



# *Ministero della Salute*

**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
UFFICIO VII**

**MINISTERO DELLA SALUTE  
DI CONCERTO CON MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE  
E  
REGIONE TOSCANA**

**ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO DELL'ACCORDO  
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI**

**PROGRAMMA INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE N. 67/1988**

**ARTICOLATO CONTRATTUALE**

*Rome*

**ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO  
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI**

**PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE N. 67/88**

**VISTO** l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 24 miliardi di euro;

**VISTO** il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e, in particolare, l'articolo 5, bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, il quale dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/88;

**VISTO** l'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430, come sostituito dall'articolo 3 della legge 12 maggio 1999, n. 144, che trasferisce ai Ministeri competenti i compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria già attribuita al Comitato interministeriale per la programmazione economica;

**VISTA** la deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141, concernente il regolamento di riordino delle competenze del CIPE, che individua tra le attribuzioni da trasferire al Ministero della Sanità, le ammissioni al finanziamento dei progetti in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'articolo 20 della legge n. 67/88 e successive modificazioni;

**VISTO** il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

**VISTA** la legge 27 dicembre 1997, n. 450, che rende disponibile, per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell'articolo 20 della sopra citata legge n. 67 del 1988 la somma di lire 2.500 miliardi, disponibilità rimodulata dalla legge 23 dicembre 1998, n. 449, come integrata dal decreto-legge del 28 dicembre 1998, n. 450, convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, che dispone ulteriori finanziamenti per l'attuazione del programma di investimenti;

**VISTA** la tabella F) delle leggi finanziarie 23 dicembre 1999 n. 488, 23 dicembre 2000 n. 388, 28 dicembre 2001 n. 448, 27 dicembre 2002 n. 289, 24 dicembre 2003 n. 350, 30 dicembre 2004 n. 311, 23 dicembre 2005 n. 266, 27 dicembre 2006 n. 296, 24 dicembre 2007 n. 244, 22 dicembre 2008 n. 203, 23 dicembre 2009 n. 191, 13 dicembre 2010 n. 220, 12 novembre 2011 n. 183 e 24 dicembre 2012 n. 228;

**VISTA** legge 23 dicembre 1996, n. 662;

**VISTO** il decreto legge 17 maggio 1996, n. 280, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 luglio 1996, n. 382;

**VISTO** il decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163;

**VISTO** il decreto legislativo 4 aprile 2008, n. 81;

**VISTA** la legge 15 maggio 1997, n. 127;

**VISTA** la legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e integrazioni;

**VISTO** il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

**VISTO** il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni e integrazioni;

**VISTO** il Decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367;

**VISTA** la delibera CIPE del 21 marzo 1997, n. 53, pubblicata in G.U. 30 maggio 1997, n. 124;

**VISTA** la delibera CIPE 6 maggio 1998, n. 52 "Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, secondo e terzo triennio", pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* serie generale 169 del 22 luglio 1998;

**VISTA** la circolare del Ministero della Sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691;

**VISTA** la Legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001 n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria;

**VISTO** il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;

**VISTO** il Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008;

**VISTA** la delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 97 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244, per la prosecuzione del programma pluriennale nazionale straordinario di investimenti in sanità – art. 20 legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, che assegna alla regione Toscana € 203.565.374,18;

**VISTO** l'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002;

**VISTA** la Delibera di Giunta Regionale della Toscana n. 859 del 27 ottobre 2008 di recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002";

**VISTO** l'Accordo di programma quadro per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 3 marzo 1999 dal Ministero della Sanità e dalla Regione Toscana, di concerto con il Ministero del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

**VISTO** l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari sottoscritto il 27 maggio 2004 dal Ministero della salute e dalla regione Toscana, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

**VISTO** l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari sottoscritto il 16 aprile 2009 dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dalla regione Toscana, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

**VISTA** l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

**VISTA** l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

**VISTA** l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 5 ottobre 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

**VISTA** la legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria 2006) articolo 1, commi 310, 311 e 312, che detta disposizioni per l'attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della citata legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni;

**VISTA** la nota circolare del Ministero della salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I6.a.h dell'8 febbraio 2006, avente per oggetto "Programma investimenti, art. 20 legge n. 67 del 1988 - Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)";

**VISTA** la deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008 della Regione Toscana avente ad oggetto "'Piano Sanitario Regionale 2008 - 2010";

**VISTA** la deliberazione della Giunta regionale n. 182 del 16 marzo 2009 della Regione Toscana avente ad oggetto "Prosecuzione del programma pluriennale degli investimenti in Sanità della Regione Toscana di cui all'art. 20 L. 67/88 e successive modificazioni. Delibera CIPE 18/12/2008 Riparto delle risorse stanziare dalla Legge Finanziaria 2008 tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per la prosecuzione del programma straordinario di investimenti in sanità di cui all'art. 20 Legge n. 67/88 e successive modificazioni. Approvazione Programma";

**PRESO ATTO** che nella programmazione delle risorse contenuta nel documento programmatico complessivo, che fa parte integrante del presente atto, una quota pari al 28,9% delle risorse è destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, come disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004;

**VISTO** lo stato di attuazione degli interventi relativi al programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67/1988, presente agli atti dei Ministeri competenti;

**ACQUISITO** nella seduta del 20 aprile 2010, il parere favorevole del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della Salute, sul documento programmatico complessivo;

**DATO ATTO** dell'addendum al Documento di programma formulato nel gennaio 2013 di intesa tra il Ministero della salute e la Regione Toscana al fine di definire gli interventi ritenuti prioritari da finanziare con le risorse disponibili nel bilancio dello Stato;

ACQUISITA l'Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 5 bis del D. Lgs. n. 502/1992, come introdotto dal D. Lgs. n. 229/1999, in data \_\_\_\_\_ ;

**Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Toscana**

## **STIPULANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO**

### **Articolo 1 (Finalità ed obiettivi)**

1. Il presente Accordo di programma integrativo, tenuto conto della circolare del Ministero della sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691, è finalizzato al perseguimento dei seguenti 6 obiettivi prioritari:

- Riorganizzazione della rete ospedaliera
- Riqualificazione aziende ospedaliero - universitarie
- Ammodernamento tecnologico
- Piano di miglioramento del Pronto Soccorso
- Implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici
- Completamento della rete territoriale

2. L'Accordo di programma integrativo è costituito da n. 28 interventi facenti parte del programma della Regione Toscana per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, dettagliatamente illustrati nelle schede tecniche allegate che costituiscono parte integrante del presente Atto integrativo e che recano, per ciascun intervento, le seguenti indicazioni:

- a) i soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento;
- b) i contenuti progettuali;
- c) il piano finanziario con indicazione dei flussi di cassa correlati all'avanzamento dei lavori, delle fonti di copertura e dell'impegno finanziario di ciascun soggetto;
- d) le procedure e i tempi di attuazione dell'intervento;
- e) la data presunta di attivazione della struttura e di effettivo utilizzo delle tecnologie;
- f) il responsabile dell'intervento.

### **Articolo 2 (Impegno dei soggetti sottoscrittori dell'Accordo di programma)**

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo di programma integrativo sono:

- per il Ministero della Salute: Dott. Filippo Palumbo, Direttore Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema,
- per il Ministero della economia e delle finanze:
- per la Regione Toscana:

2. I soggetti di cui al comma 1, ciascuno nello svolgimento delle attività di propria competenza, si impegnano a:

- a) rispettare i termini concordati ed indicati nelle schede di intervento del presente Accordo integrativo;
- b) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
- c) procedere periodicamente alla verifica dell'Accordo e, se necessario proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all'articolo 9, gli eventuali aggiornamenti ai soggetti sottoscrittori del presente Accordo con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 5, comma 3;
- d) utilizzare appieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente Accordo per la realizzazione degli interventi programmati;
- e) rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase di attuazione dell'Accordo, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

**Articolo 3**  
**(Copertura finanziaria degli interventi)**

1. L'onere complessivo derivante dal presente Accordo di programma integrativo ammonta a € 157.335.531,37 di opere analiticamente indicate nelle schede tecniche previste all'art. 1, comma 2, di cui: € 129.264.012,60 a carico dello Stato, € 6.049.600,00 a carico della Regione, € 22.021.918,77 a carico delle Aziende Sanitarie. Il piano finanziario per esercizio, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate, è quello di seguito riportato:

ESERCIZIO FINANZIARIO	FONTE FINANZIARIA			
	STATO	REGIONE	AZIENDE SANITARIE	TOTALE
2013	€ 129.264.012,60	€ 6.049.600,00	€ 22.021.918,77	€ 157.335.531,37
<b>TOTALE</b>	<b>€ 129.264.012,60</b>	<b>€ 6.049.600,00</b>	<b>€ 22.021.918,77</b>	<b>€ 157.335.531,37</b>

2. L'importo a carico dello Stato di cui al comma 1, per un valore di € 129.264.012,60 è quota parte delle risorse assegnate alla Regione Toscana con delibera CIPE n. 97/2008.
3. Le risorse residue pari a € 74.301.361,58, di cui alla delibera CIPE n. 97/2008, saranno utilizzate dalla Regione Toscana con un successivo Accordo di programma, in presenza di disponibilità di risorse iscritte sul bilancio dello Stato.
4. In attuazione degli interventi suddetti la Regione, dopo la sottoscrizione dell'Accordo di programma, potrà iscrivere a bilancio nell'esercizio 2013 le somme necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente Accordo.
5. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalle Regioni, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione sostiene l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

**Articolo 4**  
**(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)**

1. I soggetti beneficiari dei finanziamenti statali e regionali di cui al presente Accordo di programma integrativo hanno natura giuridica pubblica, come disposto dalla normativa relativa al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie.

**Articolo 5**  
**(Procedure per l'attuazione dell'Accordo di programma)**

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dei progetti oggetto del presente Accordo di programma integrativo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita dall'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.
2. Per gli interventi oggetto del presente Accordo di programma integrativo la Regione inoltra al Ministero della Salute, l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al precedente comma 1, previa approvazione del progetto.
3. In relazione alle disposizioni di cui al precedente comma 1, le eventuali variazioni del programma, anche sostitutive, in sede di attuazione del medesimo, comprese eventuali articolazioni funzionali di un unico intervento (suddivisione di un intervento in sub interventi), devono essere comunicate al Ministero della Salute, accompagnate da una specifica relazione esplicativa, per la valutazione di competenza ministeriale sulla conformità delle variazioni agli obiettivi generali dell'Accordo. A seguito di valutazione positiva da parte della competente Direzione Generale del Ministero, la Regione procede all'adozione delle modifiche dell'Accordo stesso per le vie formali, nei modi previsti dalla normativa regionale, previa validazione dei dati relativi agli interventi, utilizzando il sistema Osservatorio.

**Articolo 6**  
**(Procedure per l'istruttoria)**

1. Per gli interventi oggetto del presente Accordo di programma integrativo, di cui alle schede allegate, sarà acquisita in atti, dalla Regione, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:
  - il rispetto della normativa vigente in materia di appalti e della relativa normativa europea;
  - il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997 e alla normativa regionale di attuazione.
2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della Regione Toscana o delle Aziende appositamente delegate, contestualmente alla acquisizione, da parte del Ministero della Salute, delle dichiarazioni di cui alla legge n. 492/1993.

**Articolo 7**  
**(Indicatori)**

La Regione ha richiamato nell'allegato documento programmatico gli indicatori per valutare l'impatto degli investimenti nel settore ospedaliero ed extra ospedaliero, in riferimento alla

dotazione di posti letto, al tasso di utilizzo della capacità ricettiva, al riequilibrio fra ospedale e territorio ai fini della riduzione dei ricoveri impropri, in coerenza con gli standard nazionali previsti dalla normativa vigente.

La Regione ha individuato gli strumenti di valutazione, rispetto agli obiettivi specifici, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica degli interventi.

#### **Articolo 8**

##### ***(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)***

1. Al fine di adottare iniziative e provvedimenti idonei a garantire la celere e completa realizzazione dei progetti nonché l'eventuale riprogrammazione e riallocazione delle risorse, è istituito il "Comitato istituzionale di gestione e attuazione", composto di n. 6 membri di cui 3 in rappresentanza del Governo e n. 3 in rappresentanza della Regione Toscana.
2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della Salute o suo delegato.
3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell'Accordo, di cui all'articolo 9. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza regionale.
4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministero della salute, la Regione trasmette al Ministero della Salute, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi facenti parte del presente Accordo.
5. In caso di ingiustificato ritardo nell'attuazione dell'Accordo di programma nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, fermo restando quanto previsto dall'art. 5-bis, comma 3, del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e dall'art. 1, comma 310, della legge 266/2005, il Ministero della Salute assume iniziative a sostegno della Regione al fine di rimuovere le cause delle criticità riscontrate e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

#### **Articolo 9**

##### ***(Soggetto responsabile dell'Accordo)***

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo di programma integrativo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo
2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:
  - a) garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'Accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente Accordo eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzione previsti;
  - b) promuovere le eventuali azioni ed iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;
  - c) redigere una relazione, da presentare al comitato di cui all'articolo 8, che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione del progetto, con la proposta di iniziative correttive da assumere; la relazione deve evidenziare i risultati ottenuti e le azioni svolte;
  - d) segnalare ai sottoscrittori del presente Accordo eventuali situazioni di ritardo, inerzia ed inadempimento a carico di uno dei soggetti coinvolti nell'attuazione dell'Accordo medesimo;
  - e) promuovere iniziative di conciliazione in caso di controversie insorte tra i soggetti coinvolti nell'esecuzione degli interventi.



La relazione, di cui al precedente punto c), indica inoltre le eventuali variazioni apportate al programma e riporta in allegato le schede di cui all'articolo 1, comma 2, conseguentemente modificate, ai sensi del citato articolo 5, comma 3.

**Articolo 10**  
***(Soggetto responsabile dell'intervento)***

1. Per le finalità di cui al presente Accordo di programma integrativo, nelle schede di cui all'articolo 1, comma 2, viene indicato il responsabile dell'intervento.
2. Il responsabile di cui al comma 1 è designato dal soggetto attuatore degli interventi ed ha i seguenti compiti:
  - a) segnalare al responsabile dell'Accordo gli eventuali ritardi o gli ostacoli tecnico-amministrativi che impediscono la regolare attuazione dell'intervento, esplicitando eventuali iniziative correttive assunte;
  - b) compilare, con cadenza annuale, la scheda di monitoraggio dell'intervento e trasmetterla al responsabile dell'Accordo;
  - c) fornire al responsabile dell'Accordo qualsiasi informazione necessaria a definire lo stato di attuazione dell'intervento e comunque ogni altra informazione richiesta dal responsabile medesimo.

**Articolo 11**  
***(Disposizioni generali)***

1. Il presente Accordo di programma integrativo è vincolante per i soggetti sottoscrittori.
2. L'Atto integrativo rimane in vigore sino alla realizzazione delle opere in esso previste e può essere modificato o integrato per concorde volontà dei sottoscrittori, salvo quanto previsto all'articolo 5, comma 3. Alla scadenza dell'Accordo, il soggetto responsabile è incaricato delle eventuali incombenze relative alla definizione dei rapporti pendenti e delle attività non ultimate.

Per:

Il Ministero della Salute: \_\_\_\_\_

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze: \_\_\_\_\_

La Regione Toscana: \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_



## Elenco degli interventi (RIDUZIONE)

AZIENDA	INTERVENTO	FINANZIAMENTI			
		TOTALE	PARZIALE	ART. 20 (riparto 2008)	COFINANZIAMENTO
USL 1 MASSA E CARRARA	Ampliamento e ristrutturazione distretto Avenza	9.415.000,00	3.100.000,00	1.500.000,00	1.600.000,00
	Adeguamento Reti e Infrastrutture		4.285.000,00	4.065.000,00	220.000,00
	Realizzazione nuovo centro diurno nel comune di Casola in Lunigiana		2.030.000,00	1.920.000,00	110.000,00
			<b>7.485.000,00</b>	<b>1.930.000,00</b>	
USL 2 LUCCA	Nuovo centro diurno disabili Capannori	2.800.000,00	1.300.000,00	1.150.000,00	150.000,00
	Adeguamento normativo e funzionale RSA Villetta 2 S.Romano		1.500.000,00	1.400.000,00	100.000,00
			<b>2.550.000,00</b>	<b>250.000,00</b>	
USL 4 PRATO	Ristrutturazione Palazzo Spedalinghi	3.896.000,00	2.500.000,00	2.375.000,00	125.000,00
	PO Misericordia e Dolce - Ristrutturazioni Anatomia Patologica		796.000,00	756.200,00	39.800,00
	Completamento progetto Alzheimer Narnali		600.000,00	505.000,00	95.000,00
			<b>3.636.200,00</b>	<b>259.800,00</b>	
USL 5 PISA	Rinnovo tecnologie sanitarie nei presidi territoriali	5.053.178,00	799.580,00	759.582,00	39.978,00
	PO Volterra - Rinnovo tecnologie sanitarie		2.502.502,00	2.377.377,00	125.125,00
	PO Pontedera - Rinnovo e potenziamento tecnologie sanitarie		1.751.116,00	1.663.560,00	87.556,00
			<b>4.800.519,00</b>	<b>252.659,00</b>	
USL 6 LIVORNO	PO di Livorno - Ristrutturazione generale (FASE 1)	17.000.000,00	17.000.000,00	15.553.031,60	1.446.968,40
USL 7 SIENA	Informatizzazione dei percorsi assistenziali diagnostici terapeutici	13.761.000,00	3.970.000,00	3.000.000,00	970.000,00
	Realizzazione presidio attività distrettuali Siena Nord		5.465.000,00	5.190.000,00	275.000,00
	Realizzazione presidio attività distrettuali Siena Sud		4.326.000,00	2.391.000,00	1.935.000,00
			<b>10.581.000,00</b>	<b>3.180.000,00</b>	
USL 9 GROSSETO	PO Misericordia - Realizzazione Nuovo Blocco per alta intensità di cura (FASE 2)	19.626.144,00	10.576.544,00	7.000.000,00	3.576.544,00
	Rinnovo tecnologie sanitarie nei PPOO dell'azienda		9.049.600,00	3.000.000,00	6.049.600,00
			<b>10.000.000,00</b>	<b>9.626.144,00</b>	
USL 10 FIRENZE	Dotazione tecnologica nuovi DEA nei presidi ospedalieri di Firenze (lotto 1)	6.350.000,00	6.350.000,00	6.000.000,00	350.000,00
USL 12 VIAREGGIO	PO Versilia - Ristrutturazione e adeguamento	3.800.000,00	3.800.000,00	2.800.000,00	1.000.000,00
			<b>2.800.000,00</b>	<b>1.000.000,00</b>	
AOU CAREGGI	E.A.S. - Acquisto e installazione tecnologie Cardio/Neuro (lotto 1)	54.150.000,00	9.500.000,00	9.000.000,00	500.000,00
	E.A.S. - Acquisto e installazione tecnologie Pronto Soccorso (lotto 1)		19.200.000,00	18.150.000,00	1.050.000,00
	CTO - Acquisto e installazione tecnologie (lotto 1)		15.500.000,00	14.650.000,00	850.000,00
	Nuovo Volano Sanitario - Acquisto e installazione tecnologie sanitarie		5.950.000,00	1.450.000,00	4.500.000,00
	Programma acquisti arredi (lotto 1)		2.000.000,00	1.850.000,00	150.000,00
E.A.S. - Fornitura e installazione arredi	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00		
			<b>47.000.000,00</b>	<b>7.150.000,00</b>	
AOU PISANA	Aggiornamento parco tecnologico biomedicale (lotto 1)	10.700.000,00	10.700.000,00	10.100.000,00	600.000,00
			<b>10.100.000,00</b>	<b>600.000,00</b>	
AOU SENESE	Rinnovo tecnologie aziendali (FASE 2)	10.784.209,37	5.205.262,00	3.458.262,00	1.747.000,00
	Nuovo DEA - Acquisto e installazione arredi e attrezzature		5.578.947,37	5.300.000,00	278.947,37
			<b>8.758.262,00</b>	<b>2.025.947,37</b>	
		<b>157.335.531,37</b>	<b>157.335.531,37</b>	<b>129.264.012,60</b>	<b>28.071.518,77</b>



# **Regione Toscana**

**Diritti Valori Innovazione Sostenibilità**

**DOCUMENTO RECANTE: "METODOLOGIA PER LA FORMULAZIONE E LA VALUTAZIONE DI DOCUMENTI PROGRAMMATICI".**

***ADDENDUM***  
***DOCUMENTO PROGRAMMATICO***

***GENNAIO 2013***

## Identificazione dell'Accordo

Il presente documento definisce la programmazione relativa ai **203,5 milioni di euro** assegnati alla Regione Toscana con il riparto del rifinanziamento dell'art. 20 Legge 67/88 per il 2008.

Esso si pone in perfetta continuità con il documento relativo al riparto dell'art. 20 per il 2007 integrandolo e completandolo.

Rispetto ai 7 obiettivi prioritari, che caratterizzano in generale la programmazione regionale e in particolare quella relativa al riparto 2007, quella in oggetto si è sviluppata intorno a 6 di essi, considerando già esauriti l'obiettivo 7 (progetto odontoiatria) e l'obiettivo 6 per la parte relativa alla rete per le cure palliative.

La proposta è stata trasmessa dal Ministero della salute al Ministero dell'economia e delle finanze in data 31 maggio 2010 per l'acquisizione del previsto concerto tecnico-finanziario. Con nota prot. n. 890 dell'11 gennaio 2013 il Ministero dell'economia e delle finanze ha comunicato la disponibilità finanziaria complessiva per la copertura di Accordi di programma, di cui una quota parte è assegnata alla Regione per il finanziamento degli interventi che sono ritenuti prioritari per un importo a carico dello Stato pari a € 129.264.012,60.

In relazione a detta disponibilità la Regione Toscana ha definito l'elenco degli interventi, come indicato nell'elenco allegato, da finanziare con dette risorse.

## Quadro finanziario

Oltre al finanziamento statale assegnato dalla Delibera CIPE n. 97/2008 ed al finanziamento regionale concorrono alla realizzazione degli interventi anche risorse derivanti dalle Aziende Sanitarie come di seguito indicato:

ESERCIZIO FINANZIARIO	FONTE FINANZIARIA			
	STATO	REGIONE	AZIENDE SANITARIE	TOTALE
2013	€ 129.264.012,60	€ 6.049.600,00	€ 22.021.918,77	€ 157.335.531,37
<b>TOTALE</b>	<b>€ 129.264.012,60</b>	<b>€ 6.049.600,00</b>	<b>€ 22.021.918,77</b>	<b>€ 157.335.531,37</b>



Nuovo  
Sistema  
Informativo  
Sanitario

**TOSCANA - PROSECUZIONE PROGRAMMA  
PLURIENNALE DEGLI INVESTIMENTI IN SANITA'  
DELLA REGIONE TOSCANA DI CUI ALL'ART.20  
L.67/88 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI - DELIBERA  
CIPE N. 97 DEL 18-12-2008.- RIPARTO DELLE  
RISORSE STANZIATE DALLA LEGGE FINANZIARIA  
2008.**

Programma di Riferimento: PROSECUZIONE PROGRAMMA PLURIENNALE  
DEGLI INVESTIMENTI IN SANITA' DELLA REGIONE TOSCANA DI CUI  
ALL'ART.20 L.67/88 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI - DELIBERA CIPE  
N. 98 DEL 18-12-2008.- RIPARTO DELLE RISORSE STANZIATE DALLA  
LEGGE FINANZIARIA 2008.

Tipo Atto: ACCORDO DI PROGRAMMA (ART. 5 BIS L.502/92)

Numero Interventi: 28

Costo Complessivo Atto: 157.335.531,37

Costo a Carico dello stato dell'atto: 129.264.012,60

Costo Complessivo degli interventi: 157.335.531,37

Costo a Carico dello Stato Interventi: 129.264.012,60

Piano Finanziario dell'atto

Anno	Importo	Fonte
2013	3.000.000,00	REGIONE
2014	3.049.600,00	REGIONE
2013	57.192.449,00	STATO
2014	54.050.532,00	STATO
2015	18.021.031,60	STATO
2013	6.733.850,37	ENTE APPALTANTE

fg

2014	9.456.100,00	ENTE APPALTANTE
2015	5.831.968,40	ENTE APPALTANTE

### Riepilogo Finanziamenti Statali

Codice Linea Investimento	Importo	Provvedimento	Importo
A20	129.264.012,60	Deliberazione CIPE n. 97 del 18/12/2008 - Riparto Risorse Finanziaria 2008	129.264.012,60

### Lista Interventi

**Titolo: RISTRUTTURAZIONE ED AMPLIAMENTO DISTRETTO DI AVENZA-CARRARA**

Descrizione: RISTRUTTURAZIONE ED AMPLIAMENTO DISTRETTO DI AVENZA-CARRARA ED ADEGUAMENTO SISMICO

Codice Intervento: 090.090101.U.083

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTI

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: CARRARA

Stazione Appaltante: ASL MASSA CARRARA

Ente Responsabile: 090101 - MASSA CARRARA

Sede Erogazione: MASSA CARRARA

Soggetto Responsabile: ANTONIO GUARASCIO

Costo Complessivo: 3.100.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.500.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 090.090101.U.083.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 1.500.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	1.100.000,00	STATO
2014	400.000,00	STATO
2013	1.000.000,00	ENTE APPALTANTE
2014	600.000,00	ENTE APPALTANTE

---



**Titolo: ADEGUAMENTO RETI E INFRASTRUTTURE**

Descrizione: ACQUISTO APPARATI SWITCH DI CORE PER SALA MACCHINE E FIREWALL  
DIPARTIMENTALI PER POLITICHE SICUREZZA. PROGETT. E REALIZZAZIONE  
INFRASTRUTTURA RETE GEOGRAFICA. AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO REPARTI  
OSPED. CON RETI WIRELESS ECC

Codice Intervento: 090.090101.U.084

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI TECNOLOGIE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: MASSA

Stazione Appaltante: ASL MASSA CARRARA

Ente Responsabile: 090101 - MASSA CARRARA

Sede Erogazione: MASSA CARRARA

Soggetto Responsabile: GUGLIELMO DEL FREO

Costo Complessivo: 4.285.000,00

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 4.065.000,00

Finanziamento Statale

---

Codice Quota: 090.090101.U.084.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 4.065.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	1.055.000,00	STATO
2014	3.010.000,00	STATO
2014	220.000,00	ENTE APPALTANTE



**Titolo: REALIZZAZIONE DI CENTRO DIURNO DISABILI NEL COMUNE DI CASOLA**

**Descrizione: ACQUISIZIONE E RISTRUTTURAZIONE DI EDIFICIO DA ADIBIRE A CENTRO DIURNO PER DISABILI**

**Codice Intervento: 090.090101.U.085**

**Codice Cup:**

**Tipo: RISTRUTTURAZIONE**

**Categoria: SERVIZI TERRITORIALI ALTRE STRUTTURE**

**Posti Letto:**

**Superficie Lorda interessata(mq):**

**Comune: CASOLA IN LUNIGIANA**

**Stazione Appaltante: ASL MASSA CARRARA**

**Ente Responsabile: 090101 - MASSA CARRARA**

**Sede Erogazione: MASSA CARRARA**

**Soggetto Responsabile: ANTONIO GUARASCIO**

**Costo Complessivo: 2.030.000,00**

**Importo Finanziamenti Progressi: 0,00**

**Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.920.000,00**

**Finanziamento Statale**

---

**Codice Quota: 090.090101.U.085.01**

---

**Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988**

**Importo a carico dello Stato: 1.920.000,00**

**Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008**

**Piano Finanziario della Quota**

<b>Anno</b>	<b>Importo</b>	<b>Fonte</b>
2013	400.000,00	STATO
2014	1.520.000,00	STATO
2014	110.000,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: REALIZZAZIONE NUOVO CENTRO DIURNO DISABILI - CAPANNORI**

Descrizione: REALIZZAZIONE NUOVO CENTRO DIURNO DISABILI - CAPANNORI

Codice Intervento: 090.090102.U.099

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI ALTRE STRUTTURE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: CAPANNORI

Stazione Appaltante: ASL LUCCA

Ente Responsabile: 090102 - LUCCA

Sede Erogazione: LUCCA

Soggetto Responsabile: GABRIELE MARCHETTI

Costo Complessivo: 1.300.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.150.000,00

**Finanziamento Statale**

---

Codice Quota: 090.090102.U.099.01

Linea di Investimento: **PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988**

**Importo a carico dello Stato: 1.150.000,00**

Provvedimento Assegnazione Risorse: **DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008**

**Piano Finanziario della Quota**

Anno	Importo	Fonte
2014	1.150.000,00	STATO
2014	150.000,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: ADEGUAMENTO NORMATIVO E FUNZIONALE DELLA RSA  
VILLETTA 2 - S.ROMANO GARFAGNANA**

**Descrizione: INTERVENTO DI COMPLESSIVO ADEGUAMENTO STRUTTURALE, EDILIZIO,  
IMPIANTISTICO DI UN EDIFICIO SU DUE PIANI IN CEMENTO ARMATO, ATTUALMENTE  
GIÀ ADIBITO A RESIDENZA PER ANZIANI.**

**Codice Intervento: 090.090102.U.102**

**Codice Cup:**

**Tipo: RISTRUTTURAZIONE**

**Categoria: RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI RSA PER DISABILI**

**Posti Letto:**

**Superficie Lorda interessata(mq):**

**Comune: SAN ROMANO IN GARFAGNANA**

**Stazione Appaltante: ASL LUCCA**

**Ente Responsabile: 090102 - LUCCA**

**Sede Erogazione: RSA VILLETTA - LOC. VILLETTA - LU**

**Soggetto Responsabile: GABRIELE MARCHETTI**

**Costo Complessivo: 1.500.000,00**

**Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00**

**Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.400.000,00**

**Finanziamento Statale**

---

**Codice Quota: 090:090102.U.102.01**

**Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988**

**Importo a carico dello Stato: 1.400.000,00**

**Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008**

**Piano Finanziario della Quota**

<b>Anno</b>	<b>Importo</b>	<b>Fonte</b>
2014	1.200.000,00	STATO
2015	200.000,00	STATO
2015	100.000,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: P.O. MISERICORDIA E DOLCE - RISTRUTTURAZIONE ANATOMIA PATOLOGICA**

**Descrizione: LAVORI DI MANUTENZIONE DELLA PALAZZINA OSPITANTE IL REPARTO DI ANATOMIA PATOLOGICA, UTILI AL MIGLIORAMENTO DEL SERVIZIO E PER L'ACCREDITAMENTO DELLA STRUTTURA SANITARIA**

**Codice Intervento: 090.090104.U.071**

**Codice Cup:**

**Tipo: RISTRUTTURAZIONE**

**Categoria: SERVIZI GENERALI OSPEDALIERI MESSA A NORMA**

**Posti Letto:**

**Superficie Lorda interessata(mq):**

**Comune: PRATO**

**Stazione Appaltante: ASL PRATO**

**Ente Responsabile: 090104 - PRATO**

**Sede Erogazione: OSPEDALE MISERICORDIA E DOLCE - P.ZA OSPEDALE 5 PRATO - PO**

**Soggetto Responsabile: ARMANDO FORGIONE**

**Costo Complessivo: 796.000,00**

**Importo Finanziamenti Progressi: 0,00**

**Tot. Importo a Carico dello Stato: 756.200,00**

**Finanziamento Statale**

---

**Codice Quota: 090.090104.U.071.01**

**Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988**

**Importo a carico dello Stato: 756.200,00**

**Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008**

**Piano Finanziario della Quota**

<b>Anno</b>	<b>Importo</b>	<b>Fonte</b>
2013	756.200,00	STATO
2013	39.800,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: RISTRUTTURAZIONE PALAZZO SPEDALINGHI**

Descrizione: LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE DEL PALAZZO SPEDALINGHI PER LA RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA DEL PATRIMONIO AZIENDALE

Codice Intervento: 090.090104.U.073

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: SERVIZI GENERALI OSPEDALIERI ALTRO

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: PRATO

Stazione Appaltante: ASL PRATO

Ente Responsabile: 090104 - PRATO

Sede Erogazione: OSPEDALE MISERICORDIA E DOLCE - P.ZA OSPEDALE 5 PRATO - PO

Soggetto Responsabile: ARMANDO FORGIONE

Costo Complessivo: 2.500.000,00

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.375.000,00

**Finanziamento Statale**

---

Codice Quota: 090.090104.U.073.01

---

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

**Importo a carico dello Stato: 2.375.000,00**

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008

**Piano Finanziario della Quota**

Anno	Importo	Fonte
2013	200.000,00	STATO
2014	273.000,00	STATO
2015	1.902.000,00	STATO
2015	125.000,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: COMPLETAMENTO PROGETTO ALZHEIMER NELLA RESIDENZA  
SANITARIA ASSISTENZIALE DI NARNALI**

**Descrizione: COMPLETAMENTO DEL PROGRAMMA DI REALIZZAZIONE DI AMBIENTI  
TERAPEUCI PER PAZIENTI AFFETTI DALLA MALATTIA DI ALZHEIMER**

Codice Intervento: 090.090104.U.074

Codice Cup:

Tipo: COMPLETAMENTO

Categoria: RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI RSA PER DISABILI

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: PRATO

Stazione Appaltante: ASL PRATO

Ente Responsabile: 090104 - PRATO

Sede Erogazione: R.S.A. NARNALI - VIA DELLA PACE - PO

Soggetto Responsabile: ARMANDO FORGIONE

Costo Complessivo: 600.000,00

Importo Finanziamenti Progressivi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 505.000,00

Finanziamento Statale

---

Codice Quota: 090.090104.U.074.01

---

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 505.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	200.000,00	STATO
2014	305.000,00	STATO
2014	95.000,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: P.O. VOLTERRA- RINNOVO TECNOLOGIE SANITARIE**

**Descrizione: ACQUISTO DI ATTREZZATURE SANITARIE DI ALTA TECNOLOGIA IN SOSTITUZIONE DI QUELLE OBSOLETE**

**Codice Intervento: 090.090105.U.091**

**Codice Cup:**

**Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE**

**Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE**

**Posti Letto:**

**Superficie Lorda interessata(mq):**

**Comune: VOLTERRA**

**Stazione Appaltante: ASL PISA**

**Ente Responsabile: 090105 - PISA**

**Sede Erogazione: PRESIDIO OSPEDALIERO "S.MARIA MADDALENA" - BORGO S.LAZZARO,5 VOLTERRA - PI**

**Soggetto Responsabile: STEFANO BELLUCCI**

**Costo Complessivo: 2.502.502,00**

**Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00**

**Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.377.377,00**

**Finanziamento Statale**

---

**Codice Quota: 090.090105.U.091.01**

---

**Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988**

**Importo a carico dello Stato: 2.377.377,00**

**Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008**

**Piano Finanziario della Quota**

<b>Anno</b>	<b>Importo</b>	<b>Fonte</b>
2013	2.377.377,00	STATO
2013	125.125,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: P.O. PONTEDERA- RINNOVO TECNOLOGIE SANITARIE**

**Descrizione: ACQUISTO DI ATTREZZATURE SANITARIE DI ALTA TECNOLOGIA IN SOSTITUZIONE DI QUELLE OBSOLETE**

**Codice Intervento: 090.090105.U.092**

**Codice Cup:**

**Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE**

**Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE**

**Posti Letto:**

**Superficie Lorda interessata(mq):**

**Comune: PONTEDERA**

**Stazione Appaltante: ASL PISA**

**Ente Responsabile: 090105 - PISA**

**Sede Erogazione: PRESIDIO OSPEDALIERO "FELICE LOTTI" - VIA ROMA,180  
PONTEDERA - PI**

**Soggetto Responsabile: STEFANO BELLUCCI**

**Costo Complessivo: 1.751.116,00**

**Importo Finanziamenti Progressi: 0,00**

**Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.663.560,00**

**Finanziamento Statale**

---

**Codice Quota: 090.090105.U.092.01**

---

**Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988**

**Importo a carico dello Stato: 1.663.560,00**

**Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008**

**Piano Finanziario della Quota**

<b>Anno</b>	<b>Importo</b>	<b>Fonte</b>
2013	663.560,00	STATO
2014	1.000.000,00	STATO
2014	87.556,00	ENTE APPALTANTE

---



**Titolo: RINNOVO TECNOLOGIE SANITARIE**

**Descrizione: ACQUISTO DI ATTREZZATURE SANITARIE IN SOSTITUZIONE DI ALTRE OBSOLETE**

**Codice Intervento: 090.090105.U.094**

**Codice Cup:**

**Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE**

**Categoria: SERVIZI TERRITORIALI TECNOLOGIE**

**Posti Letto:**

**Superficie Lorda interessata(mq):**

**Comune: PISA**

**Stazione Appaltante: ASL PISA**

**Ente Responsabile: 090105 - PISA**

**Sede Erogazione: PISA**

**Soggetto Responsabile: STEFANO BELLUCCI**

**Costo Complessivo: 799.560,00**

**Importo Finanziamenti Progressi: 0,00**

**Tot. Importo a Carico dello Stato: 759.582,00**

**Finanziamento Statale**

---

**Codice Quota: 090.090105.U.094.01**

**Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988**

**Importo a carico dello Stato: 759.582,00**

**Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008**

**Piano Finanziario della Quota**

<b>Anno</b>	<b>Importo</b>	<b>Fonte</b>
2013	759.582,00	STATO
2013	39.978,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: PO DI LIVORNO RISTRUTTURAZIONE GENERALE FASE 1**

**Descrizione: COMPLETAMENTO DEL PROCESSO DI RISTRUTTURAZIONE / NUOVA EDIFICAZIONE DELL'INTERO PRESIDIO OSPEDALIERO DI LIVORNO**

**Codice Intervento: 090.090106.U.093**

**Codice Cup:**

**Tipo: RISTRUTTURAZIONE**

**Categoria: OSPEDALI OPERE**

**Posti Letto:**

**Superficie Lorda interessata(mq):**

**Comune: LIVORNO**

**Stazione Appaltante: ASL LIVORNO**

**Ente Responsabile: 090106 - LIVORNO**

**Sede Erogazione: OSPEDALE LIVORNO - VIALE ALFIERI LIVORNO - LI**

**Soggetto Responsabile: RINALDO GIAMBASTIANI**

**Costo Complessivo: 17.000.000,00**

**Importo Finanziamenti Progressi: 0,00**

**Tot. Importo a Carico dello Stato: 15.553.031,60**

**Finanziamento Statale**

---

**Codice Quota: 090.090106.U.093.01**

**Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988**

**Importo a carico dello Stato: 15.553.031,60**

**Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008**

**Piano Finanziario della Quota**

<b>Anno</b>	<b>Importo</b>	<b>Fonte</b>
2013	7.000.000,00	STATO
2014	7.000.000,00	STATO
2015	1.553.031,60	STATO
2015	1.446.968,40	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: INFORMATIZZAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI  
DIAGNOSTICI TERAPEUTICI DEL PAZIENTE**

Descrizione: INTERVENTO DI INFORMATIZZAZIONE DELLA TOTALITA' DEI REPARTI  
OSPEDALIERI E AMBULATORIALI VOLTI AD ORGANIZZARE I PERCORSI  
ASSISTENZIALI DEL PAZIENTE RACCOGLIENDO I DATI CLINICI A LIVELLO REGIONALE

Codice Intervento: 090.090107.U.083

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: SERVIZI GENERALI OSPEDALIERI SISTEMA INFORMATIVO

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: SIENA

Stazione Appaltante: ASL SIENA

Ente Responsabile: 090107 - SIENA

Sede Erogazione: SIENA

Soggetto Responsabile: MAURO CALIANI

Costo Complessivo: 3.970.000,00

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 3.000.000,00

**Finanziamento Statale**

---

Codice Quota: 090.090107.U.083.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

**Importo a carico dello Stato: 3.000.000,00**

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008

**Piano Finanziario della Quota**

Anno	Importo	Fonte
2013	1.030.000,00	STATO
2014	1.970.000,00	STATO
2014	970.000,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: REALIZZAZIONE PRESIDIO ATTIVITA' DISTRETTUALI SIENA NORD**

Descrizione: L'INTERVENTO PREVEDE LA RISTRUTTURAZIONE DI UN EDIFICIO EX SCUOLA DA ADIBIRE A SEDE DEL PRESIDIO DISTRETTUALE PER LA ZONA NORD DI SIENA, CENTRO DI RIABILITAZIONE E CENTRO SALUTE MENTALE

Codice Intervento: 090.090107.U.084

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTI

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: SIENA

Stazione Appaltante: ASL SIENA

Ente Responsabile: 090107 - SIENA

Sede Erogazione: SIENA

Soggetto Responsabile: ALESSANDRO FRATI

Costo Complessivo: 5.465.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 5.190.000,00

Finanziamento Statale

---

Codice Quota: 090.090107.U.084.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 5.190.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	600.000,00	STATO
2014	2.590.000,00	STATO
2015	2.000.000,00	STATO
2015	275.000,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo:** REALIZZAZIONE PRESIDIO ATTIVITA' DISTRETTUALI SIENA SUD

**Descrizione:** L'INTERVENTO PREVEDE LA COSTRUZIONE DI UN NUOVO EDIFICIO DA ADIBIRE A SEDE DI ATTIVITA' DISTRETTUALI PER LA ZONA SUD DI SIENA E SEDE CENTRALE OPERATIVA DEL 118

**Codice Intervento:** 090.090107.U.085

**Codice Cup:**

**Tipo:** NUOVA COSTRUZIONE

**Categoria:** SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTI

**Posti Letto:**

**Superficie Lorda interessata(mq):**

**Comune:** SIENA

**Stazione Appaltante:** ASL SIENA

**Ente Responsabile:** 090107 - SIENA

**Sede Erogazione:** SIENA

**Soggetto Responsabile:** ALESSANDRO FRATI

**Costo Complessivo:** 4.326.000,00

**Importo Finanziamenti Progressi:** 0,00

**Tot. Importo a Carico dello Stato:** 2.391.000,00

**Finanziamento Statale**

---

**Codice Quota:** 090.090107.U.085.01

---

**Linea di Investimento:** PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

**Importo a carico dello Stato:** 2.391.000,00

**Provvedimento Assegnazione Risorse:** DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008

**Piano Finanziario della Quota**

Anno	Importo	Fonte
2014	1.300.000,00	STATO
2015	1.091.000,00	STATO
2014	1.000.000,00	ENTE APPALTANTE
2015	935.000,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: PO MISERICORDIA- REALIZZAZIONE NUOVO BLOCCO PER ALTA INTENSITÀ DI CURE (FASE 2)**

**Descrizione: COSTRUZIONE DI UN EDIFICIO PER LA REALIZZAZIONE DI SALE OPERATORIE TERAPIE INTENSIVA E DEGENZE PER ALTA INTENSITÀ DI CURA- COMPLETAMENTO**

**Codice Intervento: 090.090109.U.077**

**Codice Cup:**

**Tipo: COMPLETAMENTO**

**Categoria: OSPEDALI OPERE**

**Posti Letto:**

**Superficie Lorda interessata(mq):**

**Comune: GROSSETO**

**Stazione Appaltante: ASL GROSSETO**

**Ente Responsabile: 090109 - GROSSETO**

**Sede Erogazione: OSPEDALE DELLA MISERICORDIA - VIA SENESE, 169 - GROSSETO GROSSETO - GR**

**Soggetto Responsabile: TANCREDI CELLESI**

**Costo Complessivo: 10.576.544,00**

**Importo Finanziamenti Progressi: 0,00**

**Tot. Importo a Carico dello Stato: 7.000.000,00**

**Finanziamento Statale**

**Codice Quota: 090.090109.U.077.01**

**Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988**

**Importo a carico dello Stato: 7.000.000,00**

**Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008**

**Piano Finanziario della Quota**

Anno	Importo	Fonte
2013	2.000.000,00	STATO
2014	2.000.000,00	STATO
2015	3.000.000,00	STATO
2014	1.576.544,00	ENTE APPALTANTE
2015	2.000.000,00	ENTE APPALTANTE

**Titolo: RINNOVO TECNOLOGIE SANITARIE NEI PPOO DELL'AZIENDA USL  
9**

**Descrizione: RINNOVO TECNOLOGIE SANITARIE NEI PRESIDI OSPEDALIERI DELL'  
AZIENDA. INSTALLAZIONE DI NUOVA DIAGNOSTICA PET-TC AD USO DELLA MEDICINA  
NUCLEARE CON FUNZIONALITÀ ANCHE DI TAC SIMULATORE PER LA RADIOTERAPIA  
E ADEGUAMENTO LOCALI**

**Codice Intervento: 090.090109.U.078**

**Codice Cup:**

**Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE**

**Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE**

**Posti Letto:**

**Superficie Lorda interessata(mq):**

**Comune: GROSSETO**

**Stazione Appaltante: ASL GROSSETO**

**Ente Responsabile: 090109 - GROSSETO**

**Sede Erogazione: GROSSETO**

**Soggetto Responsabile: DANIELE LELLI**

**Costo Complessivo: 9.049.600,00**

**Importo Finanziamenti Progressi: 0,00**

**Tot. Importo a Carico dello Stato: 3.000.000,00**

**Finanziamento Statale**

**Codice Quota: 090.090109.U.078.01**

**Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988**

**Importo a carico dello Stato: 3.000.000,00**

**Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008**

**Piano Finanziario della Quota**

<b>Anno</b>	<b>Importo</b>	<b>Fonte</b>
2013	3.000.000,00	REGIONE
2014	3.049.600,00	REGIONE
2013	3.000.000,00	STATO

**Titolo: DOTAZIONE TECNOLOGICA NUOVI DEA NEI PRESIDI  
OSPEDALIERI DI FIRENZE**

Descrizione: DOTAZIONE NUOVE APPARECCHIATURE TECNOLOGICHE NEI NUOVI DEA  
NEI PRESIDI OSPEDALIERI DI FIRENZE

Codice Intervento: 090.090110.U.120

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: FIRENZE

Stazione Appaltante: ASL FIRENZE

Ente Responsabile: 090110 - FIRENZE

Sede Erogazione: FIRENZE

Soggetto Responsabile: MARCO BRINTAZZOLI

Costo Complessivo: 6.350.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 6.000.000,00

Finanziamento Statale

---

Codice Quota: 090.090110.U.120.01

---

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 6.000.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	5.092.468,00	STATO
2014	907.532,00	STATO
2014	350.000,00	ENTE APPALTANTE

---



**Titolo: P.O. VERSILIA RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTO**

**Descrizione: INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE E RIORGANIZZAZIONE FUNZIONALE  
E DELLE CENTRALI TECNOLOGICHE DEL P.O. VERSILIA**

**Codice Intervento: 090.090112.U.070**

**Codice Cup:**

**Tipo: RISTRUTTURAZIONE**

**Categoria: SERVIZI GENERALI OSPEDALIERI MESSA A NORMA**

**Posti Letto:**

**Superficie Lorda interessata(mq):**

**Comune: CAMAIORE**

**Stazione Appaltante: ASL VERSILIA**

**Ente Responsabile: 090112 - VERSILIA**

**Sede Erogazione: OSPEDALE VERSILIA - VIA AURELIA, 335 CAMAIORE - LU**

**Soggetto Responsabile: STEFANO MAESTELLI**

**Costo Complessivo: 3.800.000,00**

**Importo Finanziamenti Progressi: 0,00**

**Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.800.000,00**

**Finanziamento Statale**

---

**Codice Quota: 090.090112.U.070.01**

---

**Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988**

**Importo a carico dello Stato: 2.800.000,00**

**Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008**

**Piano Finanziario della Quota**

<b>Anno</b>	<b>Importo</b>	<b>Fonte</b>
<b>2013</b>	<b>2.800.000,00</b>	<b>STATO</b>
<b>2014</b>	<b>1.000.000,00</b>	<b>ENTE APPALTANTE</b>

---

**Titolo: AGGIORNAMENTO PARCO TECNOLOGICO BIOMEDICALE (LOTTO 1)**

**Descrizione: ACQUISTO DI NUOVE TECNOLOGIE IN SOSTITUZIONE DI APPARECCHIATURE OBSOLETE.**

**Codice Intervento: 090.090901.H.064**

**Codice Cup:**

**Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE**

**Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE**

**Posti Letto:**

**Superficie Lorda interessata(mq):**

**Comune: PISA**

**Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA AZIENDA OSPEDALIERA PISANA**

**Ente Responsabile: 090901 - AZIENDA OSPEDALIERA PISANA**

**Sede Erogazione: SPEDALI RIUNITI DI S. CHIARA - VIA PARADISA, 2 - CISANELLO - PI**

**Soggetto Responsabile: ANDREA CINGHIALI**

**Costo Complessivo: 10.700.000,00**

**Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00**

**Tot. Importo a Carico dello Stato: 10.100.000,00**

**Finanziamento Statale**

---

**Codice Quota: 090.090901.H.064.01**

**Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988**

**Importo a carico dello Stato: 10.100.000,00**

**Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008**

**Piano Finanziario della Quota**

<b>Anno</b>	<b>Importo</b>	<b>Fonte</b>
<b>2013</b>	<b>10.100.000,00</b>	<b>STATO</b>
<b>2013</b>	<b>600.000,00</b>	<b>ENTE APPALTANTE</b>

---

**Titolo: RINNOVO TECNOLOGIE SANITARIE FASE 2**

Descrizione: RINNOVO APPARECCHIATURE OBSOLETE, UPGRADING ANGIOGRAFO E ACQUISIZIONE POLIGRAFI EMODINAMICA, DOTAIONE DI ARREDI E APPARECCHIATURE TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA, RETE IMAGING CARDIOLOGICO ON LINE.

Codice Intervento: 090.090902.H.076

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: SIENA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA SPEDALI RIUNITI

Ente Responsabile: 090902 - SPEDALI RIUNITI

Sede Erogazione: SPEDALI RIUNITI - V.LE BRACCI - LOC.LE SCOTTE SIENA - SI

Soggetto Responsabile: MARCO BROGI

Costo Complessivo: 5.205.262,00

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 3.458.262,00

Finanziamento Statale

---

Codice Quota: 090.090902.H.076.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 3.458.262,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	3.458.262,00	STATO
2014	1.747.000,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: NUOVO DEA- ACQUISTO E INSTALLAZIONE DI ARREDI E ATTREZZATURE**

Descrizione: ACQUISTO DI ARREDI E ATTREZZATURE DEL NUOVO DEA AI PIANI 2S (2 SALE OPERATORIE+1 SALA OPERATORIA DAY-SURGERY),3S (DEGENZE BREVE E OSSERVAZIONE),4S (PRONTO SOCCORSO E DIAGNOSTICA TC, RADIOLOGICA ED ECOGRAFICA) .

Codice Intervento: 090.090902.H.077

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: SIENA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA SPEDALI RIUNITI

Ente Responsabile: 090902 - SPEDALI RIUNITI

Sede Erogazione: SPEDALI RIUNITI - V.LE BRACCI - LOC.LE SCOTTE SIENA - SI

Soggetto Responsabile: MARCO BROGI

Costo Complessivo: 5.578.947,37

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 5.300.000,00

**Finanziamento Statale**

Codice Quota: 090.090902.H.077.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 5.300.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008

**Piano Finanziario della Quota**

Anno	Importo	Fonte
2013	5.300.000,00	STATO
2013	278.947,37	ENTE APPALTANTE

**Titolo: E.A.S. ACQUISTO E INSTALLAZIONE TECNOLOGIE  
CARDIO/NEURO (LOTTO1)**

Descrizione: ACQUISTO E INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURE PER IL  
POTENZIAMENTO TECNOLOGICO DELL'ATTIVITÀ DI ANGIOGRAFIA PERIFERICA,  
CARDIOLOGICA E NEUROLOGICA COMPRESIVA DI POSTI LETTO PER DEGENZA A  
DIVERSO LIVELLO DI INTENSITÀ DI CURA

Codice Intervento: 090.090903.H.105

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: FIRENZE

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI

Ente Responsabile: 090903 - CAREGGI

Sede Erogazione: AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI - VIALE PIERACCINI, 17 FIRENZE -  
FI

Soggetto Responsabile: MARIO FREGONARA MEDICI

Costo Complessivo: 9.500.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 9.000.000,00

---

**Finanziamento Statale**

---

Codice Quota: 090.090903.H.105.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 9.000.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008

**Piano Finanziario della Quota**

Anno	Importo	Fonte
2013	3.000.000,00	STATO
2014	6.000.000,00	STATO
2014	500.000,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: E.A.S. ACQUISTO E INSTALLAZIONE TECNOLOGIE PRONTO SOCCORSO (LOTTO 1)**

Descrizione: ACQUISTO E INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURE PER L'AGGIORNAMENTO DELLE SALE OPERATORIE PER LE ATTIVITÀ DI CHIRURGIA GENERALE ED EMERGENZA, CARDIOCHIRURGICA E NEUROCHIRURGICA E PER IL POTENZIAMENTO TECNOLOGICO DEL PRONTO SOCCORSO.

Codice Intervento: 090.090903.H.106

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: FIRENZE

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI

Ente Responsabile: 090903 - CAREGGI

Sede Erogazione: AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI - VIALE PIERACCINI, 17 FIRENZE - FI

Soggetto Responsabile: MARIO FREGONARA MEDICI

Costo Complessivo: 19.200.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 18.150.000,00

**Finanziamento Statale**

Codice Quota: 090.090903.H.106.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 18.150.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

**Piano Finanziario della Quota**

Anno	Importo	Fonte
2013	3.000.000,00	STATO
2014	15.150.000,00	STATO
2014	1.050.000,00	ENTE APPALTANTE

**Titolo: C.T.O. ACQUISTO E INSTALLAZIONE TECNOLOGIE (LOTTO 1)**

**Descrizione: ACQUISTO E INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURE PER L'AGGIORNAMENTO DELLE SALE OPERATORIE PER LE ATTIVITÀ DI CHIRURGIA ORTOPEDICA ED ELETTIVA, IL POTENZIAMENTO TECNOLOGICO DELLE ATTIVITÀ AMBULATORIALI DEL PRONTO SOCCORSO ORTOPEDICO**

**Codice Intervento: 090.090903.H.107**

**Codice Cup:**

**Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE**

**Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE**

**Posti Letto:**

**Superficie Lorda interessata(mq):**

**Comune: FIRENZE**

**Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI**

**Ente Responsabile: 090903 - CAREGGI**

**Sede Erogazione: AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI - VIALE PIERACCINI, 17 FIRENZE - FI**

**Soggetto Responsabile: MARIO FREGONARA MEDICI**

**Costo Complessivo: 15.500.000,00**

**Importo Finanziamenti Progressi: 0,00**

**Tot. Importo a Carico dello Stato: 14.650.000,00**

**Finanziamento Statale**

---

**Codice Quota: 090.090903.H.107.01**

**Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988**

**Importo a carico dello Stato: 14.650.000,00**

**Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008**

**Piano Finanziario della Quota**

<b>Anno</b>	<b>Importo</b>	<b>Fonte</b>
2014	7.325.000,00	STATO
2015	7.325.000,00	STATO
2015	850.000,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: NUOVO VOLANO SANITARIO - ACQUISTO E INSTALLAZIONE  
TECNOLOGIE SANITARIE**

Descrizione: ACQUISTO E INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURE PER IL  
POTENZIAMENTO TECNOLOGICO DELLE ATTIVITÀ DI RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA  
PER IMMAGINI DEI PADIGLIONI SAN LUCÀ VECCHIO E NUOVO.

Codice Intervento: 090.090903.H.108

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: FIRENZE

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI

Ente Responsabile: 090903 - CAREGGI

Sede Erogazione: AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI - VIALE PIERACCINI, 17 FIRENZE -  
FI

Soggetto Responsabile: MARIO FREGONARA MEDICI

Costo Complessivo: 5.950.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.450.000,00

**Finanziamento Statale**

Codice Quota: 090.090903.H.108.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

**Importo a carico dello Stato: 1.450.000,00**

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008

**Piano Finanziario della Quota**

Anno	Importo	Fonte
2013	1.450.000,00	STATO
2013	4.500.000,00	ENTE APPALTANTE



**Titolo: PROGRAMMA DI ACQUISTO ARREDI (LOTTO 1)**

**Descrizione: PROGRAMMA DI ACQUISTO ARREDI OCCORRENTI PER I VARI EDIFICI SIA A COMPLETAMENTO DI INTERVENTI DI NUOVA EDIFICAZIONE CHE DI SOSTITUZIONE DI ARREDI IN CATTIVE CONDIZIONI E NON PIÙ ADATTI ALL'UTILIZZO**

Codice Intervento: 090.090903.H.110

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: SERVIZI GENERALI OSPEDALIERI ALTRO

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: FIRENZE

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI

Ente Responsabile: 090903 - CAREGGI

Sede Erogazione: AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI - VIALE PIERACCINI, 17 FIRENZE - FI

Soggetto Responsabile: LAURA CAVINA

Costo Complessivo: 2.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.850.000,00

Finanziamento Statale

---

Codice Quota: 090.090903.H.110.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI  
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 1.850.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL  
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE  
FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	1.850.000,00	STATO
2013	150.000,00	ENTE APPALTANTE

---

**Titolo: E.A.S. FORNITURA E INSTALLAZIONE ARREDI**

Descrizione: FORNITURA E INSTALLAZIONE ARREDI A COMPLETAMENTO DELL'EDIFICIO E.A.S. POICHÈ NON COMPRESI NELLO SPECIFICO QUADRO ECONOMICO

Codice Intervento: 090.090903.H.111

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: SERVIZI GENERALI OSPEDALIERI ALTRO

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: FIRENZE

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI

Ente Responsabile: 090903 - CAREGGI

Sede Erogazione: AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI - VIALE PIERACCINI, 17 FIRENZE - FI

Soggetto Responsabile: LAURA CAVINA

Costo Complessivo: 2.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.900.000,00

Finanziamento Statale

---

Codice Quota: 090.090903.H.111.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 1.900.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2014	950.000,00	STATO
2015	950.000,00	STATO
2015	100.000,00	ENTE APPALTANTE

---



# **Regione Toscana**

**Diritti Valori Innovazione Sostenibilità**

**DOCUMENTO RECANTE: "METODOLOGIA PER LA FORMULAZIONE E LA VALUTAZIONE DI DOCUMENTI PROGRAMMATICI".**

## **MexA Metodologia ex Ante**

**MAGGIO 2010**

## **PREMESSA**

### **A . FORMULAZIONE DEI DOCUMENTI PROGRAMMATICI**

- A. 1 GLOSSARIO**
- A. 2 INDICE TIPO: COMPONENTI CHIAVE**

### **B . CONTENUTI DEI COMPONENTI CHIAVE**

- B. 0 RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA**
- B. 1 ANALISI SOCIO – SANITARIA - ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI**
- B. 2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA**
- B. 3 COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE**
- B. 4 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI**
- B. 5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI**

### **C . APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO**

- C. 1 MATRICE DEL QUADRO LOGICO**
- C. 2 ANALISI S.W.O.T.**
- C. 3 OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI**
- C. 4 SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE**

## **B 0- RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA**

La nuova fase di investimenti sanitari definita dalla Regione Toscana nel Piano Sanitario 2008-2010, si caratterizza per la necessità di accompagnare il continuo progresso della tecnologia nel campo chirurgico e diagnostico, adeguando le strutture sanitarie alle più moderne forme di accoglienza del paziente e alle nuove modalità di cura che comportano forme diverse di organizzazione del lavoro sanitario e degli spazi da destinare alle attività di ricovero, cura, diagnosi, ecc...

Il nuovo Piano straordinario degli investimenti che, nel complesso del sistema regionale, prevede un fabbisogno di risorse pari a oltre 1,6 miliardi di Euro, riguarda sostanzialmente il completamento del rinnovo tecnologico e strutturale dei presidi ospedalieri e sanitari della Toscana e si è sviluppato intorno ad alcuni temi principali rilevando le priorità e le opportune forme di finanziamento. In esso sono previsti significativi interventi di totale rinnovo o ampliamento dei presidi ospedalieri, con particolare riguardo a quelli interessati in minor misura dalla programmazione degli anni precedenti, non trascurando comunque di prevedere interventi di riqualificazione e manutenzione in quasi tutti i presidi ospedalieri esistenti sia in termini strutturali che in termini di miglioramento tecnologico.

La dimensione del fabbisogno di investimenti prevista dalla programmazione delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere toscane supera di gran lunga quella delle risorse che la Regione Toscana ha potuto stanziare con il proprio bilancio e quella delle risorse previste dai riparti 2007 e 2008 del rifinanziamento dell'art. 20 Legge 67/88.

Infatti, a fronte del fabbisogno di 1,6 miliardi di euro, la Regione Toscana potrà disporre di circa 674 milioni di euro e le Aziende fronteggeranno la differenza con risorse proprie provenienti da mutui, alienazioni, donazioni.

Il presente documento definisce la programmazione relativa ai **203,5 milioni di euro** assegnati alla Regione Toscana con il riparto del rifinanziamento dell'art. 20 Legge 67/88 per il 2008.

Esso si pone in perfetta continuità con il documento relativo al riparto dell'art. 20 per il 2007 integrandolo e completandolo.

Rispetto ai 7 obiettivi prioritari, che caratterizzano in generale la programmazione regionale e in particolare quella relativa al riparto 2007, quella in oggetto si è sviluppata intorno a 6 di essi, considerando già esauriti l'obiettivo 7 (progetto odontoiatria) e l'obiettivo 6 per la parte relativa alla rete per le cure palliative.

La tabella che segue riporta la distribuzione delle risorse rispetto a ciascuno dei sei

obiettivi prioritari residui:

Obiettivo	Somme a carico art. 20 L. 67/88 (Riparto 2008)	Somme a carico Aziende/Regione
Riqualificazione della rete ospedaliera	€ 42.419.512,18	€ 7.260.031,82
Riqualificazione aziende ospedaliero - universitarie	€ 14.900.000,00	€ 4.750.000,00
Ammodernamento tecnologico	€ 56.598.781,00	€ 15.159.259,00
Piano di miglioramento del pronto soccorso	€ 29.450.000,00	€ 1.678.947,37
Implementazione e ammodernamento sistemi informatici	€ 16.415.000,00	€ 1.840.000,00
Completamento della rete territoriale	€ 43.782.081,00	€ 14.138.919,00
TOTALE	€ 203.565.374,18	€ 44.827.157,19

### ***Gli investimenti sanitari dal 1990 ad oggi***

#### ***Il quadro normativo***

Le azioni programmatiche della Regione Toscana in ambito sanitario fanno riferimento al quadro normativo di seguito evidenziato:

- Delibera Consiglio Regionale n° 202 del 23 dicembre 2002 “ indirizzi alle Aziende Sanitarie per l’attuazione del programma pluriennale di interventi sanitari strategici”
- Programma Regionale di Sviluppo 2006-2010
- Documento di Programmazione Economica e Finanziaria 2008
- Piano Sanitario Regionale 2002-2004
- Piano Sanitario Regionale 2005-2007
- Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- Piano Sanitario Nazionale 2002-2004
- Delibera Consiglio Regionale n°104 del 27 luglio 2004 Concertazione Area Vasta Toscana Centro – Primo provvedimento
- Delibera Consiglio Regionale n°105 del 27 luglio 2004 Concertazione Area Vasta Toscana Nord Ovest – Primo provvedimento
- Delibera Consiglio Regionale n°106 del 27 luglio 2004 Concertazione Area Vasta Toscana Sud Est – Primo provvedimento
- Intesa del 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome
- Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)
- Intesa del 28 marzo 2006 (Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008)
- Intesa del 5 ottobre 2006 tra Governo, Regioni e Province Autonome (Patto sulla salute)
- Leggi finanziarie 2007 e 2008 per le disposizioni concernenti il settore degli investimenti

### **La documentazione utilizzata**

Fanno altresì riferimento ad una serie di relazioni, studi ed analisi che sono stati raccolti nei seguenti documenti:

- "Il profilo di salute della Toscana" Relazione sanitaria regionale 2003-2005 Volume 1-2 a cura dell'Agenzia Regionale di Sanità
- "Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana" Report 2006 a cura del Laboratorio MeS Scuola Superiore S'Anna di Pisa
- "Gli investimenti in sanità 2000/2007" a cura della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Settore Finanza Regione Toscana
- "Radiazioni ionizzanti a scopo medico- Valutazione della dose alla popolazione toscana " a cura della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana

### **Il programma ex art. 20 L. 67/88**

In un quadro complessivo di evoluzione della sanità regionale, è da collocare il processo di investimento, che deve farsi risalire all' art. 20 della legge finanziaria 11 marzo 1988 n. 67, relativo ai programmi straordinari di investimento pluriennali, di cui la Regione Toscana ha potuto beneficiare fino al 2005, secondo tre fasi finanziarie:

- la "prima fase", fra il 1990 e il 1995, divisa in due tranches di Euro 266.915.524,59 e di Euro 71.141.937,85 per un totale complessivo di Euro 338.057.192,44;
- la seconda fase, dal 1998 al 2001, anch'essa divisa in due tranches pari a Euro 149.103.172,59 e ad Euro 348.352.244,25 (AdPQ 3 marzo 1999) per un totale complessivo di Euro 497.455.416,84;
- la terza fase, dal 2002, pari a Euro 156.031.882,00 (AdPQ 27 Maggio 2004).

In presenza di tali finanziamenti, la Regione Toscana ha potuto definire un programma pluriennale di investimenti sanitari, come indicato nei Piani sanitari regionali a partire dal 1990, con tre obiettivi di carattere generale:

1. *la semplificazione della rete dei presidi ospedalieri;*
2. *la riorganizzazione funzionale degli ospedali portanti delle Aziende USL e la qualificazione dei presidi delle Aziende ospedaliere;*
3. *il riordino dei presidi territoriali.*

I tre obiettivi generali si sono manifestati in maniera molto differenziata nelle varie fasi di realizzazione del programma. Nella prima fase finanziaria (dal 1990 al 1995) sono stati perseguiti in modo particolare il primo e il terzo obiettivo, mentre a partire dalla seconda fase, è proseguita la realizzazione del terzo obiettivo ed è iniziata, ed è attualmente in fase conclusiva, la parte più rilevante del secondo obiettivo.

Nello svolgimento del piano pluriennale degli investimenti, la realizzazione dei tre obiettivi ha consentito di portare a termine quanto previsto dal macro-obiettivo della programmazione dell'ultimo decennio: la deospedalizzazione, intesa come graduale

riduzione dell'incidenza del ricovero ospedaliero all'interno dei percorsi assistenziali e la riconduzione dell'ospedale al ruolo di presidio per l'erogazione delle attività di ricovero nella fase acuta della patologia.

La possibilità di attingere a risorse finanziarie certe a livello nazionale si è concretizzata secondo le disposizioni della legge n. 67/88, con particolare riferimento a quelle relative all'articolo 20.

### La prima fase

La **prima fase** del programma riguarda un totale di 70 interventi, articolati per settori di intervento e realizzati in due tranche per quanto concerne il settore ospedaliero (10+4); l'obiettivo prioritario della deospedalizzazione e della promozione dei servizi sanitarie socio sanitari territoriali. Il finanziamento complessivo e lo stato di utilizzo sono di seguito congiuntamente allo stato di avanzamento realizzativi del programma.

➤ **Prima tranche (Del. CIPE dal 1993 al 1996 )**

CATEGORIA INTERVENTO	N. INTERVENTI
A - PREVENZIONE	4
C1 - RSA ANZIANI	41
C2 - RSA DISABILI	5
D1 - OSPEDALI	10
D2 - TECNOLOGIE OSPEDALIERE	6

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE	
		AZIENDE E ALTRO	TOTALE
PROGRAMMATO	266.915.524,59	81.441.139,51	348.356.664.10
EROGATO	262.408.966,84		
DA EROGARE	4.506.557,75		

CATEGORIA INTERVENTO	TOTALI	CONCLUSI	IN CORSO	SOSPESI
A - PREVENZIONE	4	4		
C1 - RSA ANZIANI	41	41		
C2 - RSA DISABILI	5	5		
D1 - OSPEDALI	10	10		
D2 - TECNOLOGIE OSP.	6	6		

➤ **Seconda tranche (Del. CIPE 1997)**

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE	
		AZIENDE E ALTRO	TOTALE
PROGRAMMATO	71.141.937,85	29.182.159,51	100.324.097,36



<b>EROGATO</b>	<b>71.014.399,77</b>		
<b>DA EROGARE</b>	<b>127.538,08</b>		

<b>CATEGORIA INTERVENTO</b>	<b>TOTALI</b>	<b>CONCLUSI</b>	<b>IN CORSO</b>	<b>SOSPESI</b>
<b>D1 – OSPEDALI</b>	<b>4</b>	<b>4</b>		

## La seconda fase

### ➤ Prima parte (Del. CIPE 1998)

La **seconda fase** del programma si articola in due parti, di seguito rappresentate a partire dalla prima parte (Del. CIPE 1998) che riguarda un totale di 6 interventi di seguito rappresentati, anche in riferimento al grado di realizzazione degli interventi

<b>CATEGORIA INTERVENTO</b>	<b>N. INTERVENTI</b>
<b>D1 – OSPEDALI</b>	<b>5</b>
<b>D2 – TECNOLOGIE OSPEDALIERE.</b>	<b>1</b>

<b>FINANZIAMENTO</b>	<b>STATO</b>	<b>REGIONE AZIENDE E ALTRO</b>	<b>TOTALE</b>
<b>PROGRAMMATO</b>	<b>149.103.172,59</b>	<b>78.889.112,41</b>	<b>227.992.285,00</b>
<b>EROGATO</b>	<b>147.037.176,57</b>		
<b>DA EROGARE</b>	<b>2.065.996,02</b>		

<b>CATEGORIA INTERVENTO</b>	<b>TOTALI</b>	<b>CONCLUSI</b>	<b>IN CORSO</b>	<b>SOSPESI</b>
<b>D1 – OSPEDALI</b>	<b>5</b>	<b>5</b>		
<b>D2 – TECNOLOGIE OSP.</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		

In questa prima parte della seconda fase del programma sono compresi anche i tre interventi relativi al materno infantile (Del. CIPE 1999), di seguito rappresentati anche in termini di grado di realizzazione degli interventi

<b>CATEGORIA INTERVENTO</b>	<b>N. INTERVENTI</b>
<b>G – MATERNO INFANTILE</b>	<b>3</b>

<b>FINANZIAMENTO</b>	<b>STATO</b>	<b>REGIONE AZIENDE E ALTRO</b>	<b>TOTALE</b>
<b>PROGRAMMATO</b>	<b>8.282.734,38</b>	<b>3.957.294,13</b>	<b>12.240.028,51</b>

EROGATO	7.853.492,26		
DA EROGARE	429.242,12		

CATEGORIA INTERVENTO	TOTALI	CONCLUSI	IN CORSO	SOSPESI
G – MATERNO INFANTILE	3	3		

➤ **Seconda parte (AdPQ 3 marzo 1999)**

La seconda parte della seconda fase è rappresentata dall'Accordo di programma quadro del 3 marzo 1999 e riguarda un totale di **57 interventi** come di seguito articolati con indicato il finanziamento complessivo ed il grado di realizzazione.

Il programma risulta di assoluta rilevanza anche in termini di realizzazione degli obiettivi strategici generali ed è praticamente in fase di avanzata realizzazione strutturale ed impiantistica.

CATEGORIA INTERVENTO	N. INTERVENTI
A – PREVENZIONE	1
B2 – POLIAMBULATORI	2
B3 – ALTRE STRUTT. TERRIT	1
C1 – RSA ANZIANI	28
C2 – RSA DISABILI	6
D1 – OSPEDALI	19

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE AZIENDE E ALTRO	TOTALE
PROGRAMMATO	348.352.244,25	143.451.316,69	491.803.560,94
EROGATO	203.958.230,13		
DA EROGARE	144.394.014,13		

CATEGORIA INTERVENTO	TOTALI	ATTIVATI	IN CORSO	SOSPESI
A – PREVENZIONE	1		1	
B2 - POLIAMBULATORI	2	1	1	
B3 – ALTRE STRUTT. TERRIT	1	1		
C1 – RSA ANZIANI	28	20	7	1
C2 – RSA DISABILI	6	6		
D1 – OSPEDALI	19	6	11	1+1 (devoluto)

## Altri interventi programmatici in parallelo alla seconda fase

In parallelo alla seconda fase del programma di investimenti, anche se non ricompresi nel quadro dei finanziamenti di seconda fase, sono stati operativi una serie di programmi di intervento straordinario collegati alla legge 135/90 per quanto concerne la lotta all'AIDS, all'articolo 71 della legge 448/98 per quanto concerne gli interventi sanitari per le Aree metropolitane, al D. Lgs. 254/00 per la realizzazione delle strutture per la libera professione e la legge 39/99 per la programmazione delle strutture per la cura del dolore.

### ➤ Il programma AIDS ex L. 135/90

Il programma di cui alla Legge 135/90 (AIDS) riguarda un totale di **22 interventi** come di seguito articolati, Con indicato il finanziamento complessivo ed il grado di realizzazione degli interventi

CATEGORIA INTERVENTO	N. INTERVENTI
AIDS - STRUTTURE	10
AIDS - LABORATORI	12

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE AZIENDE E ALTRO	TOTALE
PROGRAMMATO	68.970.407,63	827.773,36	69.798.180,99
EROGATO	68.277.539,64		
DA EROGARE	692.868,00		

CATEGORIA INTERVENTO	TOTALI	CONCLUSI	IN CORSO	SOSPESI
AIDS - STRUTTURE	10	10		
AIDS - LABORATORI	12	12		

### ➤ Il programma "Aree metropolitane" ex art. 71 L. 448/98

Il programma riguarda un totale di **29 sottoprogetti**; il finanziamento complessivo e lo stato di utilizzo sono di seguito riportati

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE AZIENDE E ALTRO	TOTALE
PROGRAMMATO	95.447.432,44	26.375.970,30	121.823.402,74
EROGATO	36.767.660,66		
DA EROGARE	58.679.771,78		

CATEGORIA INTERVENTO	TOTALI	CONCLUSI	N CORSO	SOSPESI
Aree metropolitane	29	8	21	1

➤ *Il programma Hospice ex L. 39/99*

Il programma riguarda un totale di **16 interventi**. Il finanziamento complessivo, lo stato di utilizzo del contributo e quello di realizzazione degli interventi sono di seguito riportati

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE , AZIENDE E ALTRO	TOTALE
PROGRAMMATO	15.504.932,13	1.081.925,01	16.586.857,14
EROGATO	12.841.585,63		
DA EROGARE	2.663.346,50		

CATEGORIA INTERVENTO	TOTALI	CONCLUSI	IN CORSO	SOSPESI
Hospice	16	12	2	2

➤ *Il Programma Intramoenia ex D. Lgs. 254/00*

Il programma riguarda un totale di **26 interventi**. Il finanziamento complessivo, lo stato di utilizzo del contributo e quello di realizzazione degli interventi sono di seguito riportati

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE AZIENDE E ALTRO	TOTALE
PROGRAMMATO	69.956.669,27	10.762.384,05	80.719.053,32
EROGATO	41.586.681,83		
DA EROGARE	28.369.987,44		

CATEGORIA INTERVENTO	TOTALI	CONCLUSI	IN CORSO	SOSPESI
Intramoenia	26	15	10	1

### **La terza fase (AdPQ 27/05/2004 "Progetto nuovi ospedali")**

In data 19/11/2007 è stato sottoscritto, dai direttori generali delle aziende USL di Massa, Lucca, Pistoia e Prato, il contratto di concessione con l'impresa aggiudicataria per la costruzione dei 4 nuovi ospedali, conseguente all'esito della gara comunitaria correlata alla sottoscrizione, nel maggio 2004, tra il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Toscana, di un Accordo di Programma finalizzato alla realizzazione del Progetto denominato "Nuovi Ospedali", attraverso la procedura di project financing ex articolo 37 bis e seguenti della Legge 109/94, e successive modifiche ed integrazioni.

Il valore complessivo del progetto è risultato pari ad Euro 421.892.829,00 la cui copertura finanziaria è garantita da :

1. Euro 169.110.636,53 a carico dello Stato con risorse di cui all'art. 20 Legge 67/88;
2. Euro 120.489.363,47 a carico delle quattro Aziende Sanitarie anche con utilizzo del patrimonio immobiliare;  
per un ammontare complessivo pari ad Euro 289.600.000,00;
3. Euro 132.292.829,00 (quota residua) a carico del concessionario.

Il contratto di concessione prevede che la realizzazione dei 4 presidi ospedalieri avvenga entro 3 anni e 5 mesi dalla data di stipula del contratto e il rispetto dei tempi sarà garantito da un insieme di sanzioni anche pecuniarie poste a carico della parte inadempiente, tenuto conto che se da un lato l'interesse delle amministrazioni è quello di avere gli ospedali funzionanti nei tempi previsti, dall'altro lato è interesse del concessionario, sulla base della procedura di project financing, poter iniziare quanto prima a recuperare gli investimenti effettuati mediante la gestione dei servizi affidatigli.

### **La quarta fase (Accordo di Programma Integrativo del 16 aprile 2009)**

In data 16 aprile 2009 è stato stipulato l'Accordo di Programma Integrativo per il settore degli investimenti sanitari di cui all'art. 20 L.67/88 relativo alla programmazione delle risorse derivanti dal riparto per l'annualità 2007. Tale Accordo prevede un programma di interventi per un totale di Euro 199.518.872,63 di cui Euro 171.134.895,04 a carico dello Stato. Gli interventi individuati, enucleati dalla più generale programmazione regionale, rispondono ai bisogni definiti dai 7 obiettivi prioritari, che caratterizzano l'intera programmazione

Nella tabella di seguito riportata sono sintetizzate le risorse a carico dell'art. 20 L. 67/88 e le corrispondenti quote di cofinanziamento per ciascuno degli obiettivi prioritari:

Obiettivo	art. 20 L. 67/88	Cofinanziamento
Riqualificazione della rete ospedaliera	€ 49.074.149,64	€ 9.010.850,36
Riqualificazione aziende ospedaliero - universitarie	€ 38.570.000,00	€ 5.460.000,00
Ammodernamento tecnologico	€ 48.521.081,00	€ 6.898.791,63
Piano di miglioramento del pronto soccorso	€ 17.702.300,00	€ 1.731.700,00
Implementazione e ammodernamento sistemi informatici	€ 1.330.000,00	€ 70.000,00
Completam. della rete territoriale e delle cure palliative	€ 8.737.364,40	€ 4.812.635,60
Progetto odontoiatria	€ 7.200.000,00	€ 400.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 171.134.895,04</b>	<b>€ 28.383.977,59</b>

Allo stato attuale sono in corso le richieste di ammissione a finanziamento.

## **B1 ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI**

### **B1A. LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO**

Il processo di continuo ammodernamento del Sistema Sanitario Regionale, come anche previsto dall'attuale Piano Sanitario 2008-2010, (DCR n. 53 del 16.07.2008), richiede di essere accompagnato da un altrettanto efficace processo di rinnovamento e riqualificazione delle strutture e delle attrezzature sanitarie che rende necessaria una nuova fase di investimenti per affrontare il continuo progresso della tecnologia nel campo chirurgico e diagnostico.

La Regione Toscana, avendo già esaurito il programma di investimenti statali riepilogato in dettaglio nelle pagine precedenti, necessita di nuovi finanziamenti per adeguare i presidi alle più moderne forme di accoglienza del paziente e alle nuove modalità di cura che comportano forme diverse di organizzazione del lavoro sanitario e degli spazi da destinare alle attività di ricovero, cura, diagnosi. La nuova programmazione degli investimenti si è infatti sviluppata intorno ad alcuni temi principali rilevando le priorità e le opportune forme di finanziamento. L'attenzione è stata nel frattempo concentrata soprattutto nel rinnovo e nell'implementazione del parco tecnologico delle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere; la manutenzione straordinaria si è orientata alla riqualificazione e al miglioramento delle principali strutture di Pronto Soccorso, nonché alle riorganizzazioni funzionali dei vecchi ospedali in logica di inserimento nella nuova rete ospedaliera.

Gli interventi previsti nella complessiva programmazione degli investimenti sanitari della Regione Toscana sono in linea con questa scelta valoriale e sono collocati in un contesto che vede il sistema sanitario toscano garantire una risposta alla domanda di servizi specialistici dei propri cittadini, con uno sforzo costante per garantire equità di accesso agli stessi, in primo luogo assicurando tempi di attesa appropriati alla effettiva domanda e con un limitato ricorso alle prestazioni ospedaliere delle altre regioni.

## Gli obiettivi strategici

Il perseguimento dei sette obiettivi prioritari, che caratterizzano la più complessiva strategia regionale, permetterà di accompagnare il continuo progresso della tecnologia nel campo chirurgico e diagnostico, adeguando le strutture sanitarie alle più moderne forme di accoglienza del paziente e alle nuove modalità di cura che comportano forme diverse di organizzazione del lavoro sanitario e degli spazi da destinare alle attività di ricovero, cura, diagnosi, ed altre attività di supporto.

Dei 7 obiettivi strategici generali, nella presente programmazione vengono mantenuti i primi 5 e parte del sesto in quanto i restanti risultano già soddisfatti ed esauriti da quanto previsto nell'AdPI del 16.04.2009. Gli obiettivi residui risultano pertanto:

1. **Riorganizzazione della rete ospedaliera**
2. **Riqualificazione aziende ospedaliero - universitarie**
3. **Ammodernamento tecnologico (con particolare riferimento ai servizi di radiodiagnostica di interesse oncologico e di radioterapia)**
4. **Piano di miglioramento del Pronto Soccorso**
5. **Implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici**
6. **Completamento della rete territoriale**

### ***B 1a. 1 Quadro epidemiologico***

Il quadro epidemiologico della popolazione è rappresentato attraverso cinque macro indicatori che rappresentano indiscutibilmente i punti di forza che collocano la Toscana a livelli d'eccellenza:

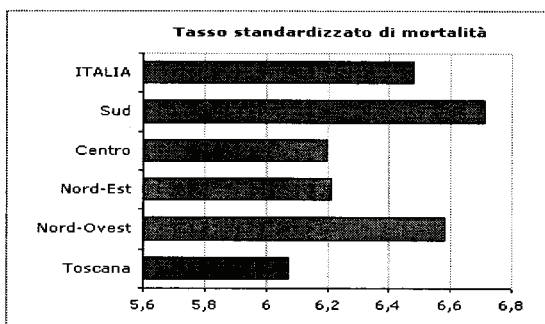
- in 10 anni **abbiamo guadagnato 3 anni di vita media** in più: la speranza di vita alla nascita è infatti cresciuta da 76 a 79 anni per i maschi, collocando la Toscana al di sopra del valore medio nazionale di 78 anni, e da 82 a oltre 84 anni per le femmine. In pratica, si è guadagnato, per ogni settimana di vita, un fine settimana, o, se preferite, ogni 3 anni quasi un anno di speranza di vita in più;
- nell'ultimo decennio **la mortalità infantile si è più che dimezzata**, passando dai valori intorno al 6 per 1000 del 1995, ai valori al di sotto della soglia 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, per gli anziani oltre i 74 anni, inferiori del 10% rispetto alla media nazionale**;
- negli ultimi dieci anni **il nostro "sistema trapianti" ha incrementato la propria capacità da 10 a 38.1 donatori per milione di abitanti** ponendosi ai primi posti in



Europa (media europea 16.3) e nel Mondo ed, in assoluto, al primo posto in Italia anche per la completezza dell'offerta trapiantologica. Questo risultato ha permesso di ridurre sensibilmente l'attesa per il trapianto d'organo e di azzerare l'attesa per i tessuti;

- **il consumo terapeutico di farmaci oppioidi**, farmaci indicati per il controllo e la cura del dolore, mostra un incremento in coerenza con gli indirizzi programmatici regionali, **raggiungendo un valore di dose giornaliera media pari a 2,72 piú che doppio rispetto alla media nazionale.**

Il tasso di mortalità standardizzato della Toscana è leggermente superiore al 6%, tra i piú bassi in Italia (una posizione migliore la occupano Marche, Umbria, Abruzzo ed Emilia),



Questa eccellente posizione dipende, in parte dal buon stato di salute, riconducibile anche ad aspetti climatici o legati agli stili di vita (caratteristica che contraddistingue le regioni dell'area mediterranea rispetto alle altre regioni europee); contribuisce a tale risultato anche una buona politica di prevenzione sanitaria e sociale che determina anche un ulteriormente

abbassamento dei tassi di mortalità. Le prestazioni sanitarie sono infatti di buon livello, come testimoniano i bassi livelli della mortalità evitabile e dell'indice di inefficacia del sistema sanitario.

Dall'analisi dell'andamento dei tassi di mortalità standardizzati per età, in Toscana emerge, per entrambi i sessi, un trend decrescente, anche se negli ultimi anni si rileva una tendenza ad una certa stazionarietà. Non varia negli anni il rapporto di mortalità tra i sessi: i maschi, a parità di età, fanno registrare costantemente una mortalità di circa il 60% piú elevata rispetto alle femmine.

D'altro canto occorre precisare che la struttura per età della popolazione incide in modo rilevante sulla mortalità e la Toscana, regione a basso tasso di natalità ed età media elevata, mostra indici assoluti di mortalità elevati, in quanto dipendenti dall'elevata quota di anziani sulla popolazione.

La mortalità infantile, nell'ultimo decennio, si è notevolmente ridotta, passando dai valori intorno al 6 per 1000 del 1995, ai valori al di sotto della soglia del 3 per 1000 del 2005, ben al di sotto del valore medio nazionale.

I dati di ospedalizzazione raggiunti dagli anziani oltre i 74 anni testimoniano la graduale attuazione del programma di deospedalizzazione, con valori che hanno praticamente raggiunto lo standard programmato oltre dieci anni fa su zone molto ampie del territorio regionale.

I risultati raggiunti sono ampiamente confortanti in un quadro di programmazione di respiro ultradecennale, confermando la validità delle scelte rispetto all'obiettivo

fondamentale del Servizio sanitario regionale: il miglioramento dello stato di salute della popolazione.

### **B 1a. 2 Quadro demografico**

I residenti in Toscana al 31/12/2005 erano 3.619.872 - di cui 1.747.130 maschi e 1.872.742 femmine; rispetto al 2001 la popolazione è cresciuta complessivamente del 3,5%. Per quanto riguarda la struttura per età della popolazione la fascia di età inferiore a 25 anni è sempre più diminuita non solo rispetto all'età adulta, ma soprattutto rispetto alle età più avanzate, ad indicare il continuo processo di invecchiamento della popolazione, la fascia di età oltre 65 anni rappresenta il 24% della popolazione.

Specificatamente per la popolazione toscana, si sono "persi" oltre 300.000 giovani, che sono stati compensati da 100.000 adulti in età lavorativa e da oltre 200.000 ultrasessantacinquenni, 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, e da 82 a oltre 84 anni per le femmine.

In pratica, si è guadagnato, per ogni settimana di vita, un fine settimana, o, meglio, ogni 3 anni quasi un anno di speranza di vita in più.

Queste dinamiche hanno fatto raddoppiare in 20 anni l'indice di vecchiaia che è passato da meno di 100% a 193%. Anche riguardo all'invecchiamento, occorre notare come sia diversificata la situazione all'interno della Toscana: le aree a più alto dinamismo economico, che hanno attratto migrazioni dall'estero ma anche dall'interno, hanno indici di vecchiaia nettamente inferiori rispetto alle aree a maggiore stabilità o stagnazione.

L'indice di dipendenza degli anziani è salito dal 24% al 35,%, un valore molto alto in confronto sia all'Italia che, in maggior misura, all'Europa (rispettivamente al 28% e 23%).

I dati di mortalità evidenziano come le malattie croniche siano la principale causa di morte in Toscana, come d'altronde in Italia e in Europa. Risultato dovuto sì alla "transizione demografica", cioè all'invecchiamento della popolazione, ma anche ad altri elementi, quali la maggior capacità di cura (ad es. in campo oncologico, neurologico, cardiologico, infettivologico) e la tempestività con cui vengono portati i soccorsi sanitari, così da trasformare in croniche, patologie prima destinate a provocare la morte.

Ne deriva la necessità di adeguare i sistemi sociosanitari verso una organizzazione in grado non solo di curare il bisogno acuto, ma soprattutto di prevenire la cronicità.



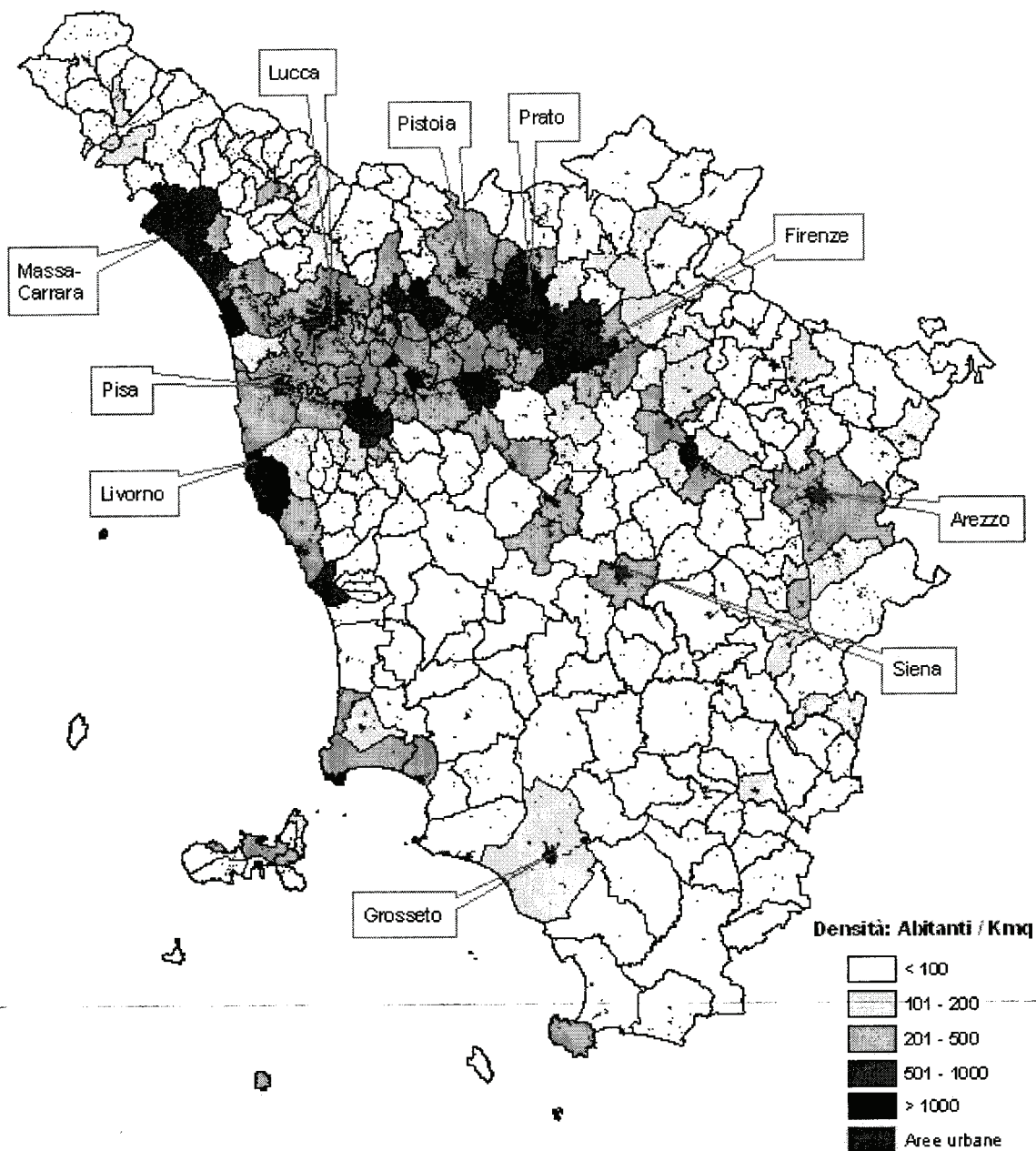
Densità: 155 abitanti ogni Km<sup>2</sup>

Capoluogo: Firenze 367.259 abitanti al 1° gennaio 2004 - fonte Istat

Capoluoghi di provincia (abitanti):

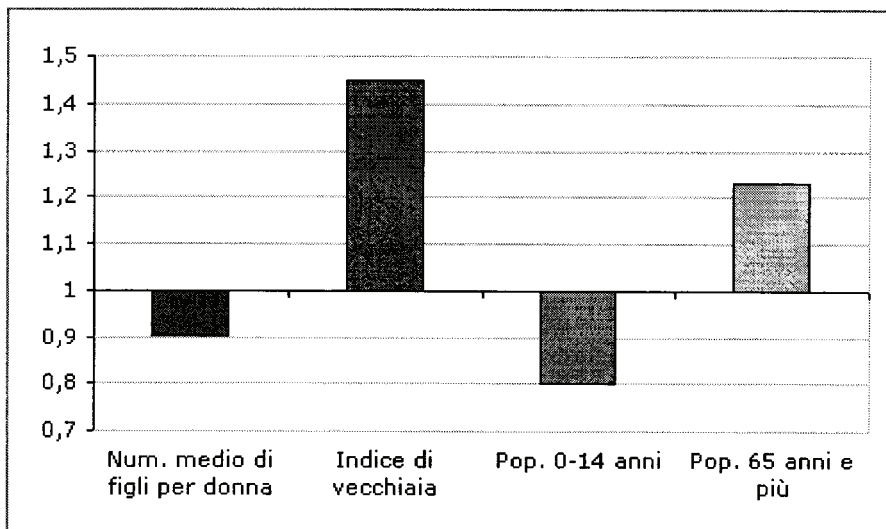
Arezzo	93.783
Massa	132.615
Grosseto	73.759
Livorno	155.880
Lucca	81.995
Pisa	88.988
Pistoia	84.526
Prato	176.013
Siena	54.370

In Toscana vivono circa tre milioni e mezzo di abitanti, pari al 6,2% della popolazione italiana. Non siamo di fronte, nel complesso a una regione densamente abitata: si registrano circa 155 abitanti per chilometro quadrato contro una media nazionale di 189. Questo dato è frutto della combinazione tra zone ad alta densità (l'area metropolitana fiorentina in particolare) e vaste zone poco abitate (la Toscana meridionale), passando dagli 87 abitanti/Km<sup>2</sup> delle zone montuose (25,1% della superficie totale) ai 152 delle zone collinari (66,5%), fino ai 361 abitanti/Km<sup>2</sup> delle zone pianeggianti della regione (8,4%). Questa distribuzione disomogenea di densità abitativa ha forti riflessi sulla organizzazione dei servizi sanitari, sia ospedalieri che territoriali, con evidenti riflessi sull'aspetto economico.



I comuni della nostra regione sono di piccole dimensioni, su 287 in totale 236 hanno al più 15.000 abitanti e di questi 140 hanno meno di 5.000 abitanti. Il 51% dei residenti abitano in comuni con meno di 30.000 abitanti. La dinamica dell'ultimo decennio ha visto un flusso migratorio dai grandi agglomerati urbani ai più piccoli comuni della cintura.

Peculiarità della popolazione Toscana e italiana è l'invecchiamento. La Toscana ha una popolazione relativamente più anziana del resto d'Italia, è la regione più "vecchia" dopo la Liguria. Al 1° gennaio 2004 l'età media è di 45 anni, valore comune al Friuli Venezia Giulia e secondo solo ai 47 anni della Liguria, mentre la media nazionale è 42 la fascia di età oltre 65 anni rappresenta il 24% della popolazione.



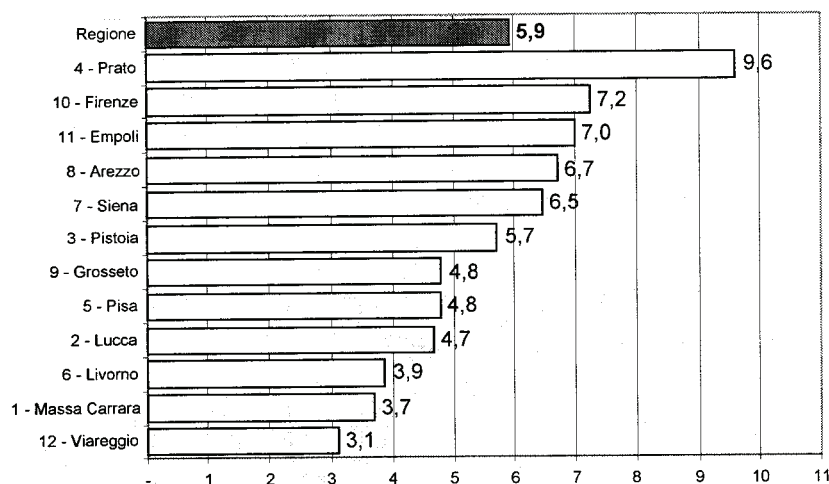
La quota di persone in età lavorativa (15-64 anni) è pari al 65,2% contro una media italiana del 66,6% e al suo interno vi è un maggior peso delle persone in età 50-64 anni (30%) rispetto all'Italia (28%). L'indice di vecchiaia (peso degli ultra 65enni sui bambini di 0-14 anni) è uguale a 190% mentre la media nazionale è di 136%.

		Indice di Vecchiaia	Posizione Graduatoria
I	Liguria	238,0%	1
I	Emilia-Romagna	196,5%	2
<b>I</b>	<b>Toscana</b>	<b>190,0%</b>	<b>3</b>
ES	Principado de Asturias	189,1%	4
I	Friuli Venezia Giulia	189,0%	5
	EU 25	91,9%	
PL	Warminko-Mazurskie	50,2%	244
CY	Cyprus	49,2%	245
IE	Southern and Eastern	49,0%	246
SK	Vychodné Slovensko	46,3%	247
NL	Flevoland	37,2%	248

I flussi migratori rappresentano ovviamente una grande importanza nella dinamica demografica della Toscana. Negli anni tra il 1992 e il 2001 il saldo migratorio netto è stato di circa 12.000 persone all'anno che avrebbero portato, in assenza di una crescita naturale negativa, a un aumento della popolazione di circa il 4%.

La popolazione straniera residente ha visto crescere il suo peso in modo molto considerevole passando dai 45.000 residenti del 1993 ai 113.000 del 2000 e a una stima per il 2002 di circa 135.000. La loro incidenza sulla popolazione totale ha raggiunto il 3,5% della popolazione complessiva. Considerando i permessi di soggiorno si stima in 172.000 il numero delle persone straniere regolarmente soggiornanti nella regione pari al 4,9% della popolazione residente, leggermente superiore a quella italiana e quasi pari a quella europea.

Grafico: Stranieri iscritti x 100 abitanti per ASL - anno 2005



Si riporta a lato il n° di stranieri iscritti alle anagrafi ogni 100 residenti.

### B 1a. 3 Quadro socio-economico

Negli ultimi anni si sono affermati mutamenti e nuove dinamiche dello scenario epidemiologico e sociale che hanno contribuito alla creazione di aree socio-demografiche e socio-economiche, caratterizzate da una differenziazione della domanda di servizi e da disparità circa le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali.

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

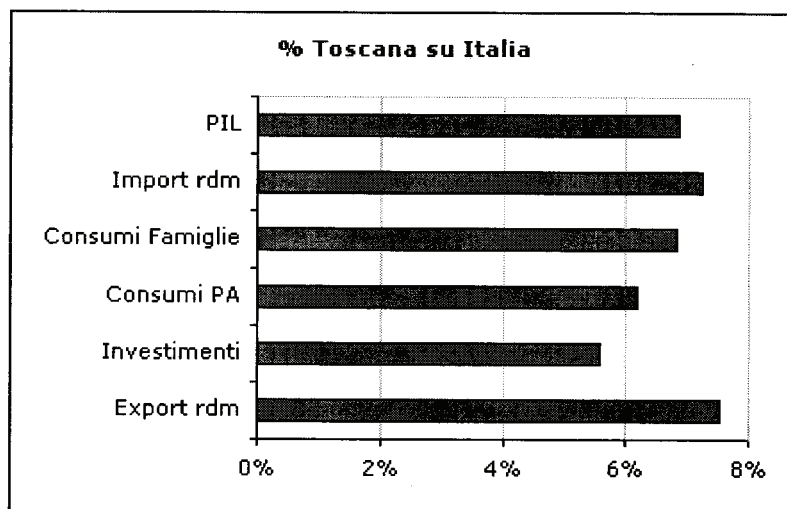
L'innalzamento della vita media ha determinato un aumento delle patologie cronico degenerative collegate spesso alla disabilità, generando nelle famiglie, un alto bisogno assistenziale non sempre adeguatamente sostenuto da politiche di protezione.

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

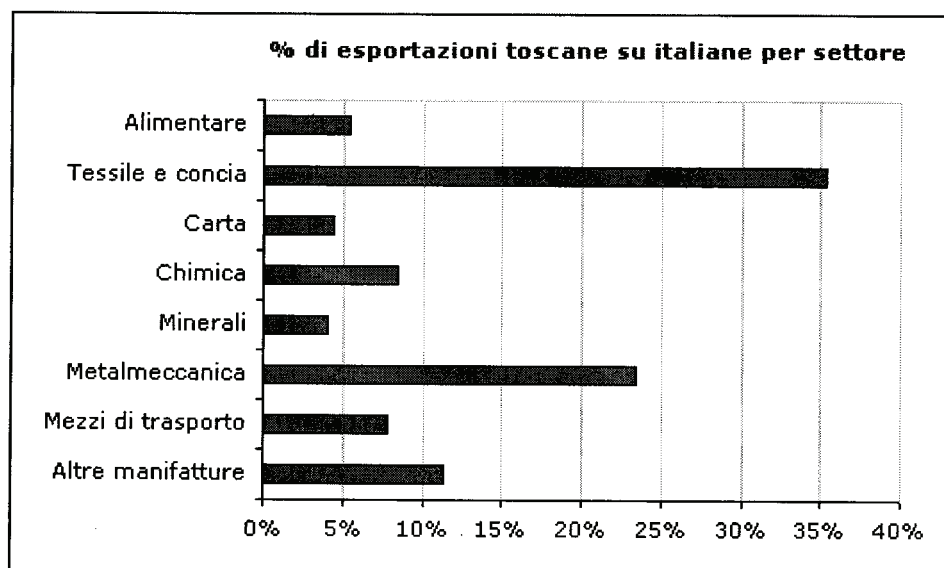
Gli indicatori di salute confermano una significativa associazione tra peggiori condizioni di salute e situazioni di svantaggio sociale ed economico, rendendo il tema dell'equità una questione ancora attuale e talvolta non sufficientemente analizzata, non tanto nell'universalità dell'offerta, quanto nella disparità nell'accesso e/o nell'utilizzo.

I recenti rapporti su salute e benessere sociale, occupazione ed immigrazione, così come su salute e qualità dell'ambiente, confermano la necessità di puntare ad una svolta delle politiche pubbliche basata sull'integrazione e sulla intersettorialità degli interventi, su forme di "coordinamento aperto", capaci di governare le grandi trasformazioni in atto con modelli di sviluppo sostenibili e qualificati.

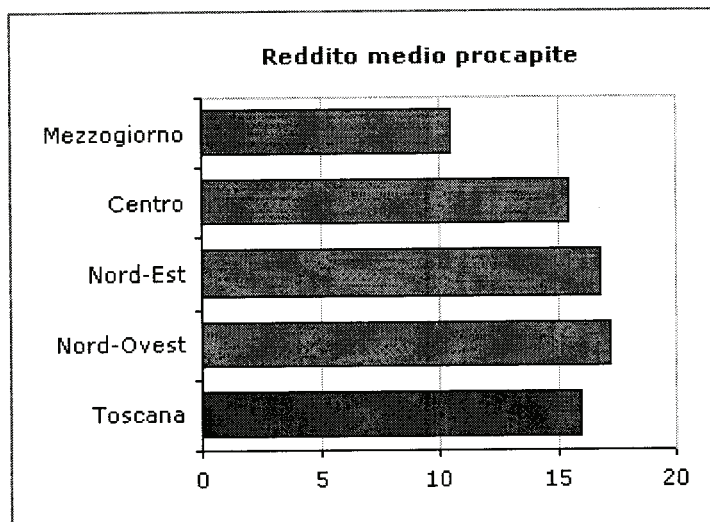
Il prodotto interno lordo (PIL) della Toscana, corrisponde al 6,80% del totale italiano ed intorno a questa quota si collocano anche le altre voci che concorrono a determinare il conto delle risorse e degli impieghi della regione (importazioni dall'estero, consumi delle famiglie, consumi collettivi, investimenti fissi lordi).



La particolare vocazione della Toscana come regione aperta al commercio internazionale viene poi testimoniata dalla quota delle esportazioni toscane sul totale dell'export italiano con una percentuale superiore al 7,5%. Il settore della moda ed il metalmeccanico sono quelli a maggior apertura verso l'estero, seguite dal settore orafa (presente nelle altre manifatture).



La Toscana va annoverata tra le regioni italiane più ricche, anche se il Prodotto interno lordo per abitante è più basso rispetto a quello di altre aree del paese: nel 2003, la Toscana si colloca all'ottavo posto, con un dato che la pone al di sopra della media nazionale e la avvicina alle economie regionali più forti.



Il reddito a disposizione per il consumo è sufficientemente elevato collocando la Toscana non solo tra le regioni più ricche d'Italia, ma anche d'Europa. Il reddito medio per abitante è di quasi 16 mila euro annui, contro i circa 14 mila che rappresentano la media nazionale ed i 14,5 mila euro che rappresentano la media europea. Certo la distanza dalle aree più ricche è significativa: in Lombardia il reddito pro capite è di 17,5 mila euro ed è tra i più alti d'Europa.

L'aspetto più positivo è rappresentato dalla distribuzione del reddito tra le famiglie che rivela in Toscana un equilibrio migliore che altrove: il merito di questa maggiore equi ripartizione è dovuto, alla bassa concentrazione dei redditi da capitale ed alla funzione perequativa che viene esercitata al livello dalla Pubblica amministrazione e dalle famiglie. La povertà non è un fenomeno grave in Toscana sia per il numero di persone interessate che per dimensione media dei loro redditi. L'incidenza della povertà relativa misurata dalla percentuale di famiglie che consumano meno della media pro capite regionale è collocata in Toscana intorno al 6%.

Una percentuale non elevata in considerazione anche del fatto che la distanza del reddito di queste famiglie rispetto alla soglia di povertà è più bassa che altrove: il reddito medio delle famiglie più povere è infatti di 640 euro mensili, un valore superiore a quello delle regioni del Nord del paese.



#### **B 1a. 4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell' accesso**

La linea di intervento normativo della Regione Toscana è stata quella di formalizzare e perfezionare il diritto del cittadino nella soddisfazione in tempi congrui per prestazioni rilevanti dal punto di vista del bisogno percepito e del verosimile impatto sulla salute della popolazione. In tal senso due delibere (DGR n. 143 e 867 dell'anno 2006) sanciscono il dovere delle Aziende sanitarie toscane di garantire entro tempi definiti la erogazione di un significativo elenco di prestazioni cliniche e diagnostiche, pena il risarcimento economico. D'altro canto il sistema sanitario toscano riconosce che agire esclusivamente sul versante dell'offerta è, in un sistema di relazioni costruito sulla "prestazione" e non sul "percorso assistenziale" di discutibile utilità, nel medio - lungo periodo, oltre che fortemente dispendioso sul versante dell'appropriatezza e del controllo della domanda, si è intervenuti anche con la 386 del 29.05.2006. Si sono quindi individuate alcune azioni che in modo specifico spingono le professionalità del sistema sanitario verso la riappropriazione del concetto di appropriatezza che culminano nel considerare il tempo di attesa come una variabile clinico - sanitaria e non come un fatto meramente amministrativo.

Se si devono sintetizzare i due elementi che caratterizzano in modo essenziale la linea strategica di intervento della Toscana si può dire che da una parte si è sviluppata la capacità del sistema di organizzare l'offerta, dall'altra si è spinto il sistema stesso a riflettere sulla necessità di declinare questa nuova capacità organizzativa nell'ambito del concetto fondamentale dell'appropriatezza. Il sistema strutturato dà concreta attuazione al sistema delle priorità di accesso mediante la individuazione di classi di priorità differenziate in ragione del diverso grado di bisogno che presenta il cittadino; nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004 la Regione aveva previsto sei classi di priorità, ridotte a quattro nella DGR 887/2003, che ricalcano quelle previste nell'Accordo Stato Regioni del luglio 2002. Altrettanta attenzione è stata posta, fin dal 2001, sui tempi di attesa per i ricoveri. Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali vede le Aziende sanitarie impegnate a fornire, entro il 15° giorno di ogni mese, i dati riferiti alle prestazioni effettuate nel mese immediatamente precedente.

Tutti i dati del sistema di monitoraggio sono generati dai sistemi informatizzati che gestiscono le attività di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (Centri Unificati di Prenotazione CUP) attivati con la delibera di Giunta n. 619 del 11 giugno 2001 " Sistemi di prenotazione informatizzati (CUP): determinazioni " e con successive decisioni fino alle ultime indicazioni in merito, contenute nella delibera di Giunta n. 81 del 05.02.2007 "Linee generali di intervento di cui al punto 2 del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008. Adozione ".

La valutazione regionale mostra una buona performance rispetto alla capacità di erogare le prestazioni ambulatoriali entro 15 giorni (circa 81%).

Tali informazioni sui tempi di attesa sono inserite nel sistema di monitoraggio periodico della Regione Toscana di cui al punto B4.

Le prestazioni di diagnostica strumentale registrano i maggiori tempi di attesa, in particolare le prestazioni di Risonanza magnetica, ma si rilevano criticità anche per le TAC, mammografie, scintigrafie ed elettromiografie. Nella tabella sono riportati i dati relativi alle prestazioni di diagnostica ambulatoriale aggregate per classi omogenee relative all'anno 2006:

CLASSE	PRESTAZIONE	Entro 60gg	Entro 60gg	Oltre 60gg	Oltre 60gg	TOTALE
		N assoluto	%	N assoluto	%	
Ecografia	<b>Ecografia internistica</b>	392.211	83,1	79.705	16.9	<b>471.916</b>
	<b>Ecografia ostetrico-ginecologica</b>	120.064	89.6	13.878	10.4	<b>133.942</b>
RMN	<b>RMN con contrasto</b>	11.685	64.7	6.389	35.3	<b>18.074</b>
	<b>RMN senza contrasto</b>	76.947	71.7	30.329	28.3	<b>107.276</b>
TAC	<b>TAC con contrasto</b>	45.664	87.4	6.577	12.6	<b>52.241</b>
	<b>TAC senza contrasto</b>	78.838	93.7	5.264	6.3	<b>84.102</b>

La Regione Toscana ha avviato la realizzazione dei CUP di Area Vasta per le prestazioni di diagnostica pesante per le quali si registrano i maggiori tempi di attesa, nell'ottica di fornire risposte più tempestive per esami che i cittadini possono ricevere anche in strutture vicine al loro domicilio. Prevedendo prima l'integrazione tra i CUP delle aziende sanitarie ed ospedaliero - universitarie di Firenze, Siena e Pisa e, successivamente, di tutte le aziende all'interno di ciascuna Area vasta.

#### **B 1a. 5 Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra regionale)**

I ricoveri ordinari dei residenti in Toscana fuori regione sono inferiori alla media nazionale (3.4% contro 5.7%), i toscani dimostrano di avere fiducia nella rete ospedaliera regionale, relativamente più consistente è, invece, la mobilità interna, cioè quella relativa

alle migrazioni verso ospedali di ASL toscane diverse da quelle di residenza, ma in questo caso gli spostamenti sono dovuti prevalentemente a ragioni logistiche più che di merito.

Le Regioni non di confine verso le quali si osserva la maggiore migrazione sono la Lombardia (circa il 50%) il Piemonte ed il Veneto per numeri molto inferiori. Le specialità maggiormente rappresentate nella mobilità passiva sono ortopedia e traumatologia, chirurgia generale, seguite da medicina generale e ostetricia.

Un aspetto particolare riguarda la mobilità passiva per l'oncologia che si concentra in aspetti particolari di chirurgia oncologica, dove si ha una certa mobilità anche internazionale, ma soprattutto si assiste ad una elevata mobilità per prestazioni di chemioterapia in aziende diverse da quella di residenza.

### **B 1a. 6 Offerta ante operam**

La situazione antecedente al programma pluriennale, ovvero agli inizi degli anni '90, risultava la seguente:

- a) **dispersione ospedaliera**: 93 ospedali, 23.108 posti letto, 6,4 posti letto ogni 1.000 abitanti, dimensione media pari a 248 posti letto;
- b) **riassetto programmato**: riarticolazione interna in ospedali di riferimento regionale (10), ospedali portanti (47) e ospedali di primo livello (36), con dimensioni medie rispettivamente di 589, 264 e 133 posti letto;
- c) **vetustà ospedaliera**: desumibile dalla seguente situazione: il 75% della consistenza della rete era costituito da strutture di epoca antecedente al 1920, con 22 impianti ospedalieri di epoca antecedente al 1400, 14 di epoca compresa tra il 1400 e il 1860, 26 di epoca compresa tra il 1861 e il 1920;
- d) **Vetustà delle strutture**: analoga situazione si riscontrava anche per gli insediamenti extraospedalieri anche se, ovviamente, la vetustà era ridotta in relazione al fatto che tali realizzazioni risalivano prevalentemente al XX secolo, escludendo le utilizzazioni di patrimonio proveniente da beni ecclesiastici e da beni dismessi dalla funzione ospedaliera.

Con la deliberazione n. 222 del 21 marzo 1990 il Consiglio regionale, approvava il programma decennale di interventi nel settore dell'edilizia sanitaria ex articolo 20 della legge n. 67/88, individuando gli assetti organizzativi ai quali erano orientati gli investimenti; in particolare per la rete ospedaliera, veniva prevista una drastica riduzione degli ospedali con passaggio progressivo dai 93 esistenti ai 41 dell'obiettivo di programma.

Le previsioni programmatiche regionali sono state aggiornate nel corso della realizzazione degli interventi con il Piano sanitario regionale per il triennio 1996 - 1998 e con la deliberazione del Consiglio regionale di avvio della seconda fase n. 328 del 30 settembre 1997, che hanno attualizzato gli obiettivi al variato quadro normativo nazionale ed alla dinamica del fabbisogno assistenziale.

In termini di ricovero ospedaliero l'obiettivo di 22.000 posti letto, corrispondente ad un indice di dotazione di 6,1 posti letto ogni 1.000 abitanti residenti, costituiva un vincolo assoluto in relazione ad una previsione di Piano sanitario regionale, previsione allora contenuta in una legge (L. 595/85 - 6,5 posti letto ogni 1000 abitanti) e pertanto non modificabile con atto amministrativo. Tale previsione, anche se adeguata alla normativa nazionale e regionale vigente al momento, risultò in effetti sovradimensionata rispetto alle effettive necessità rapportate ad un arco temporale di medio periodo quale era quello del programma pluriennale di investimenti.

### **Gli standard**

Il Piano sanitario regionale 2005-2007 rilevava un numero di posti letto della rete ospedaliera Toscana nel 2003 pari a 16.100 compresi quelli privati in contratto, con un indice di 4,3 ogni 1000 abitanti (tale valore risultava già in linea con quanto sancito dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che all'art. 4 impegnava la regioni entro l'anno 2005 ad adottare una standard di 4,5 pl/1000ab). Rispetto a tale valore, il piano sanitario 2005-2007 aveva comunque ribadito l'obiettivo dell'ulteriore riduzione dei posti letto ospedalieri pubblici, con qualificazione di quelli destinati al trattamento di patologie nella fase acuta, secondo i seguenti indirizzi, confermati nel PSR 2008-2010:

- 3 posti letto ogni 1.000 abitanti, destinati ad attività di ricovero a ciclo continuo per pazienti acuti;
  - 0,6 posti letto ogni 1.000 abitanti, destinati ad attività di ricovero a ciclo diurno per pazienti acuti;
  - 0,2 posti letto ogni 1.000 abitanti, destinati ad attività di ricovero per pazienti in fase post-acuta o sub acuta e per attività di riabilitazione;
- per un totale di 3,8 posti letto ospedalieri ogni 1.000 abitanti nella rete ospedaliera pubblica pari a 13.500 posti letto.

Rispetto alle indicazioni programmatiche si sta assistendo pertanto ad una contrazione di circa 2500 letti ospedalieri tra obiettivo finale e dimensionamento delle strutture. Tale scostamento è facilmente riassorbibile in considerazione della necessità di prevedere la strutturazione di spazi di degenza "confortati" per l'esercizio della libera professione intramuraria dei medici dipendenti - per circa una metà dei 2.500 letti - nonché l'allestimento delle modalità residenziali innovative, sopra richiamate.

La programmazione è il riferimento metodologico su cui si basa lo sviluppo dei servizi sanitari. La forza di questo strumento sta nella imponente quantità di dati di cui il nostro sistema dispone quali

- la sintesi del profilo di salute della popolazione residente in Toscana (prodotto dall'Agenzia Regionale Sanità, e parte integrante della Relazione Sanitaria Regionale, di cui all'art. 20 della L.R. 40/2005);
- la valutazione della performance delle singole Aziende (a cura del Laboratorio Management e Sanità della Scuola di Studi Superiori Sant'Anna di Pisa);
- lo Studio longitudinale toscano 2001-2005 relativo alla mortalità per condizione socio-economica realizzato dalla Regione Toscana sistema statistico, dai comuni di Firenze, Livorno e Prato in collaborazione con l'Università di Firenze, dal Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, dall'ASL 10 di Firenze e dall'Agenzia Regionale di Sanità.

Risulta così possibile delineare gli indirizzi programmatori secondo logiche di coerenza e sostenibilità. Il processo di riorganizzazione dei presidi ospedalieri fino ad oggi realizzato nella nostra regione, è la condizione per avviare un'ulteriore evoluzione del ruolo dell'ospedale che, seppure in parte, supera il rapporto esclusivo con la comunità del suo territorio e si proietta con maggior forza nella rete ospedaliera d'Area Vasta. Questo aspetto rappresenta la scommessa più forte che abbiamo davanti in questo settore.

L'Ospedale assumerà sempre più il ruolo di un pezzo della rete e come tale si caricherà di una duplicità di funzioni comprendendo sia la risposta ai bisogni della collettività di riferimento sia le azioni di più ampio respiro che derivano dalla programmazione dell'offerta di Area Vasta. Le comunità di ciascun territorio sapranno controllare e difendere queste funzioni che rappresenteranno, congiuntamente, il patrimonio dei servizi sanitari della zona ed un'occasione di crescita del territorio e della sua realtà socio economica.

È evidente, tuttavia, che la rete ospedaliera e la programmazione dell'offerta di Area Vasta obbligano a scelte di diversificazione per livelli di specializzazione tra strutture e di definizione di precise competenze e dotazioni che si fondano su dati epidemiologici e su economie di scala in grado di coniugare la qualità, l'innovazione e la sicurezza degli utenti.

È su questi tre obiettivi che si concentreranno i necessari investimenti sapendo che il riassetto dell'ospedale non può essere un semplice trasferimento di funzioni al territorio, ma anche un preciso sostegno per una sua nuova connotazione in grado di rispondere in maniera sempre più adeguata sia ai bisogni di base che a quelli più complessi derivanti dalle sinergie di Area Vasta.

## L'organizzazione

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

Oltre alla profonda riorganizzazione strutturale l'attività ospedaliera toscana ha subito una profonda riorganizzazione funzionale verso **il modello di ospedale per intensità di cura**, sia come modello per la costruzione dei nuovi edifici previsti, ma anche come modificazione gestionale degli ospedali già presenti diventando componente di un sistema di assistenza complesso e integrato che, funzionando in una logica di collegamento e collaborazione continua tra tutte le strutture, risponde in maniera completa alle legittime attese della persona.

All'ospedale moderno si chiede di mettere al centro la persona e le sue necessità, di aprirsi al territorio e di integrarsi con la comunità sociale. Per rispondere a tale mandato la legge 40/2005 che disciplina l'assistenza sanitaria in Toscana prescrive un nuovo modello organizzativo garantendo assistenza continua e personalizzata, percorsi multiprofessionali e multidisciplinari nonché riferimenti sanitari certi ed appropriatezza nell'uso delle risorse. Le strutture organizzative titolari di funzioni operative restano dotate di piena responsabilità e autonomia tecnico professionale ma è previsto il progressivo superamento del reparto differenziato secondo la disciplina.

L'ospedale organizzato per intensità di cure, strutturato per aree in base a un fabbisogno assistenziale omogeneo secondo un ordine di complessità, definisce un nuovo paradigma del concetto di cura: in questo modello l'unitarietà delle componenti cliniche ed assistenziali, concetto di cura, è solo funzionale; il bisogno di assistenza si separa, secondo un parametro di intensità, dal legame tradizionalmente univoco con il percorso clinico e le responsabilità cliniche si scindono da quelle gestionali.

Con l'abbandono del vecchio modello che attribuiva alle unità operative spazi e posti letto prefissati e con il passaggio ai cosiddetti "letti funzionali", attraverso l'utilizzo di moduli di ricovero aperti con un notevole numero di posti letto, ogni presidio ospedaliero di medie dimensioni ha la possibilità di rispondere in maniera flessibile e personalizzata ai cittadini graduando l'intensità delle cure, cioè commisurando le risorse verso quella popolazione di pazienti caratterizzati da più elevati livelli di complessità clinico-assistenziale, utilizzando in maniera congiunta tra più strutture le diverse tipologie di assistenza. In questo modello il personale infermieristico è chiamato a non lavorare più per compiti ma per funzioni e a svolgere un importante ruolo di cerniera per rendere possibile le integrazioni e la condivisione dei processi tra le diverse specialità, con una ricaduta positiva sulla qualità dell'assistenza fornita al paziente.

Negli ospedali di piccole dimensioni l'organizzazione per aree funzionali introduce una nuova opportunità di attività intraospedaliera anche da parte di unità organizzative precedentemente impegnate solo a livello ambulatoriale. L'ospedale per intensità di cure esige, nei suoi percorsi interni e nei rapporti con il territorio, un approccio più efficace al tema "continuità assistenziale", che non ha attualmente negli ospedali una risposta organizzata.

### **La situazione nella fase di attuazione del presente programma**

L'attuale organizzazione sanitaria della Regione risulta la seguente:

- 12 Aziende Sanitarie:
  - AUSL 1 di Massa e Carrara
  - AUSL 2 di Lucca
  - AUSL 3 di Pistoia
  - AUSL 2 di Prato
  - AUSL 5 di Pisa
  - AUSL 6 di Livorno
  - AUSL 7 di Siena
  - AUSL 8 di Arezzo
  - AUSL 9 di Grosseto
  - AUSL 10 di Firenze
  - AUSL 11 di Empoli
  - AUSL 12 di Viareggio
- 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie:
  - AOU Careggi
  - AOU Meyer
  - AOU Pisana
  - AOU Senese

Allo stato attuale gli obiettivi che la Regione Toscana si era data con la prima programmazione del 1990 sono stati progressivamente raggiunti; il quadro complessivo risulta articolato in un rete ospedaliera regionale, strutturata in ospedali di riferimento regionale, ospedali portanti della rete ospedaliera ed ospedali di primo livello, che determinano una situazione strutturale ed organizzativa, che sta gradualmente evolvendo verso quella di regime, delineata dagli atti di programmazione regionale e di area vasta.

- 4 ospedali di riferimento regionale, corrispondenti ai quattro presidi delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, per 5.000 posti letto:
  - PO Careggi
  - PO Meyer
  - PO Le Scotte Siena
  - PO S. Chiara-Cisanello Pisa

- 19 ospedali portanti della rete, corrispondenti agli ospedali di riferimento delle Aziende USL, per un totale di 8.000 posti letto;

- PO Massa
- PO Carrara
- PO Campo di Marte Lucca
- PO Pistoia
- PO Pescia
- PO Misericordia e Dolce Prato
- PO Pontedera
- PO Livorno
- PO Bassa Val di Cecina
- PO Poggibonsi
- PO Montepulciano
- PO S. Donato Arezzo
- NO Valdarno La Gruccia
- PO Misericordia Grosseto
- PO S. Maria Nuova Firenze
- PO S. Giovanni di Dio Torregalli Firenze
- PO S. Maria Annunziata Firenze
- PO S. Giuseppe Empoli
- N.O. Versilia

- 21 ospedali di primo livello delle Aziende USL, per un totale di 3.000 posti letto

- Ospedale di Fivizzano

- Ospedale di Pontremoli

- PO Valle del Serchio

- Ospedale S. Marcello Pistoiese

- Ospedale Volterra

- PO Piombino

- PO Portoferraio

- PO Abbadia S Salvatore

- PO Valdichiana Aretina Cortona

- PO Sansepolcro

- PO Bibbiena

- PO Massa Marittima

- PO Casteldelpiano

- PO Pitigliano

- PO Orbetello

- Ex IOT Firenze

- PO Serristori Figline

- PO Borgo S. Lorenzo

- PO S. Miniato

- PO Fucecchio

- PO Castelfiorentino



### **B 1a. 7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale**

Dal punto di vista dei tassi di utilizzo l'aspetto di maggior rilievo riguarda l'elevata dipendenza del profilo di consumo sanitario dall'età del paziente, che interessa tutti i tipi di assistenza, tranne che quella di base.

Rispetto al tasso medio nazionale di ospedalizzazione in Toscana il dato è inferiore e dal 1998 in poi è costantemente diminuito di circa il 3%; nel caso delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici il valore rilevato di 12 all'anno per persona è superiore alla media nazionale; l'utilizzo dei farmaci (15 confezioni all'anno per persona) aumenta all'aumentare dell'età in modo lineare senza distinzione di genere.

Parallelamente al processo di deospedalizzazione, è stato avviato un importante processo di rimodellamento organizzativo della offerta territoriale, che necessita comunque di ulteriore sviluppo e definizione.

Fra gli interventi più importanti in questo settore, ricordiamo:

- l'unificazione della zona-distretto;
- la promozione dell'associazionismo dei MMG e dei PLS;
- lo sviluppo della offerta di "cure intermedie", dell'assistenza domiciliare integrata - ADI, dei centri residenziali per le cure palliative;
- la promozione della continuità delle cure attraverso l'utilizzo integrato delle altre strutture residenziali a carattere socio sanitario e socio assistenziale, dei servizi ambulatoriali di diagnosi e cura e di quelli di riabilitazione.

In modo particolare è da segnalare l'ampia fase di sperimentazione delle Società della Salute che si è conclusa nel 2008. Con legge Regionale n. 60 del 10/11/2008 "Modifiche alla L.R. 40/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale)", le Società della Salute sono state infatti inserite nella macchina organizzativa del Servizio sanitario regionale.

E' la conclusione di un lungo percorso, che prende le mosse dal Piano Sanitario 2002-2004 con l'obiettivo di favorire il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali, del terzo settore e del volontariato nella individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione e con quello di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, il controllo e la certezza dei costi, l'universalismo e l'equità. Le SdS sono consorzi volontari tra i comuni della zona-distretto e la azienda sanitaria e consentono la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali, il governo dei servizi territoriali, le soluzioni organizzative, la continuità del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale. Svolgono funzioni di indirizzo e programmazione strategica, programmazione operativa e attuativa annuale, organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie e delle attività di assistenza sociale individuate dal piano regionale, controllo, monitoraggio e valutazione. L'assistenza sanitaria territoriale è esercitata dall'azienda in attuazione della

programmazione delle SdS ed è basata su modelli organizzativi che privilegiano il lavoro associato e multiprofessionale. La governance istituzionale è affidata alla Conferenza aziendale dei sindaci e, dove non vi è SdS, alla Conferenza zonale dei sindaci e il direttore della SdS è responsabile della zona distretto.

A livello regionale la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria è sostituita dalla Conferenza regionale delle società della salute. Il comitato di partecipazione, presente in ogni Società della salute, è composto da soggetti che rappresentano l'utenza che usufruisce dei servizi, dalle associazioni di tutela e promozione e dalla Consulta del terzo settore, così da permettere una più ampia condivisione dei percorsi e delle scelte di salute.

Attualmente le Società della salute sono le seguenti:

- Lunigiana (Azienda Usl 1 Massa e Carrara)
- Valdinievole (Azienda Usl 3 Pistoia)
- Pratese (Azienda Usl 4 Prato)
- Alta Val di Cecina (Azienda Usl 5 Pisa)
- Pisana (Azienda Usl 5 Pisa)
- Val d'Era (Azienda Usl 5 Pisa)
- Bassa Val di Cecina (Azienda Usl 6 Livorno)
- Val di Cornia (Azienda Usl 6 Livorno)
- Val di Chiana Senese (Azienda Usl 7 Siena)
- Casentino (Azienda Usl 8 Arezzo)
- Valdarno (Azienda Usl 8 Arezzo)
- Amiata Grossetana (Azienda Usl 9 Grosseto)
- Colline Metallifere (Azienda Usl 9 Grosseto)
- Fiorentina Nord-Ovest (Azienda Usl 10 Firenze)
- Fiorentina Sud-Est (Azienda Usl 10 Firenze)
- Firenze (Azienda Usl 10 Firenze)
- Mugello (Azienda Usl 10 Firenze)
- Empolese (Azienda Usl 11 Empoli)
- Valdarno Inferiore (Azienda Usl 11 Empoli)

## **B1B. STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI**

La Regione Toscana già a partire dal Piano Sanitario 2005-2007 si è mossa in linea a quelli che sono stati definiti essere i valori portanti del suo Sistema sanitario :

- Un sistema a rete
- Aziendalizzazione
- Programmazione e valutazione
- Integrazione tra produzione e tutela
- Ruolo del settore non-profit
- I percorsi assistenziali
- Comunicazione
- Valorizzazione e sviluppo delle professionalità
- Ricerca e sviluppo

Questi valori che compongono la base di ogni azione del Servizio sanitario regionale, sono, in sintesi, riassumibili nel concetto di governo clinico inteso come valore in grado di valorizzare l'apporto di tutti gli attori coinvolti nei percorsi assistenziali, come autorevolezza clinica nel governo del sistema sanitario pubblico e privato , e di appropriatezza , nell'accezione più ampia del termine. Quando si parla di appropriatezza se ne fa, molto spesso, un uso improprio o quantomeno riduttivo, invece nel presente programma sarà tenuto come filo conduttore nelle scelte delle aree su cui investire risorse.

Quindi il termine appropriatezza va letto in tutte le seguenti accezioni, come:

- appropriatezza organizzativa: chi fa cosa, dove è meglio farlo, uso integrato delle risorse;
- appropriatezza finanziaria: sostenibilità economica economie di scala;
- appropriatezza clinica: *Evidence Based Medicine*, Linee Guida, Protocolli, Percorsi assistenziali;
- appropriatezza tecnologica: innovazione, nuove tecnologie, riduzione invasività;
- appropriatezza etica: tempestività della cura, minor rischio per i pazienti e operatori, maggiore efficacia con minori costi, autonomia decisionale dei pazienti.

### **B1b 1 Identificazione dei bisogni assistenziali**

La Regione Toscana ha individuato sette macro obiettivi corrispondenti ad altrettanti bisogni sanitari:

1. **Riorganizzazione della rete ospedaliera**
2. **Riqualificazione aziende ospedaliero - universitarie**
3. **Ammodernamento tecnologico** (con particolare riferimento ai servizi di radiodiagnostica di interesse oncologico e di radioterapia)
4. **Piano di miglioramento del Pronto Soccorso**
5. **Implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici**
6. **Completamento della rete territoriale e delle cure palliative**
7. **Progetto Odontoiatria**

Come già ricordato nelle precedenti sezioni, con l'AdPI del 16.04.2009 si possono considerare soddisfatti e quindi esauriti l'obiettivo 7 relativo al progetto odontoiatria e l'obiettivo 6 per la parte relativa alla rete per le cure palliative mentre prosegue il completamento della rete territoriale dei servizi. Nelle pagine che seguono, per ciascuno degli obiettivi prioritari vengono brevemente descritti i principali interventi previsti dall'Accordo già sottoscritto.

### **1. Riorganizzazione della rete ospedaliera**

La rete ospedaliera regionale è stata interessata da un profondo processo di rimodulazione teso a migliorare la qualità dell'assistenza, nel rispetto di un equilibrio delle risorse a disposizione.

Il modello assistenziale per intensità di cure diventa uno strumento operativo necessario per governare, secondo il principio di appropriatezza delle cure in ambito ospedaliero, sia il processo di riconversione di circa il 60% dell'attuale attività eseguita in ricovero ordinario verso il regime di trattamento di ricovero diurno o ambulatoriale, sia la domanda di assistenza a maggiore intensità. Esso costituisce il presupposto per la configurazione dell'ospedale per acuti, ovvero l'ospedale come risorsa estrema, da usare in caso di reale bisogno e per il tempo strettamente necessario.

Va peraltro aggiunto che, in una offerta ospedaliera eccessivamente parcellizzata, esiste una difficoltà, stante i limitati bacini di utenza, e quindi per la tipologia e numerosità della casistica trattata, a garantire nel tempo la manutenzione e il perfezionamento dell'expertise dei professionisti e a raggiungere quei livelli di soglia necessaria per minimizzare i rischi per i pazienti, e per gli stessi operatori.

Nel contempo cresce significativamente la patologia cronica e multi-organo, legata all'età avanzata, con problemi di salute che devono essere assistiti nel tempo da equipe pluriprofessionali. Il potenziale rischio di tale modello è la "espulsione" dall'area ospedaliera di queste patologie, senza l'organizzazione di una adeguata rete sanitaria ed assistenziale che sappia intercettare e affrontare in maniera soddisfacente ed appropriata il bisogno di salute della comunità. Occorre, in sintesi, far evolvere l'intera "rete sanitaria",

trovando punti di equilibrio ulteriori che sappiano condurre il "sistema" verso un maggior coinvolgimento di tutti i livelli assistenziali, rimodulando i servizi sanitari e socio sanitari del territorio ad essa collegati. Questo è ancora più significativo per quelle Zone Sanitarie che, per caratteristiche oro-geografiche e densità di popolazione, hanno avuto storicamente come punti di riferimento Stabilimenti Ospedalieri che, allo stato attuale, presentano elementi di criticità da risolvere.

In questa ottica costituiscono obiettivi intermedi del macro livello:

- la razionalizzazione della rete ospedaliera ridisegnando il ruolo dei "piccoli ospedali", riqualificandone e riconvertendone l'offerta nel rispetto dei bisogni e della sicurezza dei cittadini;
- la messa a punto di linee d'indirizzo per incrementare il governo clinico, definendo percorsi, standard e parametri qualitativi che privilegino la continuità assistenziale e l'integrazione funzionale tra Ospedali e Territorio, analizzando prioritariamente la domanda nel modo più oggettivo possibile;
- la strutturazione, sulla delle due azioni precedenti, di modelli di aggiornamento che favoriscano la evoluzione delle competenze necessarie degli operatori ai vari livelli professionali, anche attraverso una programmata ed istituzionalizzata mobilità del personale nel rispetto delle norme contrattuali;
- la risposta garantita al bisogno urgente, in considerazione delle situazioni geografiche e dei tempi di percorrenza verso i Presidi maggiori, progressivamente implementata dal punto di vista di efficienza/efficacia e di razionalità nell' "offerta".

In questo contesto, il piccolo ospedale si pone come strumento della rete ospedaliera in grado di dare risposte non solo ad esigenze assistenziali, ma anche a nuove domande formative, assumendo così un valore strategico ed un ruolo significativo nell'insieme della rete ospedaliera. In effetti, dai piccoli ospedali parte una nuova organizzazione, che consente la piena realizzazione del raccordo tra la struttura e il Medico di Medicina Generale, assicurando la necessaria continuità assistenziale tra la medicina ospedaliera e quella territoriale. In essi si ottimizza la gestione della riacutizzazione delle patologie croniche, sia nella fase sub-critica (ricovero ospedaliero), sia in momenti che richiedono più bassa intensità (Day Hospital, Day Service) che la diagnosi e la cura di patologie di nuova insorgenza, che non richiedono ricoveri ad alta intensità. Si delinea così nel territorio un insieme articolato di strutture (dall'ospedale di comunità al piccolo ospedale) che, per la peculiarità delle patologie che affrontano, non possono essere separate dall'offerta formativa.

Il progetto di riqualificazione e riconversione dei piccoli ospedali in Toscana ha comportato un lungo processo di mediazione e confronto con le Comunità Locali per la difficile comprensione che il processo di riconversione non era da vedere come un a

sottrazione di servizi, ma un arricchimento e unica possibilità di sopravvivenza in bacini di utenza così limitati. Tale processo ha richiesto l'individuazione, di volta in volta per ogni realtà, di quelle attività da potenziare o trasferirvi in rapporto alle specifiche caratteristiche della struttura e ai bisogni dell'Area Vasta di riferimento.

L'Accordo di Programma Integrativo del 16.04.2009 riguarda interventi di riqualificazione, adeguamento e messa a norma di alcuni degli ospedali di 1° livello quali, Castelnuovo Garfagnana, Barga, Portoferraio, Abbadia S. Salvatore, Massa Marittima, S. Miniato, Fucecchio e Viareggio.

L'intervento più rilevante è invece relativo ad uno degli ospedali portanti della rete, il PO Misericordia di Grosseto, per il quale è prevista la prima fase della realizzazione del nuovo blocco per l'alta intensità di cura.

## **2. Riqualificazione delle Aziende Ospedaliere - Universitarie**

Altro obiettivo prioritario del Piano degli investimenti del prossimo triennio riguarda la riqualificazione del Aziende Ospedaliere Universitarie con il sostegno nel processo di completamento dei presidi ospedalieri di Careggi, Pisa, Siena e Meyer.

Il programma per l'Azienda di Careggi prevede l'acquisto di tecnologie sanitarie di alto livello, proprie di una Azienda di III livello quali la Gamma knife e Thomotherapy, in grado di effettuare attività di secondo livello per tutta l'Area vasta di riferimento.

Nel triennio giungerà anche a completamento buona parte dei lavori previsti per lo spostamento delle funzioni dell'Azienda Ospedaliere Universitaria Pisana dalle sedi periferiche, in particolare dal Presidio Ospedaliere cittadino S. Chiara, al Presidio Ospedaliere unificato di Cisanello; tale trasferimento assume particolare importanza permettendo di unificare tutte le numerose attività in un'unica sede fisica collocata in una zona certamente più consona rispetto all'attuale, portando a compimento un percorso iniziato negli anni '80. L'azienda ospedaliera Senese, che sta attualmente realizzando un nuovo blocco in ampliamento contenente il nuovo DEA, effettuerà interventi per rinnovare e ristrutturare il presidio delle Scotte e implementare la rete informatica.

La riqualificazione delle Aziende Ospedaliere, che dal 2005 hanno assunto la configurazione giuridica di Aziende Ospedaliere - Universitarie, inizia con la prima fase del programma pluriennale e si rafforza a partire dall'anno 2002 con l'attivazione di specifici programmi. Gli interventi di nuova edificazione, di ristrutturazione e riordino strutturale e tecnologico sono legati anch'essi al processo di deospedalizzazione orientato al contenimento delle attività di ricovero ordinario attraverso il miglioramento delle procedure di selezione e di filtro, allo sviluppo delle attività di day hospital e di day surgery, all'implementazione delle attività specialistiche ambulatoriali.

Gli interventi previsti dall'Accordo del 16.04.2009 per il soddisfacimento di questo

obiettivo riguardano la prima fase della realizzazione della Nuova piastra di laboratori presso l'AOU Meyer e alcuni importanti interventi di ristrutturazione e adeguamento a norma presso l'AOU Senese.

L'intervento di maggiore rilevanza è previsto presso l'AOU Pisana con la realizzazione della nuova Piastra Diagnostica nel Nuovo Ospedale di Cisanello

Al termine delle realizzazioni strutturali in corso, due delle 4 aziende Ospedaliero-Universitarie saranno completamente trasferite dalla sede originaria e altre due avranno il patrimonio strutturale quasi completamente rinnovato.

### **3. Ammodernamento tecnologico**

Fra gli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Regionale 2008-2010 vi è il processo di rinnovo e l'implementazione della dotazione tecnologica sanitaria con particolare riguardo alle grandi tecnologie. Nel complesso, in tutte le 16 aziende sanitarie è stato previsto, previa concertazione all'interno di ciascuna Area Vasta, l'acquisto di tecnologie in larga parte sostitutive o aggiuntive di quelle esistenti quali Tac multislice, risonanze magnetiche, risonanze magnetiche articolari, mammografi digitali, gamma camere, pet-tac, acceleratori lineari, angiografi, tomotherapy, gamma knife ed altre apparecchiature di minore impegno finanziario in base alle caratteristiche delle Aziende. La gestione delle tecnologie sanitarie in Regione Toscana è argomento di discussione nelle Aree Vaste e con gli ESTAV - Ente per i Servizi Tecnico - amministrativi di Area Vasta - essendo questi ultimi gli organi deputati all'acquisto centralizzato delle tecnologie.

La scelta ed il criterio allocativo sono infatti oggetto di discussione nelle Aree vaste del territorio regionale, prima in sede tecnica all'interno dei Dipartimenti Interaziendali di Coordinamento Tecnico e successivamente attraverso il vaglio del Comitato dei Direttori Generali; tale procedimento è orientato a concertare accordi attuativi che consentano di coniugare le innegabili esigenze di rinnovamento delle tecnologie con il criterio di miglioramento delle reti assistenziali, con dotazioni tecnologiche caratteristiche della mission dell'azienda e dei propri professionisti all'interno dell'Area vasta di competenza.

Già nel corso del 2007 è stato messo a punto un consistente piano di acquisti teso a rinnovare e ad introdurre in tutte le aziende sanitarie apparecchiature tecnologicamente avanzate, sistemi diagnostici evoluti, ma anche sistemi informatici per la gestione e scambio di informazioni (RIS-PACS) adeguati alle sempre crescenti necessità. Quest'ultimo è un aspetto particolarmente qualificante del processo di ammodernamento tecnologico in quanto già a partire dal PSR 2005 - 2007 la Regione ha fatto proprio l'impegno per il sostegno e il potenziamento del progetto IDIT (Informatizzazione della Diagnostica per Immagini).

La necessità di tale sistemi si basa sulla possibilità di razionalizzazione e potenziamento

del sistema di offerta con una riduzione dei costi di accesso, gestione e manutenzione nei confronti dei suoi utilizzatori, facilitandone la fruizione da parte degli utenti intermedi (gli operatori) e degli utenti finali (i cittadini, i MMG, PLS), attraverso modalità telematiche di gestione dei servizi sanitari diagnostici erogati dalle diverse Aziende delle Aree Vaste.

Con la piena funzionalità di tali sistemi saranno ottenuti alcuni obiettivi operativi quali:

- Immissione in rete, per libere consultazioni da parte delle strutture di Area Vasta abilitate, di tutte le informazioni cliniche, referti ed immagini dei singoli cittadini;
- Costituzione di un nucleo iniziale del dossier clinico informatizzato;
- Conseguente ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche, grazie alla disponibilità dello strumento di dotazione specifica;
- Miglioramento del processo diagnostico;
- Introduzione del sistema di teleconsulto, telemedicina e telediagnosi, attraverso contatti informatici a distanza che permetteranno il già avviato processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e l'ottimizzazione del sistema di emergenza urgenza.

L'AdPI del 16.04.2009 prevede un consistente piano di acquisizione di grandi attrezzature per la diagnostica per immagini. Si tratta prevalentemente di rinnovo di tecnologie obsolete quali RMN, TAC, Angiografi Gamma Camere. In particolare, nell'AOU di Careggi verranno acquistati due sistemi quali la tomotherapy e la Gamma Knife, all'avanguardia per la diagnosi e la terapia delle patologie oncologiche.

#### **4. Piano di miglioramento del Pronto Soccorso**

La profonda modifica della percezione del bisogno di salute, ritenuto soggettivamente urgente, e della tipologia della offerta dei servizi ritenuti di maggior efficacia per la sua soddisfazione hanno rappresentato in questi anni una sfida culturale, prima che organizzativa, per il Sistema Sanitario Regionale. Oltre un milione e duecentomila cittadini si sono rivolti nell'ultimo anno ai Pronto Soccorso della nostra Regione. Circa un terzo di tali accessi è stato classificato come problema "non urgente" (codici bianco, azzurro e verde della procedura Triage). Anche la percentuale estremamente contenuta degli accessi in Pronto Soccorso cui segue ricovero ospedaliero (in media il 15%-18%) o, comunque, necessitanti di una osservazione di 24 ore in ambiente ospedaliero (un ulteriore 10-12%), indica un profilo della domanda sanitaria ritenuta urgente che, per la grande maggior parte, potrebbe rivolgersi alle strutture territoriali in grado di garantire teoricamente una risposta con pari efficacia ma con maggior efficienza, anche in ragione dei costi delle prestazioni erogate nelle strutture ospedaliere.



Con questa ipotesi si sono sperimentati negli ultimi anni diversi modelli territoriali innovativi (Punti o Centri di Primo Soccorso) con a comune lo stesso riferimento concettuale: la risposta non ospedaliera a problemi urgenti di minor gravità. Che si sia trattato di una diversa organizzazione delle cure primarie (disponibilità dei MMG sulle 12 ore con possibilità di collegamenti relativamente rapidi con i principali Servizi diagnostici) o di Punti di Primo Soccorso gestiti dai medici dell'Emergenza territoriale, i risultati, nel loro complesso, non sono stati del tutto soddisfacenti. Anche questi risultati sono una conferma della profonda modificazione nel bisogno di salute percepito come urgente dai cittadini e nei conseguenti comportamenti adottati per la soddisfazione di questo bisogno: l'Ospedale ed il Pronto Soccorso hanno assunto la dimensione rassicurante della complessità ed efficacia- diagnostica e terapeutica- e tale complessità e competenza sono ormai diffusamente ritenute necessarie per risolvere qualsiasi bisogno urgente.

Il contesto ospedaliero si è invece strutturato nel tempo sul mandato della massima efficacia ed efficienza per le condizioni urgenti di maggior gravità; lo strumento dei codici colori ha rappresentato, a ben vedere, la risposta di una organizzazione che ha cercato, in costanza di risorse, di rendere equa l'offerta di Pronto Soccorso verso una domanda che superava la sua capacità di gestione. Il sistema Pronto Soccorso ha utilizzato il tempo di attesa come strumento di equità garantendo tempi minimi o molto ridotti per i codici rossi e gialli e distribuendo il resto delle proprie risorse sui codici verdi, azzurri e bianchi che, in ragione di una domanda crescente, hanno registrato tempi di attesa sempre maggiori.

La Regione Toscana, anche in riferimento ad esperienze internazionali, ha introdotto una innovazione organizzativa per affrontare la crescente frequenza di accesso nei Pronto Soccorso dei codici di minor gravità; gli ambulatori specificamente dedicati ai codici bianchi ed azzurri hanno consentito di rispondere a questa tipologia di bisogno con tempi ragionevoli e tali da recuperare, almeno in parte, un rapporto ed un clima di fiducia, ma per migliorare ulteriormente il Sistema dei Pronto Soccorso toscani deve affrontare altre iniziative di qualità con le quali si faccia anche maggiormente carico dell'insieme dei bisogni del cittadino. Tale organizzazione dell'urgenza ospedaliera 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.

Alcune criticità sono, peraltro, di immediata evidenza:

- carenza in alcune realtà di Servizi dedicati di Radiodiagnostica che consentano percorsi rapidi, carenza di personale formato e dedicato,
- 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).

Da questa premessa ne conseguono varie azioni da implementare che trovano una parziale attuazione del presente AdPI:

- **Potenziamento Servizio Diagnostica per immagini**

L'alta percentuale di accessi al Pronto Soccorso che esitano in una richiesta di prestazione diagnostica strumentale radiologica giustifica la criticità registrata nell'accesso a questa prestazione ove non esista un servizio di radiologia esclusivo; ogni paziente che non viene successivamente ricoverato fruisce in media di 1,8 prestazioni, per cui il numero di soggetti che si sono rivolti al Pronto Soccorso nel 2001 è di circa 1.200.349 e nel 2002 1.387.758. In entrambe gli anni 2001 e 2002 il numero delle prestazioni erogate, come sopra definito, rappresentano il 6% del numero complessivo (valore assoluto) delle prestazioni specialistiche erogate a livello regionale in regime ambulatoriale.

Dal 2001 al 2002 si può osservare un aumento del 15% delle prestazioni in argomento. Il superamento di tale criticità prevede la disponibilità di una Radiologia, strutturalmente ed organizzativamente, funzionale alle esclusive esigenze del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione dotata delle tecnologie sufficienti, sia per tipologia che quantità, per rispondere con tempi di attesa coerenti alle necessità del DEA.

La dotazione tecnologica minima per un Pronto Soccorso con circa 30.000 accessi annui è costituita da una-TC, una sala di Radiologia tradizionale, un Ecografo.

- **Informatizzazione**

La realizzazione di un moderno collegamento informatico fra i vari segmenti dei percorsi in emergenza-urgenza (Centrale 118, Pronto Soccorso, Aree di degenza ospedaliera, medicina territoriale). Una buona registrazione/comunicazione dei dati rende il lavoro assistenziale più sicuro e efficiente e permette l'analisi critica e il confronto delle e fra le varie strutture impegnate.

Tutti i Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Toscana, salvo alcune eccezioni, sono dotate di un sistema informatico per la gestione gestite di tutte le fasi del processo organizzativo (Accettazione - Triage - osservazione - procedure diagnostico/terapeutiche - dimissione). Uno degli elementi di criticità residua che richiede prioritaria valutazione per rendere operative le relative misure di superamento è quello dell' integrazione tra il sistema gestionale del Pronto Soccorso e l'insieme dei servizi diagnostici.

In particolare si sottolinea la necessità di migliorare il collegamento dell'ospedale con la diagnostica per immagini (vedi progetto regionale "Ris-pacs" già citato), i laboratori

di analisi, le ulteriori diagnostiche ed i medici di medicina generale (Progetto MIR Medici in Rete).

- ***Superamento del "blocco in uscita dal Pronto Soccorso***

Il "sovraccollamento" attuale dei Pronto Soccorso è il risultato sia della ancora insufficiente organizzazione dei processi di valutazione e trattamento del bisogno urgente in ingresso al sistema Pronto Soccorso, sia della difficoltà in uscita dal sistema Pronto Soccorso. ( verso il proprio domicilio con trasporto assistito sociale o sanitario- o, soprattutto, verso il ricovero- area critica e letti di degenza ordinaria- ). Quando i pazienti non possono essere trasferiti dal Pronto Soccorso ai reparti, essi occupano non solo gli spazi fisici del Pronto Soccorso., ma soprattutto assorbono risorse professionali, riducendone la disponibilità per i cittadini in attesa.

Ogni progetto di miglioramento delle attività di Pronto Soccorso deve, quindi, contenere un'azione specifica di riorganizzazione dei processi e percorsi assistenziali all'interno dell'ospedale, nel percorso tra il Pronto Soccorso e i reparti di degenza ed in uscita dal Pronto Soccorso, con responsabilità progettuale e di governo in capo alle Direzioni Sanitarie di Presidio ospedaliero in modo da garantire un flusso, non intermittente, ma continuo di pazienti.

- ***Miglioramento della funzione di Osservazione breve***

Il Pronto Soccorso deve essere dotato di un sufficiente numero di posti-letto adiacenti e funzionalmente collegati, nella misura di 1 posto letto ogni 4-6000 accessi, riservati ai pazienti che dopo la prima fase diagnostico - terapeutica, al massimo 4 ore, devono essere sottoposti ad un ulteriore periodo di osservazione, che non dovrà superare le 24 h, per giungere ad una decisione di esito- dimissione o ricovero.

- ***Miglioramento degli aspetti relativi all'accoglienza e alla presa in carico del bisogno del cittadino***

Il raggiungimento dell'obiettivo costituisce uno dei momenti più significativi e qualificanti del Progetto di miglioramento dei Pronto Soccorso toscani; rappresenta il vero punto critico, in ragione di una organizzazione che nel tempo si è strutturata ed organizzata in processi specifici per la risposta efficace ed efficiente per i codici, gialli e rossi, con maggior grado di gravità, considerando residuale la risposta ai bisogni con minore gravità. L'obiettivo si articola, e realizza, mediante il disegno e la strutturazione di nuove e specifiche attività, con particolare riferimento:

- ***Alle attività relative alle fasi di accoglienza – registrazione – informazione - sorveglianza dei percorsi entro il Pronto Soccorso***

Devono essere definite le caratteristiche e le risorse per una nuova e separata attività, con contenuti di natura amministrativa ed alberghiera (accoglienza –

registrazione – informazione strutturata diversa da quella specificamente sanitaria - triage, mediante la quale il cittadino viene informato del significato del codice colore attribuito e delle modalità di svolgimento dell'assistenza in Pronto Soccorso; i parenti in attesa, previo consenso dell'interessato, ricevono periodiche notizie sullo svolgimento delle attività e dei risultati della attività assistenziale. Deve anche essere definita e organizzata una fase di "sorveglianza" per garantire un corretto rapporto tra il diritto del cittadino di ricevere una prestazione di qualità e il dovere dello stesso di motivare, ove soggettivamente ritenuto solutivo, l'abbandono del percorso assistenziale proposto, firmando la scheda di Pronto Soccorso e dell'attività relativa al triage. La reale presa in carico del bisogno sanitario del cittadino deve essere separata dalla attività di accoglienza ed organizzata in modo da garantire la privacy del paziente.

➤ *Alle attività di gestione dell'attesa*

Dovrà essere garantita un'attesa confortevole, con separazione fisica fra i pazienti cosiddetti "barellati" e pazienti "deambulanti" data, di norma, la diversità di bisogni e di gravità di cui sono portatori. Durante l'attesa deve essere garantita, anche con comportamenti di iniziativa, la soddisfazione dei bisogni primari e il controllo della evoluzione della situazione clinica. In particolare ogni Pronto Soccorso deve essere dotato di un protocollo per il trattamento del dolore, immediatamente successivo al triage, anche a gestione infermieristica. Parte delle attività sopradescritte potranno essere organizzate con l'introduzione nel Pronto Soccorso di competenze non specificamente sanitarie; utili a tal fine le risorse professionali che i processi di riconversione in atto nel sistema delle aziende, centralizzazione dei magazzini farmaceutici, razionalizzazione della rete dei laboratori, potranno rendere disponibili, naturalmente previo processo di formazione.

L'attuazione graduale di tali indirizzi operativi e la realizzazione graduale dei necessari interventi strutturali e strumentali, determina un tale miglioramento della funzionalità del Pronto Soccorso che comporta la riorganizzazione non solo il Pronto Soccorso ma anche di tutti i servizi 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.

In coerenza con quanto sopra descritto con l'AdPI del 16.04.2009 viene principalmente posta l'attenzione su interventi di riqualificazione, adeguamento e umanizzazione nei PPSS di ospedali portanti quali quelli di Pontedera, Poggibonsi e Valdarno. Verrà inoltre realizzato un nuovo DEA presso il PO S.M. Annunziata di Firenze.

## 5. Implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici

Lo sviluppo dei sistemi informativi sanitari ha raggiunto, in questi anni, un punto critico: è terminata una fase che potremmo chiamare "di base", rappresentata dall'informatizzazione delle attività gestionali delle Aziende Sanitarie; è iniziata una fase nuova, che dovrebbe aprire la strada verso nuovi modi di gestire e di governare le stesse Aziende sul versante dei servizi sanitari.

Lo sviluppo dell'informatica gestionale di base fino alla fine dello scorso decennio è stato favorito da condizioni particolari connesse all'esigenza di dare applicazione ai decreti di riforma del Servizio Sanitario e di misurare le produzioni delle Aziende a fini contabili (e non più solo a fini statistici). In questi ultimi anni è stata accelerata la sostituzione di sistemi obsoleti, favorendo in molti casi il ridisegno dei sistemi informativi aziendali anche se il bisogno di informatica delle Aziende Sanitarie e della sanità in generale non è di certo esaurito. L'esigenza di incrementare i livelli qualitativi e l'efficienza del SSN comporta l'adozione di nuove strategie organizzative e gestionali che, per essere rese operative, non possono prescindere dall'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

Contestualmente, molteplici fattori (evoluzione della domanda di salute, evoluzione delle discipline mediche, contrazione delle risorse disponibili, crescente pressione competitiva) spingono ad individuare nell'ICT una delle leve fondamentali per risolvere il paradosso del dovere fare meglio con meno.

I nuovi bisogni che, seppur non compiutamente definiti, possono essere ricondotti alle seguenti principali tipologie:

- 1) più informazioni attendibili, tempestive e leggibili per il management delle Aziende;
- 2) ottimizzazione nello svolgimento delle procedure burocratico - amministrative;
- 3) offerta di servizi in rete agli utenti;
- 4) ottimizzazione circa l'uso delle risorse materiali, con particolare attenzione alla strumentazione elettromedicale (*technology assessment*);
- 5) infrastrutture di rete e processi organizzativi in grado di ottimizzare le gestioni amministrative e ridurre i tempi di trattamento dei casi clinici o i relativi costi;
- 6) riconoscimento della "risorsa umana" come fattore strategico per l'ottimizzazione dei processi aziendali.

La rivoluzione collegata alle tecnologie delle informazioni e delle comunicazione promettono di migliorare i processi assistenziali e gestionali, tramite la generazione e analisi di informazioni e forme di comunicazione in grado di delocalizzare specifiche attività e d'integrare il lavoro.

Le potenzialità in sanità per l'Information and Communication Technology (ICT) sono

straordinarie, le tecnologie di trasferimento dei dati permettono la loro circolarità in modo capillare, è importante sottolineare che la rivoluzione tecnologica ha grande impatto sulla sanità in quanto il lavoro in ambito sanitario è, dalla visita al ricovero, rivolto alla raccolta e generazione di informazioni che supportino le scelte assistenziali. Le nuove tecnologie dell'informazione hanno eccezionali implicazioni sul funzionamento delle organizzazioni sanitarie, mettendo a disposizione strumenti per misurare i fenomeni, per coordinare le attività, per stabilire relazioni di varia natura all'interno delle aziende e tra le aziende stesse.

Le nuove tecnologie hanno anche un profondo impatto sul funzionamento delle aziende sanitarie; i sistemi informativi vengono completamente informatizzati, spesso cercando di fare riferimento ad una piattaforma comune che consenta l'integrazione tra dati originati da funzioni diverse e per scopi differenti; inoltre nuove applicazioni propongono piattaforme per integrare i dati di natura amministrativa con quelli di natura sanitaria. L'impatto di queste nuove applicazioni è sostanziale: permette di rilevare ed analizzare i fenomeni aziendali mettendo a disposizione del management strumenti per programmare, misurare e valutare.

Rispetto al presente obiettivo l'AdPI del 16.04.2009 prevede un intervento di adeguamento e implementazione delle reti HW e SW presso il PO Le Scotte dell'AOU Senese.

Con la programmazione oggetto del presente documento tale obiettivo verrà ampliato e implementato con altri 4 interventi significativi.

## **6. Completamento della rete territoriale e delle cure palliative**

Già a partire dalla prima fase dell'art.20 L.67/88 la programmazione degli investimenti si è posta l'obiettivo primario del mantenimento della capillarità della distribuzione con riqualificazione ed adeguamento dei presidi. La programmazione passata ha riservato il finanziamento degli interventi relativi alle attività sanitarie di comunità, a quelle consultoriali e distrettuali alle risorse proprie delle aziende mentre a carico del finanziamento dello Stato e della regione sono state poste le strutture residenziali per anziani prevalentemente non autosufficienti, quelle residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale e per la disabilità, le strutture che unificano nella stessa sede i servizi della prevenzione collettiva. Sono stati realizzati anche dei veri e propri "poli sanitari territoriali" che ospitano, oltre a spazi residenziali anche funzioni diurne, poliambulatoriali, e di servizio per la specialistica territoriale ed il distretto.

Qualifica l'obiettivo residenziale uno standard di assistenza per anziani prevalentemente non autosufficienti di 1,6 di posti residenziali ogni cento anziani ultrasessantacinquenni.

In termini di strutture residenziali per anziani, considerando i posti adeguati già esistenti, quelli in corso di realizzazione e quelli convenzionati, si raggiungerà al termine del

programma un risultato pari all'1,16% della popolazione ultrasessantacinquenne che, risulta sufficiente in un quadro di deistituzionalizzazione come quello sopra delineato.

L'AdPI del 16.04.2009 prevede la realizzazione del nuovo presidio distrettuale di Aulla e, a seguito di successiva rimodulazione, la ristrutturazione di un immobile per attività distrettuali nel comune di Fosdinovo.

La gran parte della programmazione approvata nell'accordo dell'aprile 2009 riguarda però il completamento della rete per le cure palliative.

Il carico assistenziale della patologia oncologica, infatti, ha subito un progressivo aumento, dando luogo ad un accrescimento della spesa assistenziale, sia per l'incremento del numero dei pazienti oncologici, sia per l'innalzamento delle spese diagnostiche e terapeutiche che ogni paziente, in media, richiede. L'analisi epidemiologica ed i nuovi orizzonti della oncologia fanno prevedere un sempre maggiore peso per il SSR: tanto che vi è un rischio che questo settore assistenziale, se non efficacemente governato, possa entrare in crisi in termini di sostenibilità.

L'AdPI del 16.04.2009 prevede alcuni interventi che completeranno il fabbisogno rendendo omogenea l'offerta a livello regionale. Significativi sono i progetti per l'implementazione della struttura della Val di Nievole e per la realizzazione di una nuova struttura nel comune di Castelfiorentino.

## **7. Progetto Odontoiatria**

Nel settore specialistico della odontostomatologia, sul territorio regionale, l'offerta di prestazioni con oneri a carico del Servizio Sanitario è quasi interamente assicurata dalle strutture pubbliche, risultando il numero di professionisti e di strutture private in rapporto contrattuale con il Servizio Sanitario regionale nell'ordine di poche unità.

Già il Piano Sanitario Regionale 2005 – 2007 prevedeva, tra i progetti speciali di salute "l'odontoiatria, un percorso sostenibile"; recenti indagini, svolte sul territorio nazionale nel settore odontoiatrico, rilevano il disagio dei cittadini ad assicurarsi prestazioni odontoiatriche per i costi elevati che queste assumono nel settore privato; infatti in questo settore è molto forte la differenza dell'offerta di prestazioni tra pubblico (che risulta pari al 50% rispetto all'utilizzo ottimale) e privato con uno spostamento molto forte sul privato creando una forbice difficilmente modificabile; già dal citato Piano Sanitario è stata riconosciuta la necessità per il Servizio Sanitario pubblico di recuperare una presenza nel settore, con un impegno forte sulla prevenzione rivolta ai soggetti in età evolutiva con azioni che interessano la prevenzione prenatale, prevenzione primaria e secondaria; un'attenzione ai soggetti anziani in condizioni economiche di disagio e/o istituzionalizzati, un ampliamento dell'offerta assistenziale pubblica.

Come già accennato in premessa, la realizzazione di un poliambulatorio di odontostomatologia attraverso la riqualificazione dell'immobile di Villa Margherita presso l'IOT nella ASL 10 di Firenze, previsto dall'AdPI del 16.04.2009, consente di rafforzare l'offerta di prestazioni odontoiatriche a tariffe calmierate e di dare un forte contributo alla realizzazione del "progetto odontoiatria" deliberato dalla Regione Toscana con DGR n. 861 del 6 settembre 2004. Esso permette di soddisfare e completare il fabbisogno a livello regionale.

### ***B1b. 2 Descrizione della strategia***

Nella strategia perseguita dalla Regione Toscana, per il raggiungimento dei sette obiettivi sopra individuati, il termine appropriatezza è inteso come: dare a ciascuno secondo il bisogno senza sprechi e senza carenze, senza consumi inutili e senza penuria di mezzi, utilizzando al meglio le risorse umane, tecnologiche e finanziarie secondo il criterio della programmazione e dell'integrazione dei servizi, in linea con le più avanzate pratiche mediche e assistenziali, garantendo l'innovazione, a livello tecnologico e 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 principali iniziative organizzative già intraprese e che caratterizzano il sistema sanitario toscano:

- l'Area Vasta, quale ambito generale di programmazione integrata, rappresenta in questo senso l'ambito 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, quale ente operativo, 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'intersettorialità dei percorsi e dalla prossimità delle risposte;
- l'integrazione fra il Servizio sanitario regionale, il mondo della ricerca e le Università, che si realizza attraverso i protocolli sottoscritti e gli statuti delle Aziende Ospedaliero-



Universitarie, costituisce un valore aggiunto del sistema complessivo ove la ricerca, la didattica, e l'assistenza, sono aspetti di un unico complesso integrato orientato alla qualità;

- l'introduzione di appropriati strumenti di Governo clinico, inteso come strumento attraverso il quale è reso possibile ai professionisti garantire per i cittadini i migliori risultati delle cure, promuove l'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, già delineata dalla L.R. 40/2005, si inserisce in questa ottica di razionale valorizzazione delle risorse, ponendosi come cardine per lo sviluppo dell'appropriatezza organizzativa, il cui nuovo assetto è funzionale a garantire qualità ed efficienza ad un sistema operativamente centrato sul malato;
- l'impegno a riqualificare e riconvertire l'offerta ospedaliera in ambito di deospedalizzazione, ridefinendo anche il ruolo dei piccoli ospedali nell'ambito delle reti di servizio, accompagna anch'esso gli sforzi per valorizzare l'apporto del sistema di governo locale e le risorse presenti nella rete ospedaliera di Area Vasta;
- la riorganizzazione dei sistemi di cura e supporto operativo, diagnostico e strumentale sono centrati sulla riorganizzazione complessiva dei punti nascita, sulla riorganizzazione dei laboratori, sullo sviluppo della continuità assistenziale e del sistema dell'emergenza urgenza, costituendo altrettanti obiettivi strategici che stiamo perseguendo per garantire qualità, appropriatezza e miglior uso delle risorse. In questo stesso capitolo è da collocare anche il progetto di miglioramento della qualità dell'assistenza farmaceutica, nonché quello di valutazione e controllo della spesa di settore.

Il programma di investimenti predisposto dalla Regione Toscana intende supportare tale strategia anche attraverso la realizzazione dei 54 interventi previsti dall'Accordo di programma del 16 aprile 2009 relativo al riparto di cui alla L. n. 296 del 2006 (Finanziaria 2007) e l'ulteriore realizzazione dei 51 interventi previsti dalla presente programmazione e relativi al riparto di cui alla L. n. 244 del 2007 (Finanziaria 2008).

## B2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

### B2A OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

La Regione Toscana avendo completato il programma relativo ai finanziamenti dell'art. 20 della L. 67/88, già assegnati negli anni precedenti, ha pertanto la necessità di nuove risorse per garantire continuità al processo di ammodernamento e mantenimento del proprio patrimonio immobiliare e tecnologico sanitario.

Agli interventi oggetto dell'Accordo di Programma stipulato nel marzo 2009 si aggiungono pertanto quelli contenuti nel programma esposto nel presente documento ed analizzato nei successivi paragrafi.

#### B2a. 1 Analisi dei problemi e priorità

La scelta degli interventi necessari per realizzare gli obiettivi strategici, illustrati nel precedente B1b1 in riferimento ai bisogni assistenziali prioritari, è stata effettuata avendo riguardo alle specifiche necessità segnalate dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie nella redazione dei piani triennali degli investimenti, parte integrate della programmazione di bilancio.

Alcuni degli obiettivi o parte di essi vengono esauriti con la programmazione oggetto dell'Accordo di Programma del marzo 2009, quali il progetto odontoiatria ed il completamento della rete per le cure palliative.

Con la presente programmazione viene assicurata continuità agli obiettivi strategici generali ed assicurata coerenza con tutte le iniziative in corso con particolare riferimento a quanto di seguito indicato.

#### *Obiettivi 1 e 2*

Per quanto riguarda gli obiettivi di **riqualificazione della rete ospedaliera e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie** si aggiungono alcuni interventi di adeguamento normativo ai fini dell'accreditamento come nel caso delle aziende:

- Prato - Prevenzione incendi presso il PO di Prato,
- Viareggio - Adeguamento impianti e cogenerazione presso il NO della Versilia,
- Ospedaliero-Universitaria Meyer – Impianto di protezione dalle scariche atmosferiche per il NO pediatrico).

Sono inoltre previste importanti ristrutturazioni e riqualificazioni degli ospedali, come nei casi delle aziende USL di:

- Lucca, per l'ospedale di Valle del Serchio,

- Prato, per l'Anatomia patologica del presidio pratese,
- Livorno, per l'intero presidio,
- Arezzo, presso il PO S. Donato con ristrutturazione della Dialisi, dell'anatomia patologica, del centro trasfusionale, del blocco parto e delle sale operatorie.

E' inoltre programmata l'attuazione della seconda fase dell'ampliamento del PO Misericordia di Grosseto con la realizzazione del Nuovo blocco per l'alta intensità di cura.

Per quanto riguarda gli interventi strutturali di riqualificazione delle Aziende Ospedaliere Universitarie sono previsti:

- per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, interventi per la messa in sicurezza, interventi di ristrutturazione per la struttura di Neuropsichiatria infantile e di nuova edificazione per la Piastra dei laboratori,

### *Obiettivo 3*

Con la presente programmazione prosegue inoltre e si implementa ***l'ammmodernamento del parco tecnologico sanitario e informatico***. Sono infatti previsti importanti investimenti tecnologici nelle aziende di Lucca, Pisa, Grosseto. A completamento degli interventi strutturali, sono previsti nell'AOU di Careggi importanti investimenti, sia in attrezzature sanitarie (Cardiologia, Neurochirurgia, CTO, Volano sanitario) che non sanitarie (Nuovo Volano Sanitario e vari altri immobili), e nell'AOU Senese le attrezzature per le sale operatorie e per la chirurgia mini-invasiva e robotica presso il DEA in fase di ultimazione. Importanti acquisti relativi al parco tecnologico biomedicale sono anche previsti nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

### *Obiettivo 4*

Sono inoltre previsti investimenti in **tecnologie informatiche e sistemi informativi** presso le Aziende di Massa e Carrara, Lucca, Siena, AOU Careggi.

Per quanto riguarda l'intervento della USL 1 di Massa e Carrara esso consiste sostanzialmente nell'acquisto di server e apparati per le sale macchine in sostituzione o in aggiunta a quelli esistenti, software per l'implementazione delle politiche di sicurezza, realizzazione di una infrastruttura di rete geografica e aggiornamento tecnologico dei reparti ospedalieri con reti wireless ed apparati di rete.

L'intervento della USL 2 di Lucca riguarda l'aggiornamento tecnologico del parco SW e HW e l'attivazione di nuove funzionalità legate a tutte le disposizioni e misure necessarie alla convergenza delle ICT e delle tecnologie sanitarie supportate da ICT, previste dalla programmazione regionale.

L'intervento della USL 7 di Siena si pone l'obiettivo dell'informatizzazione di tutti i plessi ospedalieri, dei poliambulatori e degli ambulatori distrettuali intervenendo su settori di attività quali le cartelle cliniche di reparto, le cartelle cliniche ambulatoriali, il pronto soccorso, blocchi operatori e gestione delle liste operatorie, le rianimazioni, la gestione

dell'attesa paziente, la gestione e il tracciamento dei trasporti interni di pazienti ed esami. A ciò vengono affiancati i sistemi già in uso per il Laboratorio di Analisi e per la Radiologia (RIS/PACS), completando così la digitalizzazione dei processi clinici.

L'intervento della AOU Careggi riguarda l'adeguamento Informatico e la partecipazione al progetto Carta Sanitaria, ovvero tutte le azioni che compongono lo sviluppo del sistema informativo aziendale nelle componenti infrastrutturali, tecnologiche ed applicative siano esse in relazione alle esigenze interne o di relazione con il dominio regionale.

#### *Da un sistema misto ad un sistema informativo sanitario*

Per quanto concerne quest'ultimo intervento, occorre segnalarne gli aspetti salienti che si riscontrano nei seguenti elementi:

- integrazione tra Università e Servizio Sanitario Regionale, che si realizza all'interno di un'Azienda Ospedaliero - Universitaria;
- elaborazione di un progetto di sistema che integra competenze e professionalità, non soltanto sul versante ICT, ma soprattutto su quello sanitario e dei servizi di supporto amministrativo;
- creazione di un laboratorio di supporto che coinvolge gli operatori del Sistema Informativo Aziendale, la Facoltà di Ingegneria dell'UniFI attraverso il Laboratorio MICC, con il compito ulteriore di fornire agli operatori aziendali, sanitari compresi, adeguata formazione nell'utilizzo degli strumenti delle tecnologie dell'informazione.

Lo scopo dell'iniziativa è rivolgersi al mercato, sia quello delle strutture sia quello dei servizi, con un adeguato progetto di sistema informativo a supporto della committenza, alla realizzazione del quale sono chiamati a partecipare in forma cooperativa anche le aziende di servizio.

Nello specifico, attraverso il Protocollo d'intesa tra l'Azienda Ospedaliero - Universitaria Careggi e l'Università degli Studi di Firenze (*Centro per la Comunicazione e Integrazione dei Media*), si procede alla costituzione ed al funzionamento di un Centro di competenza su metodi, tecnologie e architetture software per sistemi informativi in sanità, che ha come obiettivo la realizzazione dei seguenti principali sottoprogetti:

- il sottoprogetto 1 (**Definizione e realizzazione di un'architettura di riferimento**) mira alla definizione e realizzazione operativa di una architettura di riferimento che costituisca la dorsale infrastrutturale per l'integrazione e la cooperazione applicativa delle diverse componenti del sistema informativo aziendale. A sua volta, questo mira a ridurre il costo di integrazione dei diversi componenti e aumentare l'efficacia del governo dell'intero sistema informativo aziendale, abilitandone una più agile evoluzione nella realizzazione degli obiettivi di più alto livello;
- Il sottoprogetto 2 (**Progettazione e sviluppo di componenti critici o tecnologicamente avanzati**) concerne lo sviluppo di componenti applicativi e infrastrutturali che svolgono un ruolo critico nella gestione e nell'evoluzione del sistema informativo aziendale o comunque componenti il cui sviluppo richiede

- l'adozione di soluzioni tecnologiche innovative;
- Il sottoprogetto 3 (**Definizione e pratica di una metodologia per la definizione delle specifiche di fabbisogno**) ha come obiettivo elaborare linee guida su pratiche e metodi da applicare nella gestione del processo di fornitura e darne una pratica attuazione nello sviluppo di specifici progetti;
  - Il sottoprogetto 4 (**Formazione e sviluppo organizzativo**) mira a realizzare trasferimento di conoscenza attraverso eventi formativi, sia nella forma di corsi di aula che nella forma di interventi di formazione individuale. La formazione sarà primariamente destinata al personale dell'azienda che in ruoli diversi opera nel funzionamento e nello sviluppo delle varie componenti del sistema informativo, ma potranno anche essere estese a personale di altre aziende, a fornitori di tecnologie informatiche e servizi, a soggetti in formazione presso le strutture dell'Azienda. I temi della formazione, precisati anche nel corso del progetto in relazione alle esigenze evidenziate, saranno primariamente incentrati su metodologie, strumenti e tecniche di supporto alla gestione e allo sviluppo del sistema informativo di scala aziendale;
  - Il sottoprogetto 5 (**Sviluppo della conoscenza ricerca e sperimentazione in materia di sistemi avanzati di elaborazione dell'informazione a supporto di attività scientifiche ed organizzative in AOUC**) mira a sviluppare azioni di ricerca scientifica e sperimentazione tecnologica di architetture avanzate di elaborazione dell'informazione applicate al contesto della sanità, con particolare attenzione a un sistema di gestione dell'informazione che usi ontologie per abilitare meccanismi avanzati di contribuzione, ricerca e presentazione dell'informazione.

Il progetto si realizza per piani annuali di intervento che utilizzano le risorse in conto capitale ex art. 20, in stretta integrazione con quelle che l'azienda impiega annualmente nella programmazione della manutenzione straordinaria delle architetture e dei sistemi dell'ICT.

#### *Obiettivo 5*

L'obiettivo relativo al ***miglioramento dei Pronto Soccorso***, ormai completato con la programmazione precedente dal punto di vista strutturale, viene implementato prevedendo importanti investimenti tecnologici a completamento delle strutture nelle aziende di Firenze e Ospedaliero-Universitarie Careggi e Senese.

#### *Obiettivo 6*

Nella presente programmazione riveste inoltre un ruolo di primo piano la realizzazione o l'acquisizione di strutture per il ***completamento della rete territoriale***. Sono infatti interessate 7 delle 12 aziende territoriali, con interventi riguardanti, RSA, presidi per attività distrettuali, poliambulatori, centri diurni, centri alzheimer oltre all'acquisto di

immobili per attività direzionali.

## B2a. 2 La catena degli obiettivi

Nella tabella seguente sono elencati gli interventi oggetto del Programma articolati in relazione agli obiettivi prioritari.

OBIETTIVO SPECIFICO	OBIETTIVO OPERATIVO	
<b>RIQUALIFICAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA</b>	USL 2	Prosecuzione interventi Protocollo Valle serchio
	USL 4	P.O. Misericordia e Dolce - Ristrutturazione Anatomia Patologica
	USL 4	Prevenzione incendi (lotto 1)
	USL 6	PO di Livorno - Ristrutturazione generale (FASE 1)
	USL 8	PO S. Donato - Ristrutturazione locali ex dialisi, anatomia patologica, centro trasfusionale
	USL 8	PO S. Donato - Ristrutturazione sale operatorie e blocco parto
	USL 9	PO Misericordia - Realizzazione Nuovo Blocco per alta intensità di cura (FASE 2)
	USL 12	PO Versilia - Ristrutturazione e adeguamento
USL 12	P.O. Versilia - Acquisto e installazione impianto di cogenerazione	
<b>RIQUALIFICAZIONE AZIENDE OSPEDALIERO - UNIVERSITARIE</b>	AOUC	E.A.S. - Fornitura e installazione arredi
	AOUC	Programma acquisti arredi (lotto 1)
	AOUM	Realizzazione nuova piastra laboratori Villa Pepi (FASE 2)
	AOUM	Ristrutturazione palazzina Ponte Nuovo per Neuropsichiatria
	AOUM	Attrezzature, arredi e impianti audiovisivi e multimediali aula magna e sala polivalente
	AOUM	Nuovo ospedale - Realizzazione gabbia di Faraday
AOUM	Acquisto villa Pepi (quotaparte)	
<b>AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO</b>	USL 2	Rinnovo tecnologie sanitarie (lotto 1)
	USL 5	Rinnovo tecnologie sanitarie nei presidi territoriali
	USL 5	PO Volterra - Rinnovo tecnologie sanitarie
	USL 5	PO Pontedera - Rinnovo e potenziamento tecnologie sanitarie
	USL 9	Rinnovo tecnologie sanitarie nei PPOO dell'azienda
	AOUC	E.A.S. - Acquisto e installazione tecnologie Cardio/Neuro (lotto 1)
	AOUC	CTO - Acquisto e installazione tecnologie (lotto 1)
	AOUC	Nuovo Volano Sanitario - Acquisto e installazione tecnologie sanitarie
	AOUP	Acquisto e installazione Gammacamera
	AOUP	Aggiornamento parco tecnologico biomedicale (lotto 1)
	AOUS	Realizzazione sale operatorie mininvasiva e robotica nuovo DEA
AOUS	Rinnovo tecnologie aziendali (FASE 2)	
<b>PIANO DI MIGLIORAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO</b>	USL 10	Dotazione tecnologica nuovi DEA nei presidi ospedalieri di Firenze (lotto 1)
	AOUC	E.A.S. - Acquisto e installazione tecnologie Pronto Soccorso (lotto 1)
	AOUS	Nuovo DEA - Acquisto e installazione arredi e attrezzature
<b>IMPLEMENTAZIONE E AMMODERNAMENTO DEI SISTEMI INFORMATICI</b>	USL 1	Adeguamento Reti e Infrastrutture
	USL 2	Implementazione e rinnovo attrezzature informatiche (lotto 1)
	USL 7	Informatizzazione dei percorsi assistenziali diagnostici terapeutici
	AOUC	Adeguamento informatico e carta sanitaria (lotto 1)
<b>COMPLETAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE</b>	USL 1	Realizzazione Centrale operativa 115/118
	USL 1	Ampliamento e ristrutturazione distretto Avenza
	USL 1	Realizzazione nuovo centro diurno nel comune di Casola in Lunigiana
	USL 2	Adeguamento normativo e funzionale pad. Vedrani presso ex OPP Maggiano
	USL 2	Acquisto immobile per uffici amministrativi
	USL 2	Nuovo centro diurno disabili Capannori
	USL 2	Acquisto nuova sede distretto e uffici amministrativi Castelnuovo Garfagnana
	USL 2	Adeguamento normativo e funzionale poliambulatorio Capannori
	USL 2	Adeguamento normativo e funzionale RSA Villetta 2 S.Romano
	USL 4	Ristrutturazione Palazzo Spedalighi
	USL 4	Completamento progetto Alzheimer Namali
	USL 5	Pisa - Costruzione del nuovo centro direzionale
	USL 5	Realizzazione nuovo distretto nel comune di Ponsacco
	USL 7	Acquisto immobile per realizzazione sede unificata funzioni centro Direzionale
	USL 7	Realizzazione presidio attività distrettuali Siena Nord
	USL 7	Realizzazione presidio attività distrettuali Siena Sud

## **B2a. 3 Interventi progettuali**

Le schede tecniche degli interventi sono quelle riportate in allegato ed oggetto di trasmissione al Ministero attraverso l'applicativo dell'Osservatorio degli investimenti pubblici.

## **B2a. 4 Offerta post-operam**

Con il programma delineato la Regione Toscana intende consolidare la struttura dell'offerta ospedaliera e territoriale attestandosi sul valore di 3,8 posti letto per mille abitanti destinati ad attività di ricovero per pazienti acuti, pur perseguendo una azione di continua riorganizzazione dell'offerta mirata ad ottimizzare le proprie prestazioni e ad introdurre le novità in campo sanitario e chirurgico indotte dal progresso delle tecnologie.

Le attese conseguenti all'attuazione di questa programmazione sono pertanto legate al miglioramento strutturale dei Presidi ospedalieri, all'ampliamento e al completamento dei processi di trasferimento dagli attuali vecchi ospedali alle nuove strutture (ad esempio l'ampliamento del PO Grosseto ed il trasferimento a Cisanello dell'AOU Pisana) e all'introduzione di nuove tecnologie in grado di ridurre le liste di attesa e di migliorare il processo diagnostico e terapeutico.

## **B2B. COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA**

### ***B2b. 1 Relazione e complementarità tra le priorità***

Come già indicato ai paragrafi precedenti la programmazione dei nuovi investimenti si è sviluppata intorno a 6 dei 7 obiettivi prioritari, considerando già esaurito con la precedente programmazione l'obiettivo 7 relativo al progetto odontoiatria e l'obiettivo 6 per la parte relativa alla rete per le cure palliative. Gli obiettivi della presente programmazione sono quindi:

- 1. Riorganizzazione della rete ospedaliera**
- 2. Riqualificazione aziende ospedaliero - universitarie**
- 3. Ammodernamento tecnologico (con particolare riferimento ai servizi di radiodiagnostica di interesse oncologico e di radioterapia)**
- 4. Piano di miglioramento del Pronto Soccorso**
- 5. Implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici**
- 6. Completamento della rete territoriale**

Per gli altri cinque obiettivi, si tratta di interventi in continuità con le precedenti programmazioni e a completamento di esse. Una quota importante del finanziamento è infatti destinata a tecnologie, attrezzature e arredi per l'allestimento delle nuove

realizzazioni o dei presidi rinnovati in particolari nelle nuove strutture di pronto soccorso. Dovranno altresì essere rispettati e concretizzati gli impegni che, nel corso del precedente periodo di vigenza del PSR 2005-2007, la Regione ha assunto attraverso la sottoscrizione di specifiche intese istituzionali con alcune Aziende sanitarie ed i relativi enti locali e che troveranno attuazione nel corso del prossimo triennio.

### **Obiettivi 1 e 2 - *Riorganizzazione della rete ospedaliera e riqualificazione delle aziende ospedaliero-universitarie***

Sono previste importanti opere di ristrutturazione dei presidi ospedalieri esistenti, con particolare riguardo a quelli che sono stati interessati in minor misura dalla programmazione degli anni precedenti. Significativi anche gli interventi di riorganizzazione di quei presidi per i quali, non essendo prevista la dismissione, vengono realizzati interventi specifici di riqualificazione con funzioni di eccellenza non più propriamente di carattere ospedaliero. Un'altra significativa porzione del finanziamento statale è stato destinato alla riqualificazione e alla riorganizzazione di alcuni presidi ospedalieri sia delle aziende USL che delle Aziende Ospedaliero Universitarie. Gli interventi di maggiore impegno finanziario sono relativi alla prima fase della ristrutturazione dell'Ospedale di Livorno, il completamento degli interventi sui PPOO di Castelnuovo Garfagnana e Barga per l'Azienda di Lucca (*nell'ambito del Protocollo Valle del Serchio*), la seconda fase dell'ampliamento dell'Ospedale di Grosseto con la realizzazione del Nuovo blocco per l'alta intensità di cure, una nuova piastra di laboratori per l'AOU Meyer e le nuove sale operatorie per chirurgia robotica e mini invasiva presso il DEA dell'AOU Senese. L'insieme degli interventi di nuova realizzazione o di riqualificazione dei presidi ospedalieri riguardano un importo complessivo pari a **64,7** milioni di euro di cui oltre **53** milioni a carico del finanziamento art. 20.



### **Obiettivo 3 - Ammodernamento tecnologico**

Già nel corso del 2007 è stato messo a punto un consistente piano di acquisti teso a rinnovare e ad introdurre in tutte le aziende sanitarie e ospedaliere macchinari tecnologicamente avanzati, sistemi diagnostici evoluti, oltre a sistemi informatici di gestione e scambio di informazioni (RIS-PACS) adeguati alle sempre crescenti necessità. Il programma di rinnovo delle tecnologie, che sarà attuato con la collaborazione attiva degli ESTAV per quanto riguarda gli aspetti negoziali e contrattuali, ha visto l'avvio nel corso del 2008 si completerà nel 2009, sulla base delle effettive necessità espresse dalle aziende. Nel complesso, in tutte le 16 Aziende Sanitarie e Ospedaliere-Universitarie è stato previsto, previa concertazione all'interno di ciascuna area vasta, l'acquisto di tecnologie sostitutive o aggiuntive di quelle esistenti quali Tac multislice, risonanze magnetiche, risonanze magnetiche tipo artroscan, mammografi digitali, gamma camere, pet-tac, acceleratori lineari, angiografi, tomotherapy, gamma knife ed altre apparecchiature di minore impegno finanziario quali litotritori, laser per oculistica, sistemi per chirurgia mini invasiva. L'attuale programmazione prevede infatti l'acquisto di tecnologie sanitarie, arredi e attrezzature non sanitarie per il completamento dei nuovi o rinnovati presidi ospedalieri, per un totale di oltre **76,3** milioni di Euro, di cui oltre **60,8** milioni a valere sul finanziamento di cui all'art. 20 L. 67/88 .

### **Obiettivo 4 - Piano di miglioramento del pronto soccorso**

Per quanto riguarda la riqualificazione dei Pronto Soccorso, i cui elementi peculiari di miglioramento sono già stati descritti ai paragrafi precedenti, definita con la precedente programmazione la realizzazione delle strutture oggetto dell'attuale finanziamento statale sono le dotazioni tecnologiche e gli arredi presso i Nuovi DEA di Firenze e Careggi e dell'AOU Senese, per un importo complessivo di oltre **29,4** milioni di Euro.

### **Obiettivo 5 - Implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici**

Per l'implementazione dei sistemi informativi, adeguamento reti e infrastrutture, informatizzazione dei percorsi diagnostici e assistenziali la presente programmazione prevede un investimenti di oltre **18,2** milioni di euro di cui oltre **16,4** a valere sul finanziamento art. 20.

### **Obiettivo 6 - Completamento della rete territoriale**

Una quota significativa, viene inoltre dedicata al completamento della rete territoriale attraverso la ristrutturazione o la nuova realizzazione di strutture per le attività distrettuali, centri diurni, centri alzheimer, una centrale operativa per il 118, l'adeguamento e la riqualificazione di RSA, interventi riguardanti presidi per attività distrettuali, poliambulatori, centri diurni, centri alzheimer, l'acquisto e la riorganizzazione di alcuni immobili per attività amministrative, per un importo complessivo di oltre **57,9** milioni di euro di cui **43,7** milioni a carico dell'art. 20.

Si riportano di seguito tabelle di sintesi economico finanziarie per gli interventi raggruppati sia per i sopra evidenziati programmi:

<b>Programma</b>	<b>Somme a carico art. 20 L. 67/88 (Riparto 2008)</b>	<b>Somme a carico Aziende/Regione</b>
<b>Edilizia Ospedaliera</b>	€ 53.047.012,18	€ 11.732.531,82
<b>Edilizia Territoriale</b>	€ 43.782.081,00	€ 14.138.919,00
<b>Pronto Soccorso (Arredi e Tecnologie sanitarie)</b>	€ 29.450.000,00	€ 1.678.947,37
<b>Tecnologie sanitarie ospedali</b>	€ 56.598.781,00	€ 15.159.259,00
<b>Arredi e attrezzature non sanitarie</b>	€ 4.272.500,00	€ 277.500,00
<b>Tecnologie informatiche e sistemi informativi</b>	€ 16.415.000,00	€ 1.840.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 203.565.374,18</b>	<b>€ 44.827.157,19</b>

che per gli obiettivi strategici prioritari

<b>Obiettivo</b>	<b>Somme a carico art. 20 L. 67/88 (Riparto 2008)</b>	<b>Somme a carico Aziende/Regione</b>
<b>Riqualificazione della rete ospedaliera</b>	€ 42.419.512,18	€ 7.260.031,82
<b>Riqualificazione aziende ospedaliero - universitarie</b>	€ 14.900.000,00	€ 4.750.000,00
<b>Ammodernamento tecnologico</b>	€ 56.598.781,00	€ 15.159.259,00
<b>Piano di miglioramento del pronto soccorso</b>	€ 29.450.000,00	€ 1.678.947,37
<b>Implementazione e ammodernamento sistemi informatici</b>	€ 16.415.000,00	€ 1.840.000,00
<b>Completamento della rete territoriale</b>	€ 43.782.081,00	€ 14.138.919,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 203.565.374,18</b>	<b>€ 44.827.157,19</b>

## **B2b. 2 Analisi dei rischi**

**PUNTI DI FORZA** di tale piano sono:

- la coerenza con la programmazione in corso e la sua collocazione all'interno di un quadro programmatico certo e definito, mantenendo la coerenza con un programma avviato già dal 1990;
- la riorganizzazione delle attività ospedaliera in un quadro di accordi con le comunità locali in merito agli interventi da attuare nei confronti degli ospedali.

Altri aspetti rilevanti sono il sicuro miglioramento dell'efficienza del sistema di servizi, la conseguente riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri per un miglior funzionamento dell'attività di filtro esercitata da strutture di Pronto Soccorso, migliorate sotto il profilo dell'efficienza e dell'efficacia, grazie anche al miglioramento dell'assistenza territoriale.

Aspetto cardine della programmazione è il parallelo potenziamento dei flussi informativi attraverso il collegamento in rete dei servizi, che fornisce un significativo contributo iniziale alla costruzione di un datawarehouse centrato sul paziente che rappresenterà il cardine per molti progetti della Regione Toscana. Primo fra tutti la Carta Sanitaria che è tra le sfide più rilevanti del triennio 2008–2010; si afferma senza dubbio la necessità di rispondere alla semplificazione 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, altra documentazione), pur garantendo completezza di informazione;
- verificare le azioni predittivo – preventivo – terapeutiche, mirando alla personalizzazione delle cure;
- assicurare, valutare 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":

1. l'unificazione del linguaggio,
2. la formazione degli operatori sanitari;
3. la convergenza tra la tessera sanitaria e la cartella clinica computerizzata, attraverso l'integrazione delle reti in uso.

Nel sistema sanitario toscano, sul fronte infrastrutture la disponibilità di rete per raggiungere professionisti e altri istituti (MMG e PLS, farmacie, cliniche private, altri presidi) appare sufficiente. La situazione delle aziende sanitarie che adottano cartelle sanitarie elettroniche si configura a macchia di leopardo. La precedente programmazione ha promosso, nelle 3 Aree Vaste, 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 intra aziendale 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 di questi dati e nella loro integrazione, emulando gli esempi esistenti di alcune aziende sanitarie che offrono, ad esempio, un sistema accessibile via web e che inviano dati anche tramite SMS. Lo stato dell'arte nel Sistema Sanitario Toscano dimostra perciò che vi sono le basi per intraprendere un percorso innovativo nel breve – medio termine, costruendo su quanto ad oggi risulta disponibile.

### ***PUNTI DI DEBOLEZZA***

Sono da indicare nei vincoli strutturali che non permettono a pieno la realizzazione del modello di organizzazione sanitaria per intensità di cura, la cui realizzazione richiede una crescita complessiva della conoscenza da parte degli operatori del servizio e dei quadri istituzionali coinvolti. Per quanto riguarda l'introduzione di nuove tecnologie, il passaggio dalle potenzialità innegabili delle dotazioni tecnologiche al loro concreto sfruttamento pone rilevanti problemi di ordine organizzativo; richiede profondi cambiamenti nell'organizzazione del lavoro, nei comportamenti, ed in generale negli orientamenti delle persone. L'introduzione di nuove tecnologie può comportare, laddove non si tratti di solo rinnovo, iniziale aumento dei costi per aumento di dotazione tecnologica di diagnostica pesante che richiederanno personale e spese per formazione di quest' ultimo.

In questo quadro occorre evidenziare come la realizzazione di programmi integrati di investimento richieda spesso l'introduzione di nuove tecnologie e nuovi processi attuativi, sia sotto il profilo organizzativo che sul versante tecnico sanitario. I punti di debolezza di un processo che richiede innovazione possono essere affrontati solo attraverso adeguati strumenti di formazione professionale, gestionale con particolare riferimento al management, di crescita dei processi valutativi orientati al miglioramento delle performance del sistema

Tre sono le iniziative adottate dalla Regione Toscana nel sostegno ai processi di

innovazione del sistema dei servizi:

1. Sviluppo dell'integrazione tra Servizi sanitario regionale e sistema delle Università toscane, attraverso la creazione di collaborazione sul versante della ricerca e dell'innovazione in Sanità ed in Scienze della vita, con la creazione dei Dipartimenti integrati tra Regione ed Università per la ricerca con sede presso le quattro Aziende Ospedaliero – Universitarie Pisana, Senese, Careggi e Meyer;
2. Creazione del Laboratorio regionale per la formazione con sede presso Villa La Quiete di Firenze, affidato all'Azienda Ospedaliero – Universitaria Careggi di Firenze, con il compito di sostenere processi di alta formazione nel sistema sanitario toscano;
3. Inserimento organico nel sistema di valutazione dei Servizi sanitari e delle loro performance del Laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore Universitaria Sant'Anna di Pisa.

L'investimento annuale in tale sistema di crescita della conoscenza supera i 50 milioni di Euro ma consente un adeguato sostegno all'innovazione, fornendo punti di riferimento ed aggregazione di livello nazionale ed internazionale.

### ***OPPORTUNITA'***

Organicità della concertazione con le comunità locali assunta a base della pianificazione strategica e dei connessi interventi di riorganizzazione ospedaliera.

### ***RISCHI***

Il principale risiede nello sfasamento temporale degli effetti della riorganizzazione funzionale e di quella strutturale.

## **B3 COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE**

### **B3A COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE**

#### ***B3a. 1 Coerenza con le priorità del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013***

Gli elementi direttivi della programmazione strategica della Regione Toscana sono determinati attraverso un procedimento di concertazione a valenza interistituzionale ed intersettoriale con livelli di confronto con le forze sociali, che si realizza nell'ambito delle tappe di concreta definizione del programma regionale di sviluppo – PRS- di valenza quinquennale. Lo strumento di programmazione strategica vigente è stato adottato attraverso la predetta concertazione condotta sul Programma di governo della presente legislatura e costituisce il PRS 2006 -2010. Le previsioni programmatiche ivi contenute sono aggiornate attraverso il Documento di programmazione economica e finanziaria – DPEF- che riporta anche gli esiti del monitoraggio sullo stato di avanzamento dei programmi: il DPEF vigente preso in considerazione dal presente documento è quello relativo all'esercizio 2008.

La normativa regionale vigente sulla programmazione strategica prevede che il PRS si realizzi attraverso le linee di indirizzo dei Piani di indirizzo territoriali -PIT- che concretizzano sul territorio regionale le linee di governo, secondo l'approccio che "la gestione della risorsa territorio secondo i principi della sostenibilità ambientale sia strategica per uno sviluppo basato sulla qualità e costituisca parte integrante della programmazione generale e settoriale. Le scelte territoriali strategiche indicate dal PIT sono invece parte dei Programmi strategici e seguono il percorso di formazione del PSR e dei programmi settoriali pluriennali, ai cui programmi di attuazione fanno capo."

Sotto questo profilo il programmatore regionale prevede la massima coerenza tra Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 ed Programmazione strategica generale e settoriale secondo la logica che prevede che "... i programmi europei rientrano nella procedura di definizione del PIT e di formazione del PRS e ne costituiscono uno degli strumenti principali di realizzazione".

La coerenza tra obiettivi e risorse la si ritrova anche nel quadro finanziario del DPEF 2008 al punto 3.1.4 - La sostenibilità della spesa sanitaria ove si prevede con particolare riferimento alla programmazione degli investimenti che "Il nuovo Piano sanitario regionale 2008-2010 coniugherà lo sforzo straordinario di investimenti con quello non meno rilevante di cambiamento e riorganizzazione dei servizi. In una logica di sistema, gli obiettivi più qualificanti saranno la razionalizzazione della medicina di laboratorio, la nuova missione dei piccoli ospedali, il nuovo assetto organizzativo dei servizi ospedalieri

per intensità di cura, l'integrazione del sistema emergenza-urgenza con i Pronto Soccorso e le Continuità Assistenziale e la valorizzazione delle risorse umane come capitale intellettuale e motore di sviluppo”.

Nello stesso documento sono confermate le revisioni programmatiche del PRS 2006-2010 nell'adeguamento al 2008 delle scelte programmatiche nell'ambito del PROGRAMMA STRATEGICO 2 - CITTADINANZA, LAVORO, COESIONE, CULTURA E QUALITÀ DELLA VITA secondo le priorità programmatiche di cui ai PIR 2.3 “ Coesione ed integrazione socio-sanitaria nella Società della Salute” e PIR 2.4 “ Le nuove infrastrutture del sistema sanitario regionale”.

### ***B3a. 2 Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale***

Il vigente PSN definisce gli obiettivi di salute da perseguire nel triennio 2006–2008:

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

Gli indirizzi del *Piano sanitario regionale vigente* concernenti :

- La partecipazione delle comunità locali alla programmazione dei servizi territoriali;
- I livelli ed i tempi appropriati di erogazione dell'assistenza;
- La programmazione regionale, il livello aziendale e l'Area Vasta;
- L'evoluzione del sistema delle Aziende;

Gli ulteriori indirizzi adottati negli altri strumenti di programmazione sanitaria e socio-sanitaria allegati al presente Documento Programmatico sono di seguito riportati e costituiscono la costante della programmazione sanitaria degli ultimi 3 lustri:

- Riorganizzazione degli ospedali per intensità assistenziale secondo gli indirizzi dell'intensità di cura di cui alla DCR 31/2003;
- Valore standard della dotazione di posti letto: 3.8 posti letto per 1.000 abitanti residenti, già raggiunto per quanto concerne i pazienti acuti con monitoraggio costante in Area Vasta;
- Linee di indirizzo PSR 2002-2004 e Piani di Area Vasta DCR 104-105-106/2004 con monitoraggio periodico attraverso il Sistema di Valutazione della performance MeS;
- Valore standard del Tasso di ospedalizzazione fissato a 160 ricoveri/1.000 abitanti residenti fino dall'anno 1995 in sede di concertazione con il settore privato al fine del rinnovo degli accordi contrattuali;
- Rispetto dello standard minimo di utilizzo per le dotazioni tecnologiche correlato ai tempi massimi di accesso alle prestazioni specialistiche, con sostegno del rinnovo tecnologico e dell'adeguamento della dotazione dei servizi con impiego di quote consistenti nell'ambito dei programmi di investimento. Il presente programma prevede, in particolare, l'impiego di un terzo delle risorse stanziato;
- " Le nuove infrastrutture del sistema sanitario regionale".

Di seguito si richiama integralmente il contenuto del PIR 2.4 all'interno del DPEF 2008 allegato al presente DP.

Per quanto riguarda gli strumenti d'intervento, sono da individuare in particolare quelli adottati nella fase attuativa come programmi straordinari d'investimento a carattere pluriennali. Di particolare rilievo a rilievo nazionale risulta l'art. 20 della legge finanziaria 11 marzo 1988 n. 67 che ha consentito l'attuazione degli indirizzi sopra richiamati attraverso iniziative da finanziarsi mediante assunzione di mutui a carico del bilancio dello Stato, per un importo complessivo di 30.000 miliardi di lire articolato in fasi finanziarie di 10.000 miliardi ciascuna.

Per quanto riguarda gli interventi programmati occorre fare riferimento alle premesse della presente relazione dove si illustrano le caratteristiche dei programmi d'investimento regionali, che si orientano comunque al concetto di deospedalizzazione ed alla conseguente riorganizzazione della rete ospedaliera regionale.



Nel corso degli anni '80 lo studio delle caratteristiche del sistema ospedaliero toscano, aveva, infatti, fatto emergere elementi quali la dispersione degli ospedali e la loro modesta dimensione, la presenza di una rete capillare di strutture socio sanitarie territoriali, la vetustà degli insediamenti sia ospedalieri che territoriali e la loro obsolescenza tecnologica, che avevano indotto a ritenere fortemente necessaria una radicale modifica della programmazione sanitaria in termini di strutture e presidi ospedalieri.

Tuttavia, fino all'approvazione da legge 67/88, la modesta entità delle risorse disponibili del fondo sanitario nazionale in conto capitale non aveva consentito di affrontare, in modo organico, i nodi strutturali dell'assetto ospedaliero.

### ***B3B SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI***

#### ***B3b. 1 Analisi delle condizioni***

Gli interventi previsti nel Programma sono stati oggetto di una complessiva verifica di sostenibilità. La metodologia usata ha previsto il coinvolgimento delle Aziende sanitarie con le quali sono state analiticamente effettuate verifiche sulla:

- sostenibilità economica e finanziaria
- sostenibilità amministrativa e gestionale
- sostenibilità delle risorse umane
- sostenibilità ambientale

La sostenibilità di ogni singolo intervento è stata ricomposta con una logica di complementarietà su scala regionale per dare conto dell'effettiva e complessiva sostenibilità del Programma.

#### ***B3b. 2 Sostenibilità economica e finanziaria***

La verifica della sostenibilità economico – finanziaria del Programma si è basata sulla ricerca di relazioni di congruenza tra i bilanci pluriennali di previsione presentati dalle Aziende e gli interventi inseriti nel Programma. Le valutazioni circa la sostenibilità economico – finanziaria sono state rapportate a quelle contenute nei bilanci pluriennali delle Aziende in termini di copertura finanziaria necessaria alla realizzazione degli interventi e di spese generate dagli interventi stessi in corso di esercizio; ciò nella consapevolezza che le Aziende sanitarie hanno residue capacità di finanziamento per investimenti in conto capitale.

Quando la copertura finanziaria per la realizzazione degli interventi, oltre alla quota

statale e regionale, ha richiesto fondi propri delle Aziende, tali fondi sono stati qualificati esclusivamente come derivanti da mutui, alienazioni, quote di ammortamento o donazioni di terzi. In tal modo, tra l'altro, si è dato seguito alle indicazioni regionali sulla programmazione economico-finanziaria degli investimenti in conto capitale; indicazioni finalizzate ad evitare l'utilizzo per investimenti in conto capitale di fondi destinati alla spesa corrente.

Ulteriori elementi di verifica della sostenibilità economico – finanziaria degli interventi del Programma sono state le valutazioni sui costi cessanti e sui costi emergenti derivanti dalla realizzazione degli interventi.

Tra i costi cessanti derivanti dalla realizzazione degli interventi del Programma vi sono :

- risparmi derivanti da cessate locazioni;
- razionalizzazione dei servizi attraverso l'integrazione a rete degli stessi;
- maggiore efficienza dovuta all'ammodernamento impiantistico/tecnologico.

I costi emergenti si qualificano in:

- aumento dei costi di manutenzione ordinaria e programmata soprattutto in relazione all'aumento complessivo della superficie delle strutture sanitarie;
- aumento dei costi del materiale consumabile.

### ***B3b. 3 Sostenibilità amministrativa e gestionale***

La verifica della sostenibilità amministrativa è stata effettuata in relazione alle procedure tecnico-amministrative necessarie all'ottenimento delle autorizzazioni per la "cantierabilità" degli interventi.

La sostenibilità gestionale del Programma è stata verificata con particolare riferimento agli interventi che prevedono :

- l'ammodernamento tecnologico con riferimento specifico alle nuove acquisizioni;
- l'implementazione dell'offerta sanitaria.

Con gli elementi di contesto sopraelencati, la sostenibilità gestionale si correla fortemente con le politiche di sviluppo delle risorse umane per garantire una corretta programmazione delle risorse che serviranno sia alla gestione dell'offerta sanitaria post operam, sia nella conduzione delle nuove tecnologie.

#### ***B3b. 4 Sostenibilità di risorse umane***

La sostenibilità del Programma in termini di risorse umane trova il suo fondamento nella logica di una razionale programmazione delle assunzioni/sostituzioni/turn-over accompagnata da percorsi formativi per riqualificare il personale.

La sostenibilità della politica di gestione e sviluppo delle risorse umane, a livello di Servizio sanitario regionale, ha come obiettivo per le Aziende sanitarie l'impegno a mantenere stabile la spesa complessiva per le risorse umane.

Questi vincoli sono funzionali al perseguimento dell'obiettivo della sostenibilità di risorse umane del Programma nella misura in cui si applicano anche nel caso di interventi che comportano un'implementazione quali - quantitativa dell'offerta sanitaria o l'acquisizione di nuove apparecchiature sanitarie.

La programmazione pluriennale ed annuale di bilancio consente di rispettare il delicato equilibrio imposto dalle regole del patto di stabilità in termini di contenimento della crescita annuale della spesa del personale. Com'è noto tale obiettivo si realizza attraverso il contenimento della spesa del personale entro il tetto dell'1,4% rispetto alla spesa registrata nell'anno 2004.

Tale vincolo è particolarmente gravoso per il continuo sviluppo della qualità dei servizi e si realizza solo attraverso il contenimento del tasso di ospedalizzazione ed il miglioramento organizzativo dell'efficacia ed efficienza dei servizi ospedalieri, che consente di ridurre progressivamente lo standard di dotazione ospedaliera. Ad oggi tale tetto è stato adeguatamente rispettato proprio attraverso la crescita professionale, organizzativa e gestionale del Servizio Sanitario Regionale.

#### ***B3b. 5 Sostenibilità ambientale***

L'insieme degli interventi di questo Programma si inserisce in un contesto che vede la sostenibilità ambientale quale elemento importante per la programmazione delle politiche per la salute.

Il Piano Sanitario 2008-2010 ha stabilito gli indirizzi e gli obiettivi per le Aziende sanitarie in materia di sostenibilità ambientale ed uso razionale dell'energia.

Date queste premesse, la sostenibilità ambientale degli interventi inseriti nel Programma,

da un punto di vista più strettamente tecnico, prende a riferimento la normativa nazionale e regionale in materia di tutela ambientale ed uso razionale dell'energia.

Gli obiettivi di sostenibilità ambientale di questo Programma possono essere riassunti nel modo seguente:

- preferenza all'uso di materiali ecocompatibili per la realizzazione degli interventi. Allo scopo la Regione fornirà indicazioni alle Aziende sanitarie affinché nelle procedure di aggiudicazione dei lavori siano inseriti, come criteri di valutazione dell'offerta stessa (metodo dell'offerta economicamente più vantaggiosa), elementi relativi all'uso di materiali ecocompatibili o che questi elementi siano direttamente inseriti nel capitolato speciale di appalto (metodo del massimo ribasso);
- riduzione della quantità dei rifiuti pericolosi prodotti con la realizzazione dei nuovi interventi migliorandone nel contempo la gestione;
- contestualizzazione dei singoli interventi nel piano della mobilità aziendale allo scopo del contenimento dell'impatto ambientale;
- applicazione di requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici e degli impianti energetici in essi installati

## ***B4 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI***

### ***B4A Sistema degli indicatori***

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 ha inteso introdurre, già dal 2005, con il sistema di valutazione della performance, uno strumento di governo del sistema sanitario regionale in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo fossero monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e dove il governo della spesa fosse integrato con le misure di risultato al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino.

In linea con le migliori esperienze internazionali in questo campo (GB, Canada in primis), per garantire l'affidabilità, il rigore e la trasparenza del sistema si è ritenuto fondamentale coinvolgere un soggetto pubblico, di livello universitario, la Scuola Superiore Sant'Anna che, non essendo coinvolta, a differenza degli altri atenei toscani, nelle tre aziende ospedaliere universitarie di Pisa, Siena e Firenze, rende possibile un soddisfacente grado di terzietà rispetto al sistema delle Aziende. A tal fine nel 2004 la Scuola Superiore

Sant'Anna di Pisa in collaborazione con la Regione Toscana ha costituito il Laboratorio Management e Sanità.

Il Laboratorio Management e sanità ha progettato e implementato in tutte le Aziende Sanitarie della Toscana il Sistema di Valutazione della Performance, per misurare la capacità di ogni Azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita. Mediante il processo di valutazione della performance si è inteso quindi avviare quello di valorizzazione delle "best practices" delle aziende sanitarie, mediante il quale i manager e le organizzazioni nel loro complesso potessero avere la continua opportunità di apprendere e crescere.

La presentazione dei dati sempre in benchmarking tra le realtà aziendali della Toscana facilita infatti il superamento dell'autoreferenzialità a favore del confronto, inteso come strumento fondamentale per verificare i risultati conseguiti e gli eventuali spazi di miglioramento. Il sistema di reporting multidimensionale dei risultati diventa, quindi, strumento di valutazione ed indirizzo strategico.

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.

#### ***B4a. 1 Indicatori di contesto***

Esprimono la valutazione complessiva dei risultati raggiunti per ogni settore funzionale considerato, in riferimento ai contesti privilegiati dalle strategie della programmazione.

Ogni azienda dovrà monitorare le performance dei Pronto Soccorso di propria competenza monitorando i seguenti aspetti:

- 1) il tempo di permanenza nel Pronto Soccorso, per i cittadini non indirizzati al ricovero o all'osservazione breve, non dovrà superare le 4 ore a decorrere dalla accoglienza /accettazione amministrativa;
- 2) entro un'ora a decorrere dalla accoglienza / accettazione amministrativa i cittadini classificati come codici verdi, devono essere valutati da un medico della struttura stessa,
- 3) i termini temporali di cui ai punti precedenti sono superabili solo in condizioni di iperafflusso - quantitativo oggettivamente quantificabile in un eccesso pari al 30%

del valore medio giornaliero dell'anno precedente e/o per complessità della casistica, oggettivamente quantificabile con un numero e tipologia degli interventi / procedure effettuati significativamente superiore alla media degli interventi / procedure nello stesso codice gravità,

- 4) gli allontanamenti spontanei non dovranno superare il 5 % delle presentazioni in Pronto Soccorso;
- 5) nelle indagini di soddisfazione degli utenti la percentuale di insoddisfatti delle prestazioni di Pronto Soccorso dovrà diminuire progressivamente nei prossimi tre anni;
- 6) la funzione di "filtro" del DEA dovrà garantire una percentuale di ricoveri non superiore al 20 % nei Pronto Soccorso delle Aziende Unità Sanitarie. L'appropriatezza dei ricoveri da Pronto Soccorso dovrà garantire che l'80% dei pazienti ammessi dal DEA in area chirurgica viene sottoposto a intervento

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 e presuppone una attenta programmazione del sistema.

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 Società della Salute costituiscono il contesto ove si assicura il governo complessivo della sanità territoriale e la coerenza fra le varie funzioni assistenziali e gestionali che vi si svolgono. Sull'organizzazione distrettuale si basa, quindi, il sistema di valutazione delle attività rese dalle cure primarie. Per supportare il processo di riorganizzazione dei servizi territoriali il sistema di valutazione della performance dovrà prevedere una reportistica specifica che possa sostenere il processo di programmazione e governo locale e dall'altro permetta alla regione di monitorare la capacità del sistema di perseguire le strategie in ambito territoriale, verrà individuato un data set di informazioni ed indicatori coerenti al nuovo assetto della medicina territoriale utili sia al supporto della gestione che all'analisi dei bisogni specifici.

Per tali indicatori, elaborati da parte dell'Agenzia Regionale di Sanità e del Laboratorio Management e Sanità, saranno definite le fonti, le modalità di rilevamento, la cadenza e il ritorno delle informazioni dal territorio alla Regione e ai professionisti coinvolti. Nel sistema di indicatori del territorio permarrà la caratteristica di multidimensionalità dove la sostenibilità economica verrà monitorata a fronte della soddisfazione e partecipazione dell'utenza, dell'equità e della qualità dei servizi erogati. Al fine di svolgere le attività di

verifica sul territorio da parte delle Società della Salute e delle zone – distretto, in sintonia con quanto previsto in termini formali e sostanziali dagli ACN, Regionali e Aziendali, sarà definito il sistema di verifica territoriale delle attività della medicina di base e dalla Pediatria di libera scelta.

Per quanto attiene al percorso oncologico vengono valutati indicatori di prevenzione in termini di estensione dei programmi di screening, di adesione agli screening della mammella, dell'utero e del colon-retto, di tempestività della diagnosi che di attivazione del percorso di cura.

#### ***B4a. 2 Indicatori di programma***

Per la disamina del sistema di indicatori specifici del presente programma si fa rinvio alla ***tabella 3C dell'allegata appendice C:schede di riferimento.***

#### ***B4a. 3 Indicatori di efficacia ed efficienza***

Sempre all'interno de processo strutturato di valutazione delle Aziende Sanitarie toscane il costituito il Laboratorio Management e Sanità ha realizzato una area di indicatori per la valutazione socio-sanitaria e considera i risultati ottenuti in termini di qualità clinica, efficienza, appropriatezza clinica ed organizzativa.

L'efficienza, viene valutata sia in ambito ospedaliero che territoriale, mirando ad evidenziare la capacità del territorio di integrarsi efficacemente con l'assistenza ospedaliera.

#### ***B4a. 4 Definizione del Sistema di Indicatori***

Il sistema di indicatori messo a punto dal Laboratorio Management e Sanità classifica i risultati di output in quattro ambiti:

1. La soddisfazione dell'utente e del cittadino per il livello di qualità dei servizi ricevuti;
2. La qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati;
3. L'appropriatezza e la continuità di cura dei percorsi assistenziali, come risultati strategici in linea con gli orientamenti del piano sanitario regionale;
4. La capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda;

Le dimensioni della valutazione sono invece espressi in riferimento ai seguenti sei elementi:

- i livelli di salute della popolazione
- la capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale
- i livelli di attività socio-sanitaria
- il punto di vista dei cittadini e delle istituzioni – valutazione esterna
- il punto di vista degli operatori - valutazione interna
- l'efficienza operativa e la *performance* economico-finanziaria

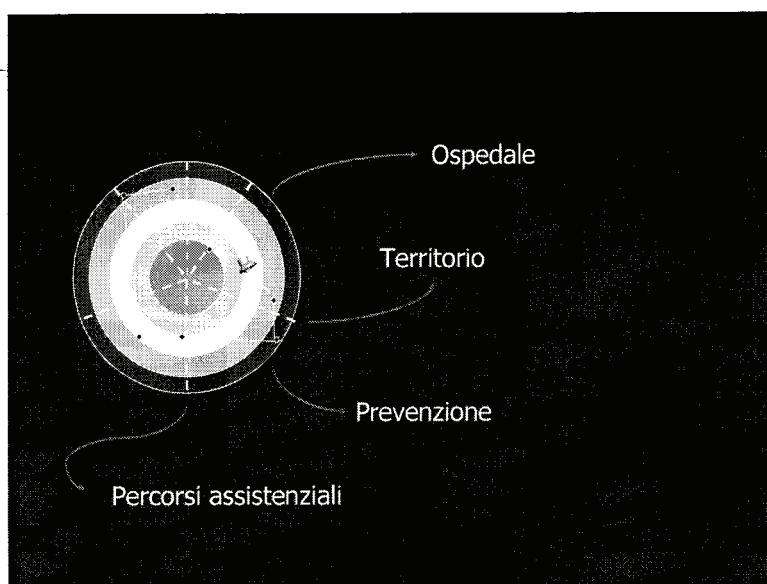
Complessivamente gli indicatori rilevati in questo sistema di valutazione sono 150, quelli riportati in forma sintetica sono 50, in quanto alcuni di questi sono la sintesi di un albero di altri indicatori, il sistema grafico di rappresentazione è basato su un bersaglio, con fasce di colori diversi secondo il livello di performance :

- Verde: performance ottima (punto di forza)
- Verde chiaro :performance buona
- Giallo:performance media
- Arancio: performance scarsa
- Rosso: performance molto scarsa (punto di debolezza)

#### **B4a. 5 Fonti di verifica**

Il sistema è alimentato con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci aziendali, da indagini sistematiche con significatività statistica realizzate direttamente dal Laboratorio Management e Sanità per garantire l'omogeneità delle metodologie adottate

Si riporta un bersaglio a titolo esemplificativo





## **B4B IMPATTI DEL PROGRAMMA**

### **B4b. 1 Accettabilità sociale del programma**

Nella nostra società il vissuto correlato alla sanità e alle sue forme di erogazione è molto forte, in qualche modo non sempre aderente alla realtà e spesso, purtroppo, oggetto anche di strumentalizzazioni.

In particolar modo questo effetto si manifesta quando si va a ritoccare l'organizzazione delle localizzazioni delle sedi di erogazione dei servizi, tale effetto è massimo se si parla di dismissioni di ospedali, di chiusure di punti nascita ed altre riorganizzazioni, quello che è difficile da far comprendere è il rationale di tale operazioni che per ospedali interi si trasforma in azioni di concentrazioni di offerta tali che possano rispondere a requisiti di appropriatezza, la nostra cultura non ha fatto proprio il concetto di ospedale in continua trasformazione, siamo ancora legati a ospedali "monumento" intoccabili anche se non più adeguati alle nuove esigenze.

Quando si parla di punti nascita le chiusure si basano sempre su concetti di sicurezza legata a parametri definiti in sede istituzionale di numero di parti ottimali, ed invece ci troviamo sempre di fronte a difese di situazioni con numeri di parti molto inferiori agli standard di sicurezza per donne e neonati, non preoccupandosi dell'intero percorso nascita che va tutelato.

Il sistema sanitario, però, deve fare una riflessione sul modo di comunicare tale riorganizzazioni, per evitare di far passare solo un messaggio di razionamento e non di razionalizzazione sulla base di dati e strategia di appropriatezza, di efficacia e di efficienza e non di risparmio per poter contrastare da una parte gli allarmismi della popolazione e dall'altra le difese "a priori" di vari enti e associazioni.

I programmi di riorganizzazione sanitaria devono essere sempre supportati da campagne di informazione, non solo della popolazione, ma soprattutto degli operatori sanitari che devono essere i primi veicoli di informazione e condivisione delle strategie, per far sì che anche la costruzione di nuovi ospedali non sia vista come diminuzione di servizi da un'altra parte, non comprendendo il valore di innovazione, appropriatezza e qualità che questi interventi rivestono.

### **B4b. 2 Valore aggiunto del programma**

Come risulta evidente dal presente DP la proposta di accordo di programma si inserisce nel contesto di una programmazione di settore attiva ed operante dalla metà degli anni '90, costituendone uno dei passaggi nel processo generale di riorganizzazione della rete dei servizi, risulta pertanto evidente come il valore aggiunto risieda nella continuità delle strategie generali condivise con le comunità locali e nel monitoraggio periodico

dell'avanzamento attraverso la verifica degli standard di dotazione e di ospedalizzazione.

### **B4b. 3 Health Technology Assessment**

Negli ultimi 30 anni l'innovazione tecnologica ha portato la Sanità a notevoli passi avanti: l'avanzare delle biotecnologie, delle tecniche chirurgiche e delle tecnologie hardware e software ha sensibilmente incrementato lo sviluppo della medicina e conseguentemente i risultati in termini di capacità diagnostica e di efficacia terapeutica, accompagnandosi, purtroppo, ad un consistente incremento dei costi. Per tale motivo, un numero sempre maggiore di soggetti (gli specialisti, la classe dirigente sanitaria, i pazienti, ma anche i decisori e i fornitori di prodotti e tecnologie mediche) richiede sempre di più informazioni per supportare decisioni sullo sviluppo, l'adozione, l'acquisizione e l'utilizzo di nuove tecnologie o di significativi cambiamenti di tecnologie già in uso. L'Health Technology Assessment (HTA) risponde a questa pressante esigenza.

L' HTA è pertanto il processo volto a valutare le conseguenze economiche, sociali, etiche e cliniche, a breve e lungo termine, che l'adozione di una data tecnologia può avere nel suo inserimento in una struttura sanitaria. In particolare, con il termine "Assessment" (valutazione) si fa riferimento ad un processo di analisi multidisciplinare ispirato ai principi di:

- **qualità e sicurezza:** intesa come capacità di migliorare lo stato di salute del paziente rispetto a una precisa problematica, considerandone i rischi legati all'utilizzo e valutandone conseguentemente l'accettabilità;
- **appropriatezza:** sia in termini clinici che organizzativi, mediante la promozione e l'elaborazione di protocolli;
- **produttività:** intesa sia come valutazione delle conseguenze che nuove tecnologie possono avere sui costi sanitari, che come valutazione dell'effetto dell'allocazione di risorse tra differenti programmi sanitari;
- **iniziativa:** intesa come capacità dei decisori di qualsiasi livello di non lasciarsi "travolgere" passivamente dall'innovazione, ma al contrario di indirizzarla verso le priorità individuate, in un contesto in cui esiste un divario tra ampliamento delle possibilità di scelta, legate all'accelerato progresso biomedico, e indebolimento delle capacità di scelta.

Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 prevede la costituzione di una struttura dedicata di coordinamento e supporto metodologico nell'ambito della Direzione Generale del Diritto alla salute e Politiche di Solidarietà della Regione, con funzioni di:

- valutazione degli effetti sulla salute e dei costi dei processi di cura e dell'accettabilità etica relativamente all'impiego finalizzato delle risorse;

- produzione di indirizzi in grado di supportare con criteri oggettivi le scelte allocative ai vari livelli del sistema;
- valutazione multidimensionale e controllo, anche rispetto agli indirizzi regionali e di Area vasta, orientati sia a facilitare il miglioramento dell'efficacia/efficienza delle cure, sia a supportare le scelte regolatorie degli organi di governo regionale (l'accessibilità alle prestazioni, gli assetti organizzativi generali, i sistemi tariffari, la collocazione delle grandi apparecchiature e la presenza delle tecnologie nel mercato).

Già in questa fase, però, le scelte di innovazione tecnologica riguardanti le grandi apparecchiature vengono condivise in Area Vasta.

## **B5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI**

L'attuazione del presente AP si realizza attraverso le valutazioni condotte, in maniera integrata, con quelle adottate in sede di programmazione attuativa locale da parte dei soggetti attuatori del programma coincidenti con le Aziende sanitarie locali e le Aziende Ospedaliero - universitarie del sistema sanitario regionale.

Quanto sopra vale anche in relazione alla gestione ed al monitoraggio dei 51 interventi proposti dai soggetti attuatori.

Per quanto concerne le procedure di gara per le acquisizioni di tecnologie sanitarie ed informatiche la normativa regionale prevede la gestione delle stesse da parte degli ESTAV , mentre l'acquisizione del bene e la sua patrimonializzazione sarà effettuata direttamente dalle Aziende sanitarie.

Il monitoraggio sarà condotto in parte secondo le regole previste dal Ministero della Salute nell'ambito dei programmi di investimento, attraverso l'utilizzo dell'applicativo "Osservatorio" previsto dall'Accordo sulle procedure del febbraio 2008, in parte attraverso un sistema di monitoraggio regionale che consentirà di gestire l'attuazione delle varie fasi del procedimento di ciascun intervento attraverso report periodici (mensili o trimestrali) sia di tipo finanziario (avanzamento della spesa) sia di tipo tecnico (modalità di attuazione).

Al fine di agevolare il monitoraggio e per renderlo interattivo con le aziende sanitarie è stata istituita una "**cabina di regia**" della quale fanno parte oltre ai funzionari della regione anche alcuni dei dirigenti responsabili delle aree tecniche delle aziende sanitarie.

## **C. APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO**

**C 1 - Matrice del Quadro Logico**

**C 2 - Analisi S.W.O.T.**

**C 3 - Obiettivi/Indicatori/Interventi**

**C 4 - Sintesi delle informazioni per  
autovalutazione**

## C. 1 - MATRICE DEL QUADRO LOGICO

LOGICA DI INTERVENTO		INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI	FONTI DI VERIFICA	CONDIZIONI
<b>OBIETTIVI GENERALI</b>	<p>Descrizione degli obiettivi generali ed illustrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- della strategia che si intende seguire</li> <li>- della coerenza con altri livelli di Programmazione</li> </ul>	<p>Definizione dei dati quantitativi sui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tempi</li> <li>- luoghi</li> <li>- costi</li> <li>- beneficiari</li> <li>- benefici attesi</li> </ul>	<p>Le fonti di verifica sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PIANI SANITARI REGIONALI:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- PSR 2002-2004, PSR 2005-2007</li> <li>- PSR 2008-2010</li> </ul> </li> <li>• PIANI DI AREA VASTA:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- AV CENTRO DCR 104/2004</li> <li>- AV NORD OVEST DCR 105/2004</li> <li>- AV SUD EST DCR 106/2004</li> </ul> </li> <li>• IL PROFILO DI SALUTE DELLA TOSCANA: RELAZIONE SANITARIA REGIONALE 2003-2005;</li> <li>• GLI INVESTIMENTI IN SANITÀ 2000/2007: RELAZIONE DELLA DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE;</li> <li>• IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA: REPORT 2006 DEL LABORATORIO MES S. ANNA DI PISA;</li> <li>• LINEE GUIDA PROGETTO NUOVI OSPEDALI DCR 31/ 2003</li> </ul>	<p>Eventi, decisioni esterni all'azione di programma che incidono sul raggiungimento degli obiettivi programmatici</p>
<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<p>Descrizione del soddisfacimento di uno o più bisogni con l'individuazione di obiettivi specifici relativi agli Interventi dell'AdP</p>	<p>Impatto diretto di ogni singolo obiettivo specifico attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analisi costi/benefici,</li> <li>- entità dei benefici,</li> <li>- tempi e qualità degli obiettivi</li> </ul>		
<b>OBIETTIVI OPERATIVI</b>	<p>Descrizione dei risultati da conseguire nell'ambito della programmazione per raggiungere gli obiettivi specifici</p>	<p>Definizione della dinamica temporale prevista per produrre gli obiettivi operativi</p>		

<b>Interventi</b>	Interventi proposti con il DP, in grado di consentire il successo delle azioni di programma con raggiungimento degli obiettivi operativi  SCHEDE INTERVENTI	Definizione del Costo Complessivo e dei Costi Unitari di realizzazione		
-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	--	--

## C. 2 - ANALISI SWOT

Il processo di analisi presuppone il porsi delle domande alle quali dare risposte adeguate. Una possibile traccia schematica è quella che si riporta di seguito.

- **Punti di forza** (*Strengths*): Che vantaggi ho? Che cosa so fare bene? A quali risorse posso aver accesso? Che cosa gli altri concorrenti possono considerare come miei specifici "punti di forza"?
- 
- **Punti di debolezza** (*Weaknesses*): Che cosa possa migliorare concretamente? Che cosa faccio male che altri fanno meglio di me? Che cosa dovrei evitare?
- 
- **Opportunità** (*Opportunities*): Dove sono delle buone opportunità per questo settore/territorio? Quali sono i trends favorevoli in relazione a quanto ho definito come "presupposti" positivi?
- 
- **Rischi** (*Threats*): Che ostacoli ci troviamo ad affrontare? Quali sono le tendenze in relazione a quanto ho definito come "presupposti negativi"?

Il tutto va "condensato" nella matrice che si riporta di seguito.

## Matrice dell'Analisi SWOT

Vedi B2b 2 del Documento programmatico

I N T E R N I	S = FORZA	W = DEBOLEZZA
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coerenza con la programmazione in corso e la sua collocazione all'interno di un quadro programmatico certo e definito</li> <li>- Miglioramento dell'efficienza</li> <li>- Sviluppo dell'appropriatezza</li> <li>- deospedalizzazione attraverso:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o riduzione dei ricoveri tramite miglioramento azione del Pronto Soccorso</li> <li>o potenziamento dell'assistenza territoriale</li> <li>o potenziamento dei flussi informativi in rete                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta sanitaria</li> <li>• RIS-PACS</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vincoli strutturali che ostacolano la realizzazione del modello di organizzazione sanitaria per intensità di cura             <ul style="list-style-type: none"> <li>o vetustà degli ospedali</li> <li>o dispersione degli insediamenti</li> <li>o assenza di collegamenti funzionali</li> </ul> </li> <li>- Problemi rilevanti di ordine organizzativo             <ul style="list-style-type: none"> <li>o diversa organizzazione del lavoro indotta dalle nuove tecnologie</li> <li>o integrazione degli operatori multidisciplinare e multiprofessionale</li> <li>o aumenti di costo legati all'introduzione di nuove tecnologie</li> <li>o necessità di formazione</li> </ul> </li> </ul>
E S T E R N I	O = OPPORTUNITÀ	T = RISCHI
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organicità del riferimento del piano programmatico sulla localizzazione dei servizi concertato con le comunità locali;</li> <li>- Concertazione con le comunità locali della riorganizzazione ospedaliera;</li> <li>- stabilità delle scelte strategiche a lungo termine             <ul style="list-style-type: none"> <li>• programma strategico decennale di investimenti</li> <li>• indipendenza dai futuri assetti istituzionali</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sfasamento temporale tra riorganizzazione funzionale e riorganizzazione strutturale</li> <li>- Necessità di rivalutare aspetti delle scelte strategiche in riferimenti a quadri temporali di medio - lungo termine</li> <li>- Criticità legate alla revisione delle scelte strategiche</li> </ul>



### C. 3 - OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI

Obiettivi							Indicatori	
	generali		Specifici	Ente attuatore	Interventi operativi	c o d i c i	descrizione	V a l o r e a t t e s o
<b>G 1</b>	Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario ai fabbisogni assistenziali (B1.a)	S11	<i>Ammodernamento delle tecnologie sanitarie con particolare riferimento ai servizi di radiodiagnostica di interesse oncologico e di radioterapia</i>					
		S12	<i>Completamento delle rete territoriale</i>					
<b>G 2</b>	Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario ai principi di organizzazione (B1.b)	S21	<i>Riorganizzazione della rete ospedaliera</i>				<i>Vedi schede interventi</i>	<i>Vedi schede interventi</i>
		S22	<i>Riqualificazione delle aziende ospedaliere - universitarie</i>					
		S23	<i>Piano di miglioramento del Pronto Soccorso</i>					
<b>G 3</b>	Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario alla valutazione degli esiti (B4)	S3	<i>Implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici</i>				<i>Vedi schede interventi</i>	<i>Vedi schede interventi</i>

Nella compilazione della scheda si raccomanda la coerenza con i dati contenuti nelle schede tecniche allegate all'Accordo di Programma (N. scheda, titolo e costo). L'elencazione deve inoltre rispettare la cronologia delle annualità.

## **C. 4 - SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE**

### **Riferimenti assunti dalla programmazione regionale degli investimenti**

*Intesa del 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome*

*Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)*

*Intesa del 28 marzo 2006 (Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008)*

*Intesa del 5 ottobre 2006 tra Governo, Regioni e Province Autonome (Patto sulla salute)*

*Leggi finanziarie 2007 e 2007 per le disposizioni concernenti il settore degli investimenti*

<b>Riferimenti assunti dalla programmazione regionale degli investimenti</b>	<b>NOTE SUI RIFERIMENTI EFFETTIVI ASSUNTI DALLA REGIONE</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promozione di processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera attraverso indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera (Patto per la salute 4.6)</li> <li>2. Perseguimento di uno standard di posti letto accreditati non superiore a 4,5 pl per 1000 abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. a)</li> <li>3. Promozione del passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <i>Riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura secondo gli indirizzi del regolamento approvato con DCR n. 31/2003</i></li> <li>2 <i>Standard di 3.8 posti letto per 1.000 abitanti residenti: già raggiunto per pazienti acuti con monitoraggio in Area Vasta</i></li> <li>3.1 <i>Linee di indirizzo del PSR 2002-2004 e dei Piani di Area Vasta approvati con DCR numeri 104-105-106/2004</i></li> <li>3.2 <i>Monitoraggio periodico attraverso il Sistema di Valutazione della performance MeS</i></li> <li>4 <i>Tasso reale di ospedalizzazione fissato in 160 ricoveri/1.000 abitanti residenti</i></li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per 1000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20% (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b)</li> </ol>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Destinazione delle risorse residue a interventi per il rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici su interi presidi ospedalieri con numero di posti letto inferiore a 250 per acuti o a 120 per lungodegenza e riabilitazione (Finanziaria 2006, art. 1, comma 285)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5 <b><i>Utilizzo delle risorse residue coerente con la programmazione nazionale e regionale</i></b></li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Destinazione al potenziamento ed ammodernamento tecnologico di una quota minima delle risorse residue pari al 15% (Intesa 23 marzo 2005, art. 10)</li> <li>7. Innovazione tecnologica delle strutture del SSN, con particolare riferimento alla diagnosi e alla terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6 <b><i>Rispetto dello standard minimo di utilizzo previsto con impiego di circa il 36% delle risorse stanziare (vedi obiettivi specifici 4 e 5)</i></b></li> <li>7 <b><i>Priorità riservata all'oncologia con impiego nel settore del 28,9% dell'intero programma (vedi obiettivo specifico 4)</i></b></li> </ol>

rare (Patto per la salute 4.1)	
<p>8. Sviluppo ed implementazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello ospedaliero che per il livello territoriale (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. g)</p> <p>9. Realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino / paziente (Patto per la salute 4.2)</p> <p>10. Generalizzazione delle già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Patto per la salute 4.2)</p> <p>11. Assicurare adeguati programmi di Assistenza Domiciliare Integrata e di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale extraospedaliera (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. c)</p>	<p><i>Gli indirizzi di riferimento indicati sono stati perseguiti con l'accordo di programma 3 marzo 1999 e le relative programmazioni richiamate.</i></p> <p><i>L'attuazione degli indirizzi è stata verificata annualmente in sede congiunta dal Tavolo di monitoraggio degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei LEA, previsti dal Patto per la salute.</i></p>
<p>12. Realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa (Finanziaria 2006, art. 1, comma 280)</p> <p>13. Erogazione delle prestazioni comprese nei LEA, secondo standard di qualità e quantità</p> <p>14. Riferimento al set di indicatori concordato tra Ministeri della Salute e dell'Economia e Regioni a partire dal set di indicatori utilizzato dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (Patto per la salute 2.4)</p>	<p><i>Gli indirizzi di riferimento indicati sono stati perseguiti con l'accordo di programma 3 marzo 1999 e le relative programmazioni richiamate.</i></p> <p><i>L'attuazione degli indirizzi è stata verificata annualmente in sede congiunta dal Tavolo di monitoraggio degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei LEA, previsti dal Patto per la salute.</i></p>
<p>15. Disponibilità sul sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità" dei dati relativi agli accordi di programma già sottoscritti nonché da sottoscrivere ( Nota protocollo n. 2749/DGPROG/7-P/I. 6 a h dell'8/2/2006)</p>	<p><i>La disponibilità del sistema è stata verificata come previsto dalle disposizioni vigenti in sede di recepimento da parte della Regione Toscana con propria DGR n. 859/2008 dell'Accordo Stato-Regioni sugli Investimenti in sanità</i></p>
<p>16. Valutazione della conformità alle disposizioni normative nazionali circa l'utilizzo prioritario delle somme stanziare per gli Accordi di programma</p>	<p><i>La conformità è stata verificata per ciascuno degli obiettivi specifici indicati</i></p>

SEGUE TABELLA **C4** DA PAGINA PRECEDENTE

- SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE

**CORRELAZIONE DELL'A D P CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE**

**Tabella 1**

ATTO CITATO NEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO	NOTE
Piano Sanitario Regionale vigente nella fase di definizione del programma <i>DCR n. 53 del 16/07/2008</i>	<b>Piano Sanitario Regionale 2008-2010 che costituisce la programmazione regionale vigente nella fase di elaborazione del programma di investimenti.</b>
Piano Rete Ospedaliera <i>anni 2002-2010</i>	<b>Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 prevede l'aggiornamento fino al 2010 delle due componenti della riorganizzazione ospedaliera che sono la riorganizzazione funzionale degli ospedali portanti delle Aziende Sanitarie territoriali e la qualificazione dei presidi delle Aziende Ospedaliero - Universitarie.</b>
Piano di rientro (per le Regioni interessate)	<b>Non interessata da alcun adempimento</b>

**CORRELAZIONE DELL'A D P CON I FINANZIAMENTI PRECEDENTI**  
**Tabella 2**

PROGRAMMA	PERCENTUALE DI AVANZAMENTO FINANZIARIO	NOTE
<p>Accordo di programma precedente:</p> <p>1. Accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari all'interno dell'Intesa istituzionale di programma 3 marzo 1999</p> <p>2. Accordo di programma art. 5 bis D. Lgs 502/92 per la realizzazione del progetto di investimenti sanitari denominato - Nuovi Ospedali</p>	<p><b>70.66% come livello di utilizzo degli stanziamenti previsti. Il programma relativo era articolato su una durata di 8 anni (1998-2006)</b></p> <p><b>E' in liquidazione la fattura concernente le prestazioni tecniche fino alla progettazione definitiva</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'accordo quadro per gli investimenti prevede l'attivazione di opere di edilizia ospedaliera ed extra ospedaliera per un importo complessivo di circa 492 milioni di €. Lo stato di avanzamento è di circa il 71% con l'utilizzo di 347 milioni di €</li> <li>• L'attuazione dell'accordo di programma è stato ritardato a seguito di un contenzioso insorto. L'aggiudicazione è intervenuta in data 19 novembre 2007 con la sottoscrizione della convenzione</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programma AIDS e malattie infettive</li> </ul>	<p><b>Programma completato al 98%</b></p>	<p>Il programma prevede la realizzazione di 10 interventi per un importo complessivo di 63.8 milioni di € ed è praticamente ultimato. Resta ancora da utilizzare una quota residua di 0.9 milioni di €.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programma libera professione</li> </ul>	<p><b>Programma completato al 65%</b></p>	<p>Il programma prevede la realizzazione di 26 interventi complessivi tra attività ambulatoriale e di ricovero, dei quali 15 già conclusi e 11 in corso di conclusione; le opere programmate comportano un impegno complessivo di 80.8 milioni di € dei quali 52.2 già utilizzati e 28.6 ancora in corso di utilizzo</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programma materno infantile</li> </ul>	<p><b>Programma completato al 98%</b></p>	<p>Il programma prevede la realizzazione di 3 interventi di ampio impegno strutturale per un importo complessivo di 12.2 milioni di € ed è praticamente completato</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programma radioterapia</li> </ul>	<p><b>Programma completato al 100%</b></p>	<p>Il programma prevede la realizzazione di un intervento per un importo complessivo di 1,2 milioni di €</p>

• Inchiesta sugli ospedali incompiuti	<b>Non riguarda il Sistema Sanitario Toscano</b>	Non riguarda il Sistema Sanitario Toscano
---------------------------------------	--------------------------------------------------	-------------------------------------------

**OBIETTIVI ED INDICATORI DELL'A D P**

**Tabella 3a**

**OBIETTIVI GENERALI DELL'A D P**

OBIETTIVI	
1	<b>Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario ai fabbisogni assistenziali (B1.a)</b>
2	<b>Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario ai principi di organizzazione (B1.b)</b>
3	<b>Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario alla valutazione degli esiti (B4)</b>

**Tabella 3b**

**OBIETTIVI SPECIFICI DELL'A D P**

OBIETTIVI	
<b>1</b>	<b>Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario ai fabbisogni assistenziali</b>
1.1	<i>Ammodernamento delle tecnologie sanitarie con particolare riferimento ai servizi di radiodiagnostica di interesse oncologico e di radioterapia</i>
1.2	<i>Completamento della rete territoriale</i>
<b>2</b>	<b>Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario ai principi di organizzazione</b>
2.1	<i>Riorganizzazione della rete ospedaliera</i>
2.2	<i>Riqualificazione delle aziende ospedaliero - universitarie</i>
2.3	<i>Piano di miglioramento del Pronto Soccorso</i>

<b>3</b>	<b>Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario alla valutazione degli esiti</b>
3.1	<i>Implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici</i>

**OBIETTIVI ED INDICATORI DEL NUOVO PROGRAMMA**

**Tabella 3c**

OBIETTIVI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI	INDICATORI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI
1. Riorganizzazione della rete ospedaliera	SI	Perseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione in termini di tassi di ricovero ospedaliero e di dotazione di posti letto	SI
2. Riqualificazione delle aziende ospedaliero - universitarie	SI	Concorso delle aziende ospedaliere per l'attuazione degli obiettivi di piano sopra indicati	SI
3. Ammodernamento delle tecnologie sanitarie con particolare riferimento ai servizi di radiodiagnostica di interesse oncologico e di radioterapia	SI	Raggiungimento degli obiettivi di impegno finanziario fissati dalla Legge 296/2006, come recepiti dalla programmazione regionale	SI
4. Implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici	SI	Raggiungimento degli obiettivi di impegno finanziario fissati dalla Legge 296/2006, come recepiti dalla programmazione regionale	SI
5. Piano di miglioramento del Pronto Soccorso	SI	Costituisce obiettivo interno agli obiettivi generali 1. e 2. d è verificabile con gli stessi indicatori	SI
6. Completamento della rete territoriale	SI	Raggiungimento degli obiettivi di impegno finanziario fissati dalla Legge 296/2006, come recepiti dalla programmazione regionale	SI

NOTE (EVENTUALI)



**QUADRO FINANZIARIO CONTENUTO NELLA PROPOSTA DI A D P ( IMPORTI IN MIGLIAIA DI €)**

**Tabella 4**

<b>ESERCIZIO FINANZIARIO</b>	<b>Stato</b>	<b>Regione</b> <small>( A CARICO F.S.R. TRAMITE LE AZIENDE )</small>	<b>Aziende</b>	<b>Altri Enti</b>	<b>Privati</b>	<b>TOTALE</b>
<b>Anno 2009</b>	<b>36.093,790</b>	<b>18.117,751</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>54.211,541</b>
<b>Anno 2010</b>	<b>69.430,975</b>	<b>10.753,808</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>80.184,783</b>
<b>Anno 2011</b>	<b>57.452,028</b>	<b>6.653,351</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>64.105,379</b>
<b>Anno 2012</b>	<b>31.948,078</b>	<b>5.757,845</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>37.705,923</b>
<b>Anno 2013</b>	<b>6.450,503</b>	<b>2.713,402</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>9.163,905</b>
<b>Anno 2014</b>	<b>1.200,000</b>	<b>656,00</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>1.856,000</b>
<b>Anno 2015</b>	<b>990,000</b>	<b>175,000</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>1.165,000</b>
<b>TOTALE</b>	<b>203.565,374</b>	<b>44.827,157</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>248.392,531</b>
	<b>81.95%</b>	<b>18,05%</b>	<b>//%</b>	<b>//%</b>	<b>//%</b>	<b>100%</b>

**ARTICOLAZIONE DEGLI INTERVENTI DELL'A D P PER TIPOLOGIE**

**Tabella 5**

TIPOLOGIA	NUMERO DI INTERVENTI PER CATEGORIA	LIVELLO DI PROGETTAZIONE				
		Studio di fattibilità	Documento preliminare alla progettazione	Progetto preliminare	Progetto definitivo	Progetto esecutivo
<b>Nuova costruzione</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>//</b>
<b>Ristrutturazione</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>//</b>
<b>Restauro</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>
<b>Manutenzione</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>//</b>
<b>Completamento</b>	<b>3</b>	<b>//</b>	<b>//</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>//</b>
<b>Acquisto immobili</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>//</b>	<b>1</b>	<b>//</b>	<b>//</b>
<b>Acquisto attrezzature</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>//</b>
<b>TOTALE</b>	<b>51</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>//</b>

**FABBISOGNO FINANZIARIO PER OBIETTIVI (IMPORTI IN MIGLIAIA DI €)**

**Tabella 6**

OBIETTIVI SPECIFICI	NUMERO DI INTERVENTI PER OBIETTIVO	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE (A CARICO F.S.R. TRAMITE LE AZIENDE)	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
1. Riorganizzazione e della rete ospedaliera	9	42.419,512	7.260,032	//	49.679,544	20,0
2. Riqualificazione delle aziende ospedaliero - universitarie	4	10.627,500	4.472,500	//	15.100,000	6,1
3. Arredi e attrezzature non sanitari	3	4.272,500	277,500	//	4.550,000	1,8
4. Ammodernamento delle tecnologie sanitarie con particolare riferimento ai servizi di radiodiagnostica di interesse oncologico e di radioterapia	12	56.598,781	15.159,259	//	71.758,040	28,9
5. Implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici	4	16.415,000	1.840,000	//	18.255,000	7,4
6. Piano di miglioramento del Pronto Soccorso	3	29.450,00	1.678,947	//	31.128,947	12,5
7. Completamento della rete territoriale	16	43.782,081	14.138,919	//	57.921,000	23,3
<b>TOTALE</b>	<b>51</b>	<b>203.565,374</b>	<b>44.827,157</b>	<b>//</b>	<b>248.392,531</b>	<b>100,0</b>

**FABBISOGNO FINANZIARIO PER CATEGORIE (IMPORTI IN MIGLIAIA DI €)****Tabella 7**

<b>CATEGORIA DI INTERVENTO</b>	<b>NUMERO DI INTERVENTI PER CATEGORIA</b>	<b>FINANZIAMENTO STATALE</b>	<b>FINANZIAMENTO REGIONALE (A CARICO F.S.R. TRAMITE LE AZIENDE)</b>	<b>ALTRI FINANZIAMENTI</b>	<b>COSTO COMPLESSIVO</b>	<b>INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)</b>
<b>Ospedali</b>	<b>14</b>	<b>53.047,012</b>	<b>11.732,532</b>	<b>//</b>	<b>64.779,544</b>	<b>26,1</b>
<b>Assistenza territoriale</b>	<b>15</b>	<b>43.782,081</b>	<b>14.138,919</b>	<b>//</b>	<b>57.921,000</b>	<b>23,3</b>
<b>Sistemi informatici</b>	<b>4</b>	<b>16.415,000</b>	<b>1.840,000</b>	<b>//</b>	<b>18.255,000</b>	<b>7,4</b>
<b>Apparecchiature</b>	<b>18</b>	<b>90.321,281</b>	<b>17.115,706</b>	<b>//</b>	<b>107,436,987</b>	<b>43,2</b>
<b>Totale</b>	<b>51</b>	<b>203.565,374</b>	<b>44.827,157</b>	<b>//</b>	<b>248.392,531</b>	<b>100,0</b>

**FABBISOGNO FINANZIARIO PER TIPOLOGIE DI INTERVENTO (IMPORTI IN MIGLIAIA DI €)**

**Tabella 8**

TIPOLOGIE DI INTERVENTO	NUMERO INTERVENTI PER TIPOLOGIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE (A CARICO F.S.R. TRAMITE LE AZIENDE)	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
a. Nuova costruzione	6	28.297,981	10.904,563	//	39.202,544	15,8
b. Ristrutturazione	16	50.110,712	6.037,288	//	56.148,000	22,6
c. Restauro	//	//	//	//	//	//
d. Manutenzione	//	//	//	//	//	//
e. Completamento	3	1.868,800	181,200	//	2.050,000	0,8
f. Acquisto immobili	4	16.551,600	8.748,400	//	25.300,000	10,2
g. Acquisto attrezzature	22	106.736,281	18.955,706	//	125.691,987	50,6
<b>TOTALE</b>	<b>51</b>	<b>203.565,374</b>	<b>44.827,157</b>	<b>//</b>	<b>248.392,531</b>	<b>100,0</b>

**VERIFICA DELL'ANALISI DI CONTESTO**

**Tabella 9**

ELEMENTI DI ANALISI	PRESENZA ASSENZA	EVIDENZIAMENTO DI PARTICOLARI FENOMENI
	<b>P- A</b>	
<b>A1 – Quadro demografico della Regione</b>	PRESENZA <i>Vedi B1a 2 e B1a 3</i>	Scostamenti dalla media nazionale per determinate fasce, particolari distribuzioni della popolazione sul territorio  <b>Nel B1a 3 è riportata una analisi dei determinanti della situazione socioeconomica che influiscono nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi in maniera paragonabile ai determinanti legati al contesto demografico</b>
<b>A2 – Quadro epidemiologico della Regione</b>	PRESENZA <i>vedi B1a 1</i>	Scostamenti dalla media nazionale per incidenze o mortalità sul territorio
<b>A3 – Quadro della mobilità passiva intra ed extra regionale</b>	PRESENZA <i>vedi B1a 5</i>	Specialità interessate da mobilità passiva extraregionale con regioni non contigue, presenza di poli di attrazione
<b>A4 - Analisi della domanda di prestazioni sanitarie</b>	PRESENZA <i>vedi B1a 4 e B1a 7</i>	Bacini di utenza su scala regionale o sub-regionale
<b>A5 - Analisi dell'offerta</b>	PRESENZA <i>Vedi B1a 6 e B2a 4</i>	Collocazione dei presidi in funzione del ruolo che ricoprono nella rete
<b>A6 - Criticità di accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici</b>	PRESENZA <i>vedi B1a 4 e B1B</i>	<b>Nel B1a 4 si esamina la situazione delle liste di attesa per particolari tipologie di prestazioni e gli interventi attuati dalla Regione per il loro contenimento, vengono inoltre illustrate le strategie per l'appropriatezza della domanda e la trasparenza delle modalità di accesso.</b>  <b>Nel B1B si esaminano le implicazioni relative alle strategie adottate rispetto ai bisogni assistenziali identificati (Percorso urgenza, Cronicità, Oncologia) ed alle formule organizzative ( Area Vasta, S.d.S. integrazione fra SSR ed Università, gli strumenti del Governo clinico)</b>

**ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE**

**Tabella 10**

**Nota generale Per quanto concerne lo standard regionale toscano di dotazione di posti letto ospedalieri per acuti e per riabilitazione il settore pubblico e privato accreditato concorrono alla dotazione complessiva senza standard interni di settore**

ELEMENTI DI ANALISI	DATO REGIONALE	DATO NAZIONALE	NOTE
Numero Posti letto per acuti per 1000 abitanti pubblici Privati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>3,85</b> per il fabbisogno di ricovero della popolazione toscana</li> <li>• <b>0.3</b> per il fabbisogno complessivo legato alla mobilità attiva</li> </ul>	4,5 per il fabbisogno di ricovero per pazienti acuti	
Numero Posti letto per riabilitazione e lungo degenza per 1000 abitanti pubblici Privati	<p>Compreso all'interno dello standard sopra indicato con articolazione della riabilitazione ospedaliera in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0,20</b> pl per il cod. 56</li> <li>• <b>0,05</b> pl per l'alta specialità cod. 75 e cod. 28</li> </ul>	Standard di dotazione da definire dalle singole regioni	
Tasso di ospedalizzazione per acuti	<b>160</b> ricoveri ogni 1000 abitanti comprendenti l'attività di ricovero ordinario e diurno ed il ricovero in regime di ricovero per riabilitazione ospedaliera	180 ricoveri ogni 1000 abitanti	
Mobilità passiva per acuti	Esiste un indirizzo del PSR, specificato ed articolato per aree di specialità nella programmazione ospedaliera di Area Vasta, per il contenimento extra Area Vasta ed extra Regione		
Casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per 1.000 residenti	Lo standard di assistenza per cure domiciliari integrate è rinviato alla programmazione attuativa locale con l'indirizzo di garantire la continuità dell'assistenza e di minimizzare l'ospedalizzazione		
% Anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata	Vedi sopra		
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	Lo standard di programmazione prevede l'assistenza in tali contesti con lo standard di 1,6 posti ogni 100 pazienti ultra 65enni che riferito alla popolazione generale determina una dotazione di <b>377</b> posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali ogni 100.000 abitanti		
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	Lo standard prevede <b>0,25</b> posti di riabilitazione intensiva extra ospedaliera ogni 100.000 residenti ed individua un percorso di riconversione in RSD dell'attuale dotazione ex art. 26		

**ANALISI DELL'OFFERTA EX POST PREVISTA A SEGUITO DEGLI INTERVENTI**

**Tabella 11**

**Nota generale** La situazione di offerta attesa di seguito riportata è verificabile solo nell'ambito di programmi generali che contemplino le fattispecie sotto indicate. Il presente programma è traguardabile solo in termini di obiettivi generali da conseguire con il presente ADP (posti letto per acuti ogni 100.000 ab.). Ad integrazione delle fattispecie di seguito previste si riportano in coda gli impatti attesi dal presente ADP.

OFFERTA ATTESA	NOTE
Costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di presidi esistenti	
Potenziamento o realizzazione di centri di riferimento	
Riconversione di ospedali ad altre funzioni sanitarie	
Raggiungimento di 250 pl per acuti o 120 pl per lungo degenza e riabilitazione	
Adeguamento ai requisiti minimi di presidi con meno di 250 pl per acuti o di 120 pl per lungo degenza e riabilitazione	
Posti letto per acuti per 1000 abitanti	Il programma consente, attraverso le opere di riorganizzazione o di riconversione parziale di strutture ospedaliere, il conseguimento dello standard di dotazione ospedaliera prima indicato
Posti letto per riabilitazione e lungo degenza per 1000 abitanti	
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	
<p><b>Altro</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Avanzamento del programma di riorganizzazione della rete ospedaliera;</b></li> <li><b>2. Adeguamento strumentale e tecnologico delle strutture sanitarie e dei sistemi informativi di rete,</b></li> <li><b>3. Completamento della rete territoriale;</b></li> </ol>	<p>Il primo intervento comporta l'impiego del 26,1 % delle risorse, il secondo comporta l'impiego del 50,6 % delle risorse, mentre il terzo comporta l'impiego del 23,3 % delle risorse. Il programma si presenta, pertanto, come un elemento di transizione verso il completamento del progetto complessivo di riorganizzazione della rete ospedaliera, che sarà oggetto della prossima programmazione regionale</p>



**ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE E PREVISTA DI TECNOLOGIE**

**Tabella 12**

GRANDI APPARECCHIATURE	OFFERTA REGIONALE ATTUALE **		OFFERTA REGIONALE PREVISTA **		STANDARD * NAZIONALE
	NUMERO	STANDARD*	NUMERO	STANDARD*	
TAC	73	20,16	75	20,72	25,3
PET TAC	4	1,10	5	1,38	
RMN	64	17,68	76	21,00	13,5
ACCELERATORE LINEARE	20	5,52	22	6,07	4,6
GAMMA CAMERA	19	5,24	24	6,63	

**\* numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti**

**\*\* popolazione Regione Toscana al 31/12/2005 3.619.872 abitanti**

## DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

1. Volumi "Il profilo di salute della Toscana" Relazione sanitaria regionale 2003-2005 Volume 1-2 a cura dell'Agenzia Regionale di Sanità
2. Volume "Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana" Report 2006 a cura del Laboratorio MeS Scuola Superiore Sant'Anna Pisa
3. Delibera Consiglio Regionale n° 202 del 23 dicembre 2002 "indirizzi alle Aziende Sanitarie per l'attuazione del programma pluriennale di interventi sanitari strategici"
4. Volume "Gli investimenti in sanità 2000/2007" a cura della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Settore Finanza Regione Toscana
5. Volume "Radiazioni ionizzanti a scopo medico- Valutazione della dose alla popolazione toscana" a cura della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
6. Programma Regionale di Sviluppo 2006-2010
7. Documento di Programmazione Economica e Finanziaria 2008
8. Piano sanitario regionale 2002-2004
9. Piano sanitario regionale 2005-2007
10. Piano sanitario regionale 2008-2010
11. Piano sanitario Nazionale 2002-2004
12. Delibera Consiglio Regionale n°104 del 27 luglio 2004 Concertazione Area Vasta Toscana Centro – Primo provvedimento
13. Delibera Consiglio Regionale n°105 del 27 luglio 2004 Concertazione Area Vasta Toscana Nord Ovest – Primo provvedimento
14. Delibera Consiglio Regionale n°106 del 27 luglio 2004 Concertazione Area Vasta Toscana Sud Est – Primo provvedimento
15. n. 51 Schede degli interventi inseriti programma ministero (NSIS)