



*Consiglio Regionale – seduta del 26 marzo 2013*

**Comunicazione dell'Assessore Luigi Marroni al Consiglio regionale sullo stato dell'arte della riforma del Sistema Sanitario Regionale**

*[integra risposte a interrogazioni collegate IO n. 712; IO 809; IO 878]*

**Introduzione**

Gentili Consiglieri, permettetemi di esprimere un sentito ringraziamento al Consiglio Regionale che, con questa comunicazione, mi dà l'opportunità di fare il punto sullo stato di salute del Sistema Sanitario Toscano e sul suo sviluppo nell'ambito del processo di riorganizzazione avviato nei mesi scorsi e dei primi 10 mesi del mio mandato di Assessore.

Il processo di innovazione da noi avviato risponde ad una esigenza strategica che mira a ripensare un efficiente sistema sanitario nel momento in cui deve misurarsi con le risorse disponibili, le innovazioni organizzative, le nuove conoscenze tecniche e scientifiche. Questa è la vera partita che come Giunta ci siamo imposti di giocare.

La Giunta regionale ha fondato la propria visione progettuale e le azioni conseguenti di riordino del sistema sulla necessità di trovare strumenti e metodi per rispondere efficacemente ad una riduzione effettiva del Fondo Sanitario senza precedenti (dovuta agli effetti di diverse manovre e disposizioni governative che ci impone una drastica riduzione di fondi e imposizione di ticket negli anni 2012-2014), unita a manovre nazionali di spending review che, se non si fosse agito con tempestività e fermezza, avrebbero reso certa l'insostenibilità del sistema.

Si tratta della presa d'atto da parte dell'intero Sistema Sanitario, della necessità di elaborare risposte efficaci alla crisi economica, risposte programmatiche, non emergenziali, in grado di rafforzare il sistema nel medio-lungo periodo, con l'obiettivo primario di continuare a garantire gli ottimi standard di erogazione dei servizi raggiunti grazie ad anni di impegno costante delle istituzioni e di tutti i lavoratori.

Credo che sia dovere di tutti noi sostenere questo valore a prescindere dal ruolo che ognuno ricopre.

In questo percorso stiamo realizzando una campagna di ascolto straordinaria, effettuata sui territori, che mi ha visto in prima persona incontrare tutti i Sindaci della regione, avere un confronto strutturato con le Organizzazioni dei lavoratori e le organizzazioni dei professionisti. Tutto ciò nella consapevolezza che i complessi passaggi che stiamo realizzando e realizzeremo possono realizzarsi soltanto con una unità di intenti tra tutti i soggetti coinvolti.

Prima di passare ai temi richiamati nella richiesta di comunicazione, vorrei proseguire la mia relazione illustrando brevemente alcuni dati sui risultati di salute che il Sistema Sanitario Toscano riesce a garantire, dati che confermano come, anche in tempi di crisi, esso sia solido, ben strutturato e in crescita.

### **La Sanità Toscana: risultati di anni di buona gestione (approfondimento in allegato al presente documento)**

- **La speranza di vita:** i toscani vivono più a lungo
- **La mortalità:** la mortalità generale in costante e progressiva diminuzione e sempre minore di quella italiana
- **Esiti e qualità in ospedale:** la toscana è nel gruppo di testa e migliora più delle altre regioni (progetto ESITI di AGENAS, 2012)
- **Gli stili di vita:** i toscani si muovono di più

**Il 2012: I risultati dell'ultimo anno confermano il trend degli ultimi anni in presenza di una significativa ed importante azione di contenimento dei costi diretti di circa il 3%.**

**Il tasso di ospedalizzazione va nella direzione della appropriatezza:** diminuiscono i ricoveri inappropriati, aumentano gli interventi chirurgici

**La qualità delle cure è ulteriormente migliorata:** per le fratture di femore nel 2011 la Regione Toscana arriva al 60% di fratture operate nelle 48h e nel 2012 raggiunge il 71%, contro una media nazionale ferma al 39% . Siamo l'unica regione in Italia ad aver ottenuto tali risultati di miglioramento.

**Gli accessi al pronto soccorso sono leggermente diminuiti,** segno che la popolazione fa un utilizzo sempre più corretto di questo servizio e che aumenta la risposta che il cittadino trova nei servizi offerti dai medici di base.

**I servizi territoriali sono nettamente migliorati.** Il lavoro svolto dai medici di famiglia e l'attivazione sempre più ampia del programma Sanità d'iniziativa e del Chronic Care Model ha permesso di ridurre le ospedalizzazioni per patologie croniche.

**La Toscana produce innovazione clinica a livello nazionale ed europeo.** tra le azioni di valore assistenziale e scientifico più significative si ricordano:

la strategia adottata nel 2012 per lo Screening del tumore della cervice uterina, che ha permesso alla **Toscana di passare dal Pap test al test Hpv** e l'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura

**Il giudizio dei cittadini toscani a dicembre 2012.** Nell'ultimo trimestre del 2012 è stata effettuata (MeS) un'indagine di soddisfazione ed esperienza della popolazione sui servizi pubblici in Regione Toscana rivolta ai residenti maggiorenni. L'indagine è di tipo telefonico su tutto il territorio toscano. Su 2600 interviste, oltre il 50% dei cittadini toscani è più che soddisfatto del servizio sanitario toscano che risulta essere il servizio più apprezzato, circa il 36% lo giudica sufficiente e solo il 2,6 % si dichiara totalmente insoddisfatto.

Tutto ciò conferma la bontà del sistema e certifica la sua tenuta anche nel durissimo anno 2012; ovviamente non tutto è perfetto e ci sono aree di miglioramento da perseguire soprattutto nel settore liste di attesa, comunicazione e proattività verso gli utenti, front office, etc...

## **1. Stato dell'equilibrio economico e dei bilanci del sistema**

### **1.1. L'equilibrio economico del sistema sanitario toscano**

Nonostante alcuni gravi fatti accaduti negli ultimi anni, il sistema sanitario regionale è sano.

Lo dimostra, in modo inconfutabile, il fatto che la Regione Toscana fino ad oggi non è mai stata sottoposta ad alcun tipo di piano di rientro, superando sempre la verifica da parte dello specifico Tavolo Ministeriale istituito per verificare il rispetto degli adempimenti a carico delle Regioni.

Voglio sottolineare che solo altre 7 Regioni oltre alla Toscana oggi non sono in piano di rientro.

Il tavolo per la verifica degli adempimenti che si tiene presso il Ministero delle Finanze, monitora tra le tante cose, soprattutto l'equilibrio economico del sistema sanitario nel suo complesso attraverso il c.d. "bilancio consolidato regionale" che, in buona sostanza, è composto dai conti economici di tutte le Aziende Sanitarie e da quello Relativo alla Gestione Centrale.

**E' notizia della scorsa settimana che il Tavolo ha valutato positivamente la sanità toscana anche per l'anno 2011.** Ciò significa che fino al 2011 compreso (sono inclusi quindi tutti gli effetti della vicenda della Azienda di Massa) è stato confermato che dal punto di vista economico la sanità toscana è in pareggio.

In tal senso, a seguito della specifica struttura dei bilanci delle aziende sanitarie e del modello di finanziamento utilizzato, è necessario sottolineare quanto sia fuorviante e senza alcun valore segnaletico utilizzare, come è stato fatto nelle scorse settimane, risultati economici infra-annuali e cumulativi aziendali.

Ciò è ancor più vero se pensiamo che sommando i risultati economici di più aziende si possa trarre conclusioni sull'andamento complessivo del sistema regionale.

Una Azienda Sanitaria non è come una azienda commerciale dove l'andamento sia dei ricavi che dei costi è variabile e progressivo durante tutto il corso dell'anno.

Una azienda sanitaria si caratterizza per ricavi sostanzialmente fissi associati a costi sostanzialmente variabili. Considerato che non è possibile assegnare fin da subito tutte le risorse disponibili alle aziende è evidente che nel corso dell'anno i conti economici avranno presumibilmente un saldo negativo. Saldo però che risulta coperto a livello centrale da tutte quelle risorse, sia del fondo sanitario che extra fondo provenienti dal bilancio regionale.

Tali risorse sono distribuite generalmente in fase di conguaglio di fine anno e qualche volta successivamente alla chiusura di bilancio, a titolo di copertura perdite. Per il 2012 devono essere ancora distribuite.

E' per tale ragione che neanche la perdita di bilancio può essere considerata sempre un "buco", in quanto potrebbero esserci a livello centrale risorse a copertura, che per motivi quasi sempre "di procedimento" vengono assegnate dopo la chiusura dei conti.

Si ribadisce che l'unico soggetto che ha gli strumenti, le competenze e le informazioni per poter valutare (e validare) l'equilibrio economico del nostro sistema sanitario è il Tavolo Ministeriale degli Adempimenti delle Regioni, che fino ad oggi – 2011 compreso - ha sempre giudicato positiva la gestione della sanità toscana.

## **1.2. Il sistema dei controlli contabili in Toscana**

La vicenda della azienda di Massa e Carrara per la sua portata e la sua natura ha indotto la Regione a rafforzare (in aggiunta ai già molti livelli esistenti) l'intero sistema dei controlli anche attraverso l'inserimento di nuove forme di monitoraggio e verifica e soprattutto coordinando ulteriormente le tante attività svolte da soggetti interni ed esterni al sistema al fine di massimizzare la loro

efficacia. Si rendono così, in ultima analisi, attendibili le registrazioni contabili delle aziende e della gestione accentrata.

Prima di spiegare le novità in termini di controllo, ci preme sottolineare come la Regione Toscana ha realizzato principi contabili specifici per la Sanità già a partire dal 2005.

La costituzione di un corpo di principi contabili specifico per il sistema sanitario, oltre ad essere stato apprezzato in tutta Italia, ha per molti versi anticipato di sei anni ciò che è stato poi previsto nel D.Lgs. 118/2011. Questo è stato un passaggio obbligato per permettere la realizzazione del processo di certificazione.

La Regione Toscana così ha avviato la certificazione dei bilanci ormai da diversi anni.

E' importante ricordare come la certificazione dei bilanci non è ad oggi resa obbligatoria da leggi nazionali e la Toscana è l'unica regione in Italia ad avere la prevalenza dei bilanci delle aziende sanitarie certificate.

Infatti dimostrano che non sempre la certificazione è un processo sufficiente a garantire in modo assoluto la bontà dei relativi bilanci. E' altrettanto vero che una azienda non certificata (come praticamente moltissime o quasi tutte le aziende sanitarie delle altre regioni) da sicuramente meno garanzia sulla attendibilità del suo bilancio.

La certificazione di un bilancio non è sostitutiva dei controlli previsti dalla legge ma è aggiuntiva.

Comunque sia, anche alla luce delle criticità emerse nel corso degli ultimi anni, la Regione Toscana ha effettuato un approfondimento complessivo e nel corso degli ultimi mesi ha introdotto nel sistema importanti nuovi strumenti di monitoraggio e controllo. Questi i principali:

- **Bilancio “Autorizzativo”**
- **Monitoraggio Regionale Trimestrale in aggiunta all'usuale monitoraggio mensile**
- **Revisione e approfondimento del sistema esistente dei controlli Regionali sui Bilanci**
- **Controlli interni ispirati a D.Lgs. 231/01 e L. 262/05**

- **Gestione Sanitaria Accentrata:** tale Percorso Attuativo è stato presentato al Ministero ed a livello nazionale sono in corso lavori per la definizione puntuale di tempi e metodi.
- **Certificazione del coordinamento dei controlli**  
La Regione Toscana, ha affidato a soggetto esterno qualificato la verifica della “coerenza” dei vari controlli effettuati in diverse sedi da soggetti diversi. Ciò darà garanzia dell’efficacia di tutto il sistema complessivo e quindi dell’attendibilità dei valori contenuti nelle contabilità del sistema sanitario toscano.

### **1.3. Sostenibilità del sistema e non riduzione del deficit**

Alla luce di ciò che si è detto fino ad ora, il problema non è quindi ridurre il deficit, in quanto il deficit non c’è. Il tema vero è come affrontare due straordinari eventi che rendono il mantenimento dell’attuale pareggio economico sempre più difficile:

- la riduzione significativa e drammatica in termini reali della disponibilità di risorse in 3 anni
- l’applicazione del D.Lgs. 118/11 a partire dal 2012, che comporta, ad invarianza di costi “reali”, la rilevazione di un livello notevolmente più alto di costi “contabili”

Per affrontare questa sfida di una difficoltà estrema la Regione:

- ha attivato sin dal giugno 2012 una generalizzata azione di efficienza che ci ha portato ad una riduzione dei costi di produzione del 3%, pari a circa 100 milioni di Euro,
- ha intrapreso sin dal giugno/luglio efficaci azioni sul fronte degli approvvigionamenti, acquisti e servizi di supporto, incrementando la già efficace azione in questo campo, cosa nota e riconosciuta a livello nazionale sia in generale che in dati e statistiche,
- ha intrapreso sin dal giugno/luglio efficaci azioni sul fronte della farmaceutica proseguendo su una strada che ci vede notoriamente e da tempo leader a livello nazionale. Nel 2012 è stata data particolare enfasi al settore dei dispositivi e strumentazione medica con l’obiettivo di ripetere i successi nel campo della farmaceutica,
- ha attivato quel sistema dei controlli sopra elencato che, tra l’altro, permette forme stringenti di monitoraggio dei costi e più in generale dell’efficienza della gestione,
- Ha attivato una profonda riforma del sistema.

## 2. La riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale

A partire dal mese di luglio 2012, siamo impegnati nella riorganizzazione del sistema, un processo giusto, utile e necessario, condotto in tempi rapidi.

A seguito infatti di mia comunicazione al Consiglio Regionale, il 10 Agosto 2012 è stata approvata la DGR 754/2012 che ha individuato, in linea generale, le azioni di indirizzo per le aziende e gli enti del SSR, direttamente esecutive del DL sulla spending review (95/2012).

La DGR si compone di due allegati:

- **Allegato A**

azioni immediatamente eseguibili che hanno investito in particolare i settori farmaceutica (farmaci e dispositivi medici), apparecchiature elettromedicali, beni economici, ausili, gare e servizi, portando da subito risultati tangibili in termini di maggiore razionalizzazione ed appropriatezza nell'utilizzo delle risorse;

- **Allegato B**

azioni che rendevano necessario un processo di raccordo con il Consiglio, modifiche di legge e concertazioni. Tali azioni sono state successivamente declinate dalla DGR 1235/2012, a seguito dell'espletamento di un ampio processo di confronto con tutti i soggetti portatori di interesse e dell'acquisizione del parere favorevole del Consiglio sanitario regionale, dalle modifiche di legge e dalle disposizioni incluse nella legge finanziaria, nei collegati ad essa e nel DPEF.

La DGR 1235/2012 individua obiettivi, sub-obiettivi, azioni, strumenti, indicatori e supporti necessari all'attuazione relativamente a sei aree di intervento (Territorio-Ospedale-Residenzialità, Appropriatezza della produzione ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Laboratori, Prevenzione, Farmaceutica-Beni e servizi), dando mandato alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste di predisporre i rispettivi progetti attuativi e destinando a tal fine una somma complessiva di €41.850.000, di cui €20.000.000 per l'avvio delle azioni di riordino e € 21.850.000 a supporto del miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni.

Successivamente all'approvazione della DGR 1235/2012, è stato avviato un **serrato processo di comunicazione e condivisione** degli obiettivi della riorganizzazione del SST con le aziende e gli enti del SSR e le **Autonomie locali**.

Coerentemente con l'impegno assunto con la citata deliberazione, la Giunta regionale, con DGR 47/2013, ha successivamente definito i criteri di riparto e le modalità di erogazione della prima parte di risorse (€20.000.000) destinate all'avvio delle azioni di riordino, indicando a tal fine alcuni settori ritenuti prioritari, ed in particolare:

- 1.** implementazione del modello assistenziale Casa della salute (per il quale sono stati resi disponibili €8.200.000 sul totale delle risorse)
- 2.** recupero di efficienza della produzione ospedaliera, attraverso la ridefinizione del numero di posti letto per acuti in base a standard regionali;
- 3.** sviluppo delle cure intermedie,
- 4.** incremento dell'appropriatezza della produzione ospedaliera, attraverso la concentrazione di specifiche attività, possibilmente organizzate in percorsi, in determinati ospedali territoriali individuati a livello di Area vasta, con eliminazione delle attività stesse dagli ospedali di provenienza (identificazione ospedali focalizzati) (per i settori 2, 3 e 4 sono stati resi disponibili €5.900.000 sul totale delle risorse);
- 5.** riorganizzazione delle Centrali Operative 118, attraverso l'attivazione di Centrali Operative di Area vasta;
- 6.** rimodulazione della rete territoriale di emergenza urgenza, attraverso la rimodulazione di postazioni di emergenza sanitaria territoriale, con effettuazione dei necessari interventi formativi (per i settori 5 e 6 sono stati resi disponibili €2.100.000 sul totale delle risorse);
- 7.** razionalizzazione della rete dei laboratori, attraverso la centralizzazione delle attività in laboratori di riferimento per le diverse tipologie di esami e riorganizzazione del sistema trasfusionale, attraverso l'attivazione di Officine trasfusionali di Area vasta (per il quale sono stati resi disponibili €1.500.000 sul totale delle risorse);
- 8.** razionalizzazione della rete dei laboratori di diagnostica genetica, attraverso la centralizzazione presso i laboratori di genetica delle aziende ospedaliero universitarie e la riorganizzazione degli stessi in rapporto agli analoghi laboratori universitari (per il quale sono stati resi disponibili €400.000 sul totale delle risorse);
- 9.** revisione dell'organizzazione dei Laboratori di Sanità Pubblica (per il quale sono stati resi disponibili €300.000 sul totale delle risorse).



Di pari passo, stiamo procedendo all'adozione dei primi atti previsti dal Piano operativo della DGR 1235/2012 (allegato B).

In questa fase le aziende sanitarie e le Aree vaste stanno definendo i progetti attraverso i quali avviare, in termini realizzativi, il processo di riordino.

Si riporta di seguito lo stato di attuazione delle azioni di riordino previste dalla DGR 1235/2012 per le aree di intervento considerate.

## 2.1. Area Territorio

Obiettivi	Azioni
<b>Sviluppo del ruolo dei professionisti delle Cure primarie e della loro integrazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>effettuato</b> Accordo Integrativo Regionale con la Medicina Generale (DGRT 1231/12)</li> <li>• <b>effettuato</b> Accordo Integrativo Regionale con Specialisti Ambulatoriali (DGRT 1228/12)</li> <li>• <b>è in fase di discussione</b> il nuovo Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di Famiglia</li> </ul>
<b>Riassetto presidi distrettuali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>è concluso il censimento dei presidi territoriali integrati. In totale sono 54 di cui molti già ora possono assumere i connotati di Casa della salute.</b> Su di esse si incardineranno i vari livelli di organizzazione del territorio "Piano regolatore" e Unità di cure primarie. Si punta a realizzare con i progetti che arriveranno nei prossimi 15 giorni a realizzare almeno altre 20 Case della Salute.</li> </ul>
<b>Appropriatezza e buon uso delle risorse da parte dei prescrittori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>si sono approntati gli atti (decreto 2735/2012 e 329/2013) per le scelte diagnostiche e terapeutiche appropriate.</b> Specifici progetti sono già avviati come ad esempio il progetto PRISMA avviato nella azienda USL 5 di Pisa e presto in altre aziende.</li> </ul>
<b>Sviluppo strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale del cittadino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le aziende USL stanno definendo gli ambiti territoriali che esprimano il numero ed i ordinatori delle Aggregazioni Funzionali Territoriali della medicina generale.</b> In molte aziende tale processo è quasi completato. Seguirà la definizione budgetaria del rapporto tra Azienda e singole AFT e l'avvio progressivo, nei prossimi mesi della sperimentazione dell'H 16.. Le AFT insieme alle reti di poliambulatori, sono deputate attraverso il Punto Unico Assistenza Territoriale e la Unità di valutazione multidimensionale a garantire la continuità Territorio – Ospedale – Territorio.</li> </ul>

<p><b>Estensione della Sanità d’iniziativa e ulteriore sviluppo dell’Expanded Chronic Care Model</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>il Chronic care model è stato inserito nell’accordo integrativo regionale per la medicina generale</b> ed in quello degli specialisti ambulatoriali come modello territoriale per la presa in carico globale del cittadino affetto da malattia cronica. Le aziende stanno lavorando per estendere nel corrente anno alla sua estensione a circa il 60 % dei cittadini. <b>Inoltre il Consiglio Regionale dei Sanitaria ha avviato il lavoro per la revisione dei percorsi assistenziali.</b></li> </ul>
<p><b>Sviluppo sistema delle cure intermedie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>il Consiglio Sanitario Regionale ha rilasciato un parere sul tema. Entro 15 giorni la Giunta Regionale adotterà una specifica delibera</b> che definirà il quadro concettuale ed i parametri di riferimento per questo segmento della assistenza che si colloca tra il ricovero ospedaliero e la domiciliarità</li> </ul>

## 2.2. Area Ospedale

- **Adottata Delibera DGR 69/2013:** indirizzi per la rideterminazione delle dotazioni di posti letto per acuti in base a criteri di efficienza e di appropriatezza organizzativa. Verosimilmente entro il mese di aprile la Giunta Regionale adotterà una specifica delibera che definirà al contempo le modalità di accompagnamento del processo e la assegnazione alle aziende sanitarie dei 21,850.000 € di cui alla DGR 1235/2012.
- **Entro il 30 giugno**, come da DRG 1235/2012, le Aree Vaste dovranno individuare le azioni per consentire di ottenere una rete ospedaliera gestita in grado di assicurare la massima qualità delle cure ma anche un utilizzo ottimale delle risorse e delle competenze specialistiche presenti

Obiettivi	Azioni
<p><b>Recupero di efficienza ed incremento dell’appropriatezza nell’utilizzo dei posti letto per acuti - riduzione dei posti letto non adeguatamente utilizzati e contestuale sviluppo speculare di risposte alternative per la postacuzie e la deospedalizzazione</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sono stati dati indirizzi alle Aziende per la rideterminazione delle dotazioni di posti letto per acuti in base a criteri di efficienza e di appropriatezza organizzativa</b>, le Aree Vaste stanno elaborando proposte per la ridefinizione dell’offerta complessiva e la relativa ripartizione per azienda dei posti letto per acuti che porteranno all’attuazione della prima fase di adeguamento della dotazione di PL. La seconda fase di adeguamento è correlata alla ridefinizione dell’assetto dei PL di cure intermedie, delle UCCP-AFT e della rete distrettuale.</li> </ul>

<p><b>Ridefinizione della rete ospedaliera con redistribuzione delle attività in base a criteri di “competenza” e ai volumi minimi definiti per alcune tipologie di prestazioni</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In via di definizione documento tecnico su volumi di attività minimi per alcune tipologie di prestazioni.</li> <li>• Le Aree Vaste stanno lavorando, sulla base di indirizzi regionali, alla concentrazione a livello aziendale, interaziendale o di Area vasta, delle attività chirurgiche di bassa e media complessità organizzate in percorsi integrati di tipo ambulatoriale e Day Surgery, e definizione delle modalità di mobilità delle equipe tra i vari presidi</li> </ul>
<p><b>Creazione ospedali focalizzati sulla bassa e media complessità</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Aree Vaste stanno elaborando le proposte di Area Vasta</li> </ul>
<p><b>Ridefinizione centri di elevata qualifica regionale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>E’ in via di redazione</b> il documento tecnico del Consiglio Sanitario Regionale per la definizione dei criteri di individuazione dei centri di eccellenza, che porterà alla redazione della normativa regionale di ridefinizione della rete dei centri di elevata qualifica regionale.</li> </ul>

### 2.3. Area Prevenzione Collettiva

obiettivi	Azioni
<p><b>Programma di formazione annuale unico</b></p>	<p><b>E’ stato elaborato</b> il documento con la procedure per la programmazione e l’erogazione della formazione per tutti gli ambiti della Prevenzione collettiva che porterà a mantenere una efficace formazione con costi migliori. Entro aprile sarà approvato l’atto da parte della Giunta Regionale.</p>
<p><b>Azioni sul Sistema Qualità</b></p>	<p>Sistema unico per l’aggiornamento normativo – <b>Predisposto documento</b> Nuovo modello di sistema unico regionale della qualità – <b>Analisi preparatoria</b></p>
<p><b>Semplificazione delle procedure in ambito di prevenzione collettiva</b></p>	<p>Definizione catalogo standard delle prestazioni dei Dipartimenti della Prevenzione – <b>Documento elaborato ed approvato dal Comitato Tecnico Regionale della Prevenzione Collettiva</b> <b>Documento in fase di approvazione con Delibera di Giunta</b></p>
<p><b>Sviluppo del Sistema Informativo Sanitario</b></p>	<p>Trasmissione esclusivamente on line delle pratiche SUAP al Dipartimento di Prevenzione – Da 1/1/2013 come da D.G.R.T.1021/2012. Le imprese possono trasmettere per sola via telematica le richieste autorizzative eliminando la</p>

<b>Prevenzione Collettiva</b>	carta. <b>E' operativa.</b>
	Anagrafe canina on line – Da 1/1/2013 come da D.G.R.T. 1019/2012. <b>E' operativa.</b>
	Notifiche cantieri on line - Da 1/1/2013 come da D.G.R.T. 1022/2012. <b>E' operativa</b>
<b>Riorganizzazione delle strutture del Dipartimento di Prevenzione</b>	<b>Approvata modifica</b> dell'art.67 della L.R.40/205 con L.R.27 dicembre 2012 n.81

## 2.4. Area Emergenza Urgenza

<b>Obiettivi</b>	<b>Azioni</b>
<b>Rimodulazione Centrali 118</b>	Le aziende sanitarie lavorano nelle Aree Vaste per individuare le Centrali che possano svolgere tale funzione in ambito di Area vasta. <b>Entro aprile saranno presentati i progetti.</b>
<b>Punti Emergenza Territoriale</b>	Sono in via di completamento la mappatura di tutti i PET con le funzioni svolte e le dotazioni. E' in via di definizione lo standard di riferimento aggiornato che porterà alla rimodulazione nei termini previsti dalla delibera 1235/2013 Sono aperti con le OO.SS. due tavoli di lavoro che riguardano il personale attualmente presente nei vari PET.
<b>Elisoccorso</b>	E' in via di definizione un documento di riorganizzazione di questo servizio che successivamente sarà portato all'attenzione delle Organizzazioni sindacali e professionali

## 2.5. Area dei Laboratori

<b>Obiettivi</b>	<b>Azioni</b>
<b>Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>E' stato redatto</b> documento con elenco di prestazioni inappropriate e ridondanti sono stati definiti i pannelli di esami in logica sequenziale, richiesto parere al Consiglio Sanitario Regionale</li> <li>• Entro aprile Delibera regionale per l'appropriatezza prescrittiva</li> <li>• Entro aprile Delibera Catalogo unico regionale delle prestazioni di laboratorio</li> </ul>
	• <b>Effettuata ricognizione</b> dei sistemi informativi

<b>Informatizzazione della rete dei laboratori</b>	delle Aziende e definita struttura di base Integrazione sistemi informativi a supporto della riorganizzazione entro fine anno 2013
<b>Razionalizzazione della rete dei Laboratori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il gruppo di lavoro ha effettuato la ricognizione dei laboratori, ricostruito l'intero volume di esami di laboratorio erogati per interni ed esterni anno 2012, per poter fornire alle Aree Vaste i parametri su cui basare la proposta di allocazione dei laboratori in Area Vasta.</li> <li>• Delibera di riorganizzazione delle attività di laboratorio entro giugno</li> </ul>
<b>Ottimizzazione della rete territoriale dei punti prelievo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il gruppo di lavoro ha effettuato ricognizione dell'assetto attuale e sta lavorando per elaborare la proposta del nuovo assetto con ridefinizione dei trasporti</li> </ul>
<b>MEDICINA TRASFUSIONALE</b>	
<b>Riorganizzazione del sistema trasfusionale con attivazione di un'Officina Trasfusionale con una sede per Area Vasta (Pisa, Firenze, Siena) e accentramento delle attività di validazione e lavorazione emocomponenti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Redatta Delibera</b> regionale di riorganizzazione del Sistema trasfusionale toscano</li> <li>• In fase di realizzazione strutturale le sedi delle Officine Trasfusionali</li> <li>• In fase di realizzazione sistema informatico unico per Strutture Trasfusionali e Unità di Raccolta</li> <li>• Inizio del trasferimento delle funzioni di validazione e lavorazione delle unità di emocomponenti dal mese di maggio</li> </ul>
<b>GENETICA MEDICA</b>	
<b>Miglioramento dell'appropriatezza delle indagini di genetica sul territorio regionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Redatta Delibera</b> regionale Pacchetti test genetici</li> <li>• <b>Definita la rete</b> degli ambulatori territoriali</li> <li>• Effettuata ricognizione dei sistemi informatici presenti e definita architettura futura entro giugno</li> <li>• Integrazione sistemi informativi a supporto della riorganizzazione entro fine anno</li> <li>• Delibera di riorganizzazione delle attività di genetica medica entro giugno</li> </ul>
<b>ANATOMIA PATOLOGICA</b>	
<b>Concentrazione attività in strutture idonee</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Effettuata ricognizione</b> dei sistemi informatici presenti e definita architettura futura</li> <li>• Integrazione sistemi informativi a supporto della riorganizzazione entro fine anno</li> <li>• Entro 30 marzo le Aree Vaste pres. proposte di accentramento delle sale settorie di secondo livello e dell'unica sala regionale per riscontri autoptici ad alto rischio di contaminazione biologica</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il gruppo di lavoro CSR per l'elaborazione di Raccomandazioni su appropriatezza dell'esame</li> </ul>

	<p>estemporaneo <b>ha prodotto il documento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In definizione documento per elaborazione di Raccomandazioni sul appropriatazza dei test di patologia molecolare</li> <li>• Entro aprile Delibera Catalogo unico regionale delle prestazioni di Anatomia Patologica</li> <li>• Delibera regionale per la definizione della rete regionale entro giugno</li> </ul>
<b>LABORATORIO DI PREVENZIONE ONCOLOGICA (ISPO)</b>	
<b>Riorganizzazione labs Prevenzione Oncologica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avviato il programma HPV primario - livello regionale con attivazione della centralizzazione del test HPV</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In via di definizione architettura informatica e connessioni bidirezionali tra tutti i centri di screening aziendali e ISPO</li> </ul>

## Le azioni nel settore Farmaceutica, Beni e Servizi

In applicazione della **delibera 1235/2012** sono state svolte le seguenti attività:

- è stata eseguita a livello regionale una azione di benchmarking per farmaci e dispositivi medici;
- è stata effettuata la rinegoziazione dei prezzi a livello di ESTAV;
- è stato costituito un Gruppo Tecnico Regionale per l'adozione di linee di indirizzo per l'appropriatezza dell'impiego e l'uso razionale delle risorse dei dispositivi medici (Delibera Giunta Regionale n. 379/2012 e Decreto dirigenziale n. 2752/2012).

Sono in fase di ultimazione alcune note di valutazione sull'appropriatezza di impiego delle seguenti categorie di dispositivi medici:

- 1 valvole aortiche
- 2 valvole mitraliche
- 3 Stent coronarici
- 4 Stent vascolari carotidei
- 5 Stent vascolari arti inferiori
- 6 Protesi vascolari sintetiche e biologiche
- 7 Endoprotesi vascolari
- 8 Patch vascolari
- 9 Dispositivi apparato cardio-circolatorio
- 10 Protesi di Ginocchio
- 11 Protesi di spalla
- 12 Medicazioni per ferite-piaghe e ulcere
- 13 Stent intracranici

-è stata adottata la Delibera Giunta regionale n. 1234/2012 con la quale sono state adottate Linee di indirizzo per l'espletamento delle procedure di acquisizione e la gestione a livello regionale di alcune categorie di dispositivi medici.

- è in fase di realizzazione un sistema dinamico di acquisizione dei beni;
- è stato potenziato il monitoraggio dei prezzi e dei consumi di dispositivi;
- sono stati impartiti ulteriori indirizzi alle Aziende sanitarie per l'incremento del consumo di farmaci generici e biosimilari, del consumo di prodotti emoderivati di origine estrattiva, e obiettivi di appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici.

Nella seduta di Giunta di ieri 25 marzo, è stata approvata specifica delibera, attualmente in via di certificazione.

Relativamente alla spesa farmaceutica complessiva, territoriale ed ospedaliera, si riportano di seguito i dati relativi agli ultimi tre anni:

### **Spesa per farmaci a carico del SSR**

<b><u>Anno</u></b>	<b><u>Spesa</u></b>	<b><u>Var %</u></b>
2010	1.264.248.596	
2011	1.245.665.682	-1,5%
2012	1.164.839.547	-6,5%

*Per il 2013, l'obiettivo è il 5% di riduzione della spesa complessivamente intesa*

Prosegue l'enorme sforzo di razionalizzazione degli acquisti perseguito dai nostri 3 Estav, che ha contribuito in maniera significativa a raggiungere gli obiettivi prefissati. Questo in contemporanea allo sviluppo di un importante processo di revisione e implementazione dei Sistemi informativi, delle ICT e delle tecnologie sanitarie che vede ancora gli Estav protagonisti.

Con l'occasione si comunica che l'elenco dei professionisti idonei ad essere nominati alla carica di Direttore Generale è stato recentemente stilato secondo i dettami della cd. Legge Balduzzi.

Secondo la legge l'elenco è stato redatto da una commissione comprendente anche membri esterni: vale la pena ricordare che la Regione Toscana risulta essere la prima che adotta i criteri della legge Balduzzi.

Si fa presente che delle 21 posizioni di Direttore Generale, 8 sono di prima nomina, e 7 sono stati nominati nel 2012.

Riguardo la distribuzione dei farmaci e dispositivi medici attraverso le farmacie aperte al pubblico con la cosiddetta "distribuzione per conto", si tiene a precisare che questa è regolamentata dall'accordo sottoscritto fra le OO.SS. delle farmacie pubbliche e private e la Regione, approvato con la Delibera di Giunta Regionale n° 469 del 6 giugno 2011.

Detto accordo sostituisce il precedente accordo regionale approvato con delibera n° 88 del 1 febbraio 2010.



Circa le modalità di approvvigionamento del farmaco da parte delle farmacie in regime di Distribuzione Per Conto, si conferma che ciascun ente compra i farmaci tramite appalto in relazione alla miglior offerta, che l'Asl affida poi la distribuzione ai grossisti e che questi ultimi predispongono presso i magazzini settori appositi per i farmaci in DPC.

### **3. L'Assetto istituzionale**

Nel corso del dibattito consiliare di dicembre 2012, durante l'approvazione dei provvedimenti legislativi di fine anno, sono stati approvati due punti relativi a questo tema: disposizione all'interni del DPEF circa il superamento dell'assetto consortile delle Società della Salute e una Mozione in cui si chiede alla Giunta di riferire al Consiglio circa la semplificazione del sistema degli enti del servizio Sanitario Regionale.

#### **3.1. Società della Salute**

Le SdS hanno rappresentato il tentativo di realizzare una grande infrastruttura pubblica per unire le strutture organizzative di Comuni e Asl, avere una strategia comune nel settore socio-sanitario, dare un sistema di governance alla azione sanitaria e socio-sanitaria e allargare la base della partecipazione. Assieme a successi ed avanzamenti si sono registrate anche difficoltà; una parte dei consorzi ha prodotto buoni risultati.

Il sopravvenire di normative nazionali in tema di soppressione di consorzi di funzione tra comuni e l'obbligo della gestione associata delle funzioni fondamentali degli stessi, pone la necessità di un processo di evoluzione del modello consortile procedendo contemporaneamente ad una semplificazione del sistema. Restano, si ribadiscono e si rafforzano i principi e le esigenze per cui sono state create.

E' stata elaborata una soluzione al tema SdS, proposta alla Conferenza dei Presidenti delle SdS, Anci ed Uncem. Obiettivo è avere al più presto la proposta da presentare al Consiglio Regionale. Gli elementi principali della proposta sono:

- **Creazione della conferenza per l'integrazione socio-sanitaria** (comuni-Ausl) con le seguenti competenze:
  - Approvazione degli indirizzi e programmazione socio sanitaria (PIS)
  - Definizione dell'impiego del budget di socio-sanitario territoriale
  - Approvazione della programmazione operativa annuale

- Regolamento dell'accesso ai servizi e governo della domanda
  - Controllo, monitoraggio e valutazione
  - Modalità di gestione integrata dei servizi socio-sanitari e individuazione delle risorse umane e materiali da dedicare a questo processi integrati
- **Creazione dell'Ufficio Integrato di Piano**
  - **Rafforzamento della Zona Distretto**
  - **Possibilità di sottoscrivere specifici accordi di collaborazione /convenzione tra Comuni e Asl per le attività socio -assistenziali senza alcuna rilevanza sanitaria**
  - **Revisione della governance** multilivello dei comuni e della conferenza aziendale dei sindaci
  - L'attuale consorzio può essere sciolto, o in alternativa i comuni possono mantenerlo (senza la Ausl) e trasformarlo in un consorzio di sola erogazione di servizi sociali
  - Vengono stabilite **clausole di salvaguardia del personale dipendente**

### **3.2. Riorganizzazione degli enti del Servizio Sanitario**

Alla Giunta è stato richiesto con specifica mozione del Consiglio di riferire sull'argomento. Stiamo effettuando le necessarie riflessioni e valutazioni e si conferma che nei tempi previsti su questo tema sarà data specifica comunicazione al Consiglio Regionale.

## **4. Conclusioni**

Al termine di questa lunga comunicazione si può concludere con decisione ed orgoglio da parte dell'Assessore e di tutto il gruppo dirigente che:

- Le riforme in atto sono rese impellenti ed accelerate da una drastica riduzione della disponibilità effettiva di risorse. Effetti di una serie di provvedimenti governativi sugli anni 2012-2014
- Malgrado le difficoltà di cui sopra il sistema continua a produrre risultati in quantità e qualità, e questo anche nel 2012; questo non ci esime dal perseguire il continuo miglioramento del sistema nel complesso
- Durante il 2012 si sono tenute e migliorate le performances del sistema riducendo i costi operativi

- Lo stato del conto economico dell'insieme delle aziende e della gestione centrale è stato riconosciuto in pareggio dal MEF e non ci sono deficit pregressi da sanare o gestire
- Lo stato formale e sostanziale della contabilità è soggetto a molti controlli, diversi dei quali non obbligatori per legge ma che noi abbiamo deciso di implementare
- La riforma in atto è ampia e profonda, dopo averla approvata in poco tempo è ora in fase di implementazione e sta sostanzialmente rispettando i tempi previsti. Siamo determinati ad andare velocemente avanti in questa direzione
- Il lavoro impostato è notevole e va sottolineato, anzi rivendicato, che in questi ultimi mesi il sistema ha:
  - Affrontato una crisi economica senza precedenti
  - Mantenuto il livello dei servizi e migliorato molte performances
  - Continuato ad investire ed innovare
  - Contenuto i costi operativi
  - Rinnovato e potenziato il sistema dei controlli
  - Pensato, approvato, affrontato e iniziato una profonda ed epocale riorganizzazione
- Questo sforzo non ci esime dall'affrontare e risolvere i punti critici che esistono e le difficoltà ambientali e territoriali che ogni riforma crea
- Abbiamo tutti gli strumenti per sostenere con serenità e determinazione i mesi e gli anni che ci attendono, sicuramente non facili, ma abbiamo le donne gli uomini con cui affrontare queste situazioni