di dati clinici ed una disponibilità di informazioni cliniche digitali a standard, inclusa la infrastruttura di trasporto interaziendale e la conservazione utile ad accessi formalizzati.

I referti di laboratorio, infine, sono una fonte importante di ulteriori 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 e nella integrazione di questi dati, emulando gli esempi esistenti di alcune aziende sanitarie che offrono, ad esempio, un sistema accessibile via web e che inviano 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.

**La Carta Sanitaria  
Elettronica:  
una banca dati  
nelle mani del cittadino  
che lo accompagna  
nei suoi percorsi di cura**

La “carta sanitaria” è una tessera (smart-card) che, nel rispetto della privacy, consente di accedere alla storia sanitaria del cittadino, si aggiorna ad ogni prestazione ricevuta e fornisce agli operatori sanitari le informazioni utili nel percorso di cura

**LA CARTA SANITARIA  
ELETTRONICA  
DEL CITTADINO**

I dati ai quali ogni cittadino dovrebbe accedere attraverso una “carta sanitaria elettronica”, nel rispetto più rigoroso della privacy della persona, saranno perciò quelli anamnestici (allergie, malattie, operazioni, ecc.), legati al consumo di farmaci, alla documentazione storica sanitaria accessibile, 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 questa si manifesti, in coerenza con i principi della lotta alla cronicità e della sanità di iniziativa. La visione è quella di una “carta sanitaria elettronica” che permetta al cittadino – attraverso una efficace rete distributiva sul territorio – di accedere in modo semplice e diretto (via web) alla propria storia sanitaria, potendo delegare su sua iniziativa l’accesso a soggetti determinati: MMG, PLS, le farmacie, il pronto soccorso, i professionisti sanitari, ecc., i quali potranno alimentare la Carta con ulteriori informazioni.

## **IL PRONTO SOCCORSO: LA PORTA DELL’OSPEDALE**

La profonda modifica della percezione del bisogno di salute e della tipologia dell’offerta dei servizi ritenuti di maggiore efficacia per la sua soddisfazione hanno rappresentato in questi anni una sfida culturale, prima ancora che organizzativa, per il SSR.

Oltre un milione e duecentomila cittadini si sono rivolti nell’ultimo anno al 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). La stessa percentuale estremamente contenuta degli accessi in pronto soccorso cui segue il 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) aventi in 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 i risultati, nel loro complesso, non sono stati particolarmente significativi, a conferma che, per il cittadino, 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 maggiore 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 che 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 pronto soccorso 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.

**Il Pronto Soccorso  
come risposta immediata  
al bisogno di salute**

**Un nuovo paradigma:  
il PS organizzato come  
luogo di accoglienza**

## IL PRONTO SOCCORSO: LA PORTA DELL'OSPEDALE

1. *L'accoglienza e la rassicurazione per il cittadino, creando un clima capace di contenere e gestire le inevitabili ansie, in una situazione percepita come un'urgenza soggettiva*
2. *La "presa in carico" all'interno del Sistema durante l'intera permanenza in pronto soccorso fino al momento della dimissione o ricovero*
3. *I percorsi di miglioramento sul versante territoriale per garantire il "riallacciamento" al medico curante e ai Servizi di assistenza territoriale*
4. *I percorsi di miglioramento sul versante ospedaliero, migliorando la funzionalità del pronto soccorso con servizi dedicati e anche attraverso la razionalizzazione dei flussi ospedalieri*

In sostanza un paradigma 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 pronto soccorso 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 pronto soccorso ne deriva che i percorsi di miglioramento della sua funzione riguardano entrambi i versanti del Sistema Sanitario.

### SUL VERSANTE TERRITORIALE

Dall'analisi della tipologia dei pazienti che si presentano in pronto soccorso risulta che una notevole percentuale ha come motivo fondamentale la riacutizzazione di una patologia cronica, in un contesto di accesso alle diagnostiche strumentali non sempre garantito con sufficiente tempestività. Sono pazienti che potrebbero essere seguiti in modo più continuativo da un'adeguata ed integrata organizzazione della medicina territoriale che punti alla prevenzione delle loro riacutizzazioni. Medici di famiglia, infermieri di distretto, ambulatori territoriali e 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 pronto soccorso. In caso di inevitabile riacutizzazione e conseguente necessità di ricorso alle strutture ospedaliere il pronto soccorso deve garantire l'inizio ed il proseguimento di un adeguato percorso per quel determinato tipo di patologia. Le Unità di Osservazione (parte integrante del pronto soccorso, 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 (non ammissione o ricovero) con quello di case management. Il paziente non solo può, almeno in alcune circostanze, non essere ricoverato, ma deve essere avviato al percorso più adeguato nell'ambito dell'assistenza territoriale. In alcuni 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.

**Il PS come elemento di collegamento con il MMG e con i servizi di medicina territoriale**

**Un progetto per un nuovo PS integrato**

## SUL VERSANTE OSPEDALIERO

Gli ospedali devono essere in grado di governare i flussi che il pronto soccorso detta all'intero funzionamento dell'ospedale impedendo il permanere dei pazienti in una situazione non consone, dopo un certo numero di ore, ai suoi bisogni di cura e assistenza.

Migliorare la funzionalità del PS significa quindi non solo riorganizzare 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 ad 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 i percorsi "fast track" che permettano di indirizzare in sicurezza e in tempi relativamente celeri (24-48 ore) situazioni cliniche che non richiedono una soluzione immediata. La diversificazione costituisce una scelta coerente con la opzione di un'offerta in funzione dell'entità del bisogno: a tale fine le aziende sanitarie sono impegnate ad assicurare il completo utilizzo delle modalità sopra descritte, anche attraverso l'adeguamento di organico del personale medico ed infermieristico dell'emergenza-urgenza;
2. una diversa gestione dei flussi intraospedalieri. L'attuale organizzazione presenta due principali caratteristiche:
  - a) un flusso "pulsato" delle dimissioni (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 esempio 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 essere parte della dotazione tecnologica propria almeno nei 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 (Centrale 118, PS, Aree di degenza ospedaliera, medicina territoriale). Una buona registrazione/comunicazione dei dati rende il lavoro assistenziale più sicuro ed 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 familiari un luogo e un clima nei quali si riescono a contenere e gestire le inevitabili ansie.

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, anche quelli 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 del ricovero.

Obiettivo finale è trasformare l'impatto spesso difficile con il pronto soccorso in un momento di rassicurazione per il cittadino e un viatico di fiducia per il successivo percorso all'interno del Sistema.

## DALLA MEDICINA DI ATTESA ALLA SANITÀ DI INIZIATIVA

Ripensare l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini in un'ottica di equità, propria di un sistema universalistico, richiede di tenere conto delle dinamiche demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche della nostra Regione.

## I DATI EPIDEMIOLOGICI DELLA CRONICITÀ

La tendenza all'invecchiamento della popolazione toscana, con il conseguente aumento della

**Un PS modulato  
sulle reali necessità  
del cittadino**

**Gestione dei flussi  
intraospedalieri**

**Discharge room**

**Diagnostica radiologica  
dedicata**

**Collegamento  
informatico**

**Una svolta irrinunciabile:  
è il sistema sanità che si  
muove verso il cittadino**

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 valori tra i più elevati al mondo, stabilizzatisi, negli ultimi anni, attorno a 192 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani di età < 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, come evidenziato nella tabella sottostante.

### DALLA MEDICINA DI ATTESA ALLA SANITÀ DI INIZIATIVA: I PRESUPPOSTI

- Incremento delle malattie croniche negli adulti: oggi ne soffrono in media 6 adulti su 10
- Sono presenti in Toscana oltre 150.000 pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici, un quinto dei quali trattato con insulina
- Circa 770.000 pazienti in Toscana sono in cura con farmaci antipertensivi
- Si verificano in Toscana circa 11.000 infarti miocardici acuti (IMA)
- Poco meno di 11.000 sono gli ictus cerebrali, che si verificano ogni anno nelle province toscane
- 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 comorbidità, 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.

Per quanto concerne la comorbidità, 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.

### L'attenzione nei confronti del paziente fragile

#### 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 SANITÀ 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 dello stesso insorgere della malattia*, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali adeguate.

Pertanto l'obiettivo strategico consiste in un nuovo approccio organizzativo che si fa carico di intervenire "proattivamente" ed 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 prevedibili.

### DALLA MEDICINA DI ATTESA ALLA SANITÀ DI INIZIATIVA: IL MODELLO, LE AZIONI

*Particolare attenzione verso le fasce di popolazione che, per livello di istruzione, condizioni socio-sanitarie e/o scarsa conoscenza dei servizi, accedono al SSR con minore intensità e tempestività, oppure in maniera impropria, attraverso la rete dell'emergenza urgenza.*

Lo sviluppo della sanità di iniziativa si basa su:

1. un nuovo modello assistenziale per la presa in carico "proattiva" dei cittadini;
  2. 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.
- Tale processo riguarda sia i percorsi ospedalieri, sia l'assistenza territoriale, sia l'ambito materno infantile.

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 dell'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 secondarie e gli screening in particolare dovranno avere un ruolo primario nella diagnosi precoce di molte patologie croniche.

## 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 cosiddette evolute debbono affrontare; con l'aumento della speranza di vita della popolazione aumenta la diffusione e la presenza delle malattie croniche.

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.

### Sanità 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 sull'interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il team multi professionale 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, e 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, svolto in gruppo, appositamente indicato per i cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate negli esiti della malattia. Il 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;
- l'implementazione delle competenze, nel team multi professionale, per far acquisire alle persone assistite quelle capacità che le mettano in grado di attuare un'adeguata autogestione (*self care*) della propria malattia;
- l'attuazione degli interventi 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", da inserire nella Carta sanitaria elettronica;
- un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG.

Tale registrazione dei casi, che potrà consolidarsi in uno specifico registro, permette la gestione di un sistema finalizzato ad almeno 3 funzioni;

1. la tracciabilità del percorso;
2. la gestione di un data base dei casi, condivisa e disponibile a tutti coloro che sono coinvolti nel processo di cura e di assistenza;
3. 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.

### I team multiprofessionali nella 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.

Diventa pertanto importante sviluppare nel paziente e nel caregiver di riferimento, le competen-

**Il Chronic Care Model come approccio per l'autogestione della patologia cronica**

**Attività fisica adattata**

**Un modello di integrazione multidisciplinare e multiprofessionale**

ze necessarie per gestire autonomamente i suoi bisogni a domicilio, valutando o misurando la progressiva acquisizione di tali competenze.

Nel caso di pazienti non in grado di autogestirsi e che non usufruiscano di un caregiver familiare, saranno garantite a domicilio le necessarie prestazioni.

Gli ambiti di azione, secondo una pianificazione specifica, possono essere quindi: il domicilio del cittadino, le strutture ambulatoriali dei MMG o le strutture appositamente individuate 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.

### **I percorsi assistenziali definiti in modo condiviso tra tutti i professionisti**

#### **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 territoriale e ospedaliera e medicina generale. Tale alleanza è alla base del trasferimento di competenze cliniche e assistenziali nel territorio, in un disegno diverso, e condiviso, dei confini di responsabilità clinica. Si determina pertanto la necessità di una forte integrazione tra l'ospedale e il territorio in tutte le sue valenze socio-sanitarie.

Questo obiettivo si persegue anche facendo crescere nel territorio e tra i professionisti pubblici e convenzionati una comune cultura dell'integrazione. Obiettivo del Piano è quello di arrivare a definire i percorsi adattati alle singole realtà territoriali, a partire dalle patologie individuate:

- a) ipertensione medio-grave;
- b) diabete mellito;
- c) scompenso cardiaco;
- d) insufficienza respiratoria in BPCO;
- e) ictus.

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 dell'Azienda.

Sarà compito del Consiglio Sanitario Regionale provvedere all'elaborazione di linee guida regionali sulle specifiche patologie, anche per gli aspetti sociosanitari.

### **Una verifica continua per valutare l'efficienza del modello assistenziale territoriale**

#### **IL SISTEMA DI VERIFICA E VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI**

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 e presuppone una attenta programmazione del sistema stesso. 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 e di conseguenza tutti i soggetti che hanno condiviso il sistema di verifica e valutazione. La zona distretto e le S.d.S. costituiscono il contesto ove si assicura il governo complessivo della sanità territoriale e la coerenza tra 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 integrerà la propria reportistica così da sostenere il processo di programmazione e governo locale e consentire di monitorare la capacità del sistema di perseguire le strategie in ambito territoriale.

In particolare, 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.

### **"Chronic Care": un piano di assistenza personalizzato che inizia in ospedale**

#### **LA SANITÀ DI INIZIATIVA NELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA**

È 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 ricadere 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 di iniziativa.

Tal fine vengono individuate figure professionali cui sarà affidato il compito di garantire "proattivamente" la presa in carico e la continuità assistenziale, ove sia opportuno.

A ciò risponde 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. 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* che assicuri il progetto e la continuità assistenziale anche attraverso il collegamento con l'assistenza 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 servizio 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. Per garantire infine un'efficiente continuità assistenziale integrata fra ospedale e territorio, i tutor sopraindicati dovranno collaborare per predisporre un *piano di dimissione* che consenta al paziente ed al caregiver di riferimento, un'ottimale gestione dell'assistenza a domicilio.

In tale contesto, il riconoscimento della specificità scientifica e metodologica della disciplina psicologica può realizzarsi attraverso molteplici ambiti di intervento, indirizzati sia al personale sanitario, per migliorare la comunicazione medico-paziente e rendere maggiormente funzionale la relazione tra operatori, sia ai pazienti e ai loro familiari, per la gestione dei casi maggiormente complessi e per specifiche patologie, quali la fibrosi cistica, le malattie neoplastiche, lo scompenso cardiaco, le mielolesioni.

**La gestione delle dimissioni e del follow up**

## LA SANITÀ D'INIZIATIVA NELL'AMBITO MATERNO INFANTILE

I principi del nuovo Piano 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 sono state individuate 4 linee assistenziali sulle quali promuovere l'approccio della sanità di iniziativa.

### 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;
- il Progetto HBSC sugli stili di vita dei giovani (*Health Behaviour 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.

Sulla base dei contributi forniti da entrambi gli studi è possibile configurare un programma regionale di contrasto all'obesità infantile che faccia 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 costituzione della rete regionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'obesità, articolata in livelli di intervento territoriale (pediatri di famiglia, MMG, centri ambulatoriali di riferimento) e ospedaliero.

#### Azioni e strategie regionali

Si prospetta un programma d'azione secondo direttrici 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;
- 2) definizione della rete regionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'obesità;
- 3) verifica della qualità dell'offerta alimentare interna in coerenza con gli obiettivi.

**Una sanità impegnata a garantire salute all'infanzia e alle madri**

**Due progetti per la tutela della salute dei nostri adolescenti**

**Le strategie di intervento per la tutela della salute degli adolescenti**

**Un modello di offerta dei servizi e di assistenza per i "nuovi cittadini"**

**Agire in maniera proattiva verso i migranti**

**La mediazione culturale come strumento che faciliti l'accesso ai servizi**

## 2. L'offerta consultoriale per le immigrate

I dati disponibili sull'indice di accesso ai servizi degli immigrati e all'influenza del grado culturale nell'utilizzo dei servizi stessi, dimostrano la necessità di agire in maniera proattiva su tale tipologia di potenziali utenti.

Uno degli ambiti nei quali attualmente si evidenziano le maggiori differenze nell'accesso ai servizi è l'applicazione della Legge 194/78, la legge sulla tutela della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

L'analisi dei dati dimostra che, sul totale dei concepimenti, la componente relativa alle donne straniere è passata dal 14% del 2001 al 23% del 2006. A fronte di tale incremento del numero dei nati da donne straniere, non si è osservata in tale popolazione un'uguale riduzione percentuale degli aborti rispetto al numero dei concepimenti, osservata nelle donne italiane. Per le donne straniere, il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza è passato infatti dal 31,84% al 32,17%.

Le azioni intraprese in termini di utilizzo dell'offerta, di informazione e crescita culturale hanno avuto presa sulla popolazione toscana, mentre nessun impatto hanno avuto sulle fasce più deboli della popolazione. Appare evidente, quindi, come di fronte ad un'unica modalità di offerta del servizio, ci sia una differente capacità recettiva da parte della popolazione, riconducibile da una parte alle ineliminabili differenze etniche e culturali, e dall'altra alla difficoltà del sistema sanitario di proporsi come realmente equo ed a carattere universale.

In primo luogo bisogna prevedere l'offerta attiva dei servizi e rendere stabile l'erogazione di servizi territoriali di qualità (a livello consultoriale) definendo fasce di accesso compatibili con le esigenze delle 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. In secondo luogo, utilizzare gli accessi in ospedale per facilitare la successiva fruizione dei servizi socio assistenziali da parte dei migranti (ad esempio, scelta del pediatra effettuata direttamente in ospedale al momento del parto, visita post partum a domicilio del pediatra e dell'ostetrica, indirizzo al consultorio, etc.).

Anche su questa materia le risorse della comunità devono essere mobilitate, per gli scopi e nei limiti previsti dalla legge, per venire incontro ai bisogni con azioni sincrone tra Aziende Sanitarie, SdS, Comuni, Provincia, Associazioni culturali e del volontariato privilegiando in particolare modo le Associazioni Migranti che si occupano del problema.

L'obiettivo fondamentale è quello di concepire la *mediazione culturale* come un 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.

Interpretando anche la mediazione in un'ottica di integrazione, il Piano Propone la messa a punto di strumenti/iniziative per:

- la razionalizzazione della presenza dei mediatori culturali in relazione alle etnie prevalenti;
- la formazione dei mediatori culturali al corretto svolgimento del ruolo in relazione alla conoscenza degli obiettivi della programmazione regionale dei percorsi ed alla loro semplificazione;
- la formazione del personale sociosanitario alle tematiche dell'integrazione;
- la creazione di una rete regionale della mediazione culturale;
- la realizzazione di interventi di prevenzione del ricorso all'IVG sia a livello individuale che di comunità.

Gli accessi in urgenza al SSR verranno utilizzati per inserire i migranti nei percorsi socio assistenziali, così come la scelta del pediatra effettuata direttamente in ospedale al momento del parto, la visita post partum a domicilio del pediatra e dell'ostetrica, l'indirizzo al consultorio per percorsi di prevenzione ed assistenza 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.

## 3. Sordità infantile: diagnosi precoce e trattamento del deficit neonatale

Il deficit uditivo permanente neonatale è una condizione clinica frequente e rilevante, per i costi economici e sociali che comporta, poiché l'assenza di una adeguata stimolazione uditiva durante i primi mesi/anni di vita, periodo di massima plasticità cerebrale, causa alterazioni irreversibili allo sviluppo del sistema uditivo periferico e centrale, condizionando in maniera determinante i risultati delle successive terapie protesico-riabilitative.

La Regione Toscana, che ha già reso obbligatorio lo screening *audiologico-neonatale*, si propone di affrontare il problema della sordità infantile con i seguenti interventi:

- la conferma e l'implementazione dei programmi di screening audiologico-neonatale;

- la precoce protesizzazione e, nei casi più gravi di sordità profonda, il trattamento precoce con impianto cocleare;
- l'attivazione di un percorso riabilitativo adeguato per consentire non solo lo sviluppo del linguaggio, ma un migliore inserimento scolastico e sociale;
- la promozione, di concerto con le tre università toscane, di attività di formazione del personale nell'ambito dell'eziologia, della prevenzione, screening, diagnosi e trattamento e riabilitazione della sordità infantile.

#### 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 fluoro profilassi 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 4 anni, e l'erogazione di prestazioni per i bambini che hanno compiuto il 7° 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, con il contributo degli odontoiatri privati anche coinvolgendo gli specialisti ambulatoriali a proseguire, nelle età successive a quelle individuate nel progetto prevenzione, gli interventi di controllo e sigillatura, eseguiti e da eseguire.

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.

**Quattro azioni per contrastare precocemente la sordità infantile**

**Un progetto per combattere "pro-attivamente" l'insorgenza della carie**

## LA RETE OSPEDALIERA

L'evoluzione delle tecnologie sanitarie e il nuovo quadro epidemiologico hanno prodotto, nel corso degli anni, un consistente cambiamento dell'offerta ospedaliera in tutti i paesi occidentali.

In Toscana, inoltre, l'evoluzione del sistema delle Aziende e il consolidamento del ruolo dell'Area Vasta, sta progressivamente producendo una migliore stratificazione della rete specialistica dell'offerta ospedaliera.

Sono tuttavia necessari ulteriori interventi verso l'appropriatezza clinica e organizzativa: introducendo nuove, più avanzate logiche di integrazione, nella ricerca costante di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.

Va in questa logica un nuovo indirizzo di piano sui piccoli ospedali e sull'adozione dell'organizzazione per intensità di cura nei presidi ospedalieri.

## RIQUALIFICARE I PICCOLI OSPEDALI

Da un'analisi condotta sulle attività svolte presso i piccoli ospedali della Toscana, emerge che essi ricoprono un ruolo assai rilevante sia nell'ambito della gestione dei ricoveri internistici (per riacutizzazione di patologie croniche, in particolare neurologiche e cardio-respiratorie), sia nell'ambito della patologia elettiva chirurgica.

Assai limitato, se non del tutto assente, appare invece il ruolo di tali presidi per le patologie chirurgiche che necessitano di un trattamento in emergenza non differibile.

- Occorre un *ripensamento organizzativo delle "funzioni di soccorso"* di tali presidi che, per poter migliorare la capacità di risposta, saranno dotati di adeguata strumentazione diagnostica (24 ore), anche utilizzando a pieno le potenzialità che la tele diagnostica ci offre integrando, ove possibile, le risorse interne dedicate, con quelle delle postazioni di emergenza territoriale.
- In tali presidi possono essere programmati interventi di chirurgia specialistica che, per le attività chirurgiche particolarmente complesse, saranno svolti da team di Area Vasta accreditati, per garantire la sicurezza del paziente.
- I piccoli ospedali si qualificheranno per ulteriori importanti servizi che vi verranno svolti (esempio trattamenti chemioterapici), escludendo attività ad alto rischio quali la chirurgia di emergenza o i trattamenti medici ad alta complessità.

**Appropriatezza anche nell'organizzazione della rete ospedaliera**

**I piccoli ospedali: una presenza preziosa da valorizzare**

- La ridefinizione delle funzioni dei piccoli ospedali renderà possibile un loro sviluppo nella rete specialistica di Area Vasta e, contemporaneamente, un loro migliore raccordo in continuità con l'assistenza territoriale e con i MMG prevedendo, in tale contesto, lo svolgimento di percorsi didattici per i medici in formazione, realizzati in collaborazione con le tre Università.

### GRADUARE L'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA

Con il progetto "Ospedali per intensità di cura", si sono poste le basi per favorire un approccio multidisciplinare, centrato sul malato, e per superare una visione "d'organo", che il reparto monodisciplinare tende ad esprimere.

Attraverso la realizzazione di moduli/aree di ricovero "aperte e variabili", graduati per intensità del bisogno assistenziale, sarà possibile superare le criticità, frequentemente riscontrabili in ospedale, legate alla gestione del posto letto.

Il superamento del concetto di reparto non significa però sminuire o peggio rinunciare al ruolo delle équipes specialistiche. Al contrario, non dovendo necessariamente "costruire uno specifico reparto", si rende più facile il superamento, specie negli ospedali medio-piccoli, del principale ostacolo alla costituzione di poli specialistici cui affidare, secondo criteri di appropriatezza clinica, la gestione del paziente.

La concreta applicazione del modello, naturalmente, richiede un adeguato impegno delle Aziende ad attivare percorsi di formazione/addestramento, nonché processi finalizzati alla consultazione/condivisione dei professionisti coinvolti, così da meglio contestualizzare il modello alla tipologia di ospedale (caratteristiche dimensionali e strutturali) e all'asset organizzativo/professionale del presidio e dell'Azienda (realizzazione di Dipartimenti e Aree Funzionali).

Infine, attraverso la riorganizzazione per intensità di cure, ove il concetto di cure include sia gli aspetti assistenziali, che quelli connessi alla diagnosi e alla terapia, l'ospedale può meglio raccordarsi al territorio, un territorio che con il presente piano potrà progressivamente sempre meglio svolgere il proprio ruolo assistenziale.

**Un ospedale modellato sul malato e non sul professionista**

### SVILUPPO E RICERCA

La ricerca è una funzione fondamentale, costitutiva e pervasiva di ogni moderno sistema sanitario, 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. La ricerca determina una crescita complessiva della mobilità, della apertura e della ricettività all'innovazione da parte dei professionisti, ed è quindi inscindibile dalle attività di assistenza, di didattica e di aggiornamento continuo. L'investimento in ricerca consolida la fiducia che i pazienti e i cittadini ripongono nei servizi, ed è motore di reti e di rapporti di collaborazione strategica tra i diversi soggetti che, a vario titolo, contribuiscono al sistema salute.

**Una ricerca di qualità che aumenti la fiducia del cittadino nel SSR**

#### LA RICERCA E L'INNOVAZIONE – LE LINEE D'AZIONE

- Sviluppare la *capacità di indirizzo strategico* e la *valutazione indipendente* della ricerca
- Investire su *brevettazione e trasferimento tecnologico*
- Sostenere le *aree "orfane"* e la *ricerca non profit*
- Sviluppare alleanze stabili con le industrie sinergiche al SST, stimolando e cofinanziando processi di sviluppo e di integrazione – "*Distretto regionale di scienze della vita e della salute*"
- Investire sulla capacità di *ricerca diffusa* in tutte le aziende del SSR
- Collaborare con la struttura di coordinamento regionale per la valutazione delle tecnologie (HTA)
- Competere nello spazio europeo della ricerca e innovazione (7°PQ)
- Promuovere il rapido trasferimento dell'innovazione scientifica nella pratica assistenziale.

Il Servizio Sanitario della Regione Toscana, attraverso la programmazione e percorsi di condivisione e concertazione, sostiene lo sviluppo delle attività di ricerca messe in atto da una pluralità di soggetti pubblici e privati, e promuove il raccordo e l'integrazione tra ricerca di base, ricerca

applicata, sperimentazione ed innovazione nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi. È necessario superare una visione a compartimenti stagni e declinare la filiera che va dalla ricerca di base all'innovazione nella pratica assistenziale, ponendosi il problema del trasferimento della conoscenza, della capacità di assorbimento e delle competenze diffuse necessarie nel sistema. È altresì necessario riconoscere definitivamente il sistema sanitario pubblico come motore di sviluppo complessivo del sistema regionale, elemento di generazione di valore e di ricchezza nei molteplici settori produttivi legati alla salute, e perno fondamentale dell'economia della conoscenza delineata nella Strategia di Lisbona della UE. Questi presupposti sono presenti negli atti del governo regionale, a partire dal Programma Regionale di Sviluppo 2006-2010 e dalla promozione di uno spazio regionale per la ricerca e innovazione. Il ruolo del sistema sanitario pubblico diventa quindi quello di indirizzare, supportare e governare, in una logica di integrazione con le altre politiche regionali, le reti "naturali" tra aziende sanitarie regionali, centri di ricerca, industria, centri di trasferimento e incubazione attraverso le quali si sviluppano ricerca e innovazione a beneficio del cittadino e dei servizi.

Nel periodo 2005-2007 si è avviata una strategia di sviluppo del sistema di ricerca e innovazione, in particolare attraverso:

- il consolidamento della governance integrata delle aziende ospedaliero-universitarie, e l'identificazione esplicita della ricerca nella loro missione istituzionale;
- lo sviluppo della rete ITT ed in generale delle reti professionali e di eccellenza nel sistema complessivo delle aziende sanitarie;
- il finanziamento diretto di filoni di ricerca innovativi come la medicina rigenerativa;
- il sostegno alla sperimentazione clinica, con particolare riferimento all'ambito oncologico;
- sono state gettate le basi per una relazione di partnership sempre più incisiva con l'industria farmaceutica, biotecnologica e biomedicale, orientata alla promozione della ricerca e sviluppo e si sono consolidati parchi tecnologici nel campo delle scienze della vita, anche con il contributo di fondazioni private;
- sviluppo della ricerca e della formazione clinica associata alla pratica terapeutica anche nelle MC.

Vi sono tuttavia ancora margini di miglioramento notevoli relativamente alla capacità di proteggere, valorizzare, far fruttare e trasferire le nuove conoscenze generate nel sistema della ricerca pubblica, orientandole ai bisogni di salute del cittadino, ed all'integrazione della filiera della ricerca con le traiettorie di sviluppo delle imprese operanti nei settori sinergici al SSR.

Il Piano Sanitario prevede quindi un salto di qualità nel sostegno alla ricerca e innovazione, attraverso un insieme organico di azioni e di strumenti di governance, volti anche al reperimento di nuove risorse. In particolare sarà sviluppata la capacità di indirizzo strategico della ricerca e di supporto alla definizione delle priorità, anche attraverso la creazione di un Board della Ricerca, espressione professionalmente più qualificata dei professionisti che operano nel servizio sanitario regionale, che possa orientare consapevolmente i bandi e le linee di finanziamento sui bisogni del sistema sanitario toscano. L'azione di governance del soggetto pubblico favorirà l'integrazione tra le politiche settoriali di sostegno alla ricerca, e sarà tesa a garantire la valutazione indipendente nei programmi ed a presidiare capitalizzare e proteggere i risultati innovativi, attraverso lo sviluppo di competenze in ambito di brevettazione e di supporto al trasferimento tecnologico. Nel contesto della partnership con le industrie si attingerà anche alle risorse ed alle progettualità del POR "Competitività regionale e occupazione", e saranno cofinanziati progetti di ricerca preclinica e clinica ed infrastrutture comuni di ricerca, dedicate allo sviluppo del settore biofarmaceutica e biomedicale in rete con le eccellenze della ricerca pubblica. La sfida è rendere operativo il "distretto regionale di scienze della vita e della salute", inteso come cornice per consolidare gli insediamenti e le competenze già presenti nei diversi poli del territorio, attrarre e focalizzare i finanziamenti su linee di sviluppo con alto potenziale di trasferibilità ed applicazione, favorire l'attrazione di nuovi operatori e di ricercatori e personale qualificato, beneficiare dei possibili effetti di rete, di coordinamento e di prossimità.

## 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 SSR 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.

## Una strategia di respiro europeo

**Un SSR che sia protagonista nell'orientare la ricerca e farne propri i risultati ottenuti**

## LA VALUTAZIONE COME METODO DI LAVORO

- Dal 2005 adozione di un sistema per la valutazione dei risultati conseguiti dalle aziende sanitarie e dal SSR
- Circa 130 indicatori, monitorati e rappresentati in 50 indicatori di sintesi, suddivisi in sei dimensioni e presentati in un target a bersaglio



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.

Quale elemento caratterizzante del modo di lavorare nella 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, un'opportunità di crescita per gli operatori, un elemento di garanzia per i 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, a partire dai Direttori Generali, sarà esteso alla valutazione delle piene operatività, dell'attività e dei servizi erogati attraverso l'ESTAV e l'Area Vasta.

Un ruolo di rilievo, pertanto, deve essere svolto dal CSR e dagli organismi di governo clinico.

Alla luce dei risultati ad oggi raggiunti e, soprattutto, della spinta innovativa che il SSR 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.

**Un SSR che sia equo  
deve accettare di farsi  
valutare ed essere  
capace di auto valutarsi**

**Una valutazione ancora  
più estesa e mirata nel  
prossimo triennio**

I risultati conseguiti dalle aziende e dagli altri soggetti del sistema saranno pubblicati e resi disponibili a tutti i cittadini. Gli stessi risultati andranno anche a costituire lo strumento per il monitoraggio annuale previsto dalla L.R. 40/05 e per il monitoraggio richiamato al paragrafo 8 del Rapporto di valutazione che accompagna il presente Piano.

## PROGETTI ED AZIONI

Il SSR della Regione Toscana intende garantire, attraverso una serie di *progetti ed azioni programmate* che si collocano nella "rete" dei servizi preposta all'erogazione delle prestazioni, un livello di assistenza sanitaria e socio sanitaria che sia in grado di "prendersi cura" dei propri cittadini. Ciò avviene con indirizzi che interessano vari settori dell'intervento sanitario e socio assistenziale, intervenendo sia sugli stili di vita e più in generale sulla prevenzione, primaria e secondaria, sia sulla cura e riabilitazione, per garantire un'adeguata rete di tutela a quelle fasce di popolazione che, a seguito di malattia o per pregresse condizioni di svantaggio sociale, si trovino a vivere in situazioni di "disagio" o "difficoltà".

Riportiamo a seguire una breve panoramica degli interventi programmatici contenuti nel PSR che si caratterizzano per rilevanza ed innovatività.

## ALIMENTAZIONE E SALUTE

Una corretta alimentazione è senza dubbio un fattore propedeutico al mantenimento del buono stato di salute ed a questo proposito rivestono un ruolo fondamentale gli interventi di educazione, formazione e ricerca rivolti alla popolazione in età scolare.

Nel triennio di vigenza del presente PSR proseguirà lo studio sulla sorveglianza nutrizionale previsto dall'*Health Behaviour in School-aged Children*, oltre che sarà sviluppata la partecipazione ai progetti interregionali promossi sul tema dal CCM.

			MASCHI		FEMMINE		PREVALENZA DI SOVRAPPESO PER SESSO
	N.	%	N.	%	N.	%	
Sovrappeso + obesi	478	33,4	238	32,8	240	34,0	

Un ruolo di rilievo nelle azioni inerenti Alimentazione e salute sarà svolto dal PIS, quale strumento di integrazione tra tutti quegli attori (SSR, Enti locali, Scuola, Volontariato, Associazionismo, etc.) che possono fattivamente incidere sul comportamento utile al mantenimento dello stato di benessere.

Una particolare attenzione sarà rivolta a quelle azioni di contrasto ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) che richiedono percorsi integrati a livello Aziendale e di Area Vasta e con il coordinamento regionale. Saranno così realizzate le azioni previste nella Delibera G.R. n. 279 del 18.08.2006 "Linee di indirizzo per la rete integrata di servizi per la prevenzione e la cura dei DCA" con l'attivazione di uno specifico percorso assistenziale per il soggetto obeso in ogni Azienda Sanitaria Locale.

Tutta l'attività promossa sul tema Alimentazione e salute sarà inoltre armonizzata nell'ambito dei progetti nazionali "Piano Nazionale Salute" e "Guadagnare Salute".

**Educazione ad una corretta alimentazione come strumento "proattivo" per il mantenimento della salute**

## LA RETE ONCOLOGICA

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un notevole incremento del carico assistenziale e dei relativi costi verso i pazienti affetti da una patologia oncologica. Tale incremento è dovuto da un lato a fattori di tipo demografico (aumento della vita media con conseguente aumento delle probabilità di incorrere in tali patologie), e dall'altro all'evoluzione scientifica sia nel campo della diagnostica che delle possibilità di cura, con un conseguente sensibile innalzamento delle aspettative di vita dei pazienti affetti da una patologia di tipo neoplastico (la cosiddetta "cronicizzazione").

Per tali motivi questo importantissimo settore assistenziale, anche alla luce delle previsioni epidemiologiche e se non efficacemente governato, corre seri rischi in termini di sostenibilità economica da parte del SSR.

Il presente PSR conferma la scelta strategica dell'ITT quale asse portante di una struttura a rete di livello regionale, a cui viene riconosciuta una funzione di riferimento per la valorizzazione e l'integrazione di tutti i settori di prevenzione, cura, alta specializzazione e ricerca in campo oncologico.

I valori fondanti del modello proposto nel presente PSR sono, oltre alla *struttura a rete* dell'organizzazione, un *unico sistema di governo* per tutti gli attori dell'oncologia e un'organizzazione *unica* caratterizzata da molteplici accessi sul territorio che permetta di attivare percorsi assistenziali, condivisi secondo criteri di appropriatezza, facilmente e tempestivamente fruibili da parte dei cittadini e allocati in funzione della complessità.

Tutte le azioni condotte dagli attori coinvolti in tali processi tenderanno pertanto alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

- *qualità diffusa* nelle prestazioni e negli aspetti relazionali su tutto il territorio regionale;
- *appropriatezza* come criterio guida della programmazione degli investimenti e dell'offerta dei servizi, sostenuta anche dalla responsabilizzazione dei cittadini utenti;
- *continuità assistenziale* come risposta per una efficace interazione tra ospedale e territorio;
- *omogeneità dell'offerta* quale diritto del cittadino ad essere curato in maniera adeguata indipendentemente dalla sua residenza e dal suo censo.

Nel triennio di vigenza del presente PSR, in una logica di continuità con i piani precedenti, si prevede inoltre il completamento e/o l'avvio delle azioni contenute nei documenti di indirizzo emanati dall'ITT.

Particolare rilevanza assumono la definizione dei poli oncologici di Area Vasta e delle attività di sperimentazione clinica.

**Un sistema a rete:  
l'ITT come modello di  
valorizzazione  
ed integrazione  
delle competenze**

### **MEDICINE COMPLEMENTARI: LA RETE DI MEDICINA INTEGRATA**

Il rispetto delle libertà di ogni persona e delle sue scelte di cura oltre ad essere sancito dalla nostra Costituzione è sempre stato uno dei principi che hanno guidato la Regione Toscana nelle sue scelte politiche e programmatiche.

Con il PSR 2008-2010 si è voluta dare una concreta risposta in termini di uguaglianza dell'accesso alle cure, qualità e sicurezza, a tutti quei cittadini che intendono ricorrere alle MC per trovare una soluzione ai propri bisogni di salute o per la prevenzione delle patologie.

Anche per questo settore assistenziale è stata adottata la strategia di creare un'organizzazione a "rete" composta da 57 ambulatori di MC distribuiti sul territorio regionale e con la realizzazione nell'Ospedale di Pitigliano (esperienza unica in Italia), del primo presidio di medicina integrata ove verranno svolte – oltre alla normale attività di cura – formazione clinica, ricerca e divulgazione scientifica.

Le MC, con Delibera G.R. n. 655/2005 che ne prevede l'inserimento nei L.E.A., sono quindi entrate a pieno titolo nell'offerta che il SSR della Regione Toscana intende mettere a disposizione dei propri cittadini.

Un ulteriore e fondamentale atto è stata inoltre l'emanazione della L.R. 9/07 "Modalità di esercizio delle medicine complementari ..." che, tra l'altro, istituisce appositi elenchi dei profes-

**Quattro obiettivi  
a garanzia  
del cittadino utente**

**Libertà di scelta  
terapeutica: un diritto  
del cittadino**



**Ospedale di Pitigliano:  
il primo presidio  
di medicina integrata**

sionisti che esercitano le MC offrendo quindi ai cittadini un ulteriore strumento di tutela in termini di qualità e sicurezza delle prestazioni.

### **Le discipline bionaturali (DBN)**

In ottemperanza alla L.R. n. 2 del 3 gennaio 2005, "Discipline del benessere e bio-naturali", gli impegni del presente PSR sono volti alla definizione delle procedure di accreditamento delle scuole di formazione delle DBN e dei professionisti che le esercitano.

**Il primo presidio  
di medicina integrata  
realizzato in Italia**

#### **1. Per la erogazione di prestazioni**

Un ambulatorio di MC per ogni ASL

Un ambulatorio per Azienda Ospedaliera Universitaria e Azienda Meyer  
Ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano

#### **2. Per la formazione clinica**

Centri regionali di riferimento di Lucca per Omeopatia, di Firenze per Agopuntura e di Empoli per Fitoterapia

Ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano

Costituzione di un Centro di Omeopatia Pediatrica presso il Meyer

**ELENCO  
DELLE STRUTTURE  
DELLA RETE  
DI MEDICINA  
INTEGRATA**

## **SALUTE MENTALE**

Attualmente gli utenti in carico ai vari servizi di Salute mentale sono circa 90.000 di cui circa 27.000 minori. Il Disturbo mentale costituisce, per la persona che ne è affetta e per il relativo tessuto familiare, un evento a volte drammatico che necessita di un approccio personalizzato che non può essere demandato esclusivamente alle apposite strutture specialistiche.

Appare pertanto indispensabile integrare e sviluppare le azioni indicate dal presente PSR e dal Piano Integrato Sociale 2007-2010.

Obiettivo qualificante per il triennio di vigenza del presente PSR sarà quello di concorrere, in sinergia con le Società della Salute, alla creazione di un'articolazione dell'assistenza alle persone con disturbi mentali che sia fruibile tutti i giorni dell'anno e nell'intero arco delle 24 ore, integrando le strutture ed i servizi di tipo prettamente sanitario con gli altri servizi di tipo socio-sanitario. Sarà sviluppata e potenziata, in un'ottica di prevenzione e di presa in carico precoce, tutta quell'attività orientata a captare l'insorgere del disagio nelle fasce giovanili ed adolescenziali. Attualmente le stime portano ad indicare che circa un adolescente su otto soffre di un disturbo mentale riconoscibile; a tale proposito la scuola rappresenta un contesto altamente significativo ove poter programmare azioni condivise fra Servizi di salute mentale, SERT, istituzione scolastica e famiglie.

## **LA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: I RISCHI EMERGENTI**

Rischiare la propria vita o di subire gravi menomazioni sul luogo di lavoro è probabilmente la contraddizione più stridente che una società che vuole definirsi "evoluta" continua a mantenere irrisolta.

Una delle sfide più importanti del SSR è quella di riuscire ad offrire ai propri cittadini servizi appropriati mirati alla sorveglianza sui fattori di rischio e alla tutela della salute nei luoghi di lavoro. "La salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti" è il principale progetto che la Regione Toscana ha sviluppato fin dall'anno 2005 quale strategia di contrasto ai fenomeni di lavoro irregolare ed insicuro. Sviluppato mediante azioni coordinate di sorveglianza e controllo con INPS, INAIL e Direzione Generale del Lavoro, il progetto ha comportato azioni "integrate" all'interno dei cantieri edili. Negli ultimi anni inoltre abbiamo assistito ad un notevole flusso di immigrazione straniera e la Toscana risulta essere una delle mete privilegiate di tali flussi. È proprio verso gli immigrati, che spesso si trovano a dover accettare condizioni di lavoro precarie, irregolari o comunque insicure, che la Regione Toscana intende promuovere progetti mirati di formazione ed informazione.

Troppo spesso infatti tale fascia di cittadini, per formazione culturale, condizioni economiche, sociali, abitative, hanno un concetto di salute sbilanciato verso la cura e non percepiscono l'importanza della prevenzione. A tale proposito è stato sviluppato un progetto per la comunicazione interculturale mirato alla sensibilizzazione dei cittadini stranieri verso il concetto di prevenzione individuale e collettiva.

**Un modello integrato  
tra assistenza clinica  
e socio-assistenziale  
per l'aiuto nel disagio  
mentale**

**La sicurezza per i lavoratori stranieri: una sfida del sistema toscano**

Un ulteriore elemento di criticità è originato dall'evoluzione che negli ultimi anni ha subito il mercato del lavoro. L'avvento di forme contrattuali quali il lavoro interinale, temporaneo o in affitto, unitamente alla frammentazione del tessuto produttivo comporta spesso, a causa del frequente cambio di mansioni o della sede di lavoro a cui è soggetta tale tipologia di lavoratori, una estrema difficoltà ad impostare efficaci campagne di formazione ed informazione.

Per rispondere a questa esigenza la Regione Toscana ha realizzato due importanti progetti, "Sicurezza in cattedra" e "Scuola sicura", con la convinzione che solo attraverso una efficace e capillare diffusione della cultura della prevenzione e della sicurezza fin dagli anni della scuola si possa operare un efficace opera di contrasto al fenomeno della mortalità e degli infortuni sui luoghi di lavoro.

Infine, quale ulteriore azione per garantire la sicurezza nei luoghi di lavoro, la Regione Toscana ha emanato al L.R. n. 38 del 13.07.2007 che regola le modalità ed i criteri in materia di sicurezza a cui le aziende devono attenersi per l'aggiudicazione degli appalti pubblici.

Nel triennio di vigenza del presente PSR saranno continuate ed implementate tutte le iniziative rivolte alla formazione dei lavoratori ed alla sorveglianza e controllo della sicurezza nei luoghi di lavoro, prevedendo specifici fondi da destinare allo scopo.

## LA FORMAZIONE

Il SSR si è dato, con il presente piano, una strategia ben definita cui il sistema formativo dovrà raccordarsi per esaudire i bisogni della pianificazione sanitaria. Il principio fondante su cui questo sistema di raccordo dovrà basarsi è quello della continuità formativa.

La continuità formativa riflette il progressivo sviluppo professionale degli operatori della sanità e promuove allo stesso tempo sia la centralità del paziente che la centralità del discente. Un aspetto di particolare interesse è costituito dalla simulazione. Con tale metodica didattica si possono effettuare training incentrati sugli aspetti critici, esercitando gli operatori a fornire risposte rapide in modo tale da eliminare ogni possibile rischio per il paziente. Nel triennio di vigenza del presente PSR sarà implementata l'attività del Sistema formativo regionale previsto dalla L.R. 40/2005, realizzando anche iniziative di formazione degli operatori pubblici che operano nel campo delle MC ed assicurando il sostegno degli istituti pubblici e privati di formazione accreditati.

## IL GOVERNO CLINICO: SCELTA DI APPROPRIATEZZA

L'appropriatezza è stata fino ad ora la condizione che ha permesso di coniugare in modo equo la programmazione dell'offerta sanitaria in rapporto ai bisogni effettivi. Tuttavia gli strumenti di analisi fin qui utilizzati, come ad esempio la valutazione costo/efficacia, danno sì una misura dell'effettivo guadagno di salute, ma non su come questo si distribuisce nell'intera popolazione e pertanto rischiano di essere insufficienti per dare una risposta ai bisogni di salute così come oggi sono espressi.

Occorre pertanto un salto di qualità che permetta di allargare il valore di questo criterio, impegnando le Aziende sanitarie ed i professionisti a produrre e distribuire equamente salute, evitando il consumo di prestazioni inutili o dannose.

L'Area Vasta appare il bacino ottimale dove il binomio appropriatezza-programmazione potrà portare, attraverso la crescita a rete del sistema, ad una programmazione integrata dei servizi con conseguente miglioramento della qualità degli stessi, dell'ottimale utilizzo delle risorse e lo sviluppo della continuità assistenziale.

## GOVERNO CLINICO: QUALITÀ E APPROPRIATEZZA CLINICA E ORGANIZZATIVA

La Regione Toscana, già con i precedenti piani sanitari, ha avviato un percorso di promozione del Governo clinico come processo condiviso con i professionisti, da attuarsi a partire dal livello aziendale, di Area Vasta fino al livello regionale, prevedendo a tale scopo una dinamica circolare e non gerarchizzante.

Il Governo clinico pertanto esprime un nuovo sistema di relazioni interdisciplinari che assume l'appropriatezza come metodo e come mezzo per conseguire la migliore qualità delle cure nel rispetto delle esigenze della collettività.

Obiettivo nel triennio di vigenza del presente PSR è pertanto implementare la "governance" del sistema ai vari livelli di responsabilità territoriale, fornire gli strumenti per le attività di governo clinico quali ad esempio la *Health Technology Assessment*, la stesura di linee guida e *clinical pathways*.

**Un nuovo mercato del lavoro richiede nuove azioni per la sicurezza dei lavoratori**

**Una "rete formativa regionale" che ne garantisce la continuità ai propri operatori**

## LE ATTIVITÀ DI GOVERNO CLINICO: LINEE GUIDA E PERCORSI ASSISTENZIALI

Già nel periodo di vigenza del precedente piano è iniziato un percorso che ha portato all'elaborazione di linee guida su 18 patologie che, dopo opportuna revisione, sono state inserite nel Piano Nazionale Linee Guida dell'ISS. Sono state inoltre prodotte specifiche raccomandazioni cliniche in ambito oncologico promosse ed aggiornate dall'Istituto Toscano Tumori.

Nel prossimo triennio è previsto il proseguo dell'attività con l'ISS per l'elaborazione di nuove linee guida e/o IDT, oltre al costante processo di revisione di quelle già elaborate.

È previsto inoltre un ulteriore sviluppo in questo settore, con l'attivazione del Progetto Linee Guida Interattive che, dopo una prima fase sperimentale già in atto, verrà esteso su tutto il territorio regionale consentendo agli operatori, mediante la F.a.D., di apprendere ed autovalutarsi con modalità di studio autodidattiche.

Infine, sempre all'interno di un processo di implementazione delle linee guida, il Consiglio Sanitario Regionale promuoverà la costruzione, in una prima fase a livello sperimentale, di percorsi assistenziali o *clinical-care pathways* per un loro successivo adattamento nelle realtà territoriali. Nella convinzione che il processo di elaborazione e la successiva applicazione delle linee guida sia un passaggio decisivo all'interno di una strategia mirata al continuo miglioramento della qualità delle prestazioni, obiettivo caratterizzante per il prossimo triennio sarà la piena contestualizzazione a livello del SSR dell'insieme delle linee guida con il coinvolgimento del maggior numero possibile di strutture e di servizi.

## LA VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE NEL SISTEMA REGIONALE E D'AREA VASTA (HTA)

Negli ultimi 30 anni l'evoluzione tecnologica ha permesso alla Sanità di fare notevoli passi avanti.

Tali progressi hanno visto un parallelo incremento dei costi occorrenti per l'adozione delle nuove tecnologie. Si rende pertanto necessario supportare con idonei processi di valutazione le decisioni sull'adozione, acquisizione, e utilizzo di tecnologie o procedure di cura.

L'*Health Technology Assessment* è un processo, già da vario tempo adottato a livello internazionale, volto a valutare le conseguenze economiche, sociali, etiche e cliniche che l'adozione di una data tecnologia può avere nel suo inserimento in una struttura sanitaria. In particolare il processo di HTA si sviluppa in maniera interdisciplinare e si ispira ai principi di qualità e sicurezza, di produttività, appropriatezza e iniziativa, intesa come capacità dei decisori di non lasciarsi "travolgere" dalla novità ma al contrario indirizzarla verso priorità individuate in fase di programmazione.

Volendo dare una descrizione sintetica ma puntuale del processo di HTA, si può affermare che esso prevede tre momenti fondamentali:

- la fase dell'individuazione delle priorità, che deve essere svolta in fase di programmazione sulla base di dati epidemiologici e dell'impatto sulla spesa sanitaria;
- la fase scientifico/valutativa che si avvale di diverse tecniche di valutazione economica (analisi costi-benefici, analisi costi-efficacia, analisi costi-utilità), applicate prima e durante il normale periodo di utilizzo della tecnologia;
- l'implementazione dei risultati della valutazione, sostenuta dal confronto, dall'integrazione e dalla diffusione delle esperienze.

Elemento essenziale per la credibilità delle valutazioni è il coinvolgimento di tutti gli attori interessati – professionisti, amministratori, ma anche associazioni dei cittadini – tale da divenire così un'occasione strutturata di incontro tra le diverse esigenze ed aspettative, ed una opportunità per le strutture sanitarie di uscire dalla propria autoreferenzialità.

In armonia con quanto previsto, peraltro, nel PSN 2006-2008, obiettivo per il triennio di vigenza del presente PSR sarà la costituzione di una struttura dedicata nell'ambito della Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà.

## QUALITÀ E SICUREZZA

Il cittadino che si rivolge al nostro Servizio Sanitario ha il diritto di ricevere le più ampie garanzie sul fatto che l'intero sistema operi in maniera tale da offrire la massima sicurezza. Diventa allora prioritario, in sintonia con le acquisizioni internazionali in tale ambito, considerare la gestione del rischio e la promozione della sicurezza quali strumenti finalizzati al miglioramento della qualità.

Sarà quindi indispensabile, mediante l'adozione di un modello organizzativo a rete, integrare i vari sistemi – sia quelli esistenti che quelli in via di costituzione – finalizzati al miglioramento della qualità, individuando preliminarmente obiettivi essenziali e di eccellenza.

**Un Governo clinico capace di modellarsi sui nuovi bisogni di salute**

**Assumere insieme la responsabilità delle scelte**

**Linee guida e Clinical-care Pathways: strumenti a garanzia della qualità delle prestazioni**

**"Health Technology Assessment": un processo per garantire qualità, appropriatezza e produttività al nostro SSR**

**Una valutazione  
multidisciplinare aperta  
ai cittadini**

**Qualità e sicurezza  
dei servizi:  
un diritto del cittadino**

**Il sistema  
di accreditamento:  
un'evoluzione verso  
un sistema di verifica  
della qualità**

**La gestione del rischio  
clinico: un sistema  
a garanzia della  
sicurezza del cittadino**

## L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE E L'EVOLUZIONE VERSO L'ECCELLENZA

A distanza di circa dieci anni dalla sua introduzione, è ora possibile fare delle riflessioni sul meccanismo di accreditamento istituzionale che nella sua evoluzione viene a focalizzare l'attenzione sulla persona e sui processi organizzativi ed assistenziali.

Il sistema di accreditamento della Regione Toscana, consolidatosi con l'emanazione della L.R. n. 8 del 23.02.1999, ha prodotto senza dubbio buoni risultati. Tuttavia, alla luce del mutato contesto culturale, anche nella nostra regione si sente il bisogno di orientare l'intero sistema verso un duplice percorso: 1) valorizzare e consolidare tutto il sistema dei requisiti tecnici e strutturali a garanzia dell'utente; 2) sviluppare il sistema di accreditamento verso una logica di qualità, andando oltre l'azione di mera verifica dei requisiti delle singole strutture, rendendolo più incisivo nella valutazione dei processi e degli esiti dei percorsi di cura.

Obiettivo del triennio di vigenza del presente PSR sarà quindi definire gli orientamenti e le scelte per lo sviluppo ed una nuova organizzazione del sistema di accreditamento, prevedendo: un Nucleo tecnico regionale di auditor avente funzione di verifica ai fini dell'accreditamento; una Consulta per la valutazione della qualità composta, oltre che dalle associazioni professionali, anche da rappresentanti delle associazioni di cittadini, avente il compito di garantire la terzietà del sistema; infine una Rete regionale dei responsabili qualità delle Aziende sanitarie con funzione di facilitatori della messa in atto della riforma stessa.

Tutto il processo sopra descritto sarà supportato da un'azione formativa specificamente mirata ed orientata a livello regionale.

## LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E L'ERGONOMIA DEL SISTEMA

Già con il precedente Piano Sanitario la regione Toscana si è dotata di un proprio sistema di gestione del rischio clinico e ad oggi ogni Azienda sanitaria ha un *clinical risk manager* appositamente formato e dispone di un apposito sistema informativo dedicato alla gestione di sinistri ed *incident reporting*, così come peraltro previsto dal sistema di accreditamento istituzionale.

È stato realizzato, inoltre, un sistema che attesta le buone pratiche per la sicurezza, frutto di specifiche campagne di sperimentazione ed informazione su alcuni rischi presenti nelle strutture sanitarie (infezioni ospedaliere, errori di terapia, le cadute in ospedale, rischio nutrizionale, solo per citarne alcune).

Il sistema di gestione del rischio clinico ha consentito di avere dati utili per la pianificazione degli interventi di prevenzione, ed i costi assicurativi per polizze RTC/RCO sono stati, nel complesso, contenuti.

Nel triennio 2008-2010 è prevista l'implementazione di questa attività promuovendo in ogni Azienda il sistema di *incident reporting* e consolidando l'organizzazione della gestione del rischio con il potenziamento delle strutture deputate ad occuparsene e con il coinvolgimento dei cittadini e delle loro associazioni. Il prossimo triennio sarà inoltre fondamentale per lo sviluppo e il monitoraggio del sistema di attestazione volontaria delle buone pratiche e le aziende sanitarie saranno monitorate e valutate sulle azioni intraprese per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, mediante la definizione di indicatori di esito e di processo.

## RISCHIO RADIAZIONI IONIZZANTI

L'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in medicina (TAC, PET, ecc.) ha subito un notevole sviluppo negli ultimi anni, consentendo un indubbio affinamento delle capacità diagnostiche. Resta tuttavia la necessità di valutare con attenzione l'appropriatezza di ogni singola prestazione, al fine di evitare i rischi che l'utilizzo di tali tecniche comporta. La Regione Toscana è da tempo fortemente impegnata nel campo del corretto utilizzo delle radiazioni ionizzanti e anche nel triennio di vigenza del presente PSR si impegna a continuare l'opera di *monitoraggio della dose* alla popolazione ed ai lavoratori utilizzando gli appositi sistemi RIS. Un ulteriore impegno sarà volto ad una efficace campagna informativa rivolta ai cittadini e formativa ai medici prescrittori sui rischi derivanti da esposizioni mediche.

Saranno infine proposte linee di indirizzo per la corretta applicazione del D.L.vo 187/2000 ed il potenziamento dell'archivio radiologico quale supporto alle iniziative regionali in materia di *Health Technology Assessment*.

## VERSO L'ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI

Il crescente numero di casi di persone anziane in condizione di non autosufficienza richiede un sempre maggiore investimento di risorse da destinare ai servizi territoriali di assistenza a questa tipologia di utenza. In tale ambito sussiste una molteplicità di servizi-residenziali, semiresidenziali,

li, domiciliari – che nel corso degli anni si sono sempre più articolati in percorsi assistenziali per garantire la continuità dell'assistenza.

La regione Toscana, con l'emanazione della L.R. n. 41 del 24.02.2005, ha definito i requisiti complessivi e le procedure autorizzative delle strutture residenziali o semiresidenziali adibite ad erogare servizi alla persona.

Sulla base del Regolamento di attuazione in corso di definizione, saranno definite le procedure di accreditamento per quei soggetti pubblici o privati che intendono erogare prestazioni socio assistenziali o socio sanitarie, con il risultato di garantire ai cittadini un'offerta di servizi qualitativamente e quantitativamente adeguata.

Obiettivo del triennio sarà pertanto quello di disporre di un sistema di offerta di qualità conforme a requisiti individuati e accertabili, con regole condivise ed uniformemente applicate.

**Radiazioni ionizzanti:  
monitoraggio,  
informazione  
e formazione per la  
riduzione del rischio**

## **UMANIZZAZIONE, ETICA NELLE CURE DI FINE VITA**

La Regione Toscana ha ritenuto necessario avviare un processo di innovazione e di sviluppo della qualità e della eticità dei servizi, considerando ad esso indispensabile l'apporto derivante dalla bioetica, 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.

In questo senso diventa importante coinvolgere pienamente l'utente nella personalizzazione dei programmi di assistenza e garantirne, in ogni situazione, il rispetto. 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.

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, 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 con disturbi di salute mentale, gli emarginati. Specifico rilievo assume la gestione delle fasi terminali della vita nei reparti di rianimazione e terapia intensiva. 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.

**L'accreditamento  
dei servizi alla persona:  
garanzia di qualità  
per i cittadini non  
autosufficienti**

## **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 dal solo ambiente sanitario, per incontrare cultura, arte e le varie forme in cui la sensibilità della società civile esprime i suoi bisogni e valori. 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.

**Le cure di fine vita:  
un percorso assistenziale  
etico che accompagni  
il cittadino nelle scelte  
più difficili**

## **COMUNICAZIONE PER LA SALUTE E PER LA PARTECIPAZIONE**

Come è ormai noto, sulla salute incidono in maniera preponderante fattori – i cosiddetti "determinanti di salute" – che non rientrano nella sfera di stretta competenza dei servizi sanitari. Per tale motivo un'efficace strategia di comunicazione legata alla prevenzione che tenda a coinvolgere trasversalmente tutto il contesto dei "produttori" di salute rappresenta un'attività rilevante per influire positivamente sugli stili di vita, come peraltro 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.

A tale scopo diventa importante una strategia che aumenti, nei "decisionari" politici, la consapevolezza che i determinanti di salute assumono un ruolo di fondamentale importanza; appare per tanto efficace una comunicazione basata su esempi riusciti e "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

Nell'ambito di sistemi complessi, come ad esempio quelli creati con i processi di riorganizzazione dei servizi assistenziali e socio-assistenziali, il concetto di "rete della comunicazione" appare come il più idoneo ad essere utilizzato:

- fare rete (in senso collaborativi);
- mettere in rete (in senso tecnologico);
- essere 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, nell'ottica di veicolare i valori e gli obiettivi nel processo di costruzione sociale della salute. I processi di comunicazione assumono inoltre rilevanza in ordine alla razionalizzazione delle attività, in quanto possono contribuire a ridurre 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 rilevante, tanto che diviene spesso difficile per la comunicazione istituzionale emergere dalla confusione e proporsi come voce autorevole. 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 processi di cambiamento in atto nella sanità regionale sono tali e di tale complessità che necessitano di essere accompagnati da una costante e continua attività di informazione e comunicazione.

Il modello di ospedale per intensità di cura, ad esempio, è elemento di un sistema di assistenza complesso e integrato, 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, il centro di questo sistema non è l'ospedale, ma la persona e pertanto la comunicazione diviene indispensabile per far conoscere i cambiamenti e rafforzare la fiducia da parte della comunità, con un'informazione chiara, esauriente, comprensibile sulle caratteristiche di innovazione dei servizi e sulla "visione" che li sostiene.

## LA PROGRAMMAZIONE

Il sistema sanitario toscano si fonda sul principio della programmazione.

In tale contesto il ruolo *regionale* è fondamentale per imprimere una connotazione intersettoriale all'intera programmazione, nella quale le azioni per la salute si intrecciano con le linee del Piano Regionale di Sviluppo e di tutti gli altri piani che attengono ad ambiti connessi alla salute (ambiente, territorio, cultura, ecc.).

Il modello organizzativo delle Società della Salute ad esempio, che nel triennio di vigenza del presente Piano verrà esteso e rafforzato, può essere assunto quale esempio di una programmazione ad alta integrazione socio sanitaria sviluppata integrando le competenze degli enti locali.

L'Area Vasta ha un ruolo fondamentale nella programmazione e nell'integrazione dell'offerta, privilegiando l'appropriatezza e mitigando quegli effetti di eccessiva "competizione" interaziendale prodotti dal meccanismo di remunerazione a tariffa compensativa, favorendo altresì un processo di "cooperazione" dell'offerta integrata dei servizi.

A tale scopo hanno un ruolo fondamentale i Piani di Area Vasta, sviluppati mediante un processo di concertazione tra le Direzioni delle Aziende sanitarie di riferimento.

**Comunicare per incidere sulle scelte politiche e sui "determinanti di salute"**

**Una "rete" per la comunicazione che incida sulla "governance"**

**"Marketing sanitario" per orientare correttamente il cittadino**

**Comunicare e diffondere la nuova organizzazione per creare fiducia nel cittadino**

Viene infine confermata l'importanza del ruolo della programmazione *aziendale* per quanto concerne l'applicazione territoriale (PAL, Piani Integrati di Salute della Zona-Distretto) e ospedaliera (PAO) degli indirizzi di programmazione sviluppati a livello regionale e di Area Vasta, mediante gli strumenti attuativi previsti dalla normativa regionale.

## LA PARTECIPAZIONE NEL PROCEDIMENTO DI PROGRAMMAZIONE

La Regione Toscana ha sempre voluto, per le sue scelte di programmazione, coinvolgere in maniera consapevole tutti i soggetti istituzionali e sociali. Proprio per questo, nell'emanare il PSR 2008-10, è risultato essere determinante l'apporto di tutti gli attori del sistema con l'obiettivo di coniugare le competenze professionali, la sensibilità istituzionale, l'attitudine alla ricerca e l'impegno del volontariato che contraddistinguono il "modello Toscana".

Tale partecipazione riveste ancora più importanza nella fase di elaborazione, da parte della Giunta, di specifici indirizzi attuativi e a tale scopo risulta essere fondamentale l'apporto fornito da appositi gruppi di lavoro capaci di affrontare tematiche specifiche.

Il presente PSR conferma la volontà della Regione Toscana a valorizzare il contributo degli operatori del Servizio Sanitario attraverso il loro coinvolgimento diretto nelle attività di programmazione e di governo.

Solo un tale processo di concertazione consentirà, infatti, fatte salve le prerogative di totale autonomia decisionale dei preposti organismi dirigenziali tecnici e politici, la valorizzazione del consenso come condizione imprescindibile per la realizzazione di una qualsivoglia politica sanitaria.

La partecipazione al processo di programmazione riguarderà pertanto le organizzazioni sindacali, gli enti locali, le rappresentanze dell'imprenditoria (sia generale che di settore socio-sanitario), gli Ordini ed i Collegi professionali, le associazioni rappresentative dei cittadini-utenti, le organizzazioni *no profit* e tutte le ulteriori istanze rappresentative della società toscana.

Gli attori che partecipano al confronto, di contro, dovranno impegnarsi in un'opera di corretta informazione verso coloro che ne sono rappresentati sui meriti e sui contenuti del confronto stesso, in maniera tale che esso divenga lo strumento per realizzare la più ampia partecipazione del maggior numero di cittadini.

**Programmazione e partecipazione per darsi obiettivi certi, condivisi e sostenibili**

## UNA SANITÀ A RISPARMIO ENERGETICO

La Regione Toscana ha in corso di attuazione un programma di riorganizzazione e di riqualificazione dei propri presidi ospedalieri e dei presidi territoriali.

In tale programma, una particolare attenzione viene posta agli interventi finalizzati al risparmio energetico che, insieme ad altri interventi di riqualificazione come ad esempio l'abbattimento di barriere architettoniche, prevedono un investimento complessivo di circa 8,5 milioni di euro che permetterà la messa a norma degli edifici.

Questo pacchetto di investimenti si inserisce inoltre in un programma più ampio, ove si prevede la realizzazione di numerose piazzole per elisoccorso, di strutture per le cure palliative e l'acquisizione di immobili per le attività territoriali.

Il tutto prevederà un investimento complessivo di circa 180 milioni di euro.

La Regione Toscana, inoltre, già da diversi anni ha adottato un programma di rinnovo delle strutture ospedaliere avviando, ed in buona parte terminando, la dismissione del patrimonio immobiliare dei presidi ospedalieri – costituito in alcuni casi da immobili vecchi di secoli e non più consoni alle esigenze attuali di organizzazione dei servizi - previa la costruzione di nuovi plessi concepiti secondo i criteri delle più avanzate tecnologie, anche in campo del risparmio energetico.

L'esempio più emblematico di quanto realizzato in questa prospettiva è sicuramente la nuova sede dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pediatrica "Anna Meyer" che è stata trasferita dalla vecchia sede ubicata nel centro storico alla nuova sede dell'Area Careggi peraltro con una collocazione più organica al polo universitario fiorentino.

Le scelte operate in questo campo dalla Regione Toscana sono il frutto di un'attenta riflessione, mirata a garantire ai nostri cittadini un'assistenza sanitaria non solo di elevata qualità, quantità e appropriatezza, ma erogata all'interno di strutture che siano capaci di abbinare la funzionalità e le tecnologie contenute al loro interno, con il rispetto per l'ambiente, essendo l'ambiente stesso uno dei principali determinanti della salute.

L'ascesa dei prezzi rende oggi possibile la riconversione energetica degli edifici del sistema sanitario e delle sue attrezzature, determinando non solo un segnale positivo nella battaglia contro i cambiamenti climatici, responsabili dell'aumento di numerose patologie, come riportato anche nello stesso PSR, ma anche un'occasione di risparmio di risorse finanziarie, che potranno così essere destinate al miglioramento costante dei servizi e delle prestazioni sanitarie.



La riconversione stessa degli edifici sarà effettuata tramite progetti finanziabili interamente dal risparmio prodotto e con le incentivazioni statali, anche tramite l'apporto di società per i servizi energetici (*Energy Service Company, ESCO*) esterne e la trasformazione in ESCO delle ASL o degli ESTAV.

Gli interventi previsti nel triennio di vigenza del Piano sono:

- ricambio dei sistemi di illuminazione delle aree esterne ed interne agli edifici con lampade a risparmio energetico e controllori di flusso elettrico;
- sostituzione degli infissi passando a tripli vetri per autodifesa dal caldo, dal freddo e dal rumore;
- coibentazione in ogni processo di ristrutturazione per portare tutto il sistema in classe A europea degli edifici;
- realizzazione di campi solari di produzione di energia elettrica fotovoltaica coprendo, secondo le possibilità tecniche, tetti, facciate, parcheggi;
- realizzazione di campi solari termici per la produzione di acqua calda;
- impianti di cogenerazione rigenerazione di energia, calore e condizionamento a metano o biomasse a filiera corta;
- rinnovo del parco auto sostituendo progressivamente tutti i veicoli con veicoli a metano o GPL per spostamenti extraurbani od elettrici per spostamenti e attraversamenti intraurbani.



Finito di stampare nel mese di Settembre 2009  
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A.  
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa  
Telefono 050 313011 • Telefax 050 3130300  
[www.pacinimedica.it](http://www.pacinimedica.it)

