



RISOLUZIONE n. 184 approvata nella seduta del Consiglio regionale del 15 giugno 2022.

OGGETTO: Indirizzi in merito ai principali obiettivi delle politiche per la salute della Toscana a seguito della consultazione pubblica degli Stati Generali della Salute.

Il Consiglio regionale

Premesso che:

- l'Organizzazione mondiale della Sanità definisce il termine salute come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale” e non semplicemente come assenza di malattie o infermità;
- la salute è una condizione che si determina non solo per cause “naturali”, ma è anche e soprattutto la conseguenza di scelte, compiute sia a livello personale sia pubblico. Oggi più che mai è necessario un impegno a considerare la salute in tutte le politiche ed una promozione alla sensibilizzazione verso la salute secondo un approccio culturale orientato alla comunità e all'ambiente in cui viviamo, innovando il termine prevenzione nei suoi contenuti e nella sua governance.

Tenuto conto che la Regione Toscana ha una lunga tradizione di promozione delle buone pratiche e di coinvolgimento partecipativo dei cittadini e dei professionisti nella definizione e nella attuazione delle linee di indirizzo e di programmazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie, supportato da un consolidato impianto normativo a partire dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) e dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), nonché da una programmazione regionale integrata (Piano integrato sociosanitario 2018-2020);

Considerato che questo sforzo programmatico si è dovuto misurare, nell'ultimo decennio, con una forte contrazione delle risorse a disposizione a causa di tagli operati dai governi che si sono succeduti e con una crisi economica che ha aumentato il divario sociale e il differenziale di salute, allargando la fascia di popolazione bisognosa di aiuto e di interventi socio-sanitari;

Considerato, inoltre, che in questo contesto ha avuto un effetto ancor più drammatico la pandemia da COVID-19, che ha evidenziato l'importanza e la centralità di una sanità pubblica e universalistica, ponendo la necessità di accelerare un processo di riflessione e di riforma che ridisegni l'intero sistema puntando sul potenziamento della sanità territoriale, sul rafforzamento della medicina generale e dei centri di assistenza primaria, sull'unitarietà del sistema ospedale-territorio, sull'innovazione tecnologica e su una nuova cultura della salute, per citare alcuni obiettivi;

Evidenziato che il Consiglio regionale della Toscana ha avviato un percorso partecipativo di riflessione e di proposta per definire le politiche della salute per la Toscana dei prossimi anni, decidendo di allargare gli spazi di partecipazione alle cittadine e ai cittadini nella definizione delle linee guida regionali sulla sanità e la salute, coinvolgendo tutti i portatori di interesse – cittadini, associazioni, professionisti, amministratori locali – al fine di fare emergere idee e proposte grazie alle quali delineare i principali obiettivi delle politiche per la Salute in Toscana per i prossimi anni;

Considerato che, per quanto concerne gli STATI GENERALI DELLA SALUTE:

- la consultazione portata avanti dalla Terza Commissione consiliare si è articolata su due livelli: il primo ha previsto la predisposizione di una piattaforma on line, sul sito istituzionale del Consiglio regionale della Toscana, volta a raccogliere i contributi di cittadini, istituzioni, associazioni, professionisti e amministratori locali;
- in contemporanea, sono state organizzate una serie di audizioni con alcuni portatori di interessi in ambito sanitario e socio-sanitario, quali operatori (professioni sanitarie e socio-sanitarie, associazioni, ordini e collegi professionali, ecc.); organismi del sistema sanitario regionale (Agenzie regionali, organismi istituzionali, commissioni e consulte regionali, DG aziende sanitarie, ecc.); operatori economici e rappresentanze sociali (sindacati, associazioni di

- categoria, imprese del settore, ecc.); Terzo settore (cooperative sociali e altre onlus, associazioni di promozione sociale e organizzazioni di volontariato, ecc.); università e istituti di ricerca (Enti e istituti di ricerca, università, ecc.); enti locali;
- la consultazione si è svolta online sul sito del Consiglio regionale della Toscana dal 13 maggio al 31 agosto 2021. Tramite una rapida procedura di registrazione, tutti gli stakeholders – cittadini, associazioni, professionisti, amministratori locali – potevano accedere ad un form ed esprimersi su tematiche specifiche, tra le quali: l'organizzazione delle aziende e della rete ospedaliera, i rapporti con le articolazioni del territorio (Case della salute, Zone distretto, Società della salute), il sistema dell'emergenza urgenza, la prevenzione, l'innovazione tecnologica, il ruolo del "capitale umano", le politiche per la non autosufficienza, il ruolo del Terzo settore;
 - i contributi totali sono stati 184, giunti da tutte le province della Toscana; di questi, quasi un terzo è provenuto da cittadini tra i 30 e gli 80 anni con diploma o laurea, ed i restanti suddivisi tra operatori sanitari e socio-sanitari, operatori economici e rappresentanze sociali, terzo settore;
 - 65 soggetti hanno fatto richiesta di audizione sul portale (i cittadini non potevano farla in forma privata ma solo come rappresentanti di un soggetto portatore di interesse), ai quali si aggiungono i soggetti istituzionali contattati direttamente dalla Terza Commissione, come Aziende unità sanitarie locali, Aziende ospedaliero-universitarie, Agenzia Regionale di Sanità (ARS), Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, ESTAR, sindacati ecc.;
 - al termine di questa prima fase di consultazione sono stati oltre 200 i soggetti auditi dalla Commissione;
 - 78 sono i documenti scritti ricevuti, sia come materiale a sostegno di un'audizione sia come contributi di proposta inseriti sul portale;
 - numerosi altri contributi scritti sono stati inviati tramite email alla segreteria della Terza Commissione;
 - per quanto riguarda gli argomenti più urgenti in un processo di riforma, quelli ritenuti prioritari dalla maggior parte dei partecipanti sono stati "organizzazione del territorio, casa della salute, zone distretto e Sds", "organizzazione delle ASL, rapporti con aziende ospedaliere universitarie, rete ospedaliera" e "digitale innovazione e ricerca".

Considerato che in merito al PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) è da evidenziare quanto segue:

- si prevedono investimenti pari a 191,5 miliardi di euro, finanziati attraverso il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza, lo strumento chiave del Next Generation EU;
- il Piano prevede ulteriori 30,6 miliardi di risorse nazionali, che confluiscono in un apposito Fondo complementare finanziato attraverso lo scostamento di bilancio approvato nel Consiglio dei ministri del 15 aprile e autorizzato dal Parlamento, a maggioranza assoluta, nella seduta del 22 aprile;
- il totale degli investimenti previsti per gli interventi contenuti nel Piano arriva a 222,1 miliardi di euro, a cui si aggiungono 13 miliardi del React EU;
- la "Missione 6: Salute" del PNRR prevede 16,63 miliardi di euro di risorse complessive e si articola in due componenti:
 1. "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale": gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare sia sanitaria che sociosanitaria, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
 2. "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale": le misure incluse in questa componente intendono consentire il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti a livello nazionale, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale;
- la "Missione 5: Inclusione e coesione" con particolare riferimento alla componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore" è suddivisa, a sua volta, in tre sotto componenti: Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale; Rigenerazione urbana e housing sociale; sport e inclusione sociale;
- la sotto componente "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale" prevede al suo interno tre investimenti e due riforme, per un totale di risorse pari ad 1,45 miliardi di euro a livello nazionale e 96,7 milioni destinati alla Regione Toscana:

- a. Investimento 1.1 – sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti;
 - b. Investimento 1.2 – Percorsi di autonomia per persone con disabilità
 - c. Investimento 1.3 – Housing temporaneo e stazioni di posta
 - d. Riforma 1.1 – Legge quadro per le disabilità
 - e. Riforma 1.2 – Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti
- la citata "Missione 5", con particolare riguardo air Investimento 1 "Strategia nazionale per le aree interne", contempla alla voce "Servizi sanitari di prossimità" il "consolidamento delle farmacie rurali convenzionate dei centri con meno di 3.000 abitanti che mira a renderle strutture in grado di erogare servizi sanitari territoriali, per coprire maggiormente la gamma dei servizi sanitari offerta alla popolazione di queste aree marginalizzate;
 - emerge la necessità di rafforzare l’integrazione, già prevista dallo stesso PNRR, nella gestione delle Missioni 5 e 6, con particolare riferimento alla componente 1 della Missione 6 che prevede il rafforzamento dell’assistenza domiciliare e all’investimento 1.1 della sotto componente 2 della Missione 5, che prevede la prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti;
 - gli investimenti per il potenziamento della medicina territoriale si pongono l’obiettivo di attivare, sul territorio nazionale, 1.350 case di comunità, 600 centrali operative territoriali e 400 ospedali di comunità lungo tutta la penisola entro il 2026, oltre che prevedere maggiori servizi di Assistenza Domiciliare diretta (al fine di aumentare la percentuale di anziani presi in carico ad almeno il 10 per cento) e finanziare progetti di telemedicina;
 - il potenziamento della medicina territoriale di cui sopra comporta un investimento parallelo per quanto riguarda la formazione del personale che dovrà andare a operare in tali strutture, o compensare coloro che lo faranno. Tenuto conto che già oggi il problema della carenza di personale è all’ordine del giorno, è necessario attivarsi fin da subito con iniziative che permettano la formazione di nuovo personale specializzato in Toscana;

Considerato per quanto concerne le PRINCIPALI CRITICITA’ DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE:

- che dalle consultazioni sono emerse le seguenti criticità del SSN, quindi anche del sistema sanitario regionale della Toscana:

- 1) Aumento costi/sottofinanziamento: secondo il rapporto Health at a Glance Europe 2020 dell’OCSE, l’Italia spende per la Sanità leggermente di più solo rispetto a Spagna, Portogallo e Grecia, con differenze rilevanti rispetto a paesi come Francia e Germania, dove la spesa sanitaria pubblica pro capite è rispettivamente di 3.644 e 4.504 euro a fronte dei soli 2.473 euro dell’Italia, con una media OCSE di 2.572 euro.
Inoltre, vi è un aumento costante dei costi sanitari alimentato dall’espansione esponenziale della conoscenza medica. Studi di “Health Economics” hanno dimostrato come il tempo di raddoppio attuale della conoscenza medica sia stimato essere inferiore a un anno, determinando un equivalente impatto economico sui sistemi sanitari relativo all’introduzione di nuovi farmaci e tecnologie. Questo impulso al progresso in ambito medico si scontra con il sottofinanziamento del SSN.
- 2) Invecchiamento della popolazione/crescita della cronicità e fragilità: secondo l’Istat, nel 2030 gli over 65 saranno il 33 per cento della popolazione, di cui tre milioni e mezzo non autosufficienti rispetto ai due milioni attuali. Nel 2037 la prevalenza delle persone non autosufficienti con demenza sarà pari a 35 casi ogni 1000 abitanti, seconda solo al Giappone a livello mondiale. Secondo dati Istat di indagine Multiscopo - Anno 2019, nelle regioni italiane la percentuale di persone che presentano almeno una malattia cronica varia dal 30 al 47 per cento (40 per cento circa della popolazione afflitta da malattie croniche).
Anche la Toscana, secondo i dati forniti dall’ARS, conferma un invecchiamento progressivo della popolazione con aumento dell’età media, aumento percentuale sopra i 65 anni, diminuzione forte del quoziente di natalità, diminuzione del tasso di crescita naturale, e i decessi superano sistematicamente il numero dei nati vivi, in particolare nel periodo COVID, (fonte: "Salute e welfare in Toscana" ARS, Audizione in III Commissione Consiglio Regione Toscana 20 maggio 2021).
In Toscana sono circa 1 milione e 450mila i cronici. Circa 6 su 10 hanno più di 65 anni e il 54 per cento sono donne. I malati aumentano con l’età, ma anche con il livello di deprivazione sociale e materiale (proxy del livello socioeconomico e culturale della persona).
All’aumento progressivo delle problematiche correlate alla cronicità è corrisposta, nell’ambito di una politica di contenimento dei costi, una progressiva riduzione dei posti letto in ambito ospedaliero. In questo scenario

sono quindi necessari adeguati investimenti per riorganizzare il settore “Long Term Care” (LTC) e l’assistenza sanitaria territoriale, che mostra elevata frammentarietà e significativi elementi di criticità;

- 3) Carezza di personale sanitario: rappresenta il fattore più rilevante dell’attuale fragilità del SSN, accentuato durante la pandemia. Si stima nel 2023 un ammanco variabile fra 10 e 24 mila specialisti e le principali cause sono:
- a. il cosiddetto “imbuto formativo”, ovvero il gap tra numero di accessi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia e l’insufficiente numero di borse post lauream per la Medicina Generale (MMG) e contratti specialistici.
 - b. migrazione professionale all’estero: scarsa attrattività ospedaliera e bassa remunerazione;
 - c. blocco del turnover e conseguente incremento dell’età media popolazione medica;
 - d. sopraggiunta “gobba pensionistica”, assieme alle recenti riforme pensionistiche (es. Quota 100).

Su tale aspetto risulta fondamentale risolvere e superare il cosiddetto “imbuto formativo”, mediante una nuova programmazione a livello nazionale, nonché valutando la possibilità di un unico processo unificante della formazione di laurea e specialistica del medico che voglia operare nel SSN avviando a soluzione il dramma delle migliaia di medici a cui è negato l’accesso alla specializzazione negando, così l’accesso al lavoro nel SSN. Nelle professioni sanitarie si registra come, nel nostro Paese, il numero di infermieri sia tra i più bassi del mondo occidentale, e in relazione ai medici, e alla popolazione generale. Risulta quindi fondamentale adeguare l’accesso ai corsi universitari e l’ingresso a lavoro nel SSN con l’impegno ad adeguarsi agli standard europei.

Considerato che in merito ai PRINCIPALI DATI SULLA SALUTE DEI CITTADINI TOSCANI:

- gli Stati Generali hanno consentito di fare un punto aggiornato tenendo conto dei seguenti dati elaborati e forniti da ARS:

- in Toscana, al 1° gennaio 2021, risultano residenti 3.668.333 persone (6,2 per cento della popolazione italiana). Il confronto di genere mostra una quota lievemente superiore a favore delle donne (51,7 per cento). In Toscana l’età media della popolazione residente è 47,5 anni (Italia: 46aa);
- nel 2020, sono nati 22.583 bambini (6,1 ogni 1.000 abitanti) e deceduti circa 48.100 toscani (13,1 ogni 1.000 abitanti) confermando il trend del movimento naturale (nati-morti) in continua diminuzione. Rispetto al 2019 i decessi sono stati +11 per cento (Italia: +19 per cento);
- continua l’aumento dell’indice di vecchiaia che al 1° gennaio 2021 raggiunge il valore di 216,6 anziani 65+ ogni 100 0-14enni e dell’indice di dipendenza strutturale (61,1 x100 ab.);
- i malati cronici sono poco più di 1 milione e 450mila, pari al 36,6 per cento della popolazione d’età 16+ anni (29,8 per cento il dato standardizzato per età). Come atteso, la prevalenza di patologie croniche è associata all’età. I malati cronici sono 189 ogni 1.000 abitanti tra i 16 e i 64 anni e 770 ogni 1.000 abitanti over64enni. I maschi, a parità d’età, sono mediamente più malati rispetto alle donne (uomini: 312 ogni 1.000 uomini vs. 285 malati ogni 1.000 donne);

- i principali effetti del COVID-19, ad oggi assumibili per i dati a disposizione, risultano essere i seguenti:

- nel 2020 sono deceduti 48.135 toscani (dato provvisorio ISTAT, a oggi non è ancora disponibile il dato consolidato), 1.310 ogni 100mila abitanti. Utilizzando il quinquennio 2015-2019 come riferimento (per avere un dato più solido che non risenta di oscillazioni casuali), l’eccesso di mortalità in Toscana nel 2020 è stato pari all’8,6per cento, a fronte di un +15,6 per cento registrato in Italia. Per il nostro paese si tratta del dato di mortalità più alto mai registrato dal secondo dopoguerra (746.146 decessi, +100.526 rispetto alla media 2015-2019). Lombardia, Valle d’Aosta, Piemonte e Trentino Alto Adige sono le regioni più colpite dalla pandemia in termini di mortalità, rispetto al periodo 2015-2019;
- a causa dell’eccesso di mortalità provocato dalla pandemia da COVID-19 in tutta Italia, nel 2020 ISTAT stima una netta diminuzione dell’aspettativa di vita alla nascita, che arretra su valori osservati nel 2012. In Toscana scende a 85,2 anni l’aspettativa di vita femminile (da 85,7 dell’anno precedente) e a 80,9 anni quella maschile (da 81,7);
- la pandemia da Covid-19 ha prodotto un’importante flessione del tasso di ricoveri che in Toscana passa da 123,3 per 1.000 residenti (anno 2019) a 94,2 per 1.000 residenti nel 2020 (-29,1 per 1.000 residenti). Le categorie diagnostiche in cui si registra il maggior tasso di ricovero continuano ad essere quelle dovute a

patologie oncologiche (2020:13*1.000 res.), circolatorie (2020:12,5*1.000 res.), respiratorie (2020:9,2*1.000 res.) e dell'apparato digerente (2020:8,2*1.000 res.).

- per quanto concerne i malati cronici, durante il 2020 il tasso di ospedalizzazione è stato pari a 61 per 1.000 abitanti (26* 1.000 tra i residenti senza alcuna patologia cronica). Il tasso standardizzato di mortalità è di 14 decessi ogni 1.000 malati cronici, rispetto al 5 per 1.000 osservato tra i non malati cronici (11 per 1.000 nella popolazione generale 16+). Il 90 per cento dei deceduti durante il 2020 aveva almeno una patologia cronica;

Considerato che per quanto attiene ai PRINCIPALI DATI SUL SISTEMA SANITARIO DELLA TOSCANA è emerso il quadro seguente:

- il “Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica della Corte dei conti”, pubblicato il 28 maggio scorso, riferito al 2019, conferma la Toscana al primo posto, assieme a Veneto ed Emilia Romagna, tra le regioni che meglio hanno garantito ai propri cittadini i livelli essenziali assistenza (LEA). Il sistema della “Griglia” LEA stabilisce come punteggio minimo da raggiungere il valore di 160 e la Toscana raggiunge il punteggio complessivo di 222;
- complessivamente, rispetto al quadro generale del Sistema sanitario regionale, da tale Rapporto emerge come la rete ospedaliera toscana sembra aver conservato buone performance in termini di appropriatezza, qualità e sicurezza dell'assistenza rispetto all'anno precedente; mentre emerge, al contempo, la necessità di accompagnare il mantenimento della performance ospedaliera con un rafforzamento dell'assistenza territoriale rivolta alla parte più debole della popolazione, cioè anziani, persone con disabilità e malati terminali;
- per quanto concerne i dati riferiti al 2020, ovvero all'impatto del Covid sul sistema sanitario regionale, secondo quanto elaborato da ARS:
 - nel 2020 l'ospedalizzazione ordinaria e diurna dei residenti toscani resta molto sotto soglia (92,6; soglia <160 per 1000 abitanti) e diminuisce ampiamente rispetto al 2019 (-23 per cento). Infatti, seppure i ricoveri per COVID-19 siano stati oltre 13.000 in Toscana, è noto che gli ospedali, per far fronte alle ondate pandemiche, hanno dovuto interrompere gran parte dell'attività programmata e che molti pazienti hanno evitato di recarsi in ospedale per paura di contrarre il coronavirus. Ad esempio è crollata l'ospedalizzazione dei pazienti in età pediatrica per asma e gastroenterite -61,9 per cento e sensibilmente diminuita l'ospedalizzazione degli adulti con diabete, BPCO e scompenso cardiaco, per complicanze a breve e lungo termine: -19,6 per cento;
 - il numero dei ricoveri per chirurgia programmata è diminuito del 21,9 per cento rispetto al 2019, così come sono diminuiti gli accessi al pronto soccorso (-33 per cento) con un forte calo, del 30 per cento, anche per il codice rosso;
 - in calo anche il numero degli screening, su cui tuttavia la Toscana può, comunque, vantare dati migliori rispetto alla media italiana: ad esempio, le mammografie sono diminuite dell'11 per cento in Toscana e del 26,6 per cento in Italia;
 - la media dei tempi di intervento dei mezzi di soccorso (intervallo allarme – target) è aumentata di 3 minuti rispetto all'anno precedente, pur rimanendo sempre entro soglia (18 min vs soglia 19 min); - il Sistema sanitario toscano ha continuato a garantire entro 10 giorni dalla prescrizione le prestazioni di classe B nel 75 per cento dei casi. Il consumo di antibiotici è diminuito del 26,5 per cento. Nel 2020 è aumentato il numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (+57,6 per cento), passando da 68.351 pazienti a 106.628, segno di un'aumentata offerta del servizio di assistenza domiciliare determinato in parte dalla necessaria riorganizzazione dei servizi durante il periodo della pandemia determinata da Covid 19 e comunque da valutare in termini di durata e frequenza degli accessi degli operatori al domicilio;
 - diminuita, invece, l'offerta di strutture semiresidenziali e residenziali extra ospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale della popolazione con più di 75 anni (-13,6 per cento semiresidenziale, -15,1 per cento residenziale) per le stesse motivazioni di cui sopra;
 - è rimasta invariata la presa in carico dei pazienti oncologici da parte della rete di cure palliative nel momento del fine vita che riguarda il 36 per cento dei casi;
- secondo i dati rilevati dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Sant'Anna di Pisa e comunicati nella seduta della Terza Commissione del 20 maggio 2021, emerge come la Toscana abbia dimostrato una buona capacità di resilienza rispetto all'emergenza pandemica da Covid-19. Il MeS ha valutato il sistema regionale nel 2020 avvalendosi di circa 700 indicatori, dai quali risulta che la Toscana, per tutta una serie di interventi come il

tumore alla mammella o alla prostata, così come per le visite specialistiche, ha registrato una fisiologica diminuzione in fase di pandemia, ma si colloca in buona media rispetto alle altre regioni italiane. In generale, il trend 2019-2020 – ovvero l’impatto del Covid – degli indicatori di valutazione del sistema sanitario regionale dimostra un miglioramento nel 41,22 per cento dei casi, una stabilità nel 22,3 per cento, un peggioramento nel 36,49 per cento;

- anche altri istituti hanno rilevato una sostanziale capacità di resilienza del SSR durante la pandemia, come lo studio condotto da AGENAS dal quale emerge che la Toscana risulta essere la seconda Regione che durante la pandemia ha perso meno prestazioni ambulatoriali.

Considerato che per quanto attiene ai PRINCIPALI ELEMENTI EMERSI DALLA CONSULTAZIONE PUBBLICA DEGLI STATI GENERALI è emerso quanto segue:

- sui determinanti di salute:
 - come oramai ampiamente riconosciuto dalla comunità scientifica, molti sono i fattori che incidono sullo stato di salute della popolazione: biologici (propri di ciascun individuo), socioculturali (il grado di istruzione, la condizione economica, le condizioni di lavoro e abitative, le matrici ambientali) e non ultimi in ordine di importanza i comportamenti individuali, i cosiddetti “stili di vita”. In alcuni casi questi ultimi rappresentano il fattore più importante per determinare l’insorgenza di una malattia o permettere la prosecuzione di una vita in salute;
 - per effetto dell’aumento dei casi di malattia cronica (tumori, diabete, malattie cardiovascolari) si fa sempre più strada il concetto di prevenzione primaria cioè nella riduzione dei fattori di rischio che possono favorire la nascita delle malattie, attraverso l’adozione di stili di vita adeguati; è possibile, infatti, ridurre il rischio di molte patologie adottando abitudini salutari come evitare il fumo, limitare il consumo di alcol, alimentarsi correttamente e svolgere una corretta attività fisica;
 - che uno degli aspetti emersi in modo trasversale durante il lavoro degli Stati Generali della Salute è la necessità di migliorare l’appropriatezza e l’omogeneità dei processi di prevenzione e promozione della salute, attraverso la realizzazione di azioni basate su evidenza di efficacia, con un approccio per setting (scuola, lavoro, comunità, sanità, ambiente), da orientare e organizzare nel corso di tutta la durata della vita, secondo il principio coniato dall’OMS del “Health in all policies” (salute in tutte le politiche) e ponendo particolare attenzione all’incidenza dei determinanti sociali di salute;
 - in particolare, per quanto concerne la relazione tra salute e ambiente, l’Oms in occasione della Giornata mondiale della Salute del 7 aprile u.s., ha presentato dei dati per i quali si stima che oltre 13 milioni di decessi in tutto il mondo ogni anno siano dovuti a cause ambientali evitabili, includendo tra i fenomeni evitabili la crisi climatica, definita come “la più grande minaccia sanitaria per l’umanità”;
 - particolare menzione merita il tema della cosiddetta salute e medicina di genere (MdG e PLS) o, meglio, la medicina genere-specifica che, come definita dall’Organizzazione mondiale della sanità (OMS), riguarda lo studio dell’influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso e dalla età anagrafica) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. Una crescente mole di dati epidemiologici, clinici e sperimentali indica l’esistenza di differenze rilevanti nell’insorgenza, nella progressione e nelle manifestazioni cliniche delle malattie comuni a uomini e donne, nella risposta e negli eventi avversi associati ai trattamenti terapeutici, nonché negli stili di vita e nella risposta ai nutrienti e nella esposizione ad ambiente con possibili effetti epigenetici (cfr. “Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita”, Ministero della Salute). Anche l’accesso alle cure presenta rilevanti disuguaglianze legate al genere: è noto che le donne si ammalano di più, presentano stati di stress maggiori, consumano più farmaci e sono più soggette a reazioni avverse, oltre che essere socialmente “svantaggiate” rispetto agli uomini. Inoltre, nei Paesi occidentali, nonostante le donne vivano più a lungo degli uomini, l’aspettativa di “vita sana” non è equivalente tra i due sessi;
 - le politiche per la salute della Toscana dovranno tenere conto di una presenza delle persone straniere sul territorio ormai crescente e che vede: 400mila stranieri residenti in Toscana nel 2017, con una previsione di arrivare a 600mila nel 2030; il 28,17 per cento nascite nel 2017 in coppie con almeno 1 genitore straniero; una percentuale molto marcata (60,6 per cento) di stranieri residenti in Toscana sotto i 40 anni (fonte: dati PSSIR 2018-2020); fenomeni migratori crescenti dovuti, in buona parte, a guerre e crisi umanitarie.

- sull'organizzazione delle ASL, dei rapporti con le aziende ospedaliere universitarie e la rete ospedaliera:
 - ricordato che con legge regionale 28 dicembre 2015, n. 84 si è proceduto al riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale, intervenendo sulla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale), si evidenzia come la riforma abbia previsto la riduzione del numero delle aziende USL da 12 a 3, il rafforzamento della programmazione di area vasta ed, in particolare, delle zone distretto come ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate;
 - per quanto attiene al sistema sanitario toscano, il modello toscano con le tre Aziende unità sanitarie locali sembra aver risposto in maniera adeguata alla fase di emergenza Covid, in quanto ha consentito di garantire una risposta omogenea in termini di resilienza, capacità di coordinamento e reazione del sistema sanitario di fronte ad una condizione di stato di emergenza;
 - una prima valutazione dell'impatto e degli esiti della riforma delle ASL è stata condotta dall'ARS su alcuni primi set di indicatori, ovvero sui macro fenomeni ospedalieri (tassi di ospedalizzazione, degenza, riammissioni ed esiti), territoriali (prestazioni ambulatoriali, tempi di attesa) e di continuità tra i due (ospedalizzazione evitabile e degenza superiore al mese);
 - da tale analisi - interrotta al momento dello scoppio della pandemica da Covid-19 - sembrerebbe emergere che la nuova articolazione in tre grandi AUSL, non avrebbe avuto ripercussioni negative sull'operatività degli ospedali e sulla sicurezza delle cure, che non si sono interrotti i trend storici di miglioramento della qualità dei processi, che hanno portato il network ospedaliero toscano a un livello di efficienza per adesso ineguagliato a livello nazionale, e al consolidamento di esiti delle cure eccellenti (fonte: "Report Sintetico - Effetti della riforma del SSR", 5 ottobre 2021, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana);
 - una ulteriore analisi è stata condotta, internamente, dal MeS del Sant'Anna, mediante una analisi su una serie di indicatori di performance, sul clima organizzativo dei dipendenti e sui costi prima e dopo la riforma del 2015:
 - per quanto concerne l'analisi sull'andamento e la variabilità degli indicatori di performance a livello complessivo regionale: su 35 indicatori di valutazione analizzati (che riguardano il governo dell'offerta, la qualità, la variabilità in chirurgia elettiva, l'efficacia territoriale, l'efficienza ed appropriatezza nell'uso delle risorse, alcune strategie regionali specifiche, l'emergenza urgenza ed il materno infantile) emerge che circa il 70 per cento degli indicatori ha continuato a migliorare dopo la riforma. Di questi, più della metà ha registrato anche una riduzione della variabilità fra zone distretto regionali o fra gli stabilimenti ospedalieri (in relazione al tipo di indicatore). Sulla base di queste evidenze è possibile dire che complessivamente si è registrato un miglioramento della performance associata ad una riduzione della variabilità;
 - per quanto attiene all'andamento dei costi a livello regionale e aziendale: emerge una lieve contrazione dei costi nel 2016 e una ripresa nel 2017 con un andamento simile a quello delle altre regioni, tanto che l'effetto della riforma non risulta essere significativo circa l'andamento dei costi;
 - infine, l'ultimo aspetto di analisi ha riguardato il numero di unità operative complesse prima e dopo la riorganizzazione: dalla rilevazione emerge chiaramente come vi è stata, a seguito della riorganizzazione complessiva, una riduzione del numero di unità operative complesse fra il 2015 e 2017 passate da 507 a 480;
- sui principali elementi emersi in materia di governance del sistema sanitario:
 - la pandemia ha confermato la necessità di adottare modelli omogenei, evidenziando che rete ospedaliera e territorio si integrano nel dare le risposte di salute e che ormai il sistema socio sanitario è sempre più funzionale al corretto funzionamento del SSR. Pertanto occorre favorire un forte coordinamento tra rete ospedaliera e servizi e professionisti territoriali, nonché una maggiore integrazione tra aziende sanitarie e aziende ospedaliere universitarie, e più in generale tra Università e territorio;
 - una rimodulazione ("re-engineering") della rete ospedaliera con la definizione chiara della "mission" dell'ospedale centrale e di quelli periferici, anche tenendo conto della classificazione e degli standard qualitativi previsti dal decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, anche al fine di eliminare inutili e svantaggiosi duplicati e rendere ogni professionista che lavora nelle diverse strutture appagato professionalmente, perché protagonista di parti diverse ma ugualmente importanti del percorso sanitario del paziente;

- puntare ad una valorizzazione, attraverso un rapporto sinergico con aziende ospedaliero-universitarie e presidi ospedalieri maggiori, dei piccoli ospedali, che si sono confermati strutture fondamentali nella gestione della pandemia nelle aree interne e periferiche, dimostrando quanto la sanità di prossimità nel suo complesso possa svolgere un ruolo chiave nel dare risposte efficaci ai bisogni prioritari di salute della popolazione;
 - l'esigenza di favorire un rafforzamento delle zone distretto al fine di potenziare il necessario collegamento tra i servizi ospedalieri, la sanità territoriale, i servizi sociosanitari e sociali;
 - è emerso, inoltre, il tema di arrivare ad una maggiore standardizzazione della programmazione territoriale, dove poter mettere in rilievo tutti i determinanti di salute, tenuto conto che in alcuni territori risultano costituite le società della salute, mentre in altre realtà vigono convenzioni socio-sanitarie;
- sul rafforzamento dell'organizzazione della sanità territoriale:
- in Toscana sono circa 1 milione e 450mila i cronici, 444,8 ogni 1.000 abitanti d'età superiore ai sedici anni, circa 6 su 10 hanno più di 65 anni e il 54 per cento sono donne. I malati aumentano con l'età, ma anche con il livello di deprivazione sociale e materiale (proxy del livello socioeconomico e culturale della persona) e che la metà della spesa sanitaria totale (ospedaliera, farmaceutica e specialistica) è attribuibile alla cronicità;
 - in Toscana è già presente il modello della Casa della Salute (CdS), definita dalla legge regionale 4 giugno 2019, n. 29 (Le case della salute. Modifiche alla l.r. 40/2005) come "una struttura polivalente che opera nell'ambito della zona-distretto, facente parte integrante dell'organizzazione del servizio sanitario regionale";
 - a inizio 2021, secondo quanto rilevato dall'ARS:
 - cinque zone-Distretto non hanno ancora una CdS (Fiorentina Sud-Est, Mugello, Pisana, Grossetana, Colline Albegna);
 - sessantuno aggregazioni funzionali territoriali (AFT) non hanno una CdS di riferimento;
 - i MMG con ambulatorio in CdS (sia in numero assoluto, che in percentuale sul totale dei professionisti ivi presenti) sono diminuiti;
 - con legge regionale 5 marzo 2020, n. 20 (Promozione della medicina di iniziativa. Modifiche alla l. r. 40/2005) è stata riconosciuta e definita la medicina di iniziativa nel sistema sanitario regionale, quale modello assistenziale della sanità moderna "finalizzato alla prevenzione e diagnosi precoce delle patologie croniche con conseguente attivazione di interventi mirati al cambiamento degli stili di vita ed alla presa in carico proattiva, integrata e multidisciplinare dei soggetti affetti da polipatologia e/o fragilità (...) sulla base di un piano assistenziale individuale (PAI)", ma al momento, complice anche la pandemia da Covid-19, tale obiettivo della medicina di iniziativa non è stato perseguito secondo quanto previsto da alcuni atti conseguenti (DGR 273/2020);
 - l'invecchiamento della popolazione toscana e la quota significativa e crescente afflitta da malattie croniche ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la presa in carico della persona mediante una riorganizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari offerti sul territorio;
 - la promozione della salute, e il tema strettamente correlato della prevenzione necessita, secondo le conoscenze attuali, la definizione del nuovo perimetro dei territori di influenza dei determinanti culturali (a partire dall'istruzione), economici e ambientali, della salute di una comunità;
- in materia nuova organizzazione della sanità territoriale:
- è emersa la necessità di procedere al necessario rafforzamento della rete assistenziale territoriale, che ha visto una prima implementazione per fronteggiare l'emergenza pandemica costituita dalla SARS-CoV-2 in corso (DGR 1573 del 14/12/2020), che dovrà essere ridefinito e consolidato, rendendolo strutturale ed integrato organicamente con la rete di assistenza ospedaliera regionale e la rete socio-sanitaria-assistenziale al fine di implementare, oltre che i trattamenti ad alta intensità di cura, anche degli interventi di prevenzione, presa in carico e cura allocati nel livello assistenziale territoriale;
 - tale nuova strategia per quanto attiene alla sanità territoriale dovrà tenere conto delle indicazioni che il livello nazionale si appresta a dare nei prossimi mesi, mediante specifici interventi normativi da parte del Governo, riguardo a:
 - a) gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate;
 - b) un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "One-Health";

- da tempo si sottolinea l'esigenza di sviluppare l'assistenza domiciliare integrata (ADI) in cui l'Italia è fanalino di coda in Europa, ovvero la casa come primo luogo di cura, attraverso l'assistenza domiciliare e la telemedicina. A tal fine risultano centrali nella ridefinizione dell'assistenza domiciliare l'integrazione delle attività dei pediatri e del medico di famiglia (MMG), dell'infermiere di famiglia e di comunità, con le competenze specialistiche dei presidi ospedalieri (anche mediante collaborazione con team multidisciplinari), in modo da dare origine a forme di ospedalizzazione domiciliare. Per tali aspetti, sarà opportuno attivare almeno una Centrale Operativa Territoriale (COT), in ogni Zona distretto, come previsto dal PNRR, ovvero la struttura deputata a coordinare tali servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari;
- rimane prioritario strutturare una rete territoriale di cure intermedie, gestita all'interno della Direzione Sanitaria, sia per quanto concerne la fase ante che post ospedalizzazione: occorre sviluppare tale modello, che ha avuto un ruolo fondamentale per rispondere all'emergenza Covid-19, soprattutto al fine di ridurre la pressione ospedaliera, rendendolo parte integrante della rete di presa in carico dei pazienti;
- occorre definire, di conseguenza, il modello toscano della Casa della Comunità, tenendo conto dell'obiettivo nazionale di assistere, in questi nuovi centri, 8 milioni di pazienti cronici mono-patologici e 5 milioni multi-patologici e quindi farne il perno delle prestazioni sul territorio in ambito socio-sanitario. Tali Case della Comunità dovranno essere il luogo dell'incontro, strutturale e funzionale, del territorio con l'Ospedale e dell'Ospedale con il territorio, anche in relazione alla sua componente dei servizi sociali; realizzando una sorta di "scambio del testimone" per il percorso di salute del cittadino tra le competenze delle Cure primarie, la Medicina generale e la Pediatria di famiglia, e le competenze specialistiche Ospedaliere. La Casa della Comunità (CdC), come già ipotizzato nella DGR 1125/2021 è dunque il luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare e dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità;
- occorre arrivare a definire un nuovo ruolo del Medico di Medicina generale (MMG) e del Pediatra di libera scelta (PLS) e la maggiore integrazione con il SSR, anche rivedendo l'organizzazione e il funzionamento delle AFT che devono sempre più concorrere, tramite obiettivi definiti e concordati con l'azienda sanitaria, alla tutela della salute della popolazione di riferimento;
- si valuta necessario implementare le attività di medicina complementare e integrata che da oltre 20 anni costituiscono una risorsa innovativa e sostenibile per la salute della popolazione, riconosciuta a livello nazionale e internazionale. Tali attività hanno una struttura a rete basata su multidisciplinarietà e collaborazione con tutte le figure professionali del SSR e sono utilizzate da quote importanti di cittadini toscani, soprattutto i più anziani, nella lotta al dolore contribuendo, con un approccio non farmacologico, a ridurre il consumo improprio di medicinali e a migliorare gli stili di vita. Importante è poi il ricorso a tali terapie delle donne, che rappresentano oltre il 70 per cento degli utenti dei servizi ambulatoriali, all'interno di un approccio gender-oriented in particolare nel percorso nascita e in menopausa. Grande attenzione è rivolta ai settori prioritari regionali definiti in base alle evidenze scientifiche e alle esigenze del territorio: ad esempio nei 21 ambulatori di oncologia integrata presenti in tutto il territorio toscano sono state sviluppate attività cliniche e di ricerca, in collaborazione con la Rete oncologica regionale, per dare ai malati di tumore un ulteriore supporto, sicuro ed efficace, contro gli effetti collaterali delle cure antitumorali e i disturbi legati alla malattia. L'approccio olistico della medicina integrata è una risorsa anche a supporto dei numerosi cittadini toscani che presentano la sindrome post-Covid (Long Covid);
- nell'assistenza territoriale particolare attenzione va posta al potenziamento dei servizi sociosanitari, con particolare riferimento all'Area Salute Mentale Infanzia Adolescenza (SMIA) e Salute Mentale Adulti (SMA), dato che viene prevista una esplosione di tali emergenze nei prossimi mesi ed anni;
- analoga attenzione dovrà essere posta alla presa in carico disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), anche tenendo conto che la legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024): a) ha inserito finalmente i DNA nei LEA, le cui prestazioni sono riferite attualmente nell'area della salute mentale; b) ha istituito presso il Ministero della salute un Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, con dotazione di 15 milioni di euro per l'anno 2022 e di 10 milioni di euro per l'anno 2023, la cui ripartizione complessiva è definita sulla base di apposita intesa in sede di Conferenza permanente Stato Regioni;

- il periodo pandemico ha evidenziato la necessità rafforzare e rendere strutturale un miglior coordinamento tra mondo scolastico e sistema sanitario regionale al fine di diffondere buone pratiche di sanità pubblica, condivise e coerenti sul territorio regionale, evitando così frammentazione e disomogeneità e allo stesso tempo consentendo al SSR di sfruttare la potenzialità degli istituti scolastici come centri di monitoraggio socio-sanitario oltre che di diffusione di politiche di prevenzione e protezione collettiva (si pensi, ad esempio, al tema del supporto psicologico degli studenti o all'educazione sessuale);
 - tenuto conto che, secondo quanto reso noto dalla Giunta regionale, dal PNRR arriveranno per i progetti toscani: 104,2 milioni di euro per le case di comunità; 56,8 milioni per gli ospedali di comunità; e 12,5 milioni per le centrali operative territoriali, per un totale di 173,5 milioni; a questi vanno aggiunti i 20 milioni già deliberati di fondo regionale complementare, per un totale di 193,5 milioni. In più ci sono i fondi dell'articolo 20, attraverso i quali saranno finanziate anche alcune delle strutture che rientrano in questo disegno progettuale;
 - la Regione Toscana ha previsto una programmazione dettagliata di tali interventi nell'ambito del PNRR, relativamente alla Missione 6, componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", ovvero almeno: 70 Case di Comunità, 37 Centrali Operative Territoriali e 23 Ospedali di Comunità. A queste vanno aggiunti gli interventi realizzati con il fondo complementare (8 case di comunità e 1 ospedale di comunità), per un totale di 78 Case di Comunità e 24 Ospedali di comunità;
 - la progettazione e la dislocazione territoriale di questi interventi è stata avviata da tempo dalla Regione attraverso un lavoro con le tre AUSL toscane (Centro, Nord Ovest, Sud Est), e con il coinvolgimento delle istituzioni e delle loro rappresentanze, a partire dall'ANCI, passando poi per le Società della Salute, le Conferenze aziendali dei Sindaci e le Conferenze zonali Integrate dei sindaci.
- sui temi del Digitale, innovazione e ricerca:
- l'esperienza della pandemia Covid-19, ha dimostrato che un sistema sanitario moderno non può prescindere dalla telemedicina e dalla sanità digitale (e-Health), elementi cruciali di risposta della sanità territoriale. La "casa come principale luogo di cura" è oggi possibile unendo la Telemedicina all'assistenza domiciliare integrata.
 - la sanità digitale è una scelta obbligata per un futuro sostenibile del servizio sanitario nazionale, non a caso è inserita a pieno titolo nel PNRR, che per il settore della salute prevede ben 15,63 miliardi di euro e di questi 8,63 miliardi sono riservati alla digitalizzazione dell'assistenza medica ai cittadini, per la diffusione del fascicolo sanitario elettronico e la telemedicina;
 - i principali elementi emersi su tale argomento riguardano:
 - la necessità di implementare ulteriormente il Governo dell'innovazione, sfruttando le opportunità offerte dal PNRR in relazione alla sanità digitale, mediante una sempre migliore interconnessione tra una serie di sistemi attualmente attivi sui singoli territori e singole aziende e lo sviluppo o potenziamento degli strumenti di interconnessione e condivisione per fini socio-sanitari (es. Cartella clinica elettronica unica integrata; connessioni dei sistemi Ris-Pacs, comunicazione 4G e 5G ecc.);
 - la necessità di estendere un sistema regionale di telemedicina per la gestione ottimale delle coorti di pazienti cronici e la realizzazione di un sistema informativo unico regionale che consenta il monitoraggio di tutte le attività (ospedaliere, territoriali, ambulatoriali) e che costituisca una banca dati omogenea integrata ed affidabile su cui impostare analisi e confronti necessari per ottimizzare l'assorbimento delle risorse ed il livello dei servizi. In tal senso risulta irrinunciabile un aggiornamento dei sistemi di gestione e comunicazione dati che, a titolo di esempio, per gli esami strumentali talvolta risultano ancora gestiti su supporti di archiviazione che sono, o iniziano ad essere, obsoleti (p.e. i compact disk), tanto che i più recenti dispositivi sul mercato non sono più dotati di sistemi di lettura dedicati;
 - in materia ricerca e sviluppo sono emerse alcune richieste di particolare attenzione da parte della Regione Toscana, e in particolare: ulteriori investimenti in chirurgia robotica; investimenti nel settore dei Big Data & Analysis, questo anche per consentire sviluppi del settore della prevenzione e cure personalizzate (es. terapia oncologica personalizzata per arrivare a trattamento in fase precoce);
 - andrà inoltre approfondito il progetto salute unica, ovvero considerare la salute dell'ambiente, degli animali e delle persone come strettamente collegate tra loro;

- dagli Stati Generali è inoltre emersa la necessità di continuare a garantire il sostegno al settore delle Scienze della Vita che vede la Toscana una delle realtà più avanzate a livello nazionale, data la presenza di rilevanti partner sia pubblici che privati legati a tale tematica;

- sulla non autosufficienza e sistema RSA:

- tenuto conto che la Toscana si presenta come una regione sempre più anziana, con un 40 per cento della popolazione affetto da malattie croniche e risulta, dunque, necessario rivedere i modelli di presa in carico, oltre che di cura, di varie tipologie di fragilità attraverso un modello che sappia integrare la risposta sanitaria con quella sociosanitaria o sociale, attualizzando una normativa innovativa (l.r.66/08 sulla non autosufficienza) sulla base delle mutate esigenze della società;
- per quanto attiene alle RSA emerge il tema rilevante dell'equilibrio finanziario di tali strutture, dopo la contrazione dei ricoveri registrata nel corso del 2020 per effetto della pandemia Covid-19, che sembra continuare anche nell'anno corrente, con una rilevante, ulteriore, riduzione delle quote sanitarie erogate da parte delle ASL, nonostante l'incremento delle risorse regionali vincolate a tale finalità;
- a dicembre 2019 risultavano attive 324 RSA, per un totale di 14.707 posti letto, dei quali 13.268, pari a 14 ogni 1.000 anziani toscani, sono quelli destinati alla non autosufficienza (90 per cento). Circa una struttura su tre è di proprietà pubblica (32 per cento). L'indice di copertura dei posti letto per non autosufficienti sui toscani ultra 64enni è pari all'1,4 per cento. L'offerta semiresidenziale (centri diurni) conta 139 strutture, di cui 100 per non autosufficienti e 24 per anziani con demenza. Il 56 per cento di questi centri diurni è pubblico. I posti per non autosufficienti sono 1.115 (1,2 per 1.000 anziani), quelli per anziani con demenza 368 (0,4 per 1.000). A completamento del quadro, l'offerta regionale comprende anche 1.439 posti letto per autosufficienti in RSA e 15 centri diurni (256 posti) per anziani autosufficienti;
- preso atto che la DGR 843/2021 ha già formalizzato l'avvio di un percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente attraverso la revisione del modello attuale, al fine del miglioramento qualitativo, dell'appropriatezza e della costituzione di un sistema integrato multilivello;
- in particolare, la presa in carico della non autosufficienza riscontra alcuni aspetti e criticità che riguardano, soprattutto:
 - rischio di isolamento delle strutture preposte, rispetto al sistema SSR;
 - inadeguatezza del servizio di assistenza domiciliare:
 - 1) insufficienza di ore di assistenza anche in presenza di risorse familiari/gg;
 - 2) scarsa specializzazione per situazioni emergenziali (es. Covid);
 - assenza di una rete istituzionale, assistenti private (badanti), organizzazioni spontanee, mancata specializzazione e accreditamento. In particolare, dovrà essere implementato il percorso di accreditamento previsto dalla l.r. 82/2009 e i relativi percorsi formativi, così come dovranno essere monitorate e implementate nel numero le strutture e gli appartamenti gestiti sulla base della attuale normativa (Regolamento di cui al DPGR 2/R/2018, in attuazione dell'articolo 62 della citata l.r. 41/2005) quali soluzioni innovative per la presa in carico di anziani anche non autosufficienti;
- su tale aspetto, i lavori di ascolto portati avanti dagli Stati Generali della Salute in Toscana hanno fatto emergere alcuni aspetti principali sui quali porre attenzione, tra i quali:
 - il tema della sostenibilità delle RSA che, anche a causa degli effetti della pandemia da COVID-19 hanno visto aumentare il numero di posti letto vuoti (attorno ai 2mila 500, sugli 11mila 800 complessivi accreditati e convenzionati) e un incremento delle spese di gestione considerato non sostenibile a lungo. Sullo stesso punto è stata segnalata anche una migrazione di figure infermieristiche dalle RSA verso le strutture pubbliche delle USL, favorita dalle misure di contrasto alla pandemia poste in essere dalla Regione Toscana, che ha generato ulteriori criticità, alle quali comunque la stessa Regione ha dato risposte concrete in termini di ristori e soluzioni gestionali;
 - la proposta di diversificare intensità assistenziale, aumentando la residenzialità leggera e coinvolgere le RSA, con particolare riferimento a quelle pubbliche, come le aziende pubbliche di servizio alla persona (ASP), nella programmazione socio-sanitaria e nella nuova configurazione dei servizi socio assistenziali territoriali;
 - la necessità di porre in essere un sistema differenziato di servizi, secondo l'entità e l'intensità del bisogno, per quanto concerne la presa in carico della non autosufficienza ricercando una forte

integrazione tra le politiche sociali degli enti locali ed il SSR, mediante una qualificazione complessiva del sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza.

- sul sistema di emergenza urgenza:

- appreso che il numero di chiamate alle centrali operative oscilla tra le 350.000 e le 500.000 nell'ultimo decennio, nel 2020 si è registrata una flessione dell'11 per cento rispetto agli anni precedenti. Una percentuale tra l'85 e il 90 per cento delle chiamate genera un intervento, con partenza di uno o più mezzi di soccorso da uno dei 128 punti di emergenza territoriale (PET), distribuiti sul territorio;
- in condizioni normali il paziente viene raggiunto mediamente in 15 minuti dalla chiamata ("intervallo allarme – target"), nel 2020 questo tempo di risposta è aumentato notevolmente, arrivando al valore di 18 minuti. Nel 2020 gli interventi in Toscana sono stati 392.011, con una flessione del 15 per cento sull'anno precedente. Mediamente, tre quarti degli interventi esitano con il trasporto in ospedale;
- per alcune patologie, in cui il risultato della cura in acuto dipende strettamente dai tempi di intervento ("patologie tempo dipendenti"), la Regione Toscana ha strutturato dei sistemi denominati "Reti cliniche Tempo Dipendenti" e che queste reti riguardano l'infarto del miocardio (6.262 casi nel 2020), l'ictus (8.808 casi nel 2020) e il trauma maggiore (1.522 casi nel 2020);
- rispetto alle prestazioni sui tempi di intervento per tali patologie tempo dipendenti in tempo di Covid, secondo i dati forniti da ARS, complessivamente, nel 2020 la riduzione di accessi al PS è stata del 33 per cento (1.007.375 accessi in meno), con picchi fino al 60 per cento. La variazione ha interessato:
 - a) per il 30 per cento il codice rosso (codice numerico 1)
 - b) per il 41 per cento i codici giallo e verde (codici 2-3)
 - c) per il 23 per cento i codici minori (bianco e celeste / codici 4-5)
- la riduzione degli accessi in PS per infarto miocardico acuto (IMA) è stata massima nei mesi di marzo e aprile del 2020 (38 per cento; 31 per cento) ma il fenomeno si è ripresentato in novembre e dicembre (15 per cento; 16 per cento). Lo stesso andamento è rilevato per i ricoveri;
- secondo quanto emerge dai dati di ARS, i pazienti che sono arrivati in ospedale sono stati trattati in modo tempestivo e al livello appropriato e la mortalità intraospedaliera non mostra variazioni significative nel corso dell'anno;
- anche la riduzione degli accessi in PS per ictus è stata massima nei mesi di marzo e aprile (27 per cento; 25 per cento) ma il fenomeno si è ripresentato in ottobre e novembre (12 per cento; 20 per cento). I ricoveri hanno avuto un andamento coerente con le presentazioni;
- in materia di tenuta del settore dell'emergenza urgenza, sono stati evidenziati i seguenti aspetti:
 - una difficoltà crescente nel reperimento del personale, dato che in questi ultimi anni i servizi dell'area emergenza-urgenza hanno registrato una progressiva carenza di personale medico, in particolare per quanto attiene alle aree maggiormente periferiche del SSR, dovuta sia ad una ridotta attrattività del settore che ad una pregressa programmazione dei posti nelle scuole di specializzazione della specifica disciplina, da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca, numericamente insufficiente rispetto al fabbisogno;
 - l'esigenza di rendere maggiormente omogenea l'organizzazione dei servizi di emergenza urgenza sul territorio regionale, pur tenendo conto delle specificità territoriali delle aree interne e montane, a partire da una accurata regolamentazione concernente la composizione minima dell'equipaggio, le attrezzature tecniche e il materiale degli autoveicoli di soccorso, a completamento di quanto previsto dalla legge regionale 30 dicembre 2019, n. 83 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sulle attività di trasporto sanitario);
 - l'assoluta centralità delle organizzazioni di volontariato, i comitati della Croce Rossa Italiana e dei loro enti rappresentativi come elemento insostituibile nella rete dei servizi di emergenza-urgenza, non solo per le specifiche, maturate capacità nell'attività di trasporto sanitario, ma anche per il ruolo assolutamente centrale esercitato nella gestione dell'emergenza pandemica del Covid-19 anche in Toscana;
- preso atto, positivamente, che la Giunta regionale con Delibera n.1108 del 28/10/2021 (Riattivazione corsi di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale) ha approvato la realizzazione di tre

corsi per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, da svolgersi nell'anno 2021-2022 presso le ASL Toscana Centro, Toscana Nordovest e Toscana Sudest, quale prima risposta alla necessità di reperire medici in grado di esercitare l'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale.

- sui temi del personale sanitario formazione, reclutamento, retribuzione e rapporti con il SSR:

- a livello regionale toscano la carenza di professionisti si sta acuendo perché, fermo restando i motivi generali comuni a tutte le regioni, sono presenti altri fattori incidenti:
 1. rientro dal blocco del turnover delle regioni commissariate che favoriva la migrazione dei professionisti verso la Toscana, regione virtuosa in tal senso;
 2. problema dell'attrattività degli ospedali nei confronti dei professionisti in base a domanda/offerta: gli specialisti più richiesti, ad esempio gli anestesisti, hanno attualmente possibilità di scegliere a piacere il luogo di lavoro e tendono a privilegiare sedi in cui sia basso il livello di proiezione su ospedali periferici (che invece è ancora alto nella nostra rete ospedaliera rendendola in tal senso poco attrattiva);
- il combinato disposto delle criticità esaminate ha determinato una tempesta perfetta per il SSN e soprattutto per le realtà più deboli dei vari SSR;
- pur prendendo atto, positivamente, della programmazione delle 17.000 borse di specializzazione nazionali stabilite dal Governo nella scorsa estate per altrettanti giovani laureati, occorre che il Governo garantisca e programmi un afflusso dei giovani laureati verso le scuole di specializzazione in un numero pari a quelli ritenuti necessari, complessivamente, dal sistema sanitario nazionale;
- il Sistema Sanitario Regionale della Toscana, anche per far fronte alla situazione straordinaria che si è determinata a seguito della pandemia Covid-19, ha visto circa 4.150 unità di personale aggiuntivo presenti al 31/12/2020 rispetto all'inizio dello stesso anno, determinando un incremento di costo delle risorse umane, tra il 2019 e il 2020, pari a circa 182 milioni di euro;
- preso atto, infine, della Delibera di Giunta regionale n.233 del 15/03/2021 (Progetto regionale per la definizione degli strumenti regolamentativi e dei modelli organizzativi e contrattuali da adottare per affrontare la problematica del reperimento di personale per gli ospedali meno 'attrattivi' per la componente professionale);

- sul ruolo del Terzo Settore:

- atteso che la Toscana risulta la prima Regione in Italia ad essersi dotata di una legge regionale sul Terzo settore, ovvero la legge regionale 22 luglio 2020, n. 65 (Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano), anche in conseguenza dell'approvazione del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n.106);
- la l.r. 65/2020 ha inteso promuovere e sostenere gli enti del Terzo settore (ETS) e le altre formazioni sociali, definendo "le modalità del loro coinvolgimento attivo nell'esercizio delle funzioni regionali di programmazione, indirizzo e coordinamento e nella realizzazione di specifici progetti, di servizio o di intervento, finalizzati a soddisfare bisogni della comunità regionale", mentre la legge regionale 28 dicembre 2021, n. 53 ha disciplinato l'esercizio delle funzioni amministrative del nuovo Registro unico nazionale del Terzo settore in Toscana;
- anche dal lavoro degli Stati Generali della Salute, è emerso come le Organizzazioni di Volontariato, i Comitati della CRI e i loro enti rappresentativi abbiano un ruolo centrale ed insostituibile nella rete dei servizi di emergenza-urgenza, non solo per le specifiche, maturate capacità nell'attività di trasporto sanitario, ma anche per il ruolo, indiscutibilmente riconosciuto loro nell'ambito della gestione delle maxi emergenze, quale può essere definita l'emergenza epidemica da COVID-19;
- valutato che gli Enti del Terzo settore concorrono al raggiungimento delle finalità fondamentali di innovazione, qualificazione e sviluppo della rete integrata dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso gli istituti della coprogrammazione e della coprogettazione di cui alla citata l.r. 65/2020, nonché nell'ottica della promozione della rete territoriale diffusa quale infrastruttura sociale a sostegno delle determinanti di salute in termini di rafforzamento delle relazioni, costruzione di comunità, opportunità in tutti gli ambiti relativi alle politiche di inclusione sociale e della non autosufficienza;

Richiamato, infine, il Programma di Governo 2020 – 2025, così come da risoluzione n. 1, approvata nella seduta del Consiglio regionale del 21 ottobre 2020;

Vista l'Informativa ex art. 48 dello Statuto n.1 (Informativa preliminare al Programma regionale di sviluppo 2021-2025) e gli obiettivi strategici di legislatura che la Regione intende presentare con il Programma Regionale di Sviluppo 2021-2025, rispetto ai quali la sanità dovrà rivestire un ruolo prioritario nell'azione di Governo regionale, anche tenendo conto della recente evoluzione della politica economica europea in senso espansivo;

Considerato, infine, che:

- ai fini di un più complessivo rilancio della sanità pubblica italiana, da più parti viene evidenziata l'esigenza di aumentare la dotazione complessiva del Fondo Sanitario Nazionale, al fine di incrementare la spesa sanitaria pubblica pro capite che per l'Italia (2.473 euro) risulta essere inferiore alla media OCSE (2.572 euro) (fonte: rapporto Health at a Glance Europe 2020);
- anche di fronte agli investimenti previsti dal PNRR, appare necessario un aumento della spesa sanitaria ai fini di un pieno conseguimento degli obiettivi che si renderanno possibili grazie agli investimenti previsti nella sanità territoriale e domiciliare.

Preso atto che il Governo ha previsto, nelle more dell'ultimo Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e il bilancio pluriennale per il triennio 2022 – 2024, un aumento della dotazione del Fondo Sanitario Nazionale finanziato con 2 miliardi di euro aggiuntivi ogni anno fino al 2024, ma che ulteriori risorse si rendono, comunque necessarie, per potenziare il sistema pubblico sanitario nazionale e, in particolare, la sanità territoriale;

IMPEGNA LA GIUNTA REGIONALE

- ad attivarsi nei confronti del Governo affinché venga confermato un incremento progressivo del Fondo Sanitario Nazionale e garantite adeguate risorse umane ed economiche per sostenere un sistema sanitario pubblico universalistico sempre più efficiente e rispondente agli obiettivi di: ridurre la disparità territoriali nell'erogazione dei servizi; garantire una adeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; garantire tempi di attesa adeguati per l'erogazione delle prestazioni; una nuova capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari;

- ad avviare, quanto prima, la nuova programmazione socio sanitaria regionale, tenendo conto sia delle indicazioni provenienti dal PNRR così come degli elementi principali emersi a seguito del lavoro degli Stati Generali della Salute, per come di seguito enucleati, riaffermando il principio per cui la pianificazione e il controllo del sistema sanitario (anche mediante un sistema di indicazioni di risultato misurabili e verificabili) diventano fondamentali al fine di coniugare qualità e sostenibilità del sistema stesso;

- in merito alle principali questioni emerse dagli Stati Generali della Salute:

1) per quanto attiene alle politiche regionali in materia di PREVENZIONE E SALUTE:

- a promuovere e sollecitare l'adozione all'interno delle politiche regionali, in modo trasversale, del principio coniato dall'OMS del "Health in all policies" (salute in tutte le politiche), ovvero ponendo attenzione all'incidenza dei determinanti sociali di salute, ormai considerati prevalenti nell'influenzare lo stato di salute dei cittadini (comportamento e stile di vita, fattori socio-economici, istruzioni, condizioni ambientali e sistema sanitario) nella programmazione settoriale dei diversi settori delle politiche regionali, quale elemento essenziale di prevenzione. In tale contesto, particolare attenzione meritano le politiche volte al contrasto del cambiamento climatico che, secondo l'Oms, rappresenta "la più grande minaccia sanitaria per l'umanità";
- ad approfondire lo studio delle determinanti della salute finalizzato ad orientare le politiche pubbliche, non soltanto in ambito socio-sanitario, sui territori specifici. Su tale aspetto andrà previsto un lavoro coordinato da ARS che, avvalendosi del contributo di altre agenzie o enti regionali settoriali (es. Irpet, Arpat, ecc.), definisca le caratteristiche delle realtà territoriali che presentano caratteristiche omogenee rispetto ai principali determinanti della salute, tra i quali ambiente, cultura, istruzione, stile di vita, economia, reddito. L'individuazione di tali territori risulta di particolare importanza ai fini di orientare efficacemente le politiche pubbliche, non soltanto in ambito socio-sanitario, per le comunità di riferimento;

- a misurare sempre di più gli interventi della sanità pubblica, anche per quanto attiene le politiche di prevenzione, con il tema della medicina di genere, ovvero tenendo conto delle esigenze di salute delle persone nella loro complessità e specificità (sexo e genere), che si manifesta in diversi e molteplici aspetti (comportamenti, stili di vita e dipendenze, incidenza di molteplici comuni patologie, croniche o infettive, ricorso ai servizi sanitari, violenza di genere), rafforzando, a tal fine:
 - a) le azioni regionali volte a definire percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e assistenziali specifici per qualsiasi genere tenendo conto delle differenze di salute tra i generi;
 - b) la rete dei consultori, che devono essere maggiormente diffusi ed implementati nelle loro funzioni. La rete dei consultori costituisce un importante strumento per attuare gli interventi previsti: a tutela della salute della donna, più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita); a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza; per una educazione volta alla procreazione fino ad una gravidanza consapevole e desiderata (IVG chirurgica e farmacologica); per un aiuto nelle patologie oncologiche; per le condizioni conseguenti alla menopausa e tutte le patologie a questa collegate;

- a mantenere e implementare le attività di medicina complementare e integrata del SSR valorizzando, anche nelle Case di Comunità, l'approccio personalizzato e multidisciplinare alla cura di queste terapie in particolare nella lotta al dolore, nel settore oncologico, nella medicina di genere, nel long Covid e nei percorsi di riabilitazione;

- a rafforzare le politiche per lo sport prevedendo sia uno specifico progetto all'interno del prossimo PRS, sia una approfondita trattazione nel Piano Socio Sanitario Integrato Regionale dei prossimi anni. L'attività fisica viene riconosciuta come diritto fondamentale dei cittadini toscani di ogni fascia d'età quale elemento determinante in relazione al benessere, alla salute e alla prevenzione dell'insorgenza di problemi sanitari. In particolare:
 - a) la pratica sportiva, a qualunque livello e per ogni fascia di età, è da considerarsi come un investimento nella salute pubblica e nel sociale;
 - b) dovranno essere attuate, a tal fine, misure volte ad incrementare i praticanti, promuovere stili di vita attivi per la prevenzione delle malattie e delle dipendenze;
 - c) dovrà essere rafforzata la rete dei centri SportHabile, ovvero degli impianti, spazi e centri in grado di accogliere gli sportivi con disabilità;
 - d) dovrà essere valutata l'individuazione di forme di sostegno pubblico diffuso alle famiglie, a partire da quelle a basso reddito, prevedendo strumenti (p.e. voucher) che porterebbero giovamento alle famiglie, alle associazioni sportive e alla sfera sanitaria;

- ad attivarsi nei riguardi del Governo e del Parlamento italiano affinché trovi riconoscimento nella Carta Costituzionale il diritto alla pratica sportiva intesa come qualsiasi forma di attività fisica finalizzata al miglioramento del benessere psicofisico e della salute dell'individuo, all'accrescimento delle relazioni sociali o al raggiungimento di traguardi sportivi a tutti i livelli;

- ad implementare il coordinamento tra il mondo scolastico ed il sistema sanitario regionale, valutando l'individuazione di adeguate figure referenti che, in collegamento funzionale con i medici curanti di bambini e studenti (PLS e MMG), supportino il dirigente scolastico o suo incaricato per le attività sanitarie in materia di prevenzione e salute, e allo stesso tempo consentendo al SSR di sfruttare la potenzialità degli istituti scolastici come centri di monitoraggio e di diffusione di politiche di prevenzione e protezione collettiva. A tal fine, è opportuno valutare l'integrazione di tali figure all'interno delle professionalità presenti nelle Case di Comunità;

- a potenziare i dipartimenti di prevenzione delle aziende USL anche a livello di risorse umane, valutando il reclutamento di ulteriori professionalità (es. medici igienisti, medici del lavoro, ecc.) anche in accordo con le tre Università toscane. Nell'ambito della prevenzione primaria, l'impegno di tale settore deve essere diretto all'attuazione, sempre più efficace, di politiche e programmi mirati a prevenire i principali fattori di rischio

presenti nei contesti di vita e di lavoro per mantenere lo stato di salute e di benessere della popolazione: dal settore degli alimenti, alla sicurezza, alle malattie infettive ed agli stili di vita, ecc.

- a riqualificare e potenziare i servizi relativi alla Salute Mentale e Dipendenze anche tenendo conto della riorganizzazione della sanità territoriale, in particolare:
 - a) i Servizi Salute Mentale Infanzia Adolescenza (SMIA) per la presa in carico dei disturbi del neurosviluppo, sviluppando anche ipotesi per la presa in carico in età adulta;
 - b) nello stesso ambito investire sul tema rilevante disturbi psichici infantili, che, come evidenziato dal Meyer durante le audizioni, risultano aumentati in maniera considerevole in fase Covid, oltre che rafforzare la presa in carico, all'interno della riorganizzazione della sanità territoriale, nonché la gestione della cronicità nel passaggio dall'età infantile all'età adulta (Children & Young People hospital). A tal fine andrà rafforzata tale rete territoriale di assistenza nel sistema della neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, provvedendo anche a potenziare l'organico dei servizi psichiatrici infantili;
 - c) i servizi di Salute Mentale Adulti (SMA) che registrano un aumento esponenziale del bisogno anche in relazione agli esiti dell'emergenza sanitaria;
 - d) si preveda un rafforzamento della presenza della figura professionale dello psicologo di base all'interno delle case di Comunità in stretta collaborazione con i servizi socio sanitari territoriali della Toscana, anche in previsione della citata riorganizzazione della medicina territoriale;
 - e) si mettano in atto politiche regionali sempre più efficaci in materia di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), tenendo conto del recente inserimento dei DNA nei LEA e delle risorse del Fondo per il contrasto dei medesimi disturbi DNA spettante per la Toscana. A tal fine dovranno essere garantiti ai soggetti interessati precocità di diagnosi, omogeneità, equità e appropriatezza e qualità delle cure nell'ambito di una rete integrata che operi secondo un modello multidimensionale e multi professionale. Su tale aspetto particolare attenzione andrà posta anche all'attuazione di efficaci campagne di prevenzione;
 - f) i servizi per le Dipendenze che stanno fronteggiando un incremento di nuove e vecchie dipendenze, rafforzando, in particolare, l'efficacia delle politiche regionali per il supporto alla prevenzione delle ludopatie, dell'alcolismo e dell'abuso di droghe;
 - g) che allo scopo venga salvaguardato e valorizzato l'Accordo esistente fra Regione Toscana, UUSLL e Coordinamento degli Enti Accreditati della Regione Toscana, che fino ad oggi ha consentito di coordinare, regolare e qualificare l'intero sistema promuovendo strumenti per il rapporto e la crescita dei servizi pubblici e del terzo settore e sostenendo azioni innovative per una sempre più adeguata risposta al mutare dei bisogni.

- a proseguire con l'attuazione delle politiche in merito alla salute e alla sicurezza sul lavoro, a partire dagli strumenti previsti dalla citata l.r. 28/2019, affinché si continui con l'esperienza del "Piano straordinario di intervento in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro" sia per quanto concerne le aziende straniere che italiane, operanti sul territorio toscano. Parimenti vengano ripresi gli interventi formativi ed educativi sul tema;

- a valutare periodicamente la necessità di procedere ad eventuali richieste di aggiornamento da parte del Servizio sanitario nazionale (SSN) dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), al fine di ricomprendervi specifiche malattie, a partire da quelle sulle quali si è espresso di recente il consiglio regionale della toscana ovvero la fibromialgia (Moz.797), la vulvodinia (Mozione 792), la maculopatia (Mozione 690);

- a promuovere un miglioramento complessivo delle condizioni di salute della popolazione carceraria toscana, assicurando da un lato la piena accessibilità alle prestazioni sanitarie, all'assistenza medica specialistica, infermieristica, all'assistenza ospedaliera con reparti dedicati in ogni città in cui sono presenti Presidi Carcerari e all'assistenza farmaceutica, dall'altro lavorando attivamente nella prevenzione al fine di ridurre l'impatto degli stili di vita insalubri (es. dipendenze), acuiti dalla recente crisi sociale economica e sanitaria, valutando l'impegno importante degli inserimenti nelle comunità terapeutiche. Particolare attenzione andrà posta alla problematica della salute mentale in carcere, anche rafforzando la presenza e i servizi delle

Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). Infine, risulta centrale poter mettere in atto forme incentivanti volte a garantire una maggiore stabilità del personale medico e infermieristico impiegato in tali contesti nonché una maggiore uniformità delle forme contrattuali che riguardano i medesimi professionisti;

- a proseguire nelle azioni volte al contrasto alla povertà ed all'emarginazione sociale, in coordinamento con i diversi attori istituzionali, privati o del terzo settore, in modo ed intervenire laddove si prospettino i presupposti per situazioni di degrado e povertà, che spesso causano abbandono e rinuncia alle cure;
- per quanto concerne le politiche per la salute concernenti le persone straniere presenti in Toscana occorre:
 - a) mettere in atto politiche attive volte a integrare le persone straniere sul territorio, in una logica di inclusione e coesione sociale che veda coinvolte le istituzioni, le strutture socio-sanitarie, il mondo del volontariato, per intercettare in modo sempre più efficace i bisogni di salute dei soggetti più vulnerabili, sostenere percorsi di empowerment individuale e di sviluppo delle comunità locali;
 - b) continuare a valorizzare il lavoro del Centro di Salute Globale (CSG), istituito presso l'AOU Meyer, che si configura come struttura di coordinamento a carattere regionale in materia di salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti (l.r. n. 84 del 2015), al fine di affrontare in maniera integrata gli argomenti Migrazione e Cooperazione in un'ottica di diritti e di accesso universale ai servizi sanitari al fine di favorire equità, solidarietà e inclusione sociale;
- a promuovere adeguate politiche del farmaco che, di concerto con tutti gli attori del sistema sanitario regionale, siano guidate dai principi di appropriatezza, sostenibilità e innovazione, al fine di garantire la salute dei cittadini e la sostenibilità del sistema. In particolare, risulta determinante il ruolo svolto dai MMG e dai PLS, dalle strutture sanitarie ospedaliere (compreso le farmacie ospedaliere), dagli infermieri di famiglia e dalle medesime farmacie, nel promuovere un impiego dei farmaci che risponda a criteri puntuali di uso appropriato ed etico. Nel medesimo ambito, investire in innovazione e ricerca, formazione professionale, appropriata prescrittiva, nuove indicazioni d'uso e fitovigilanza, relativamente alla Cannabis terapeutica e altri medicinali fitoterapici.

2) per quanto concerne la GOVERNANCE COMPLESSIVA DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE DELLA TOSCANA:

- a confermare l'impianto complessivo per quanto concerne la riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale (SSR) della Toscana, approvata dal Consiglio Regionale con la legge n.84 del 28 dicembre 2015, attorno all'articolazione in 3 AUSL, stante anche i dati emersi dal primo report sugli effetti della riforma del SSR riportati in narrativa;
- a prevedere l'introduzione di ulteriori elementi di valorizzazione del territorio nella governance aziendale, a partire dalle aziende più grandi, prevedendo di affiancare al Direttore Generale un organismo per la programmazione (valutandone una dimensione provinciale), formato dai direttori delle Zone distretto, dal direttore del presidio ospedaliero di riferimento e di un rappresentante degli altri presidi ospedalieri dell'area in oggetto, al fine di favorire una maggiore collegialità nelle decisioni di carattere territoriale;
- a rafforzare il ruolo e le funzioni del consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie, a partire da una piena attuazione di quanto già previsto dalla l.r. 40/2005, prevedendo altresì di rinforzare nella composizione di tali organismi la presenza della dirigenza medica e delle professioni sanitarie;
- a valutare la necessità di ridefinire l'organizzazione ("re-engineering") della rete ospedaliera mediante una definizione chiara della "mission" degli ospedali centrali e di quelli periferici, tenendo conto di quanto

contenuto nel Decreto Ministeriale aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera). A tal fine occorre definire con precisione la funzione di ogni livello ospedaliero della nostra regione, al fine di garantire la presa in carico in modo diffuso, mentre dovranno essere rafforzate le specializzazioni sulle strutture di primo e secondo livello, sulle quali concentrare, attrarre e mantenere le eccellenze professionali. In particolare:

- a) i presidi ospedalieri di base devono essere i nodi di rete che gestiscono le specialità mediche o ospedaliere cosiddette "di base" e devono essere dotati, almeno di sede di Pronto Soccorso e di un numero minimo di specialità ad ampia diffusione territoriale (es. medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore di Radiologia, Laboratorio, Emoteca);
 - b) i presidi ospedalieri di I e II livello dotati di strutture con un numero maggiore di specialistiche presenti. Sarà fondamentale far sì che l'Ospedale Centrale si possa concentrare sul malato acuto e deve esser quindi il nodo di rete che gestisce l'alta complessità medica e chirurgica e in cui devono essere concentrate le tecnologie e le risorse professionali per farlo. In particolare, in esso saranno concentrate le risorse anestesiolgiche H24, saranno garantiti gli ambulatori dell'alta complessità (Day Service e Day Hospital di II e III livello) e tutte le specialistiche di area medica e chirurgica;
- a confermare l'importanza degli Ospedali di Prossimità, come presenza fondamentale del servizio sanitario regionale nei territori delle aree interne, montane e insulari, per i quali deve essere garantita una serie di attività, a partire da: Pronto soccorso e rete 118; degenza internistica; la possibilità di attivare, anche mediante opportuna rotazione di professionisti provenienti dai presidi maggiori, di una serie di servizi di diagnostica (es. radiologia in telemedicina collegati con l'ospedale centrale), diagnostica di base ecografica e strumentale (es. ecografica, endoscopica) e servizi assistenziali specialistici garantiti da proiezione di personale medico esperto;
 - a prevedere una struttura specifica all'interno della Direzione "Sanità, welfare e coesione sociale" che permetta di coordinare l'attività con funzioni di programmazione al fine di promuovere una maggiore integrazione delle Aziende Ospedaliero Universitarie con le Aziende Sanitarie e più in generale con la nuova sanità territoriale, favorendo modelli organizzativi in grado di sposare ricerca e cultura clinica;
 - per quanto attiene alle Aziende Ospedaliero Universitarie a mettere in atto politiche incentivanti in grado di attrarre e mantenere le eccellenze professionali che, in virtù del sistema a rete, possano innalzare complessivamente la qualità della risposta sanitaria dell'intero SSR toscano, anche mediante opportuni momenti di confronto, collaborazione e formazione delle professionalità presenti;
 - a perseguire una sempre maggiore equità e continuità nell'assistenza per tutti i cittadini attraverso reti integrate di servizi e professionisti, proseguendo il percorso di integrazione e sinergia tra settore pubblico e privato accreditato, in un'ottica di copertura non competitiva della domanda e sinergica rispetto all'offerta programmata;
 - a potenziare e rafforzare il modello delle reti cliniche regionali con il fine di realizzare processi di cura sempre più integrati, garantire equità di accesso ai cittadini, e assicurare un efficiente impiego delle risorse umane, tecnologiche e degli spazi fisici, come nel caso della rete oncologica regionale o nella rete pediatrica regionale, la cui funzione di organizzazione e coordinamento operativo è assicurata dall'azienda ospedaliero universitaria Meyer;
 - rispetto al punto precedente, a continuare nel rafforzare il percorso oncologico basato sulla prevenzione, oltre che cura e ricerca, governato dall'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) mediante il modello della rete oncologica regionale, al fine di garantire prossimità di accesso ai malati oncologici, omogeneità ed equità dell'offerta, un'organizzazione del lavoro medico su approccio multidisciplinare di tutti professionisti coinvolti, mediante percorsi diagnostico-terapeutici unificati. Su tale aspetto occorre, in particolare:
 - a) rafforzare il supporto e la promozione della sperimentazione sull'Oncologia Territoriale;

- b) dare impulso all'attività del Tumor Molecular Board regionale in cui la Regione Toscana è tra le prime a livello nazionale a dare risposte strutturate dentro il SSR agli aspetti innovativi alla c.d. oncologia mutazionale;
 - c) lavorare per un coordinamento interregionale del registro tumori, a partire da un forte coordinamento con le Regioni del centro Italia;
 - d) a valutare l'opportunità di avviare un percorso orientato alla trasformazione di ISPRO in Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs);
 - e) intervenire al fine di ridurre le tempistiche necessarie per le diagnosi anche valutando un potenziamento dei GOM (gruppi oncologici multidisciplinari);
- a promuovere nuovi modelli organizzativi di gestione integrata medico-chirurgica e di sinergia fra l'Ospedale centrale, i nodi periferici e territorio, sia predisponendo e incentivando un sistema efficace di rotazione di professionisti, che creando dei "corridoi codificati", per consentire una migliore continuità assistenziale dei pazienti più fragili come anziani, pazienti con comorbidità multiple e portatori di problematiche complesse che gestita la fase di acuzie (o di intervento chirurgico), necessitano di un percorso strutturato per il completamento della convalescenza ed il reinserimento al domicilio, garantendo – se necessario - rapido turnover al nodo centrale;
- a rafforzare i servizi sanitari territoriali, sociosanitari e sociali integrati e il sistema di governance territoriale della Toscana incentrato sulle Zone distretto, anche valutando la necessità di un eventuale aggiornamento normativo in tal senso, tenendo conto sia dei nuovi bisogni di salute emersi con l'epidemia da Covid-19, sia della progettazione in corso volta a definire un nuovo modello di sanità territoriale. Tali Zone distretto dovranno: a) rispondere sempre più ai requisiti della prossimità e accessibilità per i cittadini; b) perseguire con la massima efficacia gli obiettivi di un potenziamento complessivo della sanità di iniziativa territoriale, tenendo conto delle nuove strutture (CdC, OdC, COT) e della nuova assistenza sanitaria territoriale toscana;
- dovrà essere costituita una Società della Salute per ogni Zona distretto al fine di standardizzare e rendere maggiormente omogenea l'organizzazione degli organismi sin qui deputati all'erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali integrati territoriali, nonché per una maggiore valorizzazione del ruolo dei Comuni sui medesimi aspetti. La Società della Salute costituirà anche la sede nella quale considerare opportunamente le determinanti di salute all'interno della programmazione territoriale;
- ai fini di un miglior funzionamento delle Società della Salute sarà opportuno prevedere un rafforzamento del ruolo, della governance e del funzionamento di tali organismi, a partire dalla concreta attivazione di quanto previsto dalla l.r. 40/2005 in tema di:
 - a) l'attribuzione, da parte dell'Azienda Sanitaria, di una serie di deleghe per quanto concerne specifici aspetti della sanità territoriale;
 - b) la previsione, accanto alla figura del Direttore della Sds, di un Coordinatore delle politiche sanitarie territoriali, collegato alla Direzione Aziendale del territorio di riferimento, per quanto attiene la gestione delle specifiche funzioni sanitarie delegate;
 - c) una adeguata dotazione di risorse per la gestione di tali aspetti della sanità territoriale delegati alle Sds;
 - d) il coinvolgimento dei Direttori delle Società della Salute nell'ambito degli organismi gestionali dell'Azienda sanitaria di riferimento, al fine di promuovere un adeguato coordinamento delle politiche sanitarie territoriali;
- a valutare l'opportunità di procedere ad una complessiva riforma dell'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) che, oltre alle importanti attività di studio e ricerca in materia di epidemiologia e verifica di qualità dei servizi sanitari, ricomprenda al suo interno le singole strutture del governo clinico di livello regionale che richiedono autonomia e terzietà, tra le quali, a titolo di esempio, il Centro regionale di riferimento per le criticità relazionali e il Centro regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente;

3) per quanto concerne il RAFFORZAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE, ovvero uno dei temi maggiormente emersi nel corso dei lavori degli Stati Generali sulla Salute:

- a costituire in modo celere – e comunque entro il 2026 - tenendo conto delle indicazioni contenute nel PNRR e della progettazione richiamata in narrativa, la nuova rete sanitaria territoriale toscana basata sulle Case delle comunità, Ospedali di Comunità e Centrale Operativa Territoriale (COT), necessaria per aumentare la presenza di strutture fisiche, diffuse sul territorio toscano, deputate a erogare prestazioni sanitarie, sociali e sociosanitarie, tenendo conto delle varie tipologie di assistenza domiciliare, anche sociosanitaria e sociale, e del LEPS del Pronto Intervento Sociale;
- a definire quanto prima le modalità di funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT), ovvero delle nuove strutture aventi la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza,
- a definire le modalità di funzionamento delle Case della Comunità, anche valutando la necessità di un apposito regolamento, tenendo conto che in tali strutture:
 - a) dovrà essere il punto unico di accesso (PUA) alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali;
 - b) dovrà operare un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di famiglia/comunità;
 - c) accanto a tali figure nelle Case di comunità della Toscana, dovranno essere presenti la figura dell'assistente sociale e dello psicologo di base;
 - d) dovranno essere garantiti i servizi di continuità assistenziale (ex guardia medica), nonché attivati servizi specifici per la medicina di genere (consultori per la tutela donna, servizi per l'infanzia, ecc), attivando, su tali aspetti, un continuo monitoraggio per testarne l'efficienza;
 - e) dovranno essere presenti, o comunque in rete, gli strumenti della presa in carico sociosanitaria e socioassistenziale (es. l'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM), l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMMD), i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), equipe multidisciplinari, ecc);
 - f) dovranno essere implementati strumenti informatizzati anche sociosanitari e sociali strettamente collegati con quelli sanitari, implementato il ricorso alla telemedicina anche per percorsi sociosanitari e socio assistenziali;
 - g) è opportuno valutare e disciplinare la presenza di adeguate figure professionali che, in collegamento con i medici curanti di bambini e studenti (PLS e MMG), costituiscano un momento di raccordo diretto tra il SSR e il mondo scolastico per gli aspetti concernenti le attività sanitarie in materia di prevenzione e salute;
- a rafforzare l'assistenza sanitaria intermedia della Toscana attivando quanto prima la progettazione concernente i nuovi Ospedali di Comunità, ovvero le strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, partendo dal modello delle cure intermedie già predisposto durante l'emergenza Covid;
- ad attivarsi, al fine di garantire una piena operatività delle strutture di cui ai punti precedenti (Case e Ospedali di comunità, Centrali Operative Territoriali), nei confronti del Governo affinché venga garantita una dotazione di risorse economiche e umane adeguate affinché vi sia il personale adeguato al funzionamento di tali nuove strutture;
- a potenziare i servizi domiciliari secondo il principio della “Casa come primo luogo di cura”, favorendo l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale, in modo da creare interventi di assistenza sociosanitaria integrata all'interno di un percorso di presa in carico da parte dei servizi territoriali. Questo consentirà la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. A tal fine sarà necessario:

- a) costruire reti che attuino – anche mediante team multispecialistici e multidisciplinari di riferimento per uno specifico bacino di popolazione - programmi di salute e prevenzione puntando sulla personalizzazione dell'intervento sui pazienti, a partire dal proprio domicilio e lavorando sul monitoraggio costante dello stato di salute - in particolare per le cronicità - in collaborazione con tutti i soggetti che a livello locale hanno a che fare con le persone fragili (MMG, UVM, UVMD, CDCD, professioni sociosanitarie, terzo settore, ecc.);
 - b) diffondere ulteriormente l'utilizzo della telemedicina (al momento già in sperimentazione per una serie di cronicità) per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche, nonché per consentire alle ASL di avere un sistema informativo di tele monitoraggio in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
 - c) valutare la promozione di un'assistenza odontoiatrica domiciliare per le persone più vulnerabili, attraverso il ricorso ai fondi della missione 6 del PNRR, anche attraverso politiche sinergiche tra pubblico e privato;
- a confermare l'efficace del modello delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) attivato durante la pandemia Covid-19 per la sorveglianza dei casi domiciliari positivi e ai loro contatti stretti, anche come possibili modelli di intervento volti a rafforzare la sanità territoriale della Toscana;
 - a rafforzare ed estendere il modello di cura integrato tra ospedale e territorio (come ad esempio il GIROT - Gruppi di Intervento Rapido Ospedale Territorio) rivolto al paziente complesso, di solito anziano, composto da un'équipe multiprofessionale specialistica medica (geriatra, internista, cardiologo, neurologo, pneumologo ecc.), infermieristica e fisioterapica;
 - ad avviare un confronto con la categoria per favorire un nuovo ruolo del Medico di Medicina generale (MMG) e del Pediatra di libera scelta (PLS) attraverso una sua sempre maggiore integrazione con il SSR, anche attraverso una riforma delle AFT, favorendo la possibilità di lavorare in team multiprofessionali in sedi comuni, con una dotazione diagnostica di primo livello affiancata ad una formazione specifica, una maggiore interazione con le piattaforme aziendali e con la Medicina Generale per condividere percorsi dei pazienti e PDTA, organizzando la gestione dei servizi di telemedicina attiva;
 - a confermare l'efficacia dell'infermiere di famiglia e comunità, e rafforzare ulteriormente il ruolo di tali professionalità nei percorsi dell'assistenza sanitaria intermedia e residenziale, così come nel mondo scolastico;
 - a mettere in atto azioni volte a rafforzare ulteriormente, in coerenza con gli obiettivi del PNRR e con le innovazioni normative riguardanti la "Farmacia dei Servizi, il ruolo e la funzione delle farmacie, comprese le farmacie rurali presenti nelle aree interne e montane, quali presidi centrali della vita delle comunità di riferimento, rendendole strutture sempre più in grado di erogare servizi sanitari territoriali alle popolazioni di riferimento così come avvenuto nella gestione e nel contenimento dell'attuale fase pandemica, anche prevedendo il ricorso alle prestazioni di telemedicina eseguibili in farmacia.

4) per quanto attiene al tema della DIGITALIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO:

- a realizzare un nuovo governo dell'innovazione in relazione alla sanità digitale, sfruttando le opportunità offerte dal PNRR, per arrivare a un sistema di gestione tecnologica dell'informazione e della comunicazione unica, unitario e condiviso, fortemente interconnesso e interoperabile, sempre più 'mission driven' e 'data driven'. Questo al fine di razionalizzare le risorse assorbite dall'intero sistema, omogeneizzare gli strumenti a supporto del processo di cura, aumentare la capacità di governance, semplificare ancora di più la creazione di nuovi servizi finalizzati a migliorare la salute dei cittadini toscani. Tale sistema dovrà consentire un effettivo dialogo tra i sistemi operativi informatici sanitari con quelli dei servizi socio-sanitari;

- a partire dai progressi fatti e dalle accelerazioni impresse nel periodo del Covid, occorre intervenire sui seguenti punti:
 - a) implementare la Cartella clinica elettronica unica integrata che permetta l'utilizzo e l'accesso bidirezionale delle strutture sanitarie, dei professionisti sanitari, dei medici specialisti e dei medici di famiglia nella gestione dei pazienti nei diversi setting assistenziali;
 - b) completare il governo delle connessioni dei sistemi Ris-Pacs per la condivisione delle immagini tra aziende territoriali, aziende ospedaliere e medici di famiglia, allo stato attuale legate alla volontarietà di integrazione e collaborazione tra le Aziende. Implementare tale condivisione interaziendale in relazione anche a tutti gli altri file – di qualunque formato - allegati alla diagnostica (es file audio, video, etc);
 - c) implementare ulteriormente i sistemi di facilitazione per la prenotazione, l'accesso e il pagamento dei servizi, sia migliorando le prestazioni del CUP, che mediante servizi tramite quali app appositamente dedicate (Centro prelievi, prenotazione visite specialistiche o comunque servizi a domanda), o implementando tali servizi erogati anche all'interno di pubblici esercizi, a partire dalle tabaccherie, dandone adeguata comunicazione alla cittadinanza al fine di affiancare e, nel medio termine, sostituire i sistemi tradizionali di prenotazione;
 - d) predisporre, con il fondamentale sostegno di ESTAR, la dotazione tecnologica anche al di fuori dalla rete ospedaliera per consentire la piena funzionalità e messa a sistema delle Centrale Operativa Territoriale (COT), Case e Ospedali di comunità, dei servizi di medicina domiciliare, che consentano una presa in carico del paziente domiciliare proprio tramite lo sviluppo di ulteriori soluzioni digitali innovative, con particolare attenzione verso il ricorso alle tecnologie di comunicazione e trasferimento dati 4G e 5G;
 - e) sviluppare il sistema regionale di telemedicina per la gestione ottimale delle coorti di pazienti cronici che introduca strumenti a disposizione dei medici di famiglia, soprattutto nelle zone disagiate o periferiche, al fine di garantire assistenza specialistica e contrastare il fenomeno dell'abbandono di zone poco popolate e già depauperate di presenze importanti (poste, farmacie etc..), consentendo la trasmissione telematica dei segnali fisiologici (es. ECG) e dei parametri necessari (es. temperatura, pressione, saturazione);

- a valutare la possibilità di attivare degli specifici progetti di supporto alla popolazione più anziana per quanto concerne la transizione digitale in ambito socio sanitario, al fine di favorire sempre di più un pieno e rapido accesso delle innovazioni che interessano l'accesso ai servizi del SSR (es. consultazione FSE, prenotazione mediante App, ecc.), anche mediante un coinvolgimento attivo e capillare del terzo settore;

- a investire nella sicurezza informatica per il settore della sanità, con particolare riferimento alla protezione dei dati altamente sensibili dei pazienti, dato che l'accelerazione alla digitalizzazione del settore sanitario ha portato ad una maggiore esposizione agli attacchi informatici (la ricerca "Healthcare Cybersecurity" di Bitdefender, realizzata in Italia lo scorso maggio 2021, ha evidenziato che il 93 per cento delle aziende del settore sanitario ha subito recenti attacchi informatici);

5) in materia di RICERCA E INNOVAZIONE:

- a continuare negli investimenti in ricerca, innovazione e sperimentazione clinica come elemento di qualità e crescita del sistema sanitario regionale, in sinergia con le Università toscane e il sistema regionale della ricerca, continuando a monitorare i progetti di ricerca in corso (es. Accordo con Fondazione TLS, Bando Ricerca Salute 2018, Bando Ricerca Covid-19 Toscana, Bandi di Ricerca Sanitaria Finalizzata del Ministero della Salute, ecc.) al fine di rendere disponibili ai cittadini l'accesso alle innovazioni più avanzate in un regime di costi sostenibili;

- a rafforzare tutti quei soggetti con funzioni di ricerca del Servizio Sanitario Regionale, come è il caso della Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (istituita dal Consiglio Nazionale delle Ricerche e dalla Regione Toscana) che costituisce un centro di alta specialità per la cura delle

patologie cardiovascolari e polmonari, così come di ISPRO o della Clinica Riabilitazione Toscana (CRT), nonché continuando a sostenere, presso il Ministero della Salute, il riconoscimento nazionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer (AOU Meyer) come Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), al fine di compiere un salto di qualità sul fronte sempre più strategico della ricerca scientifica;

- ad operare ulteriori investimenti in ricerca e sviluppo nelle tecnologie mediche avanzate, come è il caso della chirurgia robotica, nonché a sviluppare progetti su Big Data & Analysis, questo al fine di potenziare il settore della prevenzione e delle cure personalizzate (es. terapia oncologica personalizzata per arrivare a trattamento in fase precoce), così come sviluppare le conoscenze del Progetto salute unica: ovvero il collegamento tra salute dell'ambiente, animali e persone;
- a favorire la medicina personalizzata (detta anche medicina di precisione o medicina individualizzata) come a un approccio globale alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e al monitoraggio delle malattie basato sulle caratteristiche, genetiche e non solo, di una persona e finalizzato alla personalizzazione delle cure;
- a sostenere il settore della cosiddetta "white economy" che in Toscana assume numeri importanti, a partire dai settori della farmaceutica (rappresenta il 12 per cento dell'export del settore a livello italiano) e del biomedicale, nonché a favorire le necessarie interrelazioni tra questi settori con il sistema della ricerca, da un lato, e con il sistema sanitario regionale, dall'altro;
- a continuare a sostenere con convinzione il settore delle Scienze della Vita, sfruttando le condizioni favorevoli presenti sul territorio toscano, ovvero la presenza di un distretto farmaceutico tra i principali in Italia e numerosi soggetti scientifici di interesse ad esso potenzialmente legati (ad esempio, ISPRO, Fondazione Monasterio; Meyer, TLS, ecc.), da mettere a sistema sulla base di progetti di sviluppo e ricerca;

6) in materia di rafforzamento dei SERVIZI SOCIO SANITARI, DISABILITA', NON AUTOSUFFICIENZA, SISTEMA DELLE RSA, E RUOLO DEL TERZO SETTORE:

- ad elaborare un sistema sempre più integrato di presa in cura complessiva della persona e quindi migliorare la capacità di collegare i servizi sanitari territoriali, con i servizi sociosanitari e quelli per l'inclusione sociale e per il contrasto alla povertà. A tal fine risulta necessario:
 - a) porre particolare attenzione sulla capacità, in termini di strutture, risorse e professionalità, del sistema pubblico di poter elaborare un piano personalizzato per ogni stato di bisogno, mediante valutazione multidisciplinare fatta da equipe multi professionali. In particolare si dovrà far riferimento al modello toscano di presa in carico della persona disabile basato sul Progetto di Vita e sullo strumento del budget di salute, introdotto e disciplinato dalle con DGR 1449/2017, 1642/2019, 1055/2021;
 - b) un investimento sul ruolo di coordinamento della programmazione regionale (in termini di fondi, risorse umane, ecc.), a livello di Società della Salute, in modo da creare una efficace rete di programmazione e monitoraggio, al fine di integrare sempre di più l'assistenza domiciliare con l'assistenza domiciliare sociale ed educativa. Ciò potrà avvenire investendo maggiormente in un collegamento fra la programmazione di area vasta, quella aziendale e quella territoriale, già presente e attiva a livello di Pis (Piano integrato di salute) Piz (Piano inclusione zonale) e Poa (Programmazione operativa annuale) sui quali il livello di standardizzazione e informatizzazione risulta già avanzato ad opera degli uffici di Piano presenti a livello zonale che sono incaricati, fra le altre cose, di coadiuvare il Direttore nella sua funzione di programmazione;
 - c) considerare, come richiamato in precedenza, le Case di comunità come luogo ideale in cui far dialogare diversi servizi, attestandosi come unico punto di accesso e di informazione

sui servizi presenti e in grado di erogare o indirizzare il richiedente verso i servizi appropriati, siano essi sanitari, sociosanitari o sociali;

- a incentivare l'inclusione attiva, mediante il rafforzamento delle reti territoriali di solidarietà, al fine di promuovere la non discriminazione e la presa in carico di persone più vulnerabili e con disabilità, anche attraverso il fondamentale contributo del terzo settore e di altre forme di associazionismo (sportivo, culturale, ecc.) che possono rafforzare, da un lato il tema delle relazioni con la comunità e offrire il proprio contributo per attivare tali percorsi di inclusione attiva, dall'altro nell'ottica di una cura domiciliare che non isoli il soggetto in questione;
- a promuovere sul territorio regionale progetti volte a incentivare l'informazione e la consapevolezza sul disturbo dello spettro autistico (ASD) per la sensibilizzazione dei cittadini al fine di creare una rete solidale sui territori e stimolare l'inclusione e l'accessibilità, come è il caso del "Bollino Blu", ovvero un percorso informativo che permette a esercenti, gestori di pubblici esercizi, ecc. di conoscere l'approccio migliore a favore di clienti con esigenze particolari;
- a prevedere nuove azioni per quanto attiene al progetto regionale della vita indipendente rivolto alle persone con disabilità grave, al fine di consentire loro la possibilità di vivere in casa propria, senza dover ricorrere alle strutture protette e di avere condizioni di vita con importanti margini di autonomia, considerandole soggetti attivi che si autodeterminano e implementando ulteriormente i progetti per la vita indipendente e i per l'autonomia esistenti a livello regionale, impegnandosi per una sua stabilizzazione;
- a valutare la possibilità di estendere il progetto del Servizio regionale per le emergenze e le urgenze sociali (SEUS), avviato in forma sperimentale in alcune aree della Toscana già a partire dal 2017, al fine di potenziare e valorizzare la capacità di rapporto dei servizi sociali e socio-sanitari della zona in questione nei confronti della cittadinanza, così come di contribuire a rafforzare la rete tra le istituzioni interessate e la realtà del terzo settore e del volontariato locali;
- per quanto concerne la non autosufficienza, a lavorare per un sistema maggiormente differenziato di servizi, secondo l'entità e l'intensità del bisogno, fortemente integrato con le politiche sociali degli enti locali ed il SSR, attraverso proposte di qualificazione del sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza:
 - a) creazione di un sistema permanente di collegamento SSR e strutture socio-sanitarie con l'obiettivo di far sentire gli operatori meno soli, ma parte di un sistema. Formazione congiunta promossa da soggetti del SSR;
 - b) riconoscimento del ruolo del Caregiver in quanto componente informale, ma determinante, della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari;
 - c) incontri periodici su tematiche assistenziali e sanitarie promosse da servizi SSR, vicini alle strutture;
 - d) potenziamento del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI);
 - e) qualificazione servizio domiciliare (terzo settore, organizzativo - professionale);
 - f) Sviluppo di un sistema integrato per assistenza privata (badanti). Favorire un collegamento fra Sistema accreditamento Comuni - Centri per l'impiego – formazione –famiglie.
- a continuare a sostenere i progetti del "Dopo di Noi", di cui alla legge 22 giugno 2016, n. 112 (Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare) presenti sul territorio regionale, portati avanti assieme alle associazioni e le fondazioni che operano a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie, al fine di favorire l'autonomia, il benessere e la piena inclusione sociale delle persone con disabilità grave, mediante interventi di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare e di supporto alla domiciliarità;

- all'interno di un sistema sempre più differenziato dei servizi per la presa in carico della terza età e della cronicità, basato sull'intensità del bisogno individuale, a sostenere forme innovative di social housing, come il cosiddetto "abitare supportato", favorendo la realizzazione di nuove modalità abitative dedicate alla terza età (c.d. "silver housing"), caratterizzate da abitazioni con spazi comuni e servizi come l'infermeria e la lavanderia ma anche strumentazione tecnologica moderna e arredamenti domotici, fortemente interconnesse con i servizi di assistenza socio-sanitaria territoriale e i servizi di telemedicina per quanto attiene la gestione della cronicità ;
- a proseguire con la definizione, anche sulla base delle prime indicazioni contenute nella DGR n.483/2021, di una strategia unitaria e coerente volta a rafforzare la programmazione e della governance pubblica delle RSA, a partire dall'elaborazione, a livello territoriale, di un'analisi dei bisogni di salute della popolazione anziana, dell'offerta assistenziale esistente e del fabbisogno dei posti letto, nonché dalla condivisione di alcuni criteri predefiniti e omogenei per quanto attiene il procedimento valutativo e autorizzativo da seguire per la realizzazione di nuove RSA e/o per l'ampliamento di strutture già esistenti, in un'ottica di sostenibilità complessiva del sistema regionale delle RSA;
- ad individuare e attuare azioni mirate al superamento del problema legato al numero di anziani in lista di attesa per l'accesso alle RSA e, quindi, a rafforzare gli sforzi legati alla riduzione delle tempistiche di attesa della risposta assistenziale, sia nella presa in carico dell'anziano, sia nell'erogazione delle richieste;
- per quanto concerne la qualificazione dell'offerta delle RSA:
 - a) a rafforzare il livello di assistenza sanitaria nelle RSA, anche intervenendo sul rapporto con i MMG;
 - b) a prevedere una più forte differenziazione delle strutture dedicate alla residenzialità sanitaria assistita prevedendo strutture su più livelli, da distinguere sulla base della gravità delle condizioni sanitarie degli ospiti, quali, ad esempio: livello base, livello specialistico e livello cure intermedie;
 - c) a prevedere che tale diversificazione dell'intensità assistenziale delle RSA contempli un maggiore coinvolgimento di tali strutture, a partire da quelle pubbliche (es. le Asp), nella nuova configurazione dei servizi socio assistenziali territoriali, così come prevista in attuazione del PNRR;
 - d) a valutare un adeguamento della quota sanitaria in base all'intensità assistenziale e di cura di cui ai punti precedenti;
- ad attivarsi ulteriormente sul tema della carenza di personale infermieristico in tali strutture, al fine di evitare la soppressione di servizi e la crisi occupazionale in alcune strutture;

7) per gli aspetti concernenti L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA:

- a riaffermare il ruolo fondamentale e insostituibile delle Associazioni di Volontariato (Misericordie e Pubbliche Assistenze) ed i Comitati della Croce Rossa Italiana all'interno del sistema di emergenza urgenza toscano, in particolare per quanto concerne l'attività di trasporto sanitario;
- ad attivarsi per riorganizzare e uniformare il sistema sanitario di emergenza urgenza (costituito da presidi di pronto soccorso e servizio 118), a partire dall'attuazione delle misure previste legge regionale 30 dicembre 2019, n. 83 e relativo regolamento di attuazione, anche per quanto attiene i requisiti tecnici e la composizione minima dell'equipaggio degli autoveicoli di soccorso delle Aziende unità sanitarie locali, con l'obiettivo di garantire una risposta appropriata e tempestiva nella presa in carico delle emergenze sanitario su tutto il territorio, con particolare riferimento alle patologie tempo dipendenti quali il trauma maggiore, l'ictus, l'infarto del miocardio, l'insufficienza respiratoria e l'arresto cardiaco. Particolare attenzione dovrà anche essere posta al potenziamento e riorganizzazione dei Pronto Soccorso;

- a portare avanti tale azione di omogeneizzazione del servizio di emergenza urgenza, finalizzato anche ad una sempre più adeguata integrazione tra 118 e Pronto Soccorso, tenendo conto delle risultanze e del confronto aperto all'interno del lavoro tecnico, istituito dalla medesima Giunta, di cui fanno parte direttori dei dipartimenti di emergenza-urgenza, dei dipartimenti infermieristici, delle centrali operativi del soccorso sanitario, i legali rappresentanti del volontariato e rappresentanti dei Comuni toscani;
- a garantire un'adeguata dotazione e valorizzazione professionale del personale all'interno del sistema regionale di emergenza urgenza e dei Pronto Soccorso, anche attivandosi nei confronti del Governo per una diversa e più dettagliata programmazione nei numeri e nelle specializzazioni della formazione, in relazione ai bisogni che si prevede emergeranno (es. emergenza urgenza, medicina specialistica, ecc.);
- continuare a garantire il servizio regionale di elisoccorso "Pegaso" quale parte integrante del sistema di emergenza sanitaria, ovvero un servizio organizzato in tre basi operative, una per ciascuna area vasta, in grado di effettuare sia interventi primari - dal luogo dell'incidente al presidio ospedaliero - che secondari - trasporto del paziente da un presidio ospedaliero ad un altro;

8) in materia di PERSONALE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE:

- attivarsi nei confronti del Governo affinché venga garantita una programmazione delle borse di specializzazione in medicina, finanziate dallo Stato, maggiormente adeguata alla richiesta del settore, favorendo un afflusso dei giovani laureati verso le scuole di specializzazione in un numero pari a quelli ritenuti necessari, complessivamente, dal sistema sanitario nazionale;
- a continuare ad affiancare alla programmazione nazionale di cui al punto precedente, anche una programmazione regionale, mediante il finanziamento con fondi regionali di borse di studio aggiuntive, al fine di aumentare la creazione di specialisti proporzionati alle necessità del SSR, nonché si valuti la possibilità di modificare il sistema di alcune incompatibilità volta ad aumentare il personale sanitario da poter impiegare nei settori con maggiore sofferenza;
- si valuti ogni iniziativa utile per indirizzare i giovani specializzandi verso determinati profili, laddove la concorrenza con il privato è maggiore (es. anestesista), o per scarso appeal della specializzazione (emergenza-urgenza), oltre che in particolari aree, come quelle interne, rurali, montane e insulari, attuando adeguate politiche incentivanti al fine di evitare future fughe dei giovani specializzandi verso la sanità privata o all'estero;
- ad investire nella formazione continua, nell'aggiornamento e nello sviluppo continuo delle competenze rivolte al personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario regionale, favorendo una interazione e integrazione sempre più ampia, su tale aspetto, tra Università, Aziende Ospedaliere e Territorio. Su tale aspetto occorre anche favorire il rinnovamento dei percorsi formativi di tutti i professionisti sanitari e sociosanitari (MMG, infermieri, OO.SS., assistenti sociali, ecc.) con riferimento al territorio e alla alta integrazione (non autosufficienza, disabilità, salute mentale) in particolare prevedendo un'adeguata preparazione professionale rispetto a questi temi emergenti e attivando tirocini ad hoc nell'ambito sociosanitario;
- si mettano in campo tutte le azioni utili volte a coinvolgere e valorizzare il personale del sistema sanitario regionale, e in particolare quello medico e infermieristico, anche in termini economici e di progressione di carriera. Si tratta di un elemento cruciale per recuperare un rapporto positivo con coloro che rappresentano una risorsa fondamentale per il sistema ed inoltre costituisce lo strumento necessario per riavviare un processo di attrazione/reclutamento per professionisti di alta qualità con caratura nazionale ed internazionale. Sempre su tale aspetto non sembra più rinviabile una riflessione concernente la revisione dell'attività libero professionale;

- si valuti la possibilità di rivedere gli attuali sistemi di reclutamento e di rafforzamento delle competenze manageriali nel sistema toscano, attraverso la promozione di programmi formativi/selettivi orientati a intercettare i migliori potenziali da inserire nei vari ambiti, compresi i ruoli fondamentali del middle-management e delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie del Servizio Sanitario Regionale;

9) nelle AREE INTERNE, MONTANE E INSULARI:

- a confermare l'importanza degli Ospedali di "Prossimità" previsti dal SSR della Toscana, in quanto presidi collocati in territori connotati da ampie superfici e bassa densità di popolazione, ubicati in zone disagiate come quelle montane o insulari, per i quali devono essere previsti adeguati investimenti nella qualificazione strumentale e infrastrutturale, con particolare riferimento all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, anche tenendo conto delle opportunità offerte dal PNRR;
- in tale contesto generale concernente la difesa dei servizi socio-sanitari all'interno delle aree interne, montane e insulari, a prestare particolare attenzione - data la sua condizione di unicità - a garantire un adeguato livello dei servizi sanitari presso l'Ospedale Civile Elbano di Portoferraio, sull'isola d'Elba, al fine di garantire la piena funzionalità dei reparti (con particolare riferimento al servizio di Nefrologia-Dialisi), anche tenendo conto del previsto aumento dei flussi turistici sull'isola durante la stagione estiva;
- ad attuare quanto prima, anche sulla base dei primi indirizzi contenuti nella citata DGR n.233 del 15/03/2021, modelli organizzativi e contrattuali incentivanti e adeguati per risolvere la problematica del reperimento di personale medico, compresi i MMG e PLS, e infermieristico per gli ospedali e per quei territori, come le aree interne e montane, considerati meno 'attraenti' per la componente professionale. A tal fine dovranno anche essere previste forme incentivanti anche nei confronti dei giovani specializzandi verso tali aree;
- per quanto concerne la necessaria riorganizzazione del servizio di emergenza urgenza di cui al punto 7 della presente risoluzione, dovrà essere perseguito l'obiettivo di garantire una risposta appropriata e tempestiva nella presa in carico delle emergenze sanitarie anche nelle aree interne, montane e insulari, mettendo in atto le azioni più efficaci per tutelare quelle realtà maggiormente distanti, in termini di distanza e tempi di percorrenza, dai presidi ospedalieri limitrofi;
- a rafforzare il potenziamento sanitario e sociale di tali territori mediante la promozione di progetti di cardio protezione diffusa, incentivando l'acquisto e l'installazione di DAE (Defibrillatore Automatico Esterno) nonché favorendo, anche mediante il sostegno delle associazioni di volontariato, programmi di formazione BLS (Basic Life Support and Defibrillation) nei confronti della cittadinanza;
- a sostenere il servizio di elisoccorso continuando a renderlo sempre più efficiente in qualunque tipo di ambiente, urbano, marittimo e montano, al fine di garantire un'assistenza di elevato livello e una veloce ospedalizzazione per soccorrere chi è in pericolo di vita in tempi rapidi e in luoghi non facilmente accessibili alle ambulanze;

10) in materia di gestione delle LISTE DI ATTESA:

- a riprendere e riportare a regime il sistema già adottato nel periodo precedente la pandemia, in recepimento di quanto previsto dal Piano Nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), che aveva consentito l'abbattimento completo delle liste di attesa facendo registrare per la maggior parte delle prestazioni monitorate un rispetto dei tempi massimi di attesa ben oltre il 90 per cento dei casi. A tal fine:
 - a porre in essere ogni azione utile al fine di governare la domanda di prestazioni specialistiche, anche attraverso una maggiore coordinazione con i medici di medicina generale;

- a prevedere, in linea con i provvedimenti sin qui adottati, una sempre più accurata re-ingegnerizzazione dell'offerta sanitaria pubblica, introducendo meccanismi che portino ad avere un'offerta pubblica delle prestazioni specialistiche sanitarie sempre più adeguate alla domanda media, assicurando altresì trasparenza e tracciabilità delle prestazioni, al fine di garantire, ai cittadini, accessi appropriati, equi e tempestivi ai servizi sanitari;
- a portare avanti l'attuazione del piano di recupero di volumi di attività arretrati causa Covid predisposto nei mesi scorsi dalla Giunta, che prevede: conferma del ricorso all'attività aggiuntiva degli specialisti; possibilità di ricorso al privato accreditato secondo le norme richieste per i servizi del SSR convenzionato per incrementare l'offerta di prestazioni; messa a sistema delle "preliste", ovvero la presa in carico da parte dei Cup delle richieste che non trovano immediata disponibilità, in modo da poter ricontattare successivamente i cittadini per comunicare loro la prenotazione, che dovrà rispettare comunque i tempi massimi di attesa previsti dal Piano regionale delle liste di attesa;
- a rafforzare ulteriormente l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi resi possibili dalla digitalizzazione e dalle moderne tecnologie, come la telemedicina per i pazienti cronici e il teleconsulto che, come confermato dalla fase sperimentale dell'ultimo anno, favorisce, in particolare per alcune discipline mediche, oltre all'equità di accesso e alla tempestività di presa in carico, la riduzione delle liste di attesa;
- a valutare l'ulteriore proroga dell'accordo per l'erogazione attraverso le farmacie convenzionate, private e pubbliche, di una serie di servizi tra i quali le attività di attivazione della Tessera Sanitaria (TS/CNS) e del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la prenotazione e la riscossione del ticket delle prestazioni sanitarie tramite CUP;
- a garantire una sempre maggiore efficienza dei servizi del Centro unificato di prenotazione (Cup), sia in via informatica che attraverso operatore telefonico, in modo da assicurare l'accesso alla sanità in modo agevole anche alle persone anziane;

11) per quanto attiene alla materia della PARTECIPAZIONE E AL TERZO SETTORE:

- a rafforzare il ruolo del terzo settore nella co-progettazione e co-programmazione di servizi socio sanitari, così come nella gestione di determinati servizi dando seguito ai contenuti della legge regionale 22 luglio 2020, n. 65 (Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano);
- a rendere effettivamente funzionante il sistema di partecipazione del servizio sanitario regionale, introdotto con la legge regionale 14 dicembre 2017, n. 75 (Disposizioni in materia di partecipazione e di tutela dell'utenza nell'ambito del servizio sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005) composto dal Consiglio dei cittadini per la salute, istituito a livello regionale, e, sul territorio, dai Comitati aziendali di partecipazione e i Comitati di partecipazione di zona-distretto, al fine di consentire una maggiore e più attiva partecipazione dei cittadini alla pianificazione, programmazione e al buon funzionamento dei servizi sanitari;
- a riprendere ed implementare il percorso partecipativo "Cantieri per la salute", realizzato assieme a Federsanità ANCI, per sviluppare sperimentazioni territoriali volte a individuare possibili modelli efficaci di funzionamento dei Comitati coinvolti e, più in generale, potenziare il sistema regionale di partecipazione in sanità insieme a cittadini, operatori, enti del Terzo Settore;

12) in merito agli ulteriori indirizzi per RAFFORZARE CAPACITA' DI RESILIENZA DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE rispetto al protrarsi dell'emergenza pandemica da Covid-19:

- a strutturare quanto prima percorsi di cura separati per i pazienti positivi o sospetti Covid-19 dando parallelamente indicazioni per la gestione dei normali percorsi di cura, al fine di consentire, per quanto

possibile, la continuità delle prestazioni ambulatoriali, della chirurgia programmata, della prevenzione e di ogni altra attività sanitaria, in condizioni di sicurezza per pazienti ed operatori;

- a favorire l'adozione di appositi programmi di sorveglianza e protocolli diagnostici multidisciplinari per il trattamento della cosiddetta sindrome "post-Covid", altrimenti detta Long-Covid, che colpisce sia piano fisico che psicologico in alcuni dei soggetti che hanno manifestato in modo acuto l'infezione, anche tenendo conto delle "Indicazioni ad interim sui principi di gestione del Long-COVID" elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità;
- per quanto attiene al versante della prevenzione vaccinale a continuare la campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2/Covid-19, secondo gli indirizzi contenuti nel Piano strategico di vaccinazione nazionale e successivi aggiornamenti;
- a dare continuità anche nei prossimi anni alle attività vaccinali routinarie e l'eventuale recupero delle vaccinazioni rivolte all'infanzia ed alla adolescenza per garantire il mantenimento dei livelli di copertura vaccinali raggiunti negli anni scorsi;
- a garantire una adeguata e sempre migliore forma di comunicazione tra il personale medico e infermieristico e i familiari dei pazienti ricoverati nei diversi reparti ospedalieri sia Covid che non Covid, con particolare riferimento ai Pronto Soccorso, nonché a prevedere, nell'eventualità di un possibile peggioramento pandemico futuro, adeguate forme di comunicazione tra gli anziani ricoverati negli ospedali o nelle Rsa toscane con i familiari e le persone care, attraverso l'utilizzo di strumenti tecnologici adeguati;
- a valutare l'attivazione di un protocollo per l'utilizzo dei monoclonali sui pazienti delle RSA al fine di apportare in loco una terapia precoce, tempestiva ed efficace nei confronti del Covid evitando da un lato la progressione della patologia in forme gravi e l'ospedalizzazione di tali soggetti;
- a mantenere attivo e rafforzare, in caso di possibile peggioramento del quadro pandemico, il sistema di tracciamento, monitoraggio e controllo dell'epidemia strutturato a livello centrale con una raccolta unica e real-time di tutte le informazioni necessarie;

E IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE, DI CONCERTO CON LA COMMISSIONE CONSILIARE COMPETENTE

ad affrontare i seguenti aspetti correlati alla eventuale predisposizione di appositi provvedimenti, anche di natura legislativa, tenendo conto delle tempistiche suggerite:

- l'istituzione della figura professionale dello psicologo di base all'interno dei servizi socio sanitari territoriali della Toscana, entro ottobre 2022;
- la costituzione di una Società della Salute per ogni Zona distretto al fine di standardizzare l'organizzazione socio-sanitaria e rendere maggiormente omogenea l'erogazione dei servizi socio-sanitari territoriali, nonché l'eventuale revisione della governance e del funzionamento di tali organismi, secondo gli indirizzi espressi in precedenza, entro dicembre 2022;
- l'introduzione di elementi di valorizzazione del territorio nella governance aziendale mediante l'istituzione di un organismo per la programmazione da affiancare al Direttore Generale costituito dai direttori delle Zone distretto e del presidio ospedaliero di riferimento, al fine di favorire una maggiore collegialità nelle decisioni di carattere territoriale, entro febbraio 2023;
- rivedere la composizione del consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie, rafforzando la presenza della dirigenza medica e delle professioni sanitarie all'interno di tali organismi, entro dicembre 2022;

- le più opportune modalità per incentivare la presenza di medici nei presidi ospedalieri e territoriali delle zone disagiate e interne, entro dicembre 2022;
- il riconoscimento e la valorizzazione del ruolo del Caregiver familiare, entro dicembre 2022;
- provvedimenti a favore delle persone più vulnerabili, al fine di riconoscere ai cittadini italiani senza dimora la possibilità di iscriversi nelle liste degli assistiti delle aziende unità sanitarie locali così da poter, conseguentemente, effettuare la scelta del medico di medicina generale e di accedere alle prestazioni garantite dai livelli essenziali di assistenza ai cittadini italiani residenti in Italia, entro settembre 2022;
- una complessiva riforma dell’Agenzia Regionale di Sanità (ARS) che, oltre alle importanti attività svolte attualmente, ricomprenda le singole strutture del governo clinico di livello regionale che richiedono autonomia e terzietà (es. Centro regionale di riferimento per le criticità relazionali e il Centro regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente), entro il primo semestre 2023.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana, ai sensi dell’articolo 5, comma 1, della l.r. 23/2007 e nella banca dati degli atti del Consiglio regionale ai sensi dell’articolo 18, comma 1, della medesima legge l.r. 23/2007.

IL PRESIDENTE
Antonio Mazzeo