



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Servizio “Sanità, lavoro e politiche sociali”
Codice sito: 4.10/2023/114/CSR

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e
delle Province autonome
c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna
Coordinatore Commissione salute
sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

All'Assessore della Regione Lombardia
Vice-Coordinatore Commissione salute
welfare@pec.regione.lombardia.it

All'Assessore della Regione Piemonte
Coordinatore Vicario Commissione salute
commissione.salute@cert.regione.piemonte.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province
autonome
(CSR PEC LISTA 3)

E, p.c. Al Ministero della salute

- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it
- Direzione generale della programmazione
sanitaria
dgprog@postacert.sanita.it

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it
- Dipartimento della Ragioneria Generale
dello Stato
rgs.ragionieregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Oggetto: Intesa, ai sensi dell'articolo 5-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, come modificato dall'articolo 55 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, sulla proposta del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, inerente all'Accordo di programma integrativo -secondo stralcio, con la Regione Toscana per il settore degli investimenti sanitari, *ex* articolo 20 della legge n. 67/1988.

Si trasmette la nota del 14 dicembre 2023, con la quale il Ministero della salute ha inviato la documentazione relativa al provvedimento indicato in oggetto, per la prevista Intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni, sul quale è stato acquisito il previsto concerto del Ministero dell'economia e delle finanze in data 30 novembre us.

Si chiede, pertanto, al Coordinamento interregionale in sanità di far pervenire il formale assenso tecnico.

Il suddetto provvedimento sarà reso disponibile anche sul sito www.statoregioni.it con il codice sito: 4.10/2023/114.

Il Direttore dell'Ufficio
Cons. Saverio Lo Russo



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

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

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

PROGRAMMA INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE N. 67/1988

ARTICOLATO CONTRATTUALE

ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO – SECONDO STRALCIO PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI

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

VISTO l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 34 miliardi di euro;

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

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

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

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

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

VISTI, con riferimento agli stanziamenti di risorse nel bilancio statale, la tabella F delle leggi finanziarie n. 488/1999, n. 388/2000, n. 448/2001, n. 289/2002, n. 350/2003, n. 311/2004, n. 266/2005, n. 296/2006, n. 244/2007, n. 203/2008, n. 191/2009; la tabella E della legge n. 220 del 2010 (stabilità 2011); la tabella E della legge n. 183 del 2011 (stabilità 2012); la legge n. 228 del 2012 (stabilità 2013); la legge n. 147 del 2013; la legge n. 190 del 2014; la legge n. 208 del 2015; la legge n. 232 del 2016; la legge n. 205 del 2017 (bilancio 2018); la legge n. 145 del 2018 (bilancio 2019); la legge n. 160 del 2019 (bilancio 2020); la legge n. 178 del 2020 (bilancio 2021); la legge n. 234 del 2021 (bilancio 2022); la legge n. 197 del 2022 (bilancio 2023);

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

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

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

VISTA la legge 23 dicembre 1996, n. 662;

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

VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127;

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

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

VISTO il decreto legislativo 4 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il Decreto Legislativo 31 marzo 2023, n. 36 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78 recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”;

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

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

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

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;

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

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

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

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

VISTO l’articolo 1, comma 436, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 recante “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020”, che modifica l’articolo 1, comma 310, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

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

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

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

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari sottoscritto l'8 marzo 2013 dal Ministero della salute e dalla regione Toscana, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari sottoscritto il 2 novembre 2016 dal Ministero della salute e dalla regione Toscana, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari sottoscritto il 13 giugno 2022 dal Ministero della salute e dalla regione Toscana, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 13 agosto 2021, (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 274 del 17 novembre 2021), con il quale si è proceduto alla nona ricognizione delle risorse rese disponibili in applicazione dell'art. 1, commi 310, 311 e 312, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTA la delibera CIPE 24 luglio 2019, n. 51 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 30 dicembre 2018, n. 145 e delle risorse residue della legge 23 dicembre 2009, n. 191, per la prosecuzione del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità – art. 20 legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, che assegna alla regione Toscana € 256.783.807,67;

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

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

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

VISTA l'Intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, concernente un nuovo Patto sulla salute per gli anni 2010-2012;

VISTA l'Intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, concernente un nuovo Patto sulla salute per gli anni 2014-2016;

VISTA l'intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 18 dicembre 2019, concernente un nuovo Patto sulla salute per gli anni 2019-2021;

VISTO il Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 2 aprile 2015, n. 70 recante *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;

VISTO il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 23 maggio 2022, n. 77 recante: *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*;

VISTA la deliberazione di Giunta della Regione Toscana n. 604 del 30 maggio 2022 avente ad oggetto *“Approvazione dell'elenco degli interventi di investimento relativi alla prosecuzione del programma pluriennale degli investimenti in sanità della Regione Toscana di cui all'art 20L.67/1988 e successive modificazioni, da finanziare con i contributi assegnati alla Regione Toscana con la delibera CIPE del 24 luglio 2019 n. 51 e da includere nel secondo Accordo di programma”*;

VISTA la deliberazione di Giunta della Regione Toscana n. 704 del 20 giugno 2022 avente ad oggetto *“Rettifica della DGR 604 del 30/05/2022 “Approvazione dell'elenco degli interventi di investimento relativi alla prosecuzione del programma pluriennale degli investimenti in sanità della Regione Toscana di cui all'art 20 L.67/1988 e successive modificazioni, da finanziare con i contributi assegnati alla Regione Toscana con la delibera CIPE del 24 luglio 2019 n. 51 e da includere nel secondo Accordo di programma”*”;

VISTA la deliberazione di Giunta della Regione Toscana n. 488 del 08 maggio 2023 avente ad oggetto *“Programma regionale di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario: approvazione della proposta di rimodulazione di un intervento e richiesta al Ministero della Salute di revoca e riassegnazione del finanziamento relativo ad un altro intervento. Conseguente approvazione dell'elenco aggiornato degli interventi da finanziare con i fondi di cui all'art. 20 L. 67/88, delibera CIPE del 24 luglio 2019 n. 51 (secondo Accordo di programma su riparto annualità2019)”*;

PRESO ATTO che nel presente Accordo una quota pari al 16,51 % delle risorse è destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, come disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004;

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

ACQUISITO il parere tecnico favorevole con raccomandazioni n. 16 del 04/10/2023 (prot. DGPROGS n. 35852/2023) del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della Salute, sulla proposta di Accordo di programma secondo stralcio presentata dalla Regione Toscana;

DATO ATTO che il Documento programmatico formulato di intesa tra il Ministero della salute e la Regione Toscana definisce gli interventi da finanziare con le risorse disponibili nel bilancio dello Stato;

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

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

**STIPULANO IL SEGUENTE
ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO – SECONDO STRALCIO**

**Articolo 1
(Finalità ed obiettivi)**

1. Il presente Accordo di programma integrativo – secondo stralcio, tenuto conto della circolare del Ministero della sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691, è finalizzato al perseguimento dei seguenti obiettivi prioritari:
 - Riqualificazione della rete ospedaliera;
 - Riqualificazione aziende ospedaliero - universitarie;
 - Ammodernamento tecnologico;
 - Completamento della rete territoriale.

2. L'Accordo di programma integrativo è costituito da n. 11 interventi facenti parte del programma della Regione Toscana per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, dettagliatamente illustrati nelle schede tecniche allegate che costituiscono parte integrante del presente Atto integrativo e che recano, per ciascun intervento, le seguenti indicazioni:
 - a) i soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento;
 - b) i contenuti progettuali;
 - c) il piano finanziario con indicazione dei flussi di cassa correlati all'avanzamento dei lavori, delle fonti di copertura e dell'impegno finanziario di ciascun soggetto;
 - d) le procedure e i tempi di attuazione dell'intervento;
 - e) la data presunta di attivazione della struttura e di effettivo utilizzo delle tecnologie;
 - f) il responsabile dell'intervento.

Articolo 2

(Impegno dei soggetti sottoscrittori dell'Accordo di programma)

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo di programma integrativo – secondo stralcio sono:
 - per il Ministero della Salute: Prof. Americo Cicchetti, Direttore Generale della Programmazione sanitaria;
 - per il Ministero della Economia e delle Finanze: Dott.ssa Angela Stefania Lorella Adduce, Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale (IGESPES) del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato;
 - per la Regione Toscana: Dott.ssa Elisa Nannicini, Dirigente del Settore Ricerca e Investimenti in ambito sanitario.

2. I soggetti di cui al comma 1, ciascuno nello svolgimento delle attività di propria competenza, si impegnano a:
 - a) rispettare i termini concordati ed indicati nelle schede di intervento del presente Accordo integrativo;
 - b) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
 - c) procedere periodicamente alla verifica dell'Accordo e, se necessario proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all'articolo 9, gli eventuali aggiornamenti ai soggetti sottoscrittori del presente Accordo con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 5, comma 3;
 - d) utilizzare appieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente Accordo per la realizzazione degli interventi programmati;
 - e) rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase di attuazione dell'Accordo, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

Articolo 3

(Copertura finanziaria degli interventi)

1. L'onere complessivo derivante dal presente Accordo di programma integrativo ammonta a € 61.194.400,00 di opere analiticamente indicate nelle schede tecniche previste all'art. 1, comma 2, di cui: € 54.986.506,14 a carico dello Stato, € 6.207.893,86 a carico della Regione/Aziende.
Il piano finanziario, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate, è quello di seguito riportato:

PIANO FINANZIARIO	
Importo a carico dello STATO	Importo a carico della REGIONE/AZIENDE

Risorse a valere sul D.I. di revoca 13/08/2021	€ 3.969.481,00	€ 6.207.893,86
Delibera CIPE n. 51/2019	€ 51.017.025,14	
Totale	€ 54.986.506,14	€ 6.207.893,86
Totale complessivo	€ 61.194.400,00	

2. L'importo a carico dello Stato di cui al comma 1, per un valore di € 54.986.506,14 è stato assegnato alla Regione secondo quanto di seguito indicato:
 - per € 3.969.481,00 quali risorse rese disponibili a seguito della revoca operata dal Decreto Interministeriale del 13 agosto 2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 274 del 17 novembre 2021,
 - per € 51.017.025,14 quale risorse residue assegnate dalla delibera CIPE n. 51/2019.
3. Le risorse assegnate dall'art. 1, commi 442 e 443 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, al netto delle risorse ripartite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 19 dicembre 2022 (Riparto PANFLU), in attuazione dell'articolo 1, comma 266, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, e assegnate dall'art. 1, comma 263 della legge 30.12.2021, n. 234, successivamente ripartite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 20 luglio 2022, saranno utilizzate dalla Regione Toscana per la sottoscrizione di nuovi Accordi di pro-gramma integrativi, in presenza di disponibilità di risorse iscritte sul bilancio dello Stato.
4. In attuazione degli interventi suddetti la Regione, dopo la sottoscrizione dell'Accordo di programma, iscriverà a bilancio, nel rispetto dell'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, le somme necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente Accordo.
5. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalle Regioni, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione sostiene l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

Articolo 4 *(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)*

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

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

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dei progetti oggetto del presente Accordo di programma integrativo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita dall'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.

2. Per gli interventi oggetto del presente Accordo di programma integrativo la Regione Toscana inoltra al Ministero della Salute, l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al precedente comma 1, previa approvazione del progetto.
3. In relazione alle disposizioni di cui al precedente comma 1, le eventuali variazioni del programma, anche sostitutive, in sede di attuazione del medesimo, comprese eventuali articolazioni funzionali di un unico intervento (suddivisione di un intervento in sub interventi), devono essere comunicate al Ministero della Salute, accompagnate da una specifica relazione esplicativa, per la valutazione di competenza ministeriale sulla conformità delle variazioni agli obiettivi generali dell'Accordo. A seguito di valutazione positiva da parte della competente Direzione Generale del Ministero, la Regione procede all'adozione delle modifiche dell'Accordo stesso per le vie formali, nei modi previsti dalla normativa regionale, previa validazione dei dati relativi agli interventi, utilizzando il sistema Osservatorio.

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

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

Articolo 7 ***(Indicatori)***

1. La Regione ha richiamato nell'allegato documento programmatico gli indicatori per valutare l'impatto degli investimenti nel settore ospedaliero ed extra ospedaliero, in riferimento alla dotazione di posti letto, al tasso di utilizzo della capacità ricettiva, al riequilibrio fra ospedale e territorio ai fini della riduzione dei ricoveri impropri, in coerenza con gli standard nazionali previsti dalla normativa vigente.
2. La Regione ha individuato gli strumenti di valutazione, rispetto agli obiettivi specifici, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica degli interventi.

Articolo 8 ***(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)***

1. Al fine di adottare iniziative e provvedimenti idonei a garantire la celere e completa realizzazione dei progetti nonché l'eventuale riprogrammazione e riallocazione delle risorse, è istituito il "Comitato istituzionale di gestione e attuazione", composto di n. 6 membri di cui 3 in rappresentanza del Governo e n. 3 in rappresentanza della Regione Toscana.
2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della salute o suo delegato.

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

Articolo 9
(Soggetto responsabile dell'Accordo)

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

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

Articolo 10
(Soggetto responsabile dell'intervento)

1. Per le finalità di cui al presente Accordo di programma integrativo, nelle schede di cui all'articolo 1, comma 2, viene indicato il responsabile dell'intervento.
2. Il responsabile di cui al comma 1 è designato dal soggetto attuatore degli interventi ed ha i seguenti compiti:

- a) segnalare al responsabile dell'Accordo gli eventuali ritardi o gli ostacoli tecnico-amministrativi che impediscono la regolare attuazione dell'intervento, esplicitando eventuali iniziative correttive assunte;
- b) compilare, con cadenza annuale, la scheda di monitoraggio dell'intervento e trasmetterla al responsabile dell'Accordo;
- c) fornire al responsabile dell'Accordo qualsiasi informazione necessaria a definire lo stato di attuazione dell'intervento e comunque ogni altra informazione richiesta dal responsabile medesimo.

Articolo 11
(Disposizioni generali)

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

Per:

Il Ministero della Salute: _____

Il Ministero dell'economia e delle finanze: _____

La Regione Toscana: _____

Allegato B

ENTI SERVIZIO SANITARIO	INTERVENTI FINANZIATI	ART. 20 RIPARTO 2019	COFINANZIAMENTO	TOTALE INVESTIMENTO
ASL NORD-OVEST	Adeguamento edificio-architettonico e impiantistico Monoblocco Carrara	5.734.437,50	301.812,50	6.036.250,00
ASL NORD-OVEST	Realizzazione residenza sanitaria per esecuzione misure di sicurezza detentiva – Area ospedaliera di Volterra – Realizzazione seconda fase nel Padiglione Livi – Lotto 2 Stralcio 2	5.405.500,00	284.500,00	5.690.000,00
ASL NORD-OVEST	PO Volterra - Fabbricato ospedaliero 3° Lotto	6.615.150,00	350.000,00	6.965.150,00
ASL NORD-OVEST	Casa della comunità Massarosa	1.425.000,00	75.000,00	1.500.000,00
ASL NORD-OVEST	Nuovo distretto di Castelnuovo Garfagnana (LU)	2.280.000,00	120.000,00	2.400.000,00
ASL NORD-OVEST	Sostituzione tecnologie sanitarie obsolete	5.700.000,00	300.000,00	6.000.000,00
	totale ASL NORD-OVEST	27.160.087,50	1.431.312,50	28.591.400,00
ASL SUD-EST	Nuovo Hospice di Arezzo	4.225.000,00	275.000,00	4.500.000,00
ASL SUD-EST	Casa della comunità e distretto Viale Sardegna	11.379.481,00	620.519,00	12.000.000,00
ASL SUD-EST	Rinnovo apparecchiature elettromedicali - programmazione 2022	1.140.000,00	60.000,00	1.200.000,00
	totale ASL SUD-EST	16.744.481,00	955.519,00	17.700.000,00
A.O.U. PISANA	Riorganizzazione funzionale, adeguamento sismico e adeguamento antincendio edificio 3- Stabilimento Ospedaliero di Cisanello (PI)	8.324.087,64	3.675.912,36	12.000.000,00
	totale A.O.U. PISANA	8.324.087,64	3.675.912,36	12.000.000,00
A.O.U. CAREGGI	Sostituzione piattaforme diagnostiche	2.757.850,00	145.150,00	2.903.000,00
	totale A.O.U. CAREGGI	2.757.850,00	145.150,00	2.903.000,00
	TOTALE COMPLESSIVO	54.986.506,14	6.207.893,86	61.194.400,00



DOCUMENTO RECANTE: “METODOLOGIA PER LA FORMULAZIONE E LA VALUTAZIONE DI DOCUMENTI PROGRAMMATICI”

MexA Metodologia ex Ante

DOCUMENTO DEFINITIVO

LUGLIO 2022

PREMESSA

A . FORMULAZIONE DEI DOCUMENTI PROGRAMMATICI

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

B . CONTENUTI DEI COMPONENTI CHIAVE

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

C . APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO

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

B 0- RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

La Regione Toscana ha promosso e continua a promuovere politiche di investimenti in sanità attraverso la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri, la riqualificazione delle strutture sanitarie esistenti e il rinnovo ed ammodernamento del parco tecnologico delle Aziende sanitarie regionali, adeguando le strutture sanitarie alle più moderne forme di accoglienza del paziente e alle nuove modalità di cura che comportano forme diverse di organizzazione del lavoro sanitario e degli spazi da destinare alle attività di ricovero, cura, e diagnosi.

La prosecuzione del programma pluriennale degli investimenti in sanità della Regione Toscana di cui all'art 20 L.67/1988 e successive modificazioni si inserisce in un più ampio contesto di investimenti sanitari che prevede oltre alle risorse definite nell'art. 20 ulteriori risorse a carico della Stato, del bilancio regionale, del bilancio degli enti sanitari regionali e dei privati.

Il presente documento definisce la programmazione relativa ai 51 milioni di euro quota parte dei 256,78 milioni di euro assegnati alla Regione Toscana con il riparto del rifinanziamento dell'art. 20 Legge 67/88 per il 2019 (Determinazione CIPE 51 del 24 luglio 2019).

Esso si pone in perfetta continuità con i documenti programmatici relativi ai riparti dell'art. 20 per gli anni 2007, 2008 e 2019 l^a tranche di cui agli Accordi di Programma tra Regione Toscana e ministeri competenti sottoscritti rispettivamente in data 16 aprile 2009, 8 marzo 2013, 2 novembre 2016 e 13 giugno 2022, integrandoli e completandoli.

Rispetto ai 7 obiettivi prioritari, che caratterizzano in generale la programmazione statale e regionale, quella in oggetto si è sviluppata intorno a 4 di essi, considerando già esaurito l'obiettivo 7 (progetto odontoiatria) e non presenti in questa seconda tranche l'obiettivo 4 (Piano di miglioramento del pronto soccorso) e l'obiettivo 5 (Implementazione e ammodernamento sistemi informatici), comunque presenti nella prima tranche.

La tabella che segue riporta la distribuzione delle risorse rispetto a ciascuno dei quattro obiettivi prioritari presenti:

Obiettivo	Somme a carico art. 20 L. 67/88 (Riparto 2019)	Somme a carico Aziende/Regione/Altro Stato	Totale investimento	%
Riqualificazione della rete ospedaliera	6.615.150,00	350.000,00	6.965.150,00	11,38%
Riqualificazione aziende ospedaliero - universitarie	8.324.087,64	3.675.912,36	12.000.000,00	19,61%
Ammodernamento tecnologico	9.597.850,00	505.150,00	10.103.000,00	16,51%
Completamento della rete territoriale	30.449.418,50	1.676.831,50	32.126.250,00	52,50%
Totale	54.986.506,14	6.207.893,86	61.194.400,00	100,00%

Gli investimenti sanitari dal 2008 ad oggi

Il quadro normativo

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

- a) Piano Sanitario Sociale integrato Regionale 2012-2015
- b) Piano Sanitario Sociale integrato Regionale 2018-2020
- c) Legge n. 145 del 30/12/2018 (Legge finanziaria per il 2019)
- d) Legge n. 160 del 27/12/2019 (Legge finanziaria per il 2020)
- e) Delibera Giunta Regionale n°1004 del 29 luglio 2019 e parere Terza commissione consiliare "Sanità e politiche sociali"
- f) Intesa del 9 maggio 2019 tra Governo e conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano
- g) Determinazione CIPE n. 51 del 24 luglio 2019
- h) Decreto Ministero della Salute 20 gennaio 2022

Il programma ex art. 20 L. 67/88

In un quadro complessivo di evoluzione della sanità regionale è da collocare il processo di investimento, che deve farsi risalire all' art. 20 della legge finanziaria 11 marzo 1988 n. 67, relativo ai programmi straordinari di investimento pluriennali, di cui la Regione Toscana ha potuto beneficiare fino ad oggi, secondo 5 fasi finanziarie:

- la “prima fase”, fra il 1990 e il 1995, divisa in due tranche di Euro 266.915.524,59 e di euro 71.141.937,85 per un totale complessivo di Euro 338.057.192,44;
- la “seconda fase”, dal 1998 al 2001, anch’essa divisa in due tranche pari a Euro 149.103.172,59 e ad Euro 348.352.244,25 (Accordo di Programma Quadro 3 marzo 1999) per un totale complessivo di Euro 497.455.416,84;
- la “terza fase”, dal 2002, pari a euro 156.031.882,00 (Accordo di Programma Quadro 27 Maggio 2004);
- la “quarta fase”, dal 2007, pari a euro 169.570.030,64 (Accordo di Programma Quadro 16 aprile 2009);
- la “quinta fase”, dal 2008, pari a euro 203.565.374,18 suddiviso in due tranche (Accordo di Programma Quadro 8 marzo 2013 e 2 novembre 2016).
- la “sesta fase”, dal 2019, pari a euro 256.783.807,67 suddiviso in due tranche (Accordo di Programma Quadro 13 giugno 2022 per la prima tranche).

Le **prime tre fasi** sono sostanzialmente concluse con il raggiungimento delle finalità previste dalla programmazione regionale.

La **quarta fase**, il cosiddetto “riparto 2007” di cui alla delibera CIPE 25 gennaio 2008, è in corso di esecuzione. I 51 interventi di cui si compone il programma sono stati tutti ammessi al finanziamento, 37 sono conclusi e gli altri risultano in uno stato avanzato, con un utilizzo complessivo delle risorse assegnate pari a circa il 76%.

La **quinta fase**, il cosiddetto “riparto 2008” di cui alle deliberazioni CIPE 18 dicembre 2008 e 8 marzo 2013 è stata suddivisa in due tranche finanziarie a causa della riduzione dell’assegnazione dall’importo originario di Euro 203.565.374,18 all’importo ridotto di Euro 129.264.012,60 utilizzato nella prima tranche con l’Accordo di Programma Quadro 8 marzo 2013. Il programma è in corso di esecuzione ed i 26 interventi di cui si compone sono stati tutti ammessi al finanziamento, otto sono conclusi e gli altri risultano in uno stato avanzato, con un utilizzo complessivo delle risorse assegnate pari a circa il 63%.

L’intervento “Realizzazione nuovo blocco operatorio nel PO delle Scotte di Siena” della AOU Senese, con importo a carico dell’art. 20 pari a euro 12.706.250,00 ha subito la revoca del finanziamento in quanto non aggiudicato nei termini. Tale intervento è stato riproposto nella programmazione del riparto 2019.

Le risorse originariamente assegnate alla Regione ma non finanziate nell'Accordo di Programma sopraccitato, pari ad Euro 74.301.361,58, sono state programmate con la deliberazione di Giunta n.1344 del 29 dicembre 2015 e disciplinate nel successivo Accordo di Programma Quadro 2 novembre 2016;

Tale programma si compone di 28 interventi di cui 27 ammessi al finanziamento con decreti del Ministero della salute per un totale di Euro 70.331.880,58; risultano ad oggi tutti in esecuzione.

La **sesta fase** finanziaria, il cosiddetto "riparto 2019" di cui alla deliberazione CIPE 24 luglio 2019 n.51, è stata suddivisa in due tranches finanziarie; la prima per un importo pari a euro 218.473.032,53, di cui euro 205.766.782,53 a valere sulla deliberazione CIPE sopra richiamata ed euro 12.706.250,00 relativi alle risorse di cui all'Accordo di programma integrativo sottoscritto in data 08 marzo 2015 dell'art. 20 della L. 67/1988, riparto 2008, revocate, rispetto alla destinazione a suo tempo individuata, con Decreto interministeriale del 23/10/2018, ma ancora nella disponibilità della Regione Toscana è stata programmata con le deliberazioni di Giunta regionale 1019 del 27 luglio 2020, 1584 del 14 dicembre 2020 e 965 del 27 settembre 2021; l'Accordo di Programma è stato sottoscritto in data 13 giugno 2022 e prevede 44 interventi.

La programmazione con risorse regionali

Nello stesso periodo la Regione ha promosso e sostenuto programmi di investimenti strutturali e strumentali in sanità anche con notevoli risorse da proprio bilancio. In particolare:

- D.G.R. 648/2008: Interventi per il rinnovo delle tecnologie sanitarie - Assegnazione risorse per l'anno 2008 per un importo pari a euro **100 milioni**.

Obiettivo: rinnovare e introdurre apparecchiature tecnologicamente avanzate. Gli acquisti previsti hanno riguardato, oltre alle attrezzature e alle tecnologie necessarie per l'attivazione dei nuovi ospedali di Empoli e Meyer, l'acquisto di macchinari tecnologicamente avanzati quali TAC 64 slice, risonanze magnetiche di ultima generazione, acceleratori lineari, PET Tac, Tomotherapy.

- D.G.R. 802/2008: Programma di interventi per il completamento del patrimonio strumentale e strutturale della sanità toscana - Assegnazione risorse per gli anni 2009-2010, per un importo pari a euro **200 milioni**.
Obiettivo: completamento del patrimonio strumentale e strutturale.

- L.R. 65/2010 Art.15: Rinnovamento del patrimonio strutturale e strumentale delle Aziende Sanitarie - Assegnazione risorse per gli anni 2011-2013 per il triennio 2011-2013, pari a euro **650 milioni**.
Obiettivo: completamento della rete portante dei presidi ospedalieri, innovazione tecnologica, potenziamento e sviluppo della rete territoriale.

- L.R. 77/2013 Art.42: Rinnovamento del patrimonio strutturale e strumentale delle Aziende Sanitarie - Assegnazione risorse per gli anni 2014-2016 pari a euro **150 milioni**.
Obiettivo: Ammodernamento e riqualificazione dei presidi ospedalieri, innovazione tecnologica, potenziamento e sviluppo della rete territoriale.

- L.R. 19/2019: Art.14: Rinnovamento del patrimonio strutturale e strumentale delle Aziende Sanitarie - Assegnazione risorse per gli anni 2019-2022 pari a euro **215 milioni**.
Obiettivo: Ammodernamento e riqualificazione dei presidi ospedalieri, innovazione tecnologica, potenziamento e sviluppo della rete territoriale.

Altre risorse Statali

In questi anni, oltre alle risorse garantite dall'art. 20 L.67/88, contribuiscono alla programmazione altre risorse a valere sul bilancio statale:

- **Fondo sviluppo e coesione 2014-2020 di cui alla Deliberazione CIPE n. 107 del 22/12/2017 per un importo assegnato alla Regione Toscana pari a 10 milioni di euro**
Obiettivo: realizzazione della nuova palazzina funzionale all'ampliamento dell'Ospedale Santo Stefano di Prato con la finalità di adeguare il numero di posti letto dell'ospedale alle mutate esigenze del bacino di utenza ed ampliare gli spazi

destinati all'oncologia, rendendo coerenti in termini di efficacia ed efficienza gli spazi fruibili dell'ospedale alla crescente domanda sanitaria.

- **Fondo per gli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del paese di cui all'art. 1 comma 1072 L. 205/2017” per un importo pari a 45 milioni di euro**
Obiettivo: Adeguamento alla normativa di prevenzione sismica, la tabella seguente riporta gli interventi finanziati e le relative annualità.

Progetto d'investimento	2020	2021	2022	Totale
Adeguamento sismico Ospedale di Castelnuovo - Ausl Toscana Nord-Ovest	€ 6.900.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 6.900.000,00
Adeguamento sismico Ospedale di Barga Ausl Toscana Nord-Ovest	€ 5.900.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 5.900.000,00
Adeguamento sismico Ospedale di Pontremoli - Ausl Toscana Nord-Ovest	€ 10.000.000,00	€ 4.190.000,00	€ 0,00	€ 14.190.000,00
Adeguamento sismico Ospedale di Fivizzano, Rsa Distretto Aulla – Ausl Toscano Nord-Ovest	€ 7.050.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 7.050.000,00
Adeguamento sismico Ospedale del Mugello Borgo San Lorenzo – Ausl Toscana Centro	€ 9.500.000,00	€ 500.000,00	€ 1.000.000,00	€ 11.000.000,00
Totale complessivo	€ 39.350.000,00	€ 4.690.000,00	€ 1.000.000,00	€ 45.040.000,00

- **Art. 1 comma 95 della L. 145 del 30/12/2018 “Rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del paese” per un importo pari a 43 milioni di euro**
Obiettivo: Adeguamento alla normativa di prevenzione sismica, la tabella seguente riporta gli interventi finanziati e le relative annualità.

TITOLO INTERVENTO	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	COSTO TOTALE
Adeguamento sismico - AOU Senese				€ 5.000.000,00	€ 10.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 30.000.000,00
P.O. "Santa Verdiana" Castelfiorentino - Ampliamento e ristrutturazione	€ 1.000.000,00	€ 3.500.000,00	€ 3.500.000,00	€ 5.000.000,00					€ 13.000.000,00
Totale	€ 1.000.000,00	€ 3.500.000,00	€ 3.500.000,00	€ 10.000.000,00	€ 10.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 43.000.000,00

- **Art. 1 comma 14 e 15 della L. 160 del 27/12/2019 “Rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del paese” per un importo pari a 38,6 milioni di euro**

Obiettivo: progetti a carattere innovativo, a elevata sostenibilità e che tengano conto degli impatti sociali (economia circolare, decarbonizzazione dell'economia, riduzione delle emissioni, risparmio energetico, sostenibilità ambientale)

Descrizione Intervento	Soggetto attuatore	Totale
Toscana - Presidio Santa Maria Maddalena di Volterra – Rifacimento chiusure trasparenti	Azienda USL Toscana Nord Ovest	802.165,94
Toscana - Presidio ospedaliero Valle del Serchio (Castelnuovo Garfagnana + Barga) - sostituzione infissi	Azienda USL Toscana Nord Ovest	615.558,53
Toscana - Realizzazione Impianti di cogenerazione presso ospedale Fratta di Cortona e Valtiberina di Sansepolcro.	Azienda USL Toscana Sud Est	1.023.633,87
Toscana - Intervento di efficientamento energetico su ospedale Santa Maria Annunziata via Antella 58, Bagno a Ripoli (FI). Azienda Unità sanitaria locale Toscana CentroToscana - Intervento di	Azienda USL Toscana Centro	14.359.373,63
Toscana - Lavori di efficientamento energetico dei padiglioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi	AOU CAREGGI	21.836.236,10
	Totale	38.636.968,07

- **D.L. n. 34/2020, convertito nella L. n. 77/2020 “misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 per un importo pari a 79,4 milioni di euro**

Obiettivo: Realizzazione di 193 posti letto di terapia intensiva e di 261 posti letto di terapia sub-intensiva, e adeguamento dei pronto soccorso di alcuni ospedali, così da separare nettamente i percorsi dei pazienti affetti da COVID-19 da quelli con altre patologie, acquisizione di ambulanze ed automediche.

Prospetto dei fabbisogni di risorse previsti per il piano di riordino delle rete ospedaliera toscana di cui all'art. 2 del D.L. n. 34/2020

Azienda sanitaria	Totale tabella 2 (p.l. di terapia intensiva e semi intensiva)	Totale tabella 3 (Pronto Soccorso)	Totale tabella 4 (Mezzi di trasporto)	Totale complessivo	Autofinanziamen to aziendale e contributi D.G.R.T. n.358- 2020
Azienda USL Toscana Centro	19.021.850,46	1.647.664,28	155.184,00	20.824.698,74	0,00
Azienda USL Toscana Nord Ovest	2.456.466,34	2.753.200,00	260.000,00	5.469.666,34	0,00
Azienda USL Toscana Sud Est	14.997.700,08	5.195.057,00	256.800,00	20.449.557,08	0,00
Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana	6.926.243,38	2.050.000,00	0,00	8.976.243,38	2.152.900,00
Azienda Ospedaliera Universitaria Senese	6.093.756,69	2.077.900,50	0,00	8.171.657,19	0,00
Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi	13.015.615,27	118.000,00	80.000,00	13.213.615,27	0,00
Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer	2.654.687,26	1.274.292,74	0,00	3.928.980,00	0,00
Fondazione Toscana Gabriele Minasterio	485.849,00	0,00	0,00	485.849,00	0,00
Totali	65.652.168,48	15.116.114,52	751.984,00	81.520.267,00	79.367.367,00

– **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e Piano Nazionale Complementare (PNC) -Missione 6 Salute**

Obiettivo: potenziare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, suddiviso in 2 Componenti: Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale e Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a loro volta articolate in diverse linee di investimento;

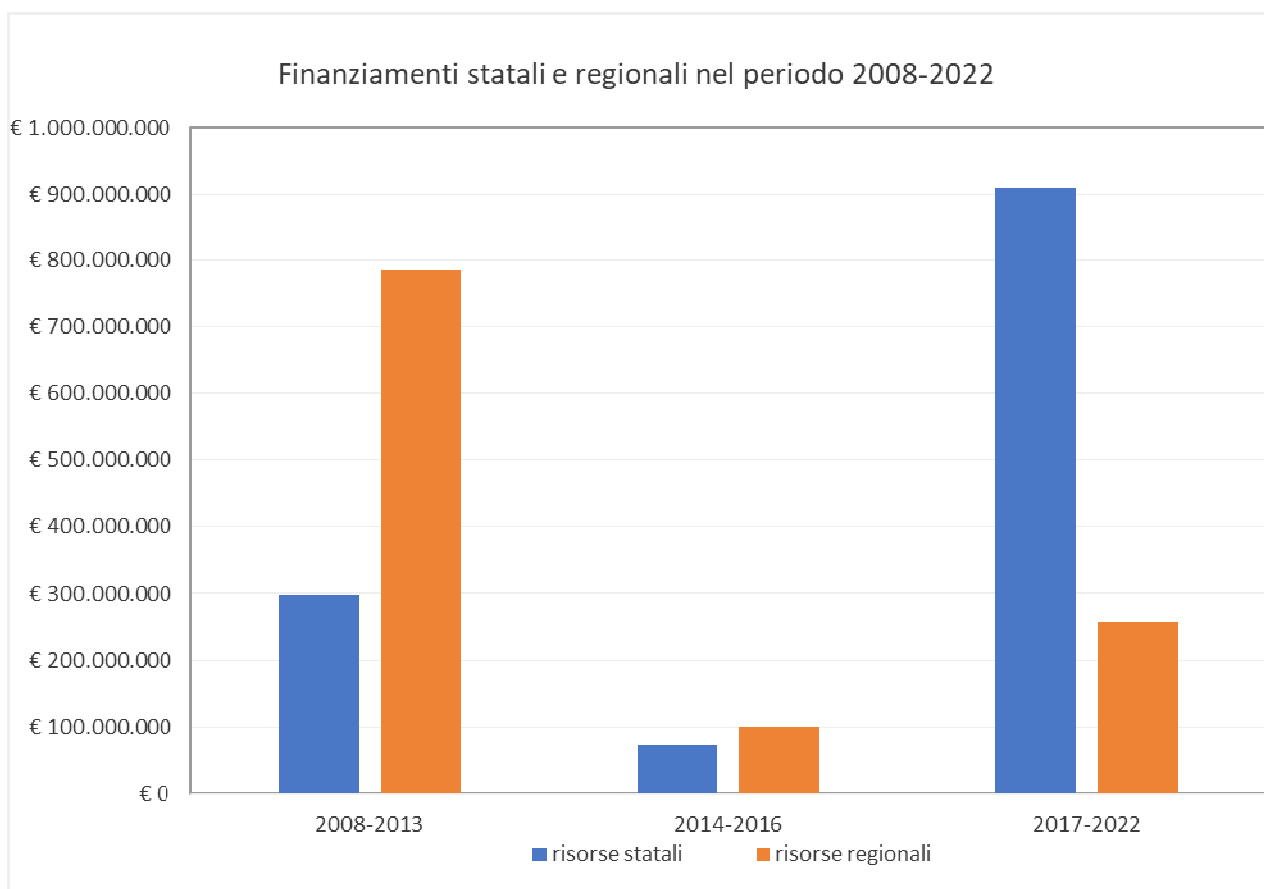
Il piano operativo regionale, allegato al contratto istituzionale di sviluppo sottoscritto dalla Regione in data 30 maggio c.a. prevede, relativamente al patrimonio strutturale e strumentale degli enti del servizio sanitario regionale :

- n. 77 Case della Comunità per un importo pari a € 146,9 milioni
- n. 37 Centrali Operative Territoriali per un importo pari a € 12,7 milioni (compresa quota per device ed interconnessione)
- n. 24 Ospedali di Comunità per un importo pari a € 67,9 milioni
- n. 36 interventi di adeguamento sismico delle strutture per un importo pari a € 175,6 milioni
- n. 120 nuove grandi apparecchiature per un importo pari a € 67,6 milioni
- n. 19 interventi di digitalizzazione DEA I e II livello per un importo pari a € 82,4 milioni

Ulteriori risorse finanziarie

La programmazione complessiva degli investimenti è finanziata, oltre alle risorse messe a disposizione dall'art. 20 L. 67/88 e dal bilancio regionali, anche con altre fonti:

- risorse a valere sui bilanci degli Enti del servizio sanitario (mutui, alienazioni, autofinanziamento);
- contributi da privati.



In presenza di tali finanziamenti, la Regione Toscana ha potuto definire un programma pluriennale di investimenti sanitari, come indicato nei Piani sanitari regionali a partire dal 2008, con i seguenti obiettivi di carattere generale:

- a) Riquilibratura della rete ospedaliera
- b) Riquilibratura aziende ospedaliero – universitarie
- c) Ammodernamento tecnologico
- d) Piano di miglioramento del pronto soccorso

- e) Implementazione e ammodernamento sistemi informatici
- f) Completamento della rete territoriale

Nell'attuazione del piano pluriennale degli investimenti, la realizzazione degli obiettivi ha consentito di portare a termine quanto previsto dal macro-obiettivo della programmazione dell'ultimo decennio: la deospedalizzazione, intesa come graduale riduzione dell'incidenza del ricovero ospedaliero all'interno dei percorsi assistenziali e la riconduzione dell'ospedale al ruolo di presidio per l'erogazione delle attività di ricovero nella fase acuta della patologia. A supporto del processo di deospedalizzazione sono stati potenziati i servizi sanitari territoriali (day hospital, chirurgia ambulatoriale, cure intermedie).

Identificazione dell'Accordo di Programma Quadro

Il presente documento definisce la programmazione di quota parte delle risorse di cui art. 20 Legge 67/88 stanziata con l'art. 1, comma 555, della legge 30 dicembre 2018, n.145 che eleva a 28 miliardi di euro complessivi l'importo precedentemente determinato in 24 miliardi di euro per l'attuazione del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico.

Il CIPE con propria Deliberazione del 24 luglio 2019 "Riparto delle risorse per complessivi 4.695 milioni di euro a valere sulle disponibilità recate dall'art.1, comma 555, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 e sulle risorse residue di cui all'art. 2, comma 69, della legge 23 dicembre 2009, n.191, per la prosecuzione del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico di cui all'articolo 20, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67", ha assegnato alla Regione Toscana risorse per € 256.783.807,67.

A tale importo si sommano euro 12.706.250,00 relativi all'intervento "Realizzazione nuovo blocco operatorio nel PO delle Scotte di Siena" della AOU Senese, importo revocato con decreto ministeriale in quanto non aggiudicato nei termini; tali risorse, sempre nella disponibilità della Regione, vengono riprogrammate con gli atti in oggetto e quindi la disponibilità totale ammonta quindi a euro 269.490.057,67.

La Giunta Regionale con proprie deliberazioni 1019 del 27 luglio 2020, 1584 del 14 dicembre 2020 e 965 del 27 settembre 2021 ha programmato risorse per un importo pari a euro 218.473.032,53 e quindi residuano risorse art. 20 riparto 2019 ancora da programmare per un importo di euro 51.017.025,14.

A questo importo si aggiungono risorse per euro 3.969.481,00 relativi a quota parte delle risorse di cui all'Accordo di programma integrativo sottoscritto in data 02 novembre 2016 dell'art. 20 della L. 67/1988, integrazione riparto 2008, revocati, rispetto alla destinazione a suo tempo individuata, con Decreto ministeriale del 13 agosto 2021, ma ancora nella disponibilità della Regione Toscana

La Giunta regionale ha programmato queste risorse residue con le proprie deliberazioni n. 604 del 30 maggio 2022 e n. 704 del 20 giugno 2022 approvando l'elenco degli interventi di investimento relativi alla prosecuzione del programma pluriennale degli investimenti in sanità della Regione Toscana di cui all'art 20 L. 67/88 e successive modificazioni, da finanziare con i contributi assegnati alla Regione Toscana con la delibera CIPE del 24 luglio 2019 n. 51, avente per oggetto "Riparto delle risorse per

complessivi 4.695 milioni di euro a valere sulle disponibilità recate dall'art.1, comma 555, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 e sulle risorse residue di cui all'art. 2, comma 69, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, per la prosecuzione del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico di cui all'articolo 20, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67", per un importo complessivo di € 61.194.400,00, così composto:

- quota statale pari ad € 54.986.506,14, di cui:
 - € 51.017.025,14 assegnati con la delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019;
 - € 3.969.481,00 relativi a quota parte delle risorse di cui all'Accordo di programma integrativo sottoscritto in data 02 novembre 2016 dell'art. 20 della L. 67/1988, integrazione riparto 2008, revocati, rispetto alla destinazione a suo tempo individuata, con Decreto ministeriale del 13 agosto 2021, ma ancora nella disponibilità della Regione Toscana;
- quota aziendale pari ad € 6.207.893,86, costituenti la quota di cofinanziamento di almeno il 5% prevista dall'art. 20 L. 67/1988;

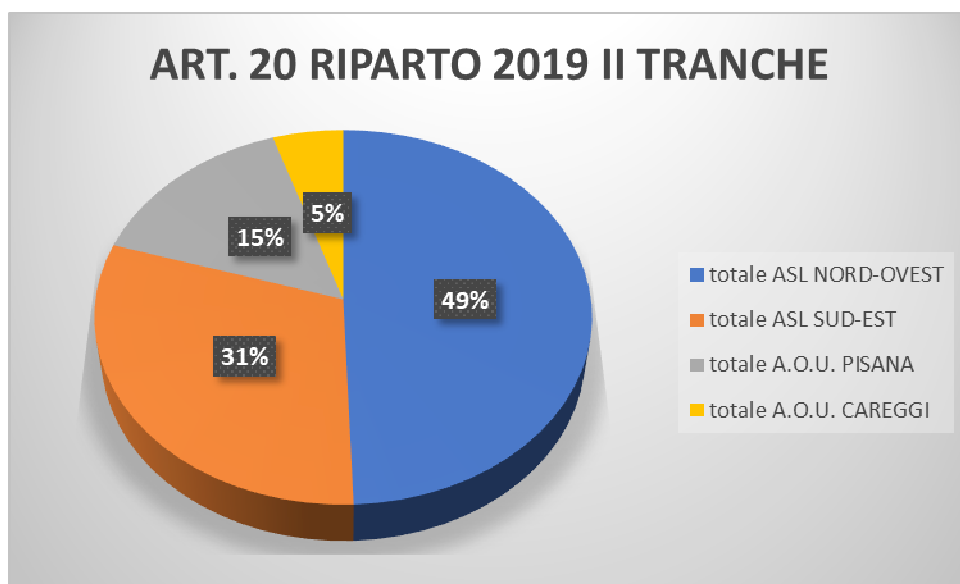
Si riporta la tabella che illustra l'elenco degli interventi di investimento

ENTI SERVIZIO SANITARIO	INTERVENTI FINANZIATI	ART. 20 RIPARTO 2019	COFINANZIAMENTO	TOTALE INVESTIMENTO
ASL NORD-OVEST	Adeguamento edilizio-architettonico e impiantistico Monoblocco Carrara	5.734.437,50	301.812,50	6.036.250,00
ASL NORD-OVEST	REMS Volterra lotto 3	5.405.500,00	284.500,00	5.690.000,00
ASL NORD-OVEST	PO Volterra - Fabbricato ospedaliero 3° Lotto	6.615.150,00	350.000,00	6.965.150,00
ASL NORD-OVEST	Nuovo distretto sociosanitario di Massarosa (LU)	1.425.000,00	75.000,00	1.500.000,00
ASL NORD-OVEST	Nuovo distretto di Castelnuovo Garfagnana (LU)	2.280.000,00	120.000,00	2.400.000,00
ASL NORD-OVEST	Sostituzione tecnologie sanitarie obsolete	5.700.000,00	300.000,00	6.000.000,00
ASL SUD-EST	Nuovo Hospice di Arezzo	4.225.000,00	275.000,00	4.500.000,00
ASL SUD-EST	Casa della comunità e distretto Viale Sardegna	11.379.481,00	620.519,00	12.000.000,00
ASL SUD-EST	Rinnovo apparecchiature elettromedicali - programmazione 2022	1.140.000,00	60.000,00	1.200.000,00
A.O.U. PISANA	Riorganizzazione funzionale, adeguamento sismico e adeguamento antincendio edificio 3- Stabilimento Ospedaliero di Cisanello (PI)	8.324.087,64	3.675.912,36	12.000.000,00
A.O.U. CAREGGI	Sostituzione piattaforme diagnostiche	2.757.850,00	145.150,00	2.903.000,00

Come già evidenziato tale riparto tra gli enti sanitari regionali si inserisce in un quadro più ampio di programmazione, e quindi alcuni enti hanno trovato maggiori risorse su altri programmi a valere su risorse regionali o statali.

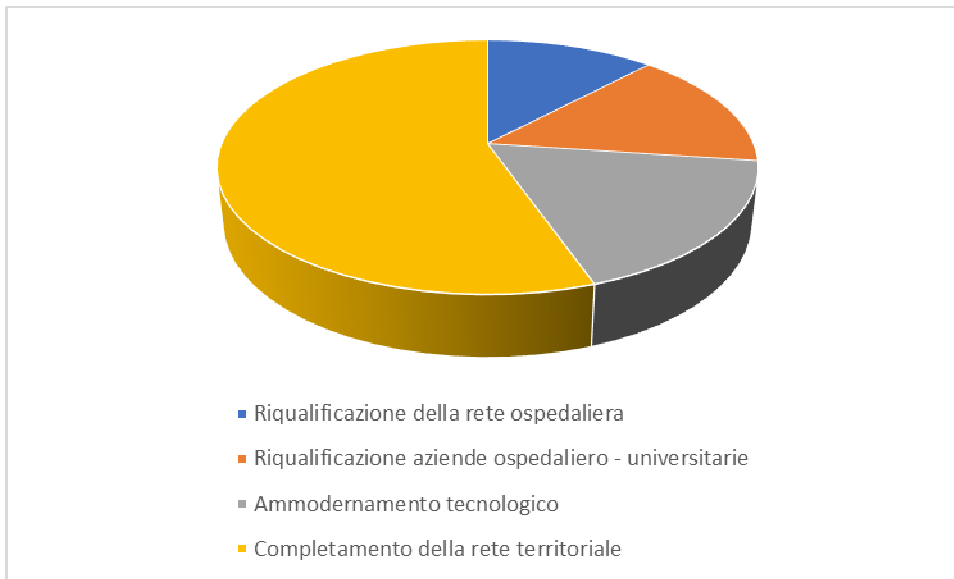
La seguente tabella e il seguente grafico riportano l'aggregazione per enti sanitari assegnatari delle risorse

ENTI SERVIZIO SANITARIO	ART. 20 RIPARTO 2019 II TRANCHE	COFINANZIAMENTO	TOTALE INVESTIMENTO
Azienda Toscana NORD-OVEST	€ 27.160.087,50	€ 1.431.312,50	€ 28.591.400,00
Azienda Toscana SUD-EST	€ 16.744.481,00	€ 955.519,00	€ 17.700.000,00
Azienda Osp.Univ. PISANA	€ 8.324.087,64	€ 3.675.912,36	€ 12.000.000,00
Azienda Osp.Univ. CAREGGI	€ 2.757.850,00	€ 145.150,00	€ 2.903.000,00
TOTALE COMPLESSIVO	€ 54.986.506,14	€ 6.207.893,86	€ 61.194.400,00



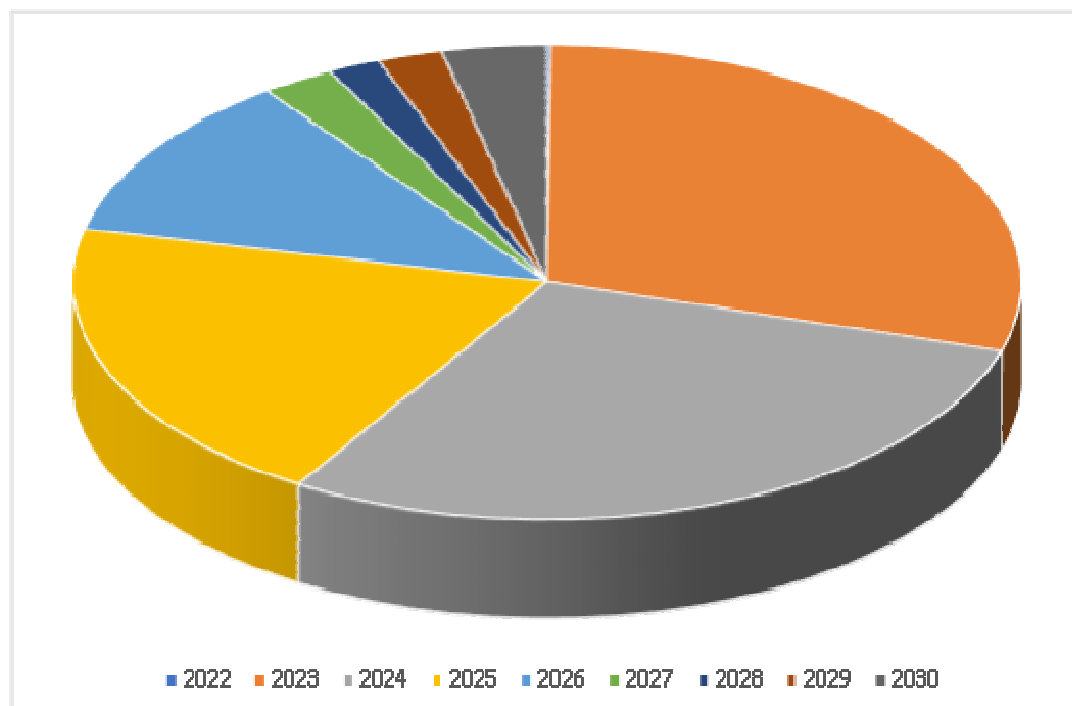
Con riguardo agli obiettivi programmatici, si riporta di seguito la tabella e il grafico che illustrano l'aggregazione delle risorse finanziate per obiettivo

Obiettivo	Somme a carico art. 20 L. 67/88 (Riparto 2019)	Somme a carico Aziende/Regione/Altro Stato	Totale investimento	%
Riqualificazione della rete ospedaliera	6.615.150,00	350.000,00	6.965.150,00	11,38%
Riqualificazione aziende ospedaliero - universitarie	8.324.087,64	3.675.912,36	12.000.000,00	19,61%
Ammodernamento tecnologico	9.597.850,00	505.150,00	10.103.000,00	16,51%
Completamento della rete territoriale	30.449.418,50	1.676.831,50	32.126.250,00	52,50%
Totale	54.986.506,14	6.207.893,86	61.194.400,00	100,00%



Infine, la tabella seguente riporta l'aggregazione per esercizio finanziario e fonti di finanziamento

Esercizio Finanziario	Fonte Finanziaria				Totale
	stato Art. 20	ente attuatore	altro pubblico	privato	
2022	0,00	81.381,28	0,00	0,00	81.381,28
2023	17.032.000,00	1.068.618,72	0,00	0,00	18.100.618,72
2024	16.970.850,00	797.481,50	0,00	0,00	17.768.331,50
2025	12.132.718,64	0,00	0,00	0,00	12.132.718,64
2026	3.039.500,00	3.910.412,36	0,00	0,00	6.949.912,36
2027	1.183.665,63	350.000,00	0,00	0,00	1.533.665,63
2028	1.088.887,50	0,00	0,00	0,00	1.088.887,50
2029	1.361.109,37	0,00	0,00	0,00	1.361.109,37
2030	2.177.775,00	0,00	0,00	0,00	2.177.775,00
Totale	54.986.506,14	6.207.893,86	0,00	0,00	61.194.400,00



B1A-La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono

B1a.1 Quadro epidemiologico

I. Mortalità, mortalità evitabile e aspettativa di vita

La Toscana si trova in una delle zone d'Italia con il più basso tasso di mortalità. Gli ultimi dati disponibili standardizzati per età risalgono al 2016 e collocano la regione al quinto posto tra quelle a minor mortalità. Tali dati sono necessari per un confronto tra regioni che non risenta delle differenze demografiche. Sono circa 807 i decessi ogni 100mila abitanti osservati nel 2016 (-7,2% rispetto al 2015), a fronte di una media italiana di 842 (-6,4% rispetto al 2015). Il range di variazione italiano, dal Trentino-Alto Adige alla Campania, è di circa 220 decessi ogni 100mila abitanti.

Nel 2018 sono deceduti circa 43.500 toscani, 11,6 ogni 1.000 abitanti. Dopo il 2017, anno in cui, analogamente a quanto successo nel 2015, un aumento dei decessi tra gli anziani aveva fatto salire i tassi di mortalità in tutta Italia, nel 2018 si è osservata una riduzione di 0,3 punti del tasso di mortalità regionale e italiano.

Il gap di mortalità tra uomini e donne si riduce, attestandosi su circa 344 decessi ogni 100mila abitanti. Il divario si è quasi dimezzato rispetto al 1990, quando si osservavano circa 600 decessi di differenza ogni 100mila abitanti, grazie ad una diminuzione più decisa tra gli uomini. Tra le grandi cause di morte permangono nettamente le malattie del sistema circolatorio (35,3% del totale dei decessi nel 2016) e i tumori (28,6%), seguite dalle malattie del sistema respiratorio (8%). Proprio grazie ai progressi nell'assistenza ai malati oncologici e cardiologici (malattie che provocano il 64% dei decessi se considerate insieme), dalla prevenzione primaria e secondaria, alla cura tempestiva ed efficace delle acuzie, fino alla lunga assistenza della cronicità, è possibile osservare la diminuzione nel trend nella mortalità generale nel lungo periodo.

La Toscana è tra le cinque regioni italiane che hanno il minor numero di decessi tra gli under 75 potenzialmente evitabili con azioni di prevenzione primaria, diagnosi precoce, terapie, igiene e assistenza sanitaria adeguata. È questa la definizione adottata da ISTAT nella quale ricadono buona parte dei tumori maligni e delle malattie cardiovascolari, diabete, traumatismi, ovvero decessi evitabili con un'assistenza sanitaria più attenta, accessibile e appropriata (prevenzione, diagnosi, terapia, cura, riabilitazione).

A causa di questi decessi, stando alle stime più recenti (triennio 2014-2016), i toscani perdono mediamente 16,8 giorni di vita (rispetto alla speranza di vita media). Le differenze di genere sono notevoli, in Toscana gli uomini e le donne perdono rispettivamente circa 21,1 e 12,3 giorni di vita (sono rispettivamente 23,1 e 13,5 in Italia).

La Toscana è tra le zone d'Italia con la più alta speranza di vita alla nascita, insieme ad altre regioni del centro e nord d'Italia. Un uomo nato in Toscana nel 2018 può aspettarsi di vivere 81,5 anni (+0,7 anni rispetto alla media italiana), mentre una donna 85,6 anni (+0,4). Stabilmente in crescita nel lungo periodo, rispetto al biennio 2016-2017 di sostanziale stabilità, nel 2018 l'indicatore torna ad aumentare di 0,2 anni, in Toscana come in Italia. Stabile invece il gap tra donne e uomini, che aveva comunque raggiunto il minimo storico dagli anni '50 nel 2017.

II. Tumori

Annualmente in Toscana i nuovi casi di tumore attesi, sulla base delle stime AIRTUM (Associazione Italiana dei Registri Tumori), sono poco meno di 25mila: 12.900 tra gli uomini (627 ogni 100mila abitanti) e 12mila tra le donne (487 per 100mila). Il tumore più frequente in termini assoluti è quello del colon-retto (3.650 casi nell'anno), seguito dalla mammella (3.400), dal polmone (2.900) e dalla prostata (2.700).

Nel contesto nazionale la Toscana si colloca nella parte intermedia dell'elenco delle regioni sulla base dei tassi di incidenza dei tumori stimati, in entrambi i generi. L'incidenza dei tumori segue un gradiente sud-nord e la nostra regione rispecchia l'andamento del centro Italia. A incidere su questo trend geografico potrebbe essere in parte il cosiddetto "effetto screening", fenomeno che contribuisce, a parità di malattia nella popolazione, a far aumentare l'incidenza nelle zone che hanno programmi di prevenzione secondaria più sviluppati e con maggiori livelli di adesione.

Diagnosi precoci, terapie efficaci ed accessibili, e nuovi farmaci hanno contribuito negli anni ad aumentare l'aspettativa di vita di un malato oncologico alla diagnosi. Mediamente in Toscana, a 5 anni dalla diagnosi, il 56% degli uomini e il 65% delle donne è ancora in vita (54% e 63% in Italia). Il tumore solido più letale è quello del pancreas, sopravvive a 5 anni un toscano su 10, seguito dal polmone (16%) e fegato (18%).

Tra gli uomini, circa un decesso su 4 è dovuto al tumore del polmone (25% del totale dei decessi oncologici), seguito dal colon-retto (9,5%) e prostata (7,6%). Tra le donne il tumore che incide di più sulla mortalità è quello della mammella (14,3%), seguito dal polmone (11,9%) e colon-retto (10,2%). Il trend della mortalità è in diminuzione e il dato della nostra regione si mantiene sotto la media nazionale.

I tumori rappresentano comunque ancora la seconda causa di morte, dopo le malattie del sistema circolatorio, e colpiscono circa 329 uomini e 190 donne ogni 100mila toscani (rispettivamente 338 e 194 per 100mila in Italia).

III. Malattie acute cardiovascolari

Gli eventi acuti cardiovascolari, infarti e ictus principalmente, sono tra le prime cause di morbosità, invalidità e mortalità. Oltre alla loro potenziale letalità, questi eventi lasciano la persona che sopravvive in una condizione di cronicità ad alto rischio di complicazioni e nuovi eventi. Tra il 30% e il 40% delle persone che hanno un evento di questo tipo muore prima di raggiungere l'ospedale, per questo si propone una lettura separata dei dati di ospedalizzazione e di mortalità.

In Toscana i ricoveri per infarto del miocardio sono 349 ogni 100mila uomini e 138 ogni 100mila donne. Il dato toscano è inferiore alla media nazionale, pari a 360 per 100mila uomini e 140 per 100mila donne. Il tasso di ricovero per ictus è 445 ogni 100mila uomini, e 378 ogni 100mila donne. L'incidenza dell'ictus è invece superiore alla media nazionale, pari a 427 per 100mila uomini e 342 per 100mila donne.

Le differenze di genere sono molto marcate nell'incidenza dell'infarto, per il quale il valore maschile è quasi 3 volte quello femminile, meno per l'ictus. Il rapporto tra le due patologie è invertito nei generi. Se tra gli uomini i ricoveri per infarto sono quelli più frequenti, tra le donne l'incidenza degli ictus ischemici è il doppio di quella dell'infarto. La maggior longevità delle donne, dovuta anche alla notevole minore frequenza di infarti fatali, potrebbe spiegare questa differenza, visto che solitamente gli eventi cerebrovascolari si manifestano più in avanti negli anni.

Molte abitudini e stili di vita incidono sul rischio di andare incontro a questi eventi. Dieta ricca di grassi e zuccheri, consumo di alcol, fumo di sigarette, scarsa attività fisica, sono tutti fattori di rischio noti per la salute di cuore e arterie. Gli infarti causano circa il 50% del totale dei ricoveri per malattie ischemiche del cuore, l'ictus, ischemico o emorragico, circa il 75% dei ricoveri per eventi cerebrovascolari. Monitorarne i ricoveri consente di stimarne l'incidenza nella popolazione, poiché gli unici eventi per i quali il paziente non raggiunge l'ospedale sono quelli letali o fulminanti (che sono valutati nel presente documento successivamente, insieme al trend della mortalità).

Dal 2011 al 2017, in Toscana, si è osservata una lieve e costante diminuzione dei ricoveri per infarto e ictus. Circa 9 ricoveri in meno per infarto e 16 per ictus ogni 100mila uomini (l'incidenza degli ictus emorragici è però lievemente aumentata) e, rispettivamente, -7 e -12 ogni 100mila donne. La diminuzione di questi ricoveri contribuisce in maniera sostanziale alla generale diminuzione dell'ospedalizzazione osservata in Toscana negli ultimi anni. Sicuramente stanno contribuendo le attività di prevenzione primaria, per la diminuzione della diffusione dei principali fattori di rischio citati precedentemente, e

secondaria, con piani terapeutici dedicati e comprensivi di linee guida per la corretta prescrizione dei farmaci cardiovascolari e il monitoraggio dei valori ematici e pressori.

Nel loro complesso, le malattie del sistema circolatorio causano il decesso di 1 italiano su 3 e la Toscana non fa eccezione (36% dei morti totali). Infarto e ictus costituiscono quasi la metà di questi casi. Tuttavia, i progressi nella tempestività e nell'efficacia degli interventi di gestione di questi eventi stanno continuando a portare benefici nel tempo, contribuendo alla diminuzione generale dei decessi.

Nel 2016 la mortalità per infarto prosegue il trend in diminuzione, dopo un leggero rialzo osservato nel 2015, caratterizzato da un picco nella mortalità generale che ha riguardato tutte le cause e tutta Italia, concentrato nella popolazione più anziana. Nel 2016 il tasso di mortalità standardizzato per età ha raggiunto i 38 decessi per 100mila uomini e 16 per 100mila donne. La Toscana conferma tassi lievemente inferiori alla media italiana, sia per gli uomini (45 per 100mila) che per le donne (21 per 100mila).

Considerazioni analoghe valgono per il trend della mortalità per malattie cerebrovascolari (che oltre all'ictus comprendono le occlusioni e stenosi delle arterie precerebrali e i postumi delle malattie cerebrovascolari). Nel 2016 il tasso di mortalità standardizzato per età ha raggiunto gli 88 decessi per 100mila uomini e 74 per 100mila donne. La Toscana in questo caso conferma tassi lievemente superiori alla media italiana, sia per gli uomini (83 per 100mila) che per le donne (70 per 100mila).

IV. Malattie croniche

Il progressivo aumento degli anziani ed i miglioramenti ottenuti nell'aspettativa di vita di un malato, grazie all'efficacia dei percorsi diagnostici e terapeutici, fanno sì che il numero di malati cronici nella popolazione tenda nel tempo ad aumentare.

I malati cronici in Toscana sono quasi un milione e mezzo (stime ISTAT da Indagine Multiscopo 2017), pari al 40,1% della popolazione e sostanzialmente in linea con la media italiana (39,9%). Le patologie più frequenti in Toscana, tra quelle censite, sono l'artrosi/artrite e l'ipertensione, rispettivamente al 16% e al 15,7%. Visto il continuo aumento delle persone che hanno più malattie croniche rispetto a chi ne ha soltanto una, la condizione cronica più frequente è la multi-morbosità (20,3%): è ormai necessario approcciarsi a questo tema con un'ottica orientata alla complessità clinica piuttosto che alla gestione delle singole patologie.

L'efficacia della presa in carico territoriale tende a far crescere la prevalenza di malati nella popolazione, evitando peggioramenti di salute, mantenendo i cronici più in salute

possibile e contribuendo così ad aumentare la loro aspettativa di vita alla diagnosi. Standardizzando il dato per età, il trend degli ultimi anni è comunque abbastanza stabile, anche se nell'ultimo triennio tende ad aumentare leggermente, nella nostra regione come in Italia. Come noto, ISTAT raccoglie l'informazione riportando condizioni di salute riferite dall'intervistato, in assenza della formulazione di una diagnosi clinica, pertanto la precisione delle stime che derivano da questa modalità di rilevazione non consente di interpretare come significative le modeste oscillazioni osservate nella tendenza recente. Aumentano del 5% rispetto all'anno precedente i malati che si considerano comunque in buona salute. Nel 2017 il dato sale al 45,1%, sopra la media nazionale (41,5%), collocando la Toscana al 5° posto tra le regioni italiane. L'aumento potrebbe essere letto in relazione alla buona capacità dei servizi sanitari e di welfare di dare una risposta e un'assistenza efficace, aiutando così la persona a convivere con la propria malattia senza percepire una diminuzione della propria qualità di vita.

V. Disabilità

La malattia può essere origine di menomazioni funzionali o fisiche, ma fattori personali e ambientali possono modificarne gli esiti disabilitanti, condizionando le limitazioni nello svolgimento di attività o nella partecipazione sociale. L'assistenza deve puntare al raggiungimento della massima autonomia possibile da parte della persona con disabilità. Non essendo disponibile un registro delle persone con disabilità in Toscana, è necessario attingere a fonti informative per fornire un quadro complessivo di questa popolazione.

Le persone con limitazioni funzionali erano nel 2013 secondo l'ISTAT circa 4,8 ogni 100 abitanti in Toscana, 5,5 ogni 100 in Italia. Il dato toscano è tra i più bassi in Italia, anche se in leggera crescita rispetto alla rilevazione 2005, quando era pari a 4,5 per 100 abitanti. Se rapportato alla popolazione attuale, le persone con limitazioni funzionali attese sono poco più di 171mila, di cui oltre 78mila con problematiche di confinamento (condizione estrema in cui si può trovare una persona se per limitazioni nelle funzioni della mobilità o locomozione e costretta permanentemente a casa).

Il gap tra Toscana e Italia è confermato anche dal dato sulle persone con limitazioni nelle funzioni sensoriali e motorie (ISTAT su dati EUROSTAT Indagine europea sulla salute, EHIS). Sono attese circa 460mila persone con più di 15 anni con limitazioni nella vista (di cui 44mila gravi), circa 600mila con limitazioni dell'udito (di cui 141mila gravi) e circa 465mila con limitazioni motorie (di cui 212mila gravi).

Passando dalle stime di popolazione ai dati reali, pur limitati ad un sottogruppo di

disabilità, a fine 2018 risultano erogate in Toscana 107.700 indennità di accompagnamento a invalidi totali e parziali, di cui circa 99.800 a invalidi totali. Tra queste ultime, l'80% (80.400 persone) sono destinate ad anziani e il 20% a 0-64enni (19.400) (fonte: INPS, indennità di accompagnamento). Trattandosi d'invalidi totali il dato si riferisce a un sottogruppo della definizione adottata da ISTAT, possono essere un buon proxy della disabilità grave.

Gli accertamenti annuali dell'invalidità civile sono circa 9-10mila (fonte: INPS, invalidità civile). La classe d'età maggiormente rappresentata è quella dei 40-64enni (che incide per oltre il 60%) e la quota di minori è in aumento nel tempo (dal 25% del 2015 al 29% del 2018). La tipologia di minorazione maggiormente presente è quella fisica (50%), seguita da quella psichica (16%) e dal pluri-handicap (14%), mentre è residuale la disabilità sensoriale (2%).

Gli under sessantacinquenni con disabilità, in carico al servizio sociale professionale (cartella sociale attiva e almeno una prestazione di pertinenza dell'assistente sociale nell'anno) a dicembre 2017 sono 21.600 (fonte: Regione Toscana, Osservatorio Sociale Regionale).

VI. Salute mentale

La salute mentale rappresenta una condizione fondamentale per il benessere individuale e la partecipazione alla vita sociale ed economica dei cittadini. Secondo quanto pubblicato dall'Organizzazione Mondiale di Sanità, il 27% della popolazione europea adulta (18-65 anni, 28 paesi UE) ha sperimentato almeno un disturbo mentale nel corso dell'anno (circa 83 milioni di persone) con un costo totale stimato di oltre 600 miliardi di euro, più del 4% del PIL.

In Italia, secondo l'indagine European health interview survey (EHIS) per il triennio 2015-2017, si stima che il 7% della popolazione d'età 15+ anni (3,7 milioni di persone) abbia sofferto di disturbi ansioso-depressivi nel corso dell'ultimo anno, mentre la prevalenza del solo disturbo depressivo è pari al 5,5% (media europea: 7,1%). Pur se riferito ai soli sintomi depressivi, anche l'indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ha inserito nel proprio sistema di monitoraggio il Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2). Il dato nazionale, riferito al periodo 2014-2017, è stabile rispetto al periodo precedente (2013-2016), con una prevalenza di persone che riferiscono di aver sofferto di sintomi depressivi nelle due settimane precedenti all'intervista pari al 6,1% tra gli italiani adulti (18-69 anni). In Toscana si è verificata una

riduzione (-0,8%).

Nel 2018, quasi 81mila persone hanno ricevuto almeno una prestazione presso i Dipartimenti di Salute Mentale territoriali, 216 ogni 10mila abitanti (valore stabile rispetto agli anni precedenti). Di questi, 46.500 hanno effettuato almeno 4 prestazioni nel corso dell'anno (57,6% del totale) e pertanto possono essere considerati "presi in carico" (124,5 presi in carico per 10mila abitanti). I nuovi utenti sono stati 23mila, pari a 61,7 ogni 10mila abitanti.

Dividendo la popolazione in adulti e minorenni, in base ai servizi di presa in carico, emergono subito i valori di gran lunga superiori nella fascia d'età <19 anni. In linea con le specificità di genere tipiche delle patologie che si presentano in età infantile, i maschi sono prevalenti rispetto alle femmine. In età adulta, il rapporto s'inverte, mantenendo comunque una maggior similitudine fra i due generi.

Per cercare di fornire maggiori informazioni circa la significativa riduzione osservata nel passaggio dai servizi per minori a quelli per adulti, va fatto riferimento alle diagnosi che presentano molte lacune, ma possono tuttavia fornire indicazioni utili soprattutto tra i minori. Prima dei 19 anni le principali diagnosi sono i disturbi evolutivi delle abilità scolastiche (25,7% delle diagnosi inserite) e i disturbi dell'eloquio e del linguaggio (24,5%), alle quali seguono i disturbi evolutivi globali e i disturbi ipercinetici (entrambi al 7,6%) tra i maschi, e i disturbi della sfera emozionale con esordio nell'infanzia (4,4%) e i disturbi d'ansia (4,3%) tra le femmine. Sapendo che gran parte di queste patologie manifestano il loro esordio durante i primi anni della scuola primaria, non stupisce l'alta prevalenza di presi in carico nella fascia di età 6-13 anni. Inoltre, per una corretta lettura del dato riferito all'elevata prevalenza dei disturbi evolutivi delle abilità scolastiche e del linguaggio, dobbiamo ricordare che la Regione Toscana, nel corso degli ultimi anni, ha attivato specifici protocolli di valutazione e di presa in carico grazie ai quali è stato possibile potenziare il percorso diagnostico svolto dai Servizi specialistici. Patologie per le quali non sempre è prevista la presa in carico da parte dei Servizi di salute mentale per adulti, fattore che può spiegare parte della riduzione osservata fra i Servizi infanzia-adolescenza e salute mentale adulti.

Fra gli adulti le diagnosi principali non mostrano differenze significative rispetto agli anni precedenti. Le principali patologie continuano a essere i disturbi nevrotici (30,4% delle diagnosi inserite), seguiti dalle psicosi affettive (22,4%), dalle reazioni da adattamento (13,8%) e dai disturbi di personalità (5,5%).

Nonostante il trattamento in ambito territoriale sia la principale modalità di presa in carico

dei disturbi di salute mentale, in situazione di acuzie o di particolari forme patologiche, è necessario ricorrere al ricovero ospedaliero.

In linea con il dato nazionale, in Toscana l'ospedalizzazione per disturbo psichiatrico è stabile su un valore medio di 3,4 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui il 35,8% effettuati in regime di day hospital. Fra gli indicatori utilizzati per valutare la corretta presa in carico dei pazienti dimessi dall'ospedale, si fa riferimento al valore dei ricoveri ripetuti a 30 giorni e a 7 giorni dalla dimissione. La Toscana, rispetto alla media nazionale, presenta valori inferiori in entrambi gli indicatori. Nel primo caso (30 giorni dalla dimissione) i ricoveri ripetuti rappresentano il 9,9% rispetto al 17,7% italiano, mentre a 7 giorni costituiscono il 4,5% del totale rispetto al 7,8% italiano.

Da alcuni anni il ricovero psichiatrico non mostra differenze di genere. Tuttavia, dividendo la popolazione in adulti e minori, i due trend hanno andamenti molto diversi fra loro, con un progressivo incremento delle ospedalizzazioni fra i minori. Tra i maschi, in particolare, il tasso di ricovero non accenna a diminuire, raggiungendo i 7,3 ricoveri ogni 1.000 abitanti. I ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione rappresentano il 7,4% del totale quelli a 7 giorni il 3,4%.

Nella popolazione adulta (20+ anni), le prime due cause di ricovero si confermano essere il disturbo bipolare, 9,7 ricoveri ogni 10mila abitanti, e il disturbo schizofrenico, 5,8 ricoveri ogni 10mila abitanti. Seguono i disturbi psico-organici e le sindromi depressive, entrambi in lieve diminuzione.

Andamento molto diverso emerge dall'analisi della popolazione d'età ≤ 19 anni, dove i ricoveri per disturbi dell'infanzia negli ultimi 10 anni sono passati da 10,9 a 28,1 ogni 10mila abitanti.

Fra i disturbi dell'infanzia, continua il significativo aumento dei ricoveri per disturbi ipercinetici dell'infanzia che dal 2007 sono aumentati di oltre 8 volte passando da 1,6 a 13,7 ricoveri per 10mila abitanti. Tra i maschi, dove si registra la prevalenza maggiore, il tasso di ricovero è di 23 ogni 10mila abitanti. Sempre fra i disturbi dell'infanzia, è elevata la prevalenza dei ricoveri con diagnosi di ritardo specifico dello sviluppo (6,9 per 10mila abitanti), disturbo pervasivo dello sviluppo (4,4 per 10mila) e disturbo delle emozioni (2,6 per 10mila), che però mantengono un andamento stabile.

In assenza di un dato di popolazione generale, il quadro descritto traccia un andamento stabile del disturbo mentale nella popolazione adulta, ma in aumento fra i minori. In questo caso, come già in precedenza segnalato, la maggior attenzione posta nei confronti della diagnosi precoce può aver favorito l'emergere di casi prima sommersi.

B1a.2 Quadro demografico

I. Popolazione

La Regione Toscana ha una popolazione di 3.676.000 abitanti¹, una superficie di 23.000 km², e una densità di 159,9 abitanti/km². L'età media della popolazione è di 46,7 anni (media italiana: 44,9 anni) e le donne sono poco più della metà (52%).

Per il quarto anno consecutivo si rileva un calo dei residenti, rispetto al 2015, anno in cui si è interrotto un trend in costante aumento dal 2001, dovuto all'incremento degli stranieri residenti. L'inversione del trend è causata dalla diminuzione dei flussi in ingresso e del calo della natalità tra le donne straniere, che pur si mantiene su valori superiori a quelli delle donne italiane.

Attualmente i toscani rappresentano il 6,2% della popolazione italiana.

Nel 2018 sono nati circa 25mila bambini (6,7 ogni 1.000 abitanti) e deceduti circa 43.500 toscani (11,6 ogni 1.000 abitanti), confermando anche il trend del movimento naturale (nati-morti), che è in continua diminuzione. La popolazione straniera, stabilizzandosi sul nostro territorio, in parte contrasta questo trend negativo anche grazie ai propri tassi di natalità, più alti rispetto alla popolazione autoctona.

Continua il progressivo invecchiamento della popolazione, comune a tutto il territorio nazionale, con l'aumento della speranza di vita alla nascita e la contrazione del ricambio generazionale. A fronte di una stabilità dei giovani under 15 si erode la popolazione in età attiva tra i 15 e i 64 anni (da 68% a 62% della popolazione generale in 20 anni), a vantaggio degli anziani, ormai un quarto dei toscani e destinati a diventare un terzo nei prossimi 30 anni².

Gli indici demografici certificano questo scenario. L'indice di vecchiaia è molto alto, 204 abitanti di età superiore a 65 anni per 100 abitanti, rispetto ad un valore nazionale di 173. La speranza di vita alla nascita è di 81,1 anni per i maschi e 85,6 anni per le femmine.

Si contano ormai da alcuni anni circa due anziani per ogni giovane toscano, con un trend in aumento dal 2002. L'aumento è meno marcato rispetto a quello italiano perché la Toscana storicamente era già tra le regioni più anziane in Italia. Comincia quindi a ridursi il gap con le altre regioni.

Cresce anche l'indice di dipendenza strutturale toscano, arrivato a contare circa 6 residenti cosiddetti "non produttivi" (anziani e giovani) ogni 10 "produttivi", il cui

¹ ISTAT, Bilancio Demografico e popolazione residente per sesso al 31 agosto 2020, su demo.istat.it

² ARS Toscana, Oss. Sociale, ANCI e Lab. MeS. Welfare e Salute 2019. <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4136-welfare-e-salute-in-toscana-2019.html>

andamento è quasi parallelo a quello italiano, anche se la forbice tra i due valori tende ad allargarsi, in virtù della maggior erosione della classe d'età 15-64 anni nella nostra regione.

II. La presenza straniera

Il consolidamento della presenza straniera sul territorio nazionale e toscano è un fenomeno ormai strutturale. Gli stranieri residenti sono aumentati costantemente dalla fine degli anni 1990, pur rallentando il ritmo di crescita negli ultimi 5 anni, non riuscendo più così a colmare il gap del saldo naturale della popolazione (nati-morti). Al primo gennaio 2018, gli stranieri residenti in Toscana erano oltre 408mila, circa l'11% della popolazione regionale (media italiana 8,5%), in maggioranza donne (53%). Tra le 172 nazionalità presenti, quelle maggiormente rappresentate sono la rumena (21%), l'albanese (15%), seguite dalla cinese (13%) e dalla marocchina (6%). Se ai residenti aggiungiamo gli irregolari, stimati intorno all'8,7% degli stranieri residenti³, si ottiene una stima dell'11,9% di stranieri nella popolazione.

L'età media dei toscani autoctoni è significativamente diversa da quella degli stranieri, rispettivamente 47,8 e 34,6 anni, per questo i flussi migratori contribuiscono al ringiovanimento generale della popolazione. Negli anni recenti però, complice la crisi economica e le modifiche che hanno coinvolto gli arrivi, i flussi migratori stanno cominciando a modificarsi. Mediamente aumentano sia le donne che l'età media, così come aumentano i permessi di soggiorno di lungo periodo (dal 47% nel 2011 al 62% nel 2017), solitamente meno legati a motivi di lavoro. Tra i motivi di richiesta del permesso di soggiorno aumenta, infatti, l'incidenza della riunificazione familiare (dal 35% del 2007 al 44% del 2017) a discapito del lavoro (crollato dal 53% al 3%), mentre assumono maggiore rilevanza le motivazioni umanitarie (36% nel 2017). Crescono le acquisizioni di cittadinanza italiana (da 3mila del 2007 a 11mila del 2017), nonostante si sia registrato un forte calo rispetto al 2016 (-25%). Si tratta di segnali di radicamento delle comunità già presenti da tempo e di una perdita di attrattività lavorativa della Toscana che si inseriscono in un contesto caratterizzato dalla complessa situazione delle migrazioni per motivi umanitari proveniente dalle zone critiche in Nord Africa e Medio Oriente (a gennaio 2019 risultano presenti nel sistema regionale di accoglienza diffusa circa 8mila richiedenti asilo).

Il contributo della popolazione straniera nella società si evince anche da altre statistiche

demografiche e di ricorso ai servizi. All'ultimo censimento del 2011, le famiglie toscane con almeno uno straniero residente, circa 145mila, rappresentavano il 9% di tutte le famiglie, mentre quelle composte esclusivamente da stranieri (dato riferito all'anno 2018) sono 135mila (8,2% del totale delle famiglie, valore tra i più alti in Italia).

I matrimoni con almeno uno sposo straniero nel 2017 sono stati 1.860 (16% del totale dei matrimoni) e i bambini stranieri nati in Toscana sono passati da 4.300 nel 2006 (13,6% del totale iscritti per nascita) a oltre 5mila nel 2017 (20%), con una differenza di oltre 5 punti percentuali rispetto alla media nazionale. L'aumento della natalità ha quadruplicato in pochi anni i minori stranieri, adesso quasi 82mila, 20% degli stranieri residenti e 14% del totale dei minori toscani. Gli iscritti al sistema scolastico sono quasi 59mila, il 14% del totale degli studenti, di questi circa 36mila (61%) sono di seconda generazione.

Nel mondo del lavoro gli stranieri rappresentano il 12% degli occupati in Toscana, mentre gli iscritti ai Centri per l'Impiego nel 2018 sono quasi 128mila, il 24% del totale, quasi esclusivamente provenienti dai cosiddetti paesi a forte pressione migratoria.

III. Minori e giovani

Sono circa 566mila i minorenni toscani e rappresentano il 15% della popolazione. I giovani tra i 18 e i 29 anni sono invece 408mila, l'11% dei toscani. La percentuale di minori e giovani nella popolazione toscana è inferiore di circa un punto percentuale rispetto alla media italiana. Gli stranieri rappresentano circa il 14% dei minori e il 17% dei giovani, rispettivamente 82mila e 70mila ragazzi. Un toscano su quattro, quindi, ha meno di 30 anni, circa 974mila persone, diminuiti rispetto al passato: erano il 28% nel 2001 e il 33% nel 1991.

Oltre il 63% dei toscani tra 18 e 34 anni vive in casa con i genitori, tra questi il 35% non lascia l'abitazione di origine pur avendo un lavoro. Le ricadute sulla propensione a costituire nuove unioni stabili e sulla natalità sono importanti: sono sempre meno le coppie sotto i 35 anni con figli, passate dal 12,7% del totale delle famiglie nel 1991 al 5,6% nel 2011 (ultimo dato censuario) e cresce l'età media al parto delle donne.

La Toscana non rappresenta comunque una particolarità nel panorama nazionale, lo scenario è comune a quello italiano.

IV. Anziani

Gli effetti del generale invecchiamento della popolazione sul sistema sanitario e di welfare sono considerevoli. Con gli anziani aumenta in generale il bisogno di assistenza legato alla cura delle patologie croniche, all'aiuto nei casi di non autosufficienza, al sostegno in caso di solitudine o isolamento sociale, problematiche di competenza dei servizi territoriali sanitari, sociosanitari e sociali. Il fenomeno migratorio ormai riesce solo in parte a rallentare la dinamica di progressivo invecchiamento della popolazione, toscana e italiana, e la nostra è tra le regioni più anziane in Europa.

Al 1° gennaio 2018 erano circa 943mila gli anziani in regione, un toscano ogni 4, con una progressiva crescita nel tempo delle classi di 75-84 anni e over 84 (cosiddetti grandi anziani), che rappresentano ormai 1 anziano su 2 (53%). Grazie alla maggior longevità che le contraddistingue le donne rappresentano il 57% degli ultra 64 e dunque, più spesso degli uomini, restano vedove e/o sole: oltre 1 anziano su 4 è vedovo, 11% degli uomini e 41% delle donne.

Tendono a crescere le famiglie che hanno al loro interno almeno un anziano (629mila all'ultimo censimento del 2011) e quelle costituite solo da anziani, soli o ancora coniugati (396mila). Un dato più recente di fonte ISTAT, relativo al 2015, conta circa 137mila famiglie toscane che hanno al proprio interno grandi anziani (85+ anni d'età). Gli anziani soli sono circa 300mila, anche se non sempre a solitudine anagrafica corrisponde una reale solitudine abitativa, a causa della possibile mancata coincidenza tra residenza anagrafica e domicilio. L'indagine PASSI d'Argento 2017, infatti, ha rilevato circa 151mila anziani (16% degli intervistati) in solitudine abitativa. Se da un lato il vivere da soli può essere segnale di buone condizioni e di autonomia fisica, relazionale ed economica, se scelto o vissuto in serenità, dall'altro lato occorre individuare le condizioni di criticità e di disagio, nel caso in cui rappresenti una condizione subita, in particolare considerato il rischio di eventi acuti che potrebbero compromettere l'autonomia dell'anziano.

B1a.3 Quadro socio economico

I. Inclusione ed esclusione sociale

Reddito, casa e lavoro sono i principali determinanti di cittadinanza e il loro indebolimento mette le persone a rischio di disagio, impoverimento, marginalizzazione, sofferenza e vulnerabilità, generando disuguaglianze sociali e di salute.

La Toscana ha livelli reddituali sopra la media nazionale per i principali indicatori economici. Il reddito medio dichiarato IRPEF 2018 è pari a 20.681 euro pro capite (20.355 euro p.c. in Italia), il reddito medio disponibile 2017, reddito da lavoro e capitale al netto di tasse e altri trasferimenti, è pari a 20.275 euro pro capite (18.505 euro p. c. in Italia), mentre il reddito netto familiare 2016, somma dei redditi familiari al netto dei trasferimenti, è pari a 33mila euro pro capite (30.600 euro p. c. in Italia). Anche le pensioni INPS erogate nel 2018 confermano valori mensili più alti mediamente di circa 45 euro rispetto alla media italiana (922 euro mensili rispetto a 886 in Italia).

Anche gli indicatori toscani di povertà relativa (rispetto al livello economico medio italiano), e assoluta (incapacità di acquisire i beni e i servizi minimi per una vita accettabile in Italia) sono migliori della media nazionale. L'incidenza di povertà relativa, in netta diminuzione nell'ultimo decennio, torna però a crescere nel 2017, dopo quattro anni di continuo calo. Il 5,9% delle famiglie toscane (circa 97mila) ha avuto una spesa media per consumi sotto la soglia di povertà relativa: circa la metà della media nazionale (pari a 12,3%) e tra le più basse a livello regionale. Le famiglie toscane in condizione di povertà assoluta, pur inferiori alla media italiana, aumentano rispetto al 2008 (anno pre-crisi) dal 2% al 3,8%. Si tratta di circa 62mila nuclei familiari e 143mila persone.

Alle misure di povertà si lega la condizione di deprivazione (misurata in almeno 4 dei 9 sintomi di disagio legati a spese impreviste, arretrati nei pagamenti, possibilità di ferie annuali, pasti adeguati, riscaldamento abitazione, acquisto beni durevoli) e di difficoltà nel pagamento dell'affitto. I toscani che vivono in famiglie in condizione di deprivazione sono 253mila, il 6,8% della popolazione, dato inferiore alla media italiana (10,1%) e in linea con quella europea (6,6%), ma comunque raddoppiato rispetto al periodo pre-crisi. Le domande di contributo economico per il pagamento degli affitti presentate ai Comuni toscani nel 2018 (19.500) coinvolgono l'8% delle famiglie toscane in affitto e i provvedimenti di sfratto emessi nel 2017 (4.276) riguardano il 2%.

Le famiglie con livelli ISEE 2017 inferiori ai 3mila euro sono 52mila, il 16% di quelle che hanno presentato la dichiarazione, per un totale di 133.500 persone. Tra i 3mila e i 6mila euro si trovano invece 42mila famiglie (13% delle dichiarazioni), per un totale di 127.600

persone. I nuclei beneficiari del Reddito di Inclusione (REI) nel 2018 sono stati 14.603, per un totale di 38.886 persone coinvolte e un importo medio di 263 euro a nucleo (fonte: INPS).

Il 3,7% degli anziani toscani, circa 35.200, ha una pensione o assegno sociale (prestazione riservata a chi non percepisce reddito o ha redditi molto bassi), e il 18% percepisce una pensione integrata al trattamento minimo, circa 172mila anziani. Le persone accolte nei centri di ascolto della rete *Mirod* di Caritas Toscana nel 2017 sono quasi 25mila, il 64% dei quali è di origine straniera.

In sintesi, i dati reddituali e di sofferenza economica, seppur in un quadro peggiorato rispetto agli anni che hanno preceduto l'attuale congiuntura, disegnano una situazione in miglioramento.

La Toscana ha risentito mediamente meno di altre regioni della contrazione del mercato del lavoro degli ultimi anni, ma ha comunque subito una flessione dei propri livelli occupazionali. Nonostante alcuni recenti e significativi segni di miglioramento, che si confermano in maniera decisa nel 2018 con l'occupazione che arriva "nominalmente" sopra ai livelli del 2008 (+36mila occupati), non è stata ancora ridotta la disoccupazione. I disoccupati, infatti, sono ancora 44mila in più rispetto al 2008.

La forza lavoro toscana nel 2018 ammontava a 1,72 milioni di persone, delle quali 1,59 milioni sono occupati e circa 126mila in cerca di lavoro. A seguito della significativa inversione di tendenza avvenuta nel 2015, quando grazie ai bonus contributivi introdotti è aumentata l'occupazione e diminuita la disoccupazione, c'è stato un rallentamento nel 2016 e una nuova ripartenza nel 2017 (+16.500 occupati e -15.700 disoccupati rispetto al 2016) e nel 2018 (+12mila occupati e -22mila disoccupati rispetto al 2017). Complessivamente la situazione è dunque migliore rispetto alle fasi più critiche della recessione, e, dopo 3 anni consecutivi in miglioramento, sembrano esserci i primi segnali di consolidamento.

Cresce la forza lavoro (+79mila dal 2008, +156mila dal 2004) per l'ingresso nella popolazione attiva di donne e giovani prima inattivi, ma all'aumento degli occupati (+36mila dal 2008, +111mila dal 2004) non corrisponde un calo dei disoccupati (+44mila disoccupati dal 2008, +45mila dal 2004). Aumentano quindi il tasso di attività (71,9% rispetto al 65,6% in Italia) e il tasso di occupazione (dal 65,2% del 2008 all'attuale 66,5%, rispetto al 58,5% nazionale), ma anche il tasso di disoccupazione (dal 6,1% del 2008 all'attuale 7,3%, con un picco del 10% nel 2014).

Gli inattivi nel medio periodo diminuiscono (-14mila dal 2008), ma nel 2018 si rileva un

leggero aumento (+7mila rispetto al 2017), sia tra le forze di lavoro potenziali, persone in cerca di occupazione che hanno interrotto l'azione di ricerca attiva (+2mila sul 2017), che tra i non disponibili al lavoro (+5mila sul 2017). Quelli di lunga durata (da più di un anno) sono circa la metà dei disoccupati totali.

Aggiungendo ai disoccupati in senso stretto le persone disponibili a lavorare che non stanno cercando un impiego (54mila) e i part-timers involontari (190mila), sarebbero circa 467mila i toscani che nel 2017 avrebbero voluto lavorare o lavorare di più, ma non sono stati in condizione di farlo (il dato ufficiale 2017 parla di 148mila disoccupati in senso stretto) (fonte: IRPET). In 10 anni i toscani iscritti come disponibili al lavoro presso i Centri per l'Impiego regionali (CPI) sono passati da quasi 286mila a oltre 497mila, dei quali il 60% sono over39enni. Il rapporto tra iscritti ai CPI e popolazione in età attiva (15-64 anni), simile al tasso grezzo di disoccupazione, è del 21,4%, quasi il doppio rispetto al 12% del 2008.

Tornano ad aumentare le cessazioni di rapporti di lavoro rispetto ai nuovi avviamenti. Dopo il biennio 2015-2016 in cui gli avviamenti erano stati superiori alle cessazioni, si assiste a un'inversione di tendenza nel 2017 (804mila avviamenti e 902mila cessazioni) che continua anche nel 2018 (839mila avviamenti e 952mila cessazioni), anche se va detto che gli avviamenti hanno avuto una notevole crescita (erano 707mila nel 2016). Gli avviamenti a tempo indeterminato sono il 10%, il 54% riguarda il tempo determinato, il 15% la somministrazione di lavoro (ex interinale).

I toscani percettori di indennità di disoccupazione (dal 2015 NASpl-Nuova prestazione di Assicurazione Sociale per l'Impiego) aumentano e hanno superato i 113mila nel 2017, un dato sensibilmente più elevato rispetto al 2011 (erano circa 60mila).

Dalle analisi complessive emerge con chiarezza la presenza di almeno tre categorie di soggetti penalizzate dalle attuali dinamiche del mercato del lavoro toscano: donne, giovani e stranieri.

Permane anche in Toscana, seppure riducendosi, la tradizionale forbice di genere a svantaggio delle donne in tutti gli indicatori sul mercato del lavoro: +2% nel tasso di disoccupazione ufficiale e +12% nel tasso di attività e nel tasso di occupazione, +5% nel rapporto tra gli iscritti ai CPI e la popolazione in età attiva.

Il tasso di disoccupazione 2017 degli stranieri residenti in Toscana (fonte: IRPET) era pari al 16,8%, rispetto al 7,3% tra gli italiani, e le informazioni 2018 dei CPI sembrano confermare tale differenza, con i 122mila stranieri residenti iscritti in cerca di lavoro (più che triplicati dal 2008), pari al 39% degli stranieri residenti in età attiva (rispetto al 19%

degli italiani).

Il tasso di disoccupazione 2018 tra i 15-24enni era pari al 23% e tra i 18-29enni al 18,4%. Nonostante una riduzione negli ultimi anni e una situazione migliore del quadro nazionale (rispettivamente al 32% e 24,7%), segnano entrambi un +8% rispetto al 2008. I giovani che non lavorano e non studiano, cosiddetti NEET (*Not in Education, Employment or Training*), sono circa 81mila, pari al 16% dei 15-29enni toscani (media Italia 23%) con un andamento in calo da alcuni anni.

Fortemente associato alla crisi economica, il disagio abitativo è uno degli aspetti che più mette alla prova le famiglie. I numeri degli sfratti e domande per l'integrazione economica per gli affitti sono *proxy* della fragilità economica delle famiglie e della vulnerabilità sul versante abitativo. Escludendo le famiglie in alloggi ERP (di fatto non destinatarie di sfratti e impossibilitate a presentare domande per contributi), sono 4.300 gli sfratti emessi nel 2017 (interessano 20 famiglie sulle 1.000 in affitto), mentre le domande per il contributo affitto sono 16.800 (80 famiglie ogni 1000). A queste cifre vanno aggiunte le circa 20mila famiglie in graduatoria ERP, ma non assegnatarie di alloggio, che dunque rappresentano un segmento a rischio abitativo.

II. Le famiglie

Ci troviamo in una fase storica in cui le famiglie, pur rimanendo il fulcro delle politiche di welfare e l'ambito principale d'inclusione e cittadinanza, di sviluppo delle relazioni, di supporto, di cura e, troppo spesso, l'ammortizzatore sociale più efficace, hanno notevolmente modificato la propria forma e composizione. Si pensi alle attuali dinamiche di formazione e scioglimento delle coppie, alle nuove forme di convivenza, al ritardo con cui i giovani abbandonano la famiglia di origine per costituirne una propria, all'erosione della numerosità familiare e ai cambiamenti del ruolo della donna nella società, con la riduzione del tempo dedicato all'ambiente domestico a vantaggio di un maggior impegno nel mondo del lavoro.

La Toscana ovviamente si colloca in questo scenario ed è anch'essa interessata da un processo di semplificazione strutturale, detto anche di nuclearizzazione: aumentano i nuclei e diminuisce il numero di componenti. Al 1° gennaio 2018 le famiglie toscane erano quasi 1 milione e 651mila, con una composizione media di 2,25 individui (contro una media nazionale di 2,33). Nel lungo periodo si rileva il progressivo assottigliamento delle dimensioni familiari: dal 1971 al 2011 le famiglie sono oltre 500mila in più (+48%), ma il numero medio di componenti è sceso da 3,3 a 2,3 (-28%). Oggi 1 famiglia su 2 è

composta al massimo da 2 persone, aumentano quelle unipersonali, circa 555mila, il 33% del totale delle famiglie (erano il 20% nel 1991) e diminuiscono sensibilmente quelle numerose (5+ componenti), circa 72mila, il 4% del totale (erano il 6% nel 2001).

Diminuiscono le coppie con figli, circa 523mila, pari al 32% del totale (erano il 37% nel 2001) e più di una famiglia su due (54%) è costituita da over60enni soli, non necessariamente vedovi, poiché aumentano i single (soprattutto maschi). I figli che vivono con un solo genitore sono 170mila (1 famiglia su 10), con una prevalenza netta di madri sole con figli (80%).

Le coppie non coniugate aumentano e raggiungono il 9% del totale delle coppie stabili, così come aumentano le famiglie ricostituite (spesso anche ri-coniugate) dopo esperienze matrimoniali precedenti: nel 2017 in Toscana il 18% degli sposi e il 16% delle spose erano al secondo matrimonio o successivo. In generale i matrimoni diminuiscono, sono posticipati (mediamente gli uomini si sposano dopo i 36 anni, le donne dopo i 33) e si modificano, ormai, infatti, il 65% avviene con rito civile (49% in Italia). Nel 2017 ci sono stati 11.772 matrimoni e, anche se l'indice di nuzialità è leggermente risalito negli ultimi anni, il trend 2002-2018 rivela un progressivo calo (da 4,2 a 3,1 matrimoni per 1.000 abitanti).

III. Educazione e istruzione

La scuola concorre allo sviluppo del capitale umano di un territorio, oltre che a quello intellettuale e cognitivo dello studente, favorendo l'inserimento sociale, lavorativo, la cura di sé e l'orientamento nei servizi sociali e sanitari, come confermato ormai da numerosi studi.

Sono circa 532mila gli iscritti negli istituti scolastici e ai servizi educativi per l'infanzia. A questi ultimi (rivolti a bambini di 3-36 mesi d'età) sono iscritti circa 24.350 bambini, circa 88mila sono quelli iscritti alle scuole dell'infanzia (3-5 anni), circa 161mila alla scuola primaria, 100mila e 157mila rispettivamente alla secondaria di I grado e II grado. I bambini e ragazzi stranieri rappresentano il 14% del totale degli iscritti, in linea con il dato demografico (gli stranieri tra i ragazzi under 16 sono il 14,6%). Si tratta in 6 casi su 10 di stranieri di seconda generazione.

I servizi educativi per l'infanzia attivi, costituiti per l'83% da asili nido e nel resto dei casi da servizi integrativi (spazi gioco, centri per bambini e famiglie, servizi educativi domiciliari), nell'anno scolastico 2017/2018 erano 973 in Toscana, distribuiti nel 75% dei comuni toscani, con una componente privata pari al 52%. Il ruolo di questi servizi, dal

punto di vista educativo e di supporto alle famiglie, è ormai fondamentale, così com'è ormai consolidato che l'investimento sui primi anni di vita promuove lo sviluppo economico e sociale di una comunità. Complice la crisi economica, considerata la spesa che le famiglie sono tenute a sostenere per il servizio, dal 2010 a oggi la domanda è calata del 22% circa e, anche grazie alla diminuzione dei nuovi nati, la Toscana continua a mantenersi oltre la soglia indicata dall'indicatore di Lisbona, che fissa al 33% la quota minima di bambini accolti.

L'81% dei toscani tra i 20 e i 24 anni ha almeno il diploma di scuola superiore. Di riflesso quindi quasi 2 giovani su 10 non raggiungono tale livello e il dato toscano, se pur migliorato, ancora non ha raggiunto la soglia, fissata per il 2010, dell'85% (strategia di Lisbona).

La laurea tra i 30-34enni toscani è più frequente rispetto ai coetanei italiani (29,4% rispetto alla media italiana di 27,8%), ma il nostro paese ha uno dei valori più bassi in Europa, dove circa 4 giovani su 10 sono laureati.

Nella popolazione generale toscana (età 15+ anni) aumentano laureati e diplomati, rispettivamente dal 9% al 16% e dal 29% al 36% negli ultimi 14 anni, e diminuiscono le persone con la sola licenza elementare o senza alcun titolo di studio, dal 32% al 18%. L'evoluzione toscana è simile a quella italiana e le due distribuzioni per titolo di studio nel 2018 sono sostanzialmente uguali, con lievissime differenze nella percentuale di diplomati, a svantaggio della Toscana, e dei laureati, che sono invece leggermente di più nella nostra regione.

Continua la diminuzione degli abbandoni scolastici, pari al 10,6%, la metà rispetto al 2004 e inferiori alla media italiana pari al 14,5%, sempre più vicina a sua volta alla media europea e alla soglia del 10% fissata dalla Strategia Europa 2020. Gli studenti toscani che riportano esiti negativi sono circa 17.800, pari al 5% del totale, con un trend generale in diminuzione, ma una situazione ancora negativa tra gli studenti delle scuole secondarie di II grado, dove la percentuale di esiti negativi raggiunge il 10%. Contestualmente, gli studenti in ritardo rispetto al regolare ciclo di studio nell'anno scolastico 2017/2018 sono circa 52.700, pari al 13% di tutti gli studenti, mentre tra gli iscritti alle secondarie di II grado sono il 24,5%. Gli studenti stranieri hanno maggiori difficoltà, ma nel tempo la situazione sta migliorando, anche grazie all'aumento delle seconde generazioni. Gli esiti negativi riguardano il 10% degli studenti stranieri, più del doppio rispetto agli italiani, e 1 studente straniero su 3 è in ritardo negli studi, a fronte di una media tra gli italiani pari a quasi 1 su 10. I due indicatori raggiungono livelli ancora

più alti tra gli stranieri iscritti alle scuole secondarie di II grado, tra i quali più del 20% ha esiti negativi e più della metà è in ritardo sul ciclo regolare.

IV. Vulnerabilità delle famiglie

L'indebolimento delle famiglie, sempre più instabili e meno numerose, rischia di compromettere la funzione di supporto e cura verso i più fragili che hanno sempre avuto all'interno del Sistema di Welfare. Diminuisce il numero medio di componenti, passato dai 3,25 del 1971 all'attuale 2,25 e aumentano separazioni e divorzi, rispettivamente 6mila e oltre 6.500 nel 2017, per un totale di divorziati in Toscana pari a circa 125mila persone (3% della popolazione).

La condizione abitativa delle famiglie toscane è solida. Il 96% risiede in abitazione, 3 su 4 in case proprie, il 16% in affitto e il 10% in abitazioni a titolo gratuito o di prestazioni di servizio. Gli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) sono il 2,4% delle abitazioni toscane, si tratta di circa 49.700 unità immobiliari, 1 ogni 33 famiglie, dove abitano circa 115mila persone in 47mila diversi nuclei familiari (3% delle famiglie, il 18% di quelle in affitto).

Vi sono comunque alcuni elementi di fragilità legati agli sfratti e alle richieste di contributi economici. Gli sfratti richiesti sono triplicati rispetto al 2001, da 3.400 a circa 10.600 nel 2017 (coinvolgendo poco meno del 2% delle famiglie in affitto), e di conseguenza sono notevolmente aumentati quelli eseguiti, da poco meno di 900 a quasi 3.200.

Aumentano anche i nuclei con maggiori difficoltà a mantenere la propria condizione abitativa: al calo delle domande complessive per il contributo economico per il pagamento dell'affitto negli ultimi due anni corrisponde, infatti, una crescita delle domande di fascia A (riguardanti le famiglie con i redditi più bassi), passate da 8.700 nel 2004 a 13.500 nel 2018.

Se da un lato le famiglie, come detto, si indeboliscono, dall'altro aumentano invece le persone potenzialmente bisognose di cure e supporto, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. Attualmente le famiglie che hanno al proprio interno over84enni sono 137mila, pari all'8,3% del totale delle famiglie (7% in Italia). La pressione degli ultra 84enni (potenziali o conclamati *care-receiver*) sui 50-74enni (potenziali o conclamati *care-giver*) è in costante crescita (sono 12,5 ogni 100 nel 2017). A dicembre 2017 erano circa 24.300 i minori presi in carico dal servizio sociale territoriale (43,2 ogni 1.000 minorenni toscani), ai quali vanno sommate le circa 3mila prese in carico

concluse durante l'anno, per un totale di 27.350 totali (48,6 per 1.000), di cui il 37% straniero (fonte: monitoraggio Centro regionale Infanzia e Adolescenza). Questo dato è *proxy* della vulnerabilità e delle risorse a disposizione delle famiglie. Gli interventi sociali e socio-assistenziali si dividono tra forme di sostegno a bambini e ragazzi nel loro ambiente familiare (a carattere diurno o di sostegno alle famiglie) e al di fuori della famiglia di origine (affidamento familiare o in struttura residenziale).

Tra i primi, aumentano per il terzo anno consecutivo gli affidamenti familiari part-time (limitati nel tempo per temporanee situazioni di difficoltà della famiglia di origine), raggiungendo le 230 unità nel 2017, pari a 0,4 ogni 1.000 minorenni toscani. Il 45% dei minori in affido part-time è straniero.

Le accoglienze nei servizi semiresidenziali sono state 867 nel 2017, 1,6 per 1.000 minori, di cui un terzo relative a bambini stranieri.

Sempre secondo i dati del monitoraggio del Centro regionale Infanzia e Adolescenza, i minori coinvolti dal sostegno socio-educativo scolastico e territoriale sono rispettivamente 2.576 (4,6 per 1.000) e 2.911 (5,2 per 1.000), con un'incidenza degli stranieri pari al 23% nel primo e 32% nel secondo.

Gli interventi di sostegno alle famiglie riguardano il ricorso a famiglie di appoggio, che nel 2017 hanno coinvolto 44 persone e 109 coppie (erano rispettivamente 11 e 64 nel 2016), l'attività di prevenzione del disagio nel periodo prenatale, che ha coinvolto 315 persone e 186 coppie (rispettivamente 98 e 132 nel 2016), il sostegno nel periodo post nascita, che ha coinvolto 434 famiglie e 598 minori (rispettivamente 322 e 430 nel 2016).

Tra gli interventi della seconda tipologia, quelli al di fuori della famiglia di origine, troviamo gli affidamenti familiari (non part-time) e gli inserimenti in strutture residenziali. I minori fuori famiglia in carico ai servizi territoriali a dicembre 2017 sono 2.120, stabili rispetto al 2016 (erano 2.136) e pari a 3,8 ogni 1.000 minorenni. Aggiungendo le prese in carico chiuse nell'anno si arriva a un totale di 2.566 minori, 4,5 per 1.000. Il totale comprende 1.338 minori (2,4 per 1.000 minorenni) in affidamento familiare e 1.228 minori (2,1 per 1.000) accolti in struttura residenziale. Oltre 4 minori fuori famiglia su 10 sono stranieri, ma diminuiscono i minori stranieri non accompagnati che, tra quelli in affidamento familiare, negli ultimi 3 anni passano dall'11% al 7%, mentre rappresentano il 37% dei minori accolti in struttura residenziale.

B1a.4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso

Il tasso di ospedalizzazione nel 2019 è stato 117,4 ricoveri per 1.000 abitanti, con un trend in continua diminuzione negli anni.

Figura 1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per Toscana e per le 3 aree vaste

H01Z - Ospedalizzazione

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2014 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



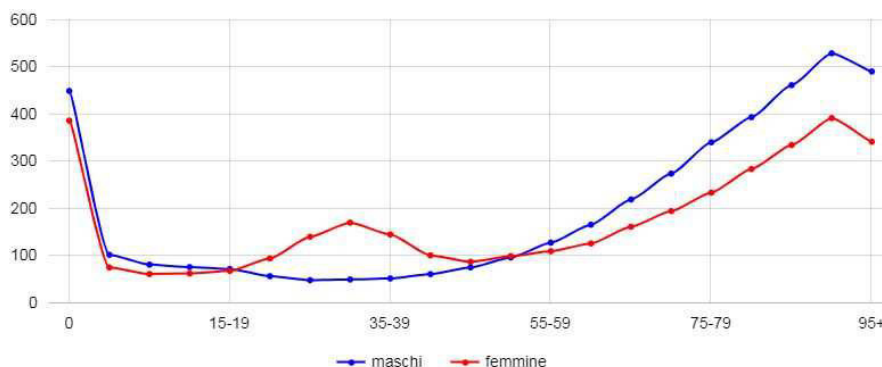
Il tasso di ospedalizzazione indicatore segue un preciso andamento temporale per età e genere, con valori più elevati per il genere maschile in età pediatrica e sopra i 50 anni e una prevalenza per il genere femminile tra i 15 e i 50 anni.

Figura 2 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per fasce di età e sesso, Toscana

H01Z - Ospedalizzazione

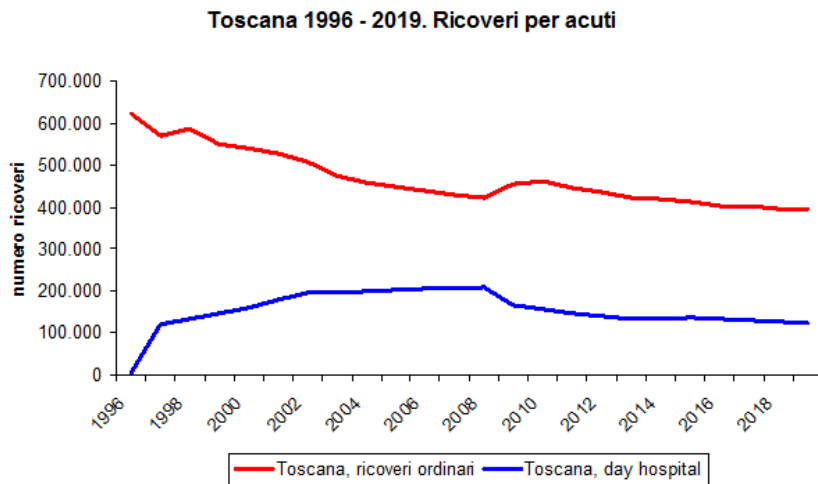
Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



L'andamento dei ricoveri è in diminuzione dall'introduzione del sistema dei DRG. Nel 2019 i ricoveri per acuti sono stati 395.487 in regime ordinario e 125.236 in day hospital.

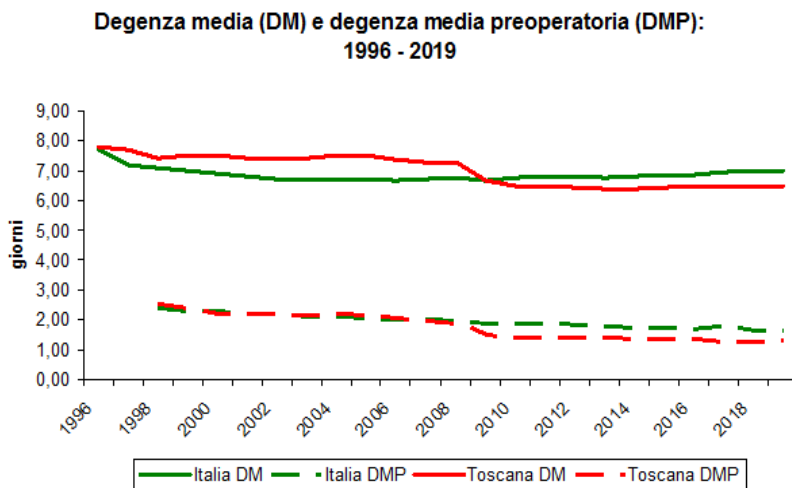
Figura 3 Andamento del numero dei ricoveri in Toscana



L'aumento dei ricoveri ordinari registrato nel 2009 e 2010 è interamente spiegato dalla brusca riduzione della degenza media che ha aumentato la disponibilità di strutture di ricovero, in seguito è ripreso il trend in riduzione riscontrato in tutto il Paese.

La degenza media dei pazienti ricoverati in strutture per acuti è stata 6,49 giorni nel 2019, la più bassa riscontrata nelle Regioni italiane (valore nazionale: 7,04 giorni); questo risultato è in parte dovuto alla riduzione della degenza media preoperatoria nei ricoveri chirurgici.^{4,5}

Figura 4 Andamento di degenza media e degenza media preoperatoria in Toscana e in Italia.



Varie azioni intraprese nel lungo periodo hanno portato l'efficienza dell'attività di ricovero

⁴ Ministero della Salute. Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero - dati SDO 2019.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3002_allegato.pdf

⁵ <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4501-ultimo-anno-prima-della-pandemia-nel-rapporto-sdo-del-ministero-della->

erano stati 502.063 (sempre l'8,3%).

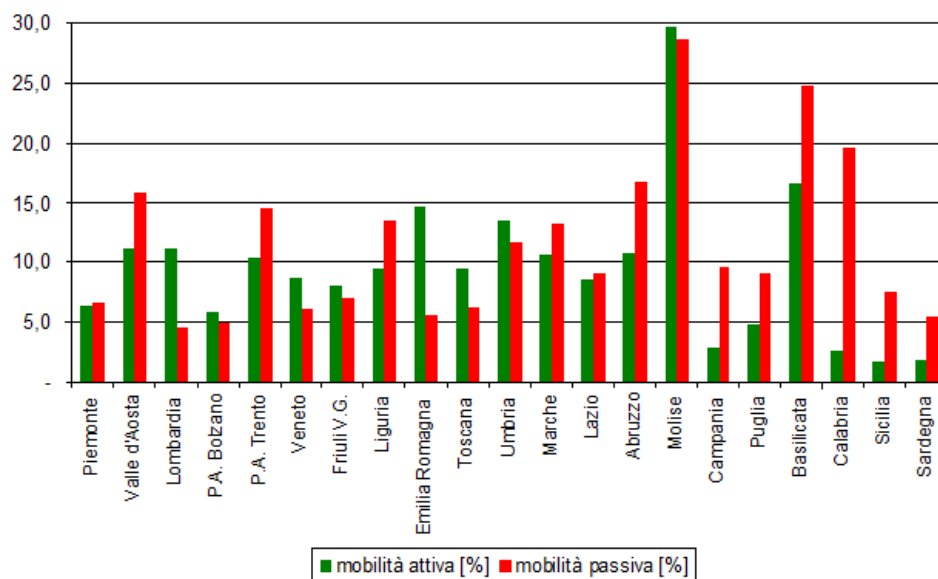
Il fenomeno è fortemente indicativo di disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari. Secondo le aspettative, la difformità tra le diverse regioni è molto forte.

Le regioni con il maggior saldo attivo sono Emilia Romagna (+9%; passivo 5,7%; attivo 14,7%), la Lombardia (+6,6%; passivo 4,5%; attivo 11,1%), la Toscana (+3,1%; passivo 6,3%; attivo 9,4%) e il Veneto (+2,5%; passivo 6,1%; attivo 8,6%).

La Toscana si trova quindi in una situazione favorevolmente equilibrata rispetto ai movimenti dei pazienti in uscita e in entrata.

Rispetto allo scorso anno, per la Toscana sono diminuiti il saldo percentuale (era stato +4,9% nel 2018) e la mobilità attiva (10,7% nel 2018), mentre è aumentata la mobilità passiva (5,8% nel 2018).

Figura 6 Percentuali di ricoveri in mobilità attiva e passiva, per Regione (fonte dati Ministero della Salute, Rapporto SDO 2020)



B1a.6 Offerta ante operam

Ai fini dell'organizzazione sanitaria, il territorio è suddiviso in tre Aree Vaste:

- Toscana Centrale (AVTC),
- Toscana Nord Ovest (AVNO),
- Toscana Sud Est (AVSE).

Le aziende sanitarie che fanno parte del Servizio Sanitario Regionale sono:

- tre Aziende Unità Sanitaria Locale (AUSL),
- quattro Aziende Ospedaliero Universitarie integrate (AOU),
- l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO),
- la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio per la Ricerca Medica e la Sanità Pubblica (FTGM).

AUSL Toscana Centrale (a sua volta articolata in 8 Zone Distretto) e AOU Careggi costituiscono la rete di offerta di servizi sanitari per l'AVTC, che comprende sul proprio territorio l'AOU Meyer (AOU pediatrico di riferimento regionale) e l'ISPRO.

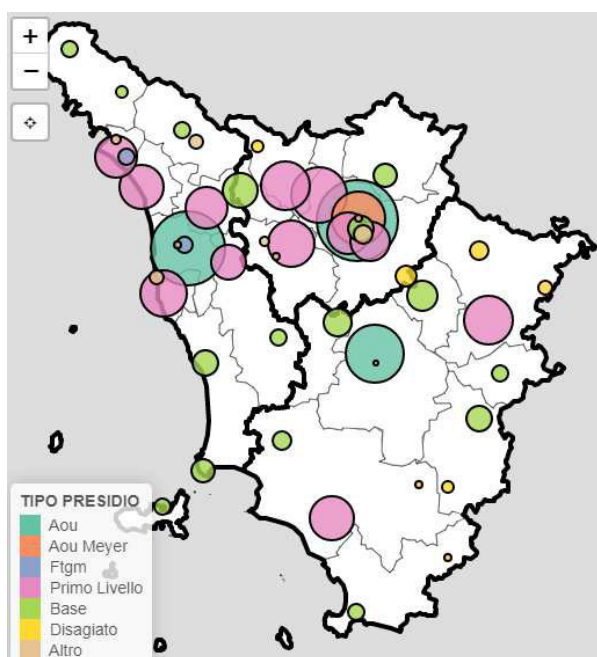
AUSL Toscana Nord Ovest (10 Zone Distretto), AOU Pisana e FTGM costituiscono la rete dell'offerta del SSR nell'AVNO.

AUSL Toscana Sud Est (8 Zone Distretto) e AOU Senese costituiscono la rete dell'offerta del SSR nell'AVSE.

Gli ospedali del Servizio Sanitario Regionale sono così classificati:

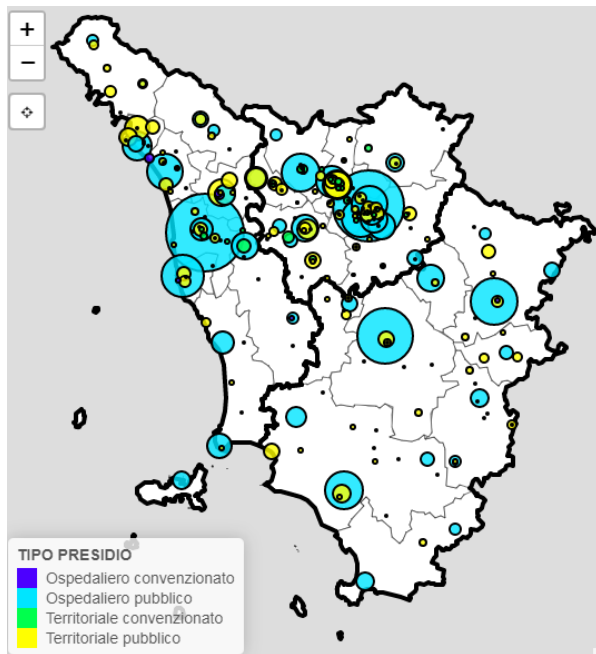
- 4 Aziende Ospedaliero Universitarie;
- 12 presidi ospedalieri (gestione diretta AUSL) di primo livello;
- 16 presidi ospedalieri (gestione diretta AUSL) di base;
- 7 presidi ospedalieri (gestione diretta AUSL) classificati come disagiati;
- 8 presidi ospedalieri (gestione diretta AUSL) dedicati a attività specifiche (SPDC nel contesto di AOU, strutture di day surgery *off campus*, un ospedale dedicato alle protesi ortopediche);
- 2 ospedali FTGM.

Figura 7 Distribuzione e tipologia dei presidi ospedalieri



I posti letto in degenza a ciclo continuo (ordinaria) sono 10.291 (2,76/1.000 abitanti), 1.094 dei quali per lungodegenza e riabilitazione, 9.197 per acuti (2,46/1.000 ab.). I posti letto di day hospital sono 1.512 (0,41/1.000 ab.)

Figura 8 Distribuzione e tipologia delle sedi di erogazione delle visite specialistiche



Nel 2019 le visite specialistiche a carico del SSR per persone non ricoverate sono state 1.230.300.

Il ricorso alle visite in intramoenia ha prodotto 215.845 prestazioni.

In questa sede è molto importante rilevare il ruolo preponderante ancora svolto dai presidi ospedalieri nell'erogazione di attività *outpatients'* aspecifica. Infatti, delle visite specialistiche sopra descritte, ben 945.500 (76,8%) sono erogate all'interno dei poliambulatori ospedalieri:

- 939.000 in ospedali pubblici (76,3%);
- 6.400 in ospedali convenzionati (0,5%).

A livello di poliambulatori territoriali si sono eseguite, nel 2019:

- 257.460 visite specialistiche in strutture territoriali pubbliche (20,9%);
- 27.380 visite specialistiche in strutture private accreditate (2,2%).

B1a.7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale

I. Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia che esplorano l'efficacia dell'integrazione tra cure ospedaliere e cure territoriali.

L'ospedalizzazione nella popolazione adulta per le complicanze di patologie croniche come diabete mellito, broncopneumopatia cronica ostruttiva e scompenso cardiaco (indicatore D03C del NSG) è in diminuzione dal 2014 (617/100.000 ab.) al 2019 (503/100.000 ab.), come anche l'ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite (indicatore D04C del NSG: 47/100.000 nel 2014, 39/100.000 nel 2019).

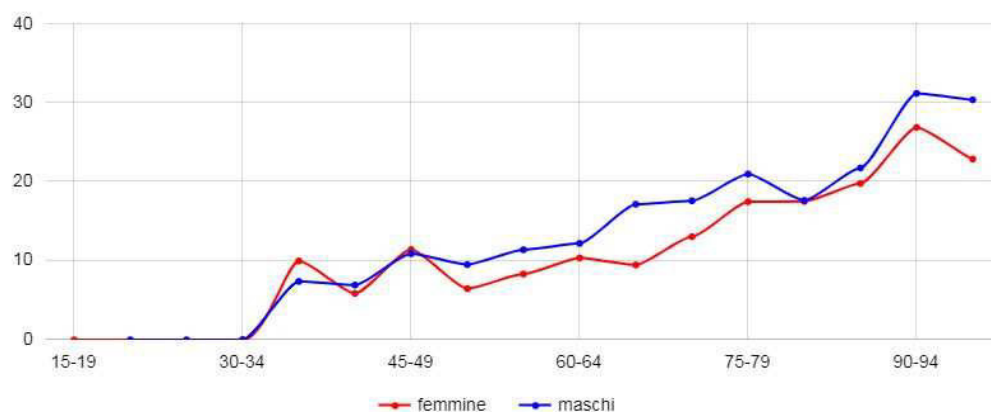
Il tasso di eventi cardiovascolari, cerebrovascolari e decessi (MACCE) entro 12 mesi da infarto del miocardio (indicatore D01C del NSG) è in diminuzione per tutto il periodo osservato: dal 28,9% per chi ha avuto un IMA nel 2013 al 16,3% nel 2018, con una forte dipendenza dall'età e in misura minore dal genere.

Figura 9 Eventi maggiori vascolari o decessi entro dodici mesi da IMA

D01C - Eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da IMA

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



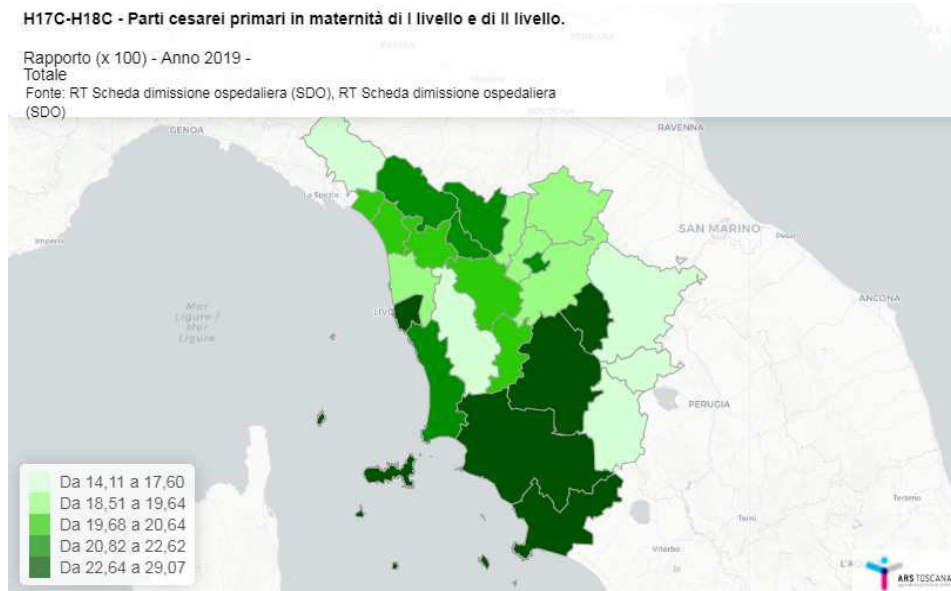
II. Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia che esplorano l'efficienza e l'appropriatezza delle cure ospedaliere

Il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e gli altri ricoveri (indicatore H04Z del NSG) è in riduzione per tutto il periodo osservato, dal 2014 (20%) al 2019 (16%); la variabilità tra le aree vaste è molto ridotta.

Lo stesso andamento è osservato per il tasso dei ricoveri in day hospital con finalità diagnostiche (indicatore H06Z del NSG) che passa da 2,4/1.000 abitanti nel 2014 a 1,3/1.000 ab. nel 2019.

Risulta invece in aumento la percentuale di parti cesarei primari in maternità di I e II livello (indicatori H17C e H18C del NSG): era 19,7% nel 2014, diventa 20,6% nel 2019. La figura seguente illustra la variabilità di questo indicatore in base alla zona di residenza.

Figura 10 Percentuale di parti cesarei per Zona Distretto di residenza.



III. Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia che esplorano l'efficacia delle cure ospedaliere

Lo sviluppo delle logiche di ospedali in rete, principalmente in ambito di area vasta e, per le patologie e procedure con bassi volumi, di livello regionale, ha portato a un consolidamento degli indicatori di esito verso livelli ritenuti coerenti con le indicazioni nazionali (indicatori del NSG).

Per i percorsi oncologici si è perseguita la concentrazione della chirurgia in centri specialistici in grado di fornire accesso a tutte le tipologie di prestazioni, e in grado di sviluppare alti volumi di attività

- l'indicatore H02Z del NSG misura la percentuale d'interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui, ed è andato progressivamente migliorando fino a raggiungere il 95,1% nel 2019, con valori omogeneamente elevati in tutte le aree vaste;

Figura 11 Andamento della percentuale d'interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in centri che erogano almeno 150 interventi / anno (10% tolleranza)

H02Z - Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui

Rapporto (x 100) - Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



- l'indicatore H03C del NSG, "nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella" è progressivamente migliorato, scendendo sotto il 5% nel 2019 (4,9%) con punte di eccellenza di 1,6% nell'area vasta Nord Ovest;

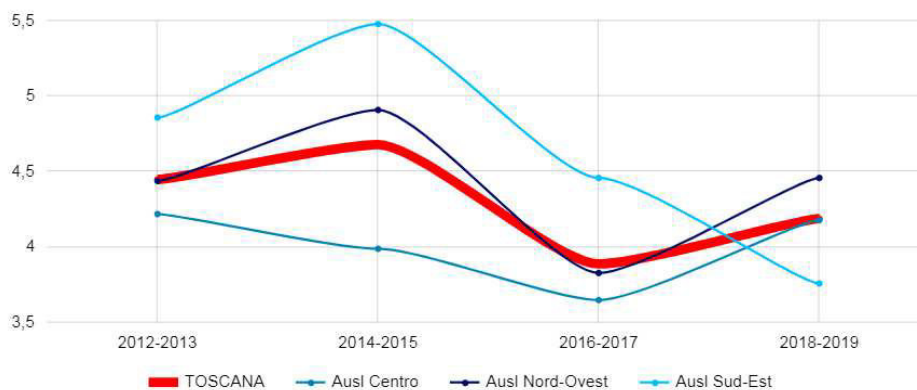
- la mortalità a trenta giorni dopo intervento per tumore del colon oscilla intorno al 4%, con trend in diminuzione sul medio periodo;

Figura 12 Mortalità a 30 giorni da intervento per tumore maligno del colon

Intervento per tumore maligno del colon, rischio morte a 30g

Tasso aggiustato (x 100) - Totale

Fonte: RT - Anagrafe Assistibili Toscana, RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



- per tutti i tumori *big killer* si registra una riduzione della mortalità a un anno dalla diagnosi: per il tumore del polmone e del colon si rilevano i maggiori miglioramenti, rispettivamente -10% e -7,6% tra il 2014 e il 2017; riduzioni inferiori si registrano per retto (-2,5%), prostata (-0,2%) e mammella (-0,3%).

Per la patologia chirurgica non oncologica si rileva che:

- gli interventi per colecistectomia richiedono un ricovero di durata inferiore ai tre giorni nell'85,7% dei casi (indicatore H05Z del NSG);
- la colecistectomia viene eseguita per via endoscopica nel 95,4% dei casi;
- la frattura del collo del femore nell'anziano viene sottoposta a intervento entro due giorni dalla diagnosi nel 76,3% dei casi (indicatore H13C del NSG);
- la mortalità a trenta giorni dopo intervento per frattura di femore dell'anziano è 4,7%;
- la mortalità a trenta giorni dall'intervento di by-pass aorto-coronarico isolato è pari a 1,5% (indicatore H22C del NSG).

IV. Le cure per le patologie acute

Negli ultimi anni il Servizio Sanitario Regionale è stato oggetto di un processo di riorganizzazione. Gli eventi acuti hanno un forte impatto sui servizi ospedalieri e di

emergenza-urgenza.

La malattia acuta è definita come un processo morboso (di tipo funzionale o organico), talvolta a rapida evoluzione, con tipica struttura “a picco”: si nota la comparsa di sintomi e segni violenti in breve tempo (pochi giorni) e di cui in genere si dà un riscontro causale diretto. La guarigione è possibile grazie a cure mediche tempestive o tempestivamente organizzate. Di seguito sono trattate le patologie a risoluzione chirurgica o medica con maggior impatto epidemiologico (infarto e ictus) o sui servizi (interventi per frattura femore e tonsillectomia), per quanto riguarda l'organizzazione della cura e assistenza, che rappresentano i maggiori determinanti dell'esito della cura.

Per valutare l'esito delle cure in caso di eventi acuti è utile monitorare il trend dell'ospedalizzazione in area medica (reparto per acuti, regime ordinario), in leggera diminuzione da 57 a 55 ricoveri per 1.000 abitanti d'età 16+ anni. In questi anni, il sistema ospedaliero toscano, oltre ad essere il più efficiente ed efficace tra i sistemi regionali, come evidenziato nei vari Rapporti SDO del Ministero della Salute, ha confermato la capacità di garantire anche esiti di cura tra i migliori a livello nazionale.

Il sistema di cura per le patologie acute è basato sulla costruzione di Reti Cliniche tempo-dipendenti, nelle quali l'esito finale dipende dalla tempestività e dall'efficacia con cui sono condotte tutte le fasi del percorso di cura. Ne sono tipici esempi l'infarto del miocardio e l'ictus (patologie acute nelle quali il buon esito si gioca nelle prime ore) e la frattura di femore (trauma caratteristico degli anziani, dove l'intervento ortopedico dà i migliori esiti in termini di sopravvivenza e di disabilità se eseguito nei primi due giorni dall'evento).

L'organizzazione delle Reti Cliniche toscane ha dato buoni risultati in termini di sopravvivenza a seguito di infarto o ictus. La mortalità a 30 giorni da un ictus in Toscana è scesa dal 9,9% del 2014 al 7,5% del 2018. Il dato italiano dell'indicatore per il 2017 è 11,3% (fonte: Piano Nazionale Esiti - PNE).

Nell'infarto del miocardio, la mortalità a trenta giorni nel quadriennio 2014-2017 è rimasta su valori mediamente pari al 7,7%, anche se nel 2015 il trend ha raggiunto l'8,1%, per poi ridursi progressivamente fino al 7,2% nel 2018. Anche a livello nazionale si rileva un trend in calo del fenomeno, che fa registrare una mortalità dell'8,3% nel 2017 (fonte: Piano Nazionale Esiti - PNE).

Nella frattura di femore dell'anziano i risultati in termini di qualità dei percorsi sono rimasti pressoché stabili negli anni recenti: la mortalità a 30 giorni dal trauma era pari al 4,5% dei casi nel 2014 e al 4,4% nel 2018. L'esito delle cure in Toscana è nettamente migliore rispetto al resto del Paese, con una media italiana pari a 5,5% nel 2017 (fonte: PNE). Tali

risultati sono funzione di vari fattori, tra cui l'attenzione posta alla tempestività dell'intervento, dal 2014 al 2018 siamo passati dal 64% al 75,5% degli interventi entro 48h, e la concentrazione di più del 95% della casistica in poco più della metà dei centri che operano il femore. Restano ancora molte strutture, prevalentemente private, che trattano la frattura di femore pur non raggiungendo i 75 interventi annui previsti dal DM 70/2015.

Il processo di strutturazione/formalizzazione delle reti e in particolare delle reti tempo dipendenti (infarto, ictus e trauma), che si è sviluppato nell'ultimo triennio, ha quindi portato alla revisione di vari processi organizzativi e confronti continui tra professionisti. In questo contesto, la riforma sanitaria e l'ampliamento dei confini amministrativi delle Ausl ha facilitato alcune relazioni e talvolta ha reso necessaria la revisione di processi organizzativi nella logica della condivisione di risorse umane e strumentali.

Benché l'esito delle cure sia il principale indicatore per misurare il buon funzionamento di una rete, è fondamentale, per queste patologie, tracciare e verificare alcune misure di processo relative ai tempi di accesso al trattamento e la percentuale dei casi trattati. Per quanto riguarda i tempi è possibile tracciare solo alcune fasi, mentre per la quota dei casi trattati riscontriamo dei dati in miglioramento per il trattamento dell'infarto e dell'ictus.

La quota dei trattati con angioplastica coronarica percutanea (PTCA) passa dal 68,9% al 75,9% per l'infarto del miocardio con tratto ST sopra-slivellato (STEMI), dal 35,3% al 44,9% per gli infarti senza sopra-slivellamento (NSTEMI). Nel trattamento dell'infarto NSTEMI l'incremento è maggiore nell'AV Centro e Sud-Est, mantenendo costanti nel tempo le differenze tra le tre aree, mentre nel trattamento dello STEMI il miglioramento nel tempo caratterizza tutte le aree, portando una forte diminuzione della variabilità di risultato.

V. L'efficacia dei servizi di emergenza

Per quanto riguarda il percorso di emergenza-urgenza i livelli di qualità dei servizi offerti dai Pronto Soccorso (PS) in Toscana sono buoni. Gli accessi ripetuti entro le 72 ore dall'accesso precedente sono inferiori al 6%: 5,4% nel 2014 e 5% nel 2018, con una lieve riduzione della variabilità nel tempo. Con l'implementazione del nuovo modello di PS si cerca di ottenere anche una riduzione dei tempi di attesa, aspetto ancora critico a causa del continuo incremento degli accessi.

Per quanto riguarda l'emergenza territoriale, il sistema 118 è riuscito a mantenere una buona performance con la riorganizzazione delle centrali operative: l'indicatore allarme

target (tempo tra ricezione della chiamata e arrivo del primo mezzo di soccorso) è stabile a 15 minuti da vari anni, sotto il livello soglia di 18 minuti previsto dall'adempimento. A livello aziendale vi sono delle differenze compatibili con la configurazione geografica e la viabilità delle differenti aree (Ausl Centro 15 minuti, Ausl Nord-Ovest 16 minuti e Ausl Sud-Est 18 minuti).

VI. La presa in carico delle patologie croniche

In Toscana, la modalità di presa in carico dei cittadini con problemi di salute cronici è tuttora prevalentemente fondata sugli indirizzi dati dal "Progetto per l'attuazione della Sanità d'Iniziativa a livello territoriale" (d.g.r.t. 716/2009), modello d'assistenza che va incontro al paziente prima che la patologia si aggravi, con interventi adeguati e differenziati in base al livello di rischio, puntando anche su prevenzione ed educazione. Il riferimento concettuale è il Chronic Care Model, che si basa sull'interazione proficua tra paziente informato, medici, infermieri e operatori sociosanitari.

Fondamentale è stata inoltre l'introduzione, tramite il vigente Accordo Integrativo Regionale della Medicina Convenzionata (d.g.r.t. 1231/2012), delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), attivate dal gennaio 2014, organizzazione dei medici di Medicina generale in gruppi, all'interno dei quali sviluppare modelli di continuità assistenziale.

La presa in carico delle persone non autosufficienti è tuttora fondata invece sugli indirizzi del "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" (d.g.r.t. 370/2010), che prevede varie fasi: la segnalazione, da parte della persona o dei familiari, del bisogno socio assistenziale complesso al Punto Insieme, sportello di prima accoglienza e di ascolto, la valutazione complessiva (sociale e sanitaria) da parte dell'Unità di valutazione multidimensionale (UVM), la predisposizione e condivisione con il cittadino del progetto personalizzato assistenziale, dove sono descritti i bisogni sociosanitari rilevati e i servizi erogati.

Per quanto riguarda il fine vita, sono invece da considerare sia l'approvazione degli "Indirizzi per l'implementazione della rete di Cure palliative" (d.g.r.t. 199/2014) sia la grande attenzione che la Regione Toscana ha posto alla legge nazionale 219/2017, contenente "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" ed entrata in vigore a gennaio 2018, con i "primi indirizzi attuativi" deliberati entro lo stesso anno (d.g.r.t. 1337/2018). Nella legge si afferma la libertà di scelta della persona e la possibilità di lasciare scritte le proprie intenzioni in merito agli accertamenti

diagnostici, le scelte terapeutiche e i trattamenti sanitari in un'eventuale condizione di incapacità di autodeterminazione.

B1B. STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI

I principali obiettivi strategici declinati dall'ultimo Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020 della Toscana sono:

1. Prevenzione
2. Disuguaglianze di salute e sociali
3. Liste di attesa
4. Vivere la cronicità
5. Nuovi modelli di "care"
6. Innovazione e informazione
7. Welfare etico e partecipazione
8. Competenze e lavoro fra sicurezza e modernità
9. Sostenibilità

Questi obiettivi sono collegati agli obiettivi prioritari, che caratterizzano in generale la programmazione statale e regionale e che sono stati richiamati in apertura del presente documento. I correnti obiettivi strategici sono dunque perfettamente in linea con gli investimenti e le iniziative di miglioramento del servizio sanitario che la regione ha portato avanti negli anni.

B1b 1 Identificazione dei bisogni assistenziali

La Regione Toscana ha individuato nei sei macro-obiettivi del presente documento la risposta ad una serie di bisogni assistenziali che sono di seguito sintetizzati tenendo conto della situazione di contesto e del quadro socio-economico dettagliato nelle sezioni precedenti.

Il più rilevante elemento di connotazione del bisogno assistenziale, comune a tutto il territorio nazionale, è caratterizzato dal progressivo **invecchiamento della popolazione** con l'aumento della speranza di vita alla nascita e la contrazione del ricambio generazionale. Gli anziani rappresentano un quarto dei toscani e il rapporto è destinato a aumentare nei prossimi 30 anni. Gli indici demografici confermano questo scenario. L'indice di vecchiaia è molto alto (204%, rispetto a un valore nazionale di 173%), con trend in aumento meno marcato rispetto a quello italiano perché la Toscana è storicamente tra le regioni più anziane in Italia; la speranza di vita alla nascita è di 81,1 anni per i maschi e 85,6 anni per le femmine.

Gli effetti del generale invecchiamento della popolazione sul sistema sanitario e di welfare sono considerevoli. Con gli anziani aumenta il bisogno di assistenza legato alla cura delle patologie croniche, all'aiuto nei casi di non autosufficienza, al sostegno in caso di solitudine o isolamento sociale, problematiche di competenza dei servizi territoriali sanitari, sociosanitari e sociali.

Al 1° gennaio 2018 erano circa 943mila gli anziani in regione, il 16% dei quali vive in condizioni di solitudine, con aumento del rischio di subire eventi acuti che potrebbero compromettere l'autonomia.

Il sistema ospedaliero è esposto da tempo a una notevole spinta verso alti livelli di efficienza: il tasso di ospedalizzazione nel 2019 è stato 117,4 ricoveri per 1.000 abitanti, con un trend in continua diminuzione negli anni; la degenza media in strutture per acuti è stata 6,49 giorni nel 2019, la più bassa riscontrata nelle Regioni italiane (valore nazionale: 7,04 giorni). Questo risultato è da mettere in relazione al costante riferimento a

tre principali leve organizzative:

- 1) la programmazione delle attività ospedaliere in elezione;
- 2) l'efficienza dei processi diagnostici e di cura intraospedalieri;
- 3) il collegamento tra attività ospedaliere e cure territoriali a lungo termine.

Anche se la Toscana si trova in una situazione equilibrata rispetto ai **movimenti dei pazienti** in uscita e in entrata dalla Regione, sono diminuiti il saldo percentuale (+4,9% nel 2018; +3,1% nel 2019) e la mobilità attiva (10,7% nel 2018; 9,4% nel 2019), mentre è aumentata la mobilità passiva (5,8% nel 2018; 6,3% nel 2019).

Negli ultimi anni il Servizio Sanitario Regionale è stato oggetto di un processo di riorganizzazione. Gli eventi acuti hanno un forte impatto sui servizi ospedalieri e di emergenza-urgenza.

Il sistema di cura per le patologie acute è basato sulla costruzione di **Reti Cliniche tempo-dipendenti**, nelle quali l'esito finale dipende dalla tempestività e dall'efficacia con cui sono condotte tutte le fasi del percorso di cura. Ne sono tipici esempi **l'infarto del miocardio e l'ictus** e la **frattura di femore** (trauma caratteristico degli anziani, dove l'intervento ortopedico dà i migliori esiti in termini di sopravvivenza e di disabilità se eseguito nei primi due giorni dall'evento).

L'organizzazione delle Reti Cliniche toscane ha dato buoni risultati in termini di sopravvivenza a seguito d'infarto o ictus. La mortalità a trenta giorni da un ictus in Toscana è scesa dal 9,9% del 2014 al 7,5% del 2018. Il dato italiano dell'indicatore per il

2017 è 11,3% (Programma Nazionale Esiti - PNE).

Il processo di strutturazione e formalizzazione delle reti e in particolare delle reti tempo-dipendenti, che si è sviluppato nell'ultimo triennio, ha quindi portato alla revisione di vari processi organizzativi e confronti continui tra professionisti. In questo contesto, la riforma sanitaria e l'ampliamento dei confini amministrativi delle Ausl ha facilitato alcune relazioni e talvolta ha reso necessaria la revisione di processi organizzativi nella logica della condivisione di risorse umane e strumentali.

L'organizzazione delle reti tempo-dipendenti persegue obiettivi di omogeneizzazione dei comportamenti clinici e di miglioramento diffuso dell'accesso alle cure urgenti attraverso il coordinamento tra sistema dell'emergenza territoriale, individuazione di centri *hub* per i differenti tipi di trattamento e regolamentazione delle modalità di centralizzazione della casistica, anche con l'impiego di soluzioni tecnologiche quali il trasferimento delle immagini e il teleconsulto.

Gli eventi **acuti cardiovascolari**, infarti e ictus principalmente, sono tra le prime cause di morbosità, invalidità e mortalità. Oltre alla loro potenziale letalità, questi eventi lasciano la persona che sopravvive in una condizione di cronicità ad alto rischio di complicazioni e nuovi eventi.

Il progressivo aumento degli anziani e i miglioramenti ottenuti nell'aspettativa di vita di un malato, grazie all'efficacia dei percorsi diagnostici e terapeutici, fanno sì che il numero di **malati cronici** nella popolazione tenda nel tempo ad aumentare.

In Toscana, la modalità di presa in carico dei cittadini con **problemi di salute cronici** è tuttora prevalentemente fondata sugli indirizzi dati dal "Progetto per l'attuazione della Sanità d'Iniziativa a livello territoriale" (d.g.r.t. 716/2009), modello d'assistenza che va incontro al paziente prima che la patologia si aggravi, con interventi adeguati e differenziati in base al livello di rischio, puntando anche su prevenzione ed educazione. Il riferimento concettuale è il *Chronic Care Model*, che si basa sull'interazione proficua tra paziente informato, medici, infermieri e operatori sociosanitari.

Fondamentale è stata inoltre l'introduzione delle **Aggregazioni Funzionali Territoriali** (AFT), attivate dal gennaio 2014, organizzazione dei medici di Medicina generale in gruppi, all'interno dei quali sviluppare modelli di continuità assistenziale. La presa in carico delle persone **non autosufficienti** è tuttora fondata invece sugli indirizzi del "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" (d.g.r.t. 370/2010), che prevede varie fasi: la segnalazione, da parte della persona o dei familiari, del bisogno socio assistenziale complesso al *Punto Insieme*, sportello di prima accoglienza e di

ascolto, la valutazione complessiva (sociale e sanitaria) da parte dell'Unità di valutazione multidimensionale (UVM), la predisposizione e condivisione con il cittadino del progetto personalizzato assistenziale, dove sono descritti i bisogni sociosanitari rilevati e i servizi erogati.

In Toscana i casi incidenti di **tumore** attesi sono poco meno di 25mila: 12.900 tra gli uomini (627 ogni 100.000 abitanti) e 12mila tra le donne (487 per 100.000). I tumori più frequenti in termini assoluti sono quelli del colon-retto (3.650 casi nell'anno), della mammella (3.400), del polmone (2.900) e della prostata (2.700).

Nel contesto nazionale la Toscana si colloca nella parte media delle regioni sulla base dei tassi di incidenza stimati, in entrambi i generi. A incidere su questo trend geografico potrebbe essere in parte il cosiddetto "effetto screening", fenomeno che contribuisce, a parità di malattia nella popolazione, a far aumentare l'incidenza nelle zone che hanno programmi di prevenzione secondaria più sviluppati e con maggiori livelli di adesione.

La risposta del Sistema Sanitario Regionale alle patologie oncologiche si basa su un network di ospedali coordinato centralmente dall'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica – ISPRO (Legge Regionale Toscana 14 dicembre 2017, n. 74), che attraverso i Dipartimenti Oncologici programma le attività cliniche in base a principi di concentrazione della casistica (per le patologie con rapporto positivo tra volumi e esiti), la distribuzione geografica delle grandi apparecchiature e dei servizi di cure mediche oncologiche.

Fra gli adulti i **disturbi mentali** non mostrano differenze significative rispetto agli anni precedenti. Nonostante il trattamento in ambito territoriale sia la principale modalità di presa in carico dei disturbi di salute mentale, in situazione di acuzie o di particolari forme patologiche, è necessario ricorrere al ricovero ospedaliero. Fra i disturbi dell'infanzia, continua il significativo aumento dei ricoveri per disturbi ipercinetici dell'infanzia che dal 2007 sono aumentati di oltre 8 volte passando da 1,6 a 13,7 ricoveri per 10.000 abitanti. Tra i disturbi dell'infanzia, è elevata la prevalenza dei ricoveri con diagnosi di ritardo specifico dello sviluppo (6,9 per 10.000 abitanti), disturbo pervasivo dello sviluppo (4,4 per 10mila) e disturbo delle emozioni (2,6 per 10.000), che però mantengono un andamento stabile.

In assenza di un dato di popolazione generale, il quadro descritto traccia un andamento stabile del disturbo mentale nella popolazione adulta, ma in aumento fra i minori. In questo caso, come più volte segnalato, la maggior attenzione posta nei confronti della

diagnosi precoce può aver favorito l'emersione di casi fino a quel momento sommersi.

B1b. 2 Descrizione della strategia

Per il raggiungimento dei sei obiettivi prioritari residui individuati nelle prime pagine del presente documento, la strategia risponde al mandato del Governo regionale di accelerare il processo di trasformazione del Sistema Sanitario Regionale verso un sistema che metta effettivamente i bisogni delle persone al primo posto e assicuri l'erogazione dei LEA di cui al DPCM 12/01/2017 secondo i principi di equità, appropriatezza, evoluzione e valorizzazione della sostenibilità.

Se, da una parte, l'efficacia dei processi richiede di accentrare il livello decisionale per necessità di adeguate dimensioni, risorse finanziarie e competenze, dall'altra parte deve essere temperato il bilanciamento attraverso una valorizzazione del territorio, così da non rischiare un allontanamento dai cittadini. Il territorio è infatti l'ambito che parte dalla prevenzione nella comunità e arriva alla continuità con l'ospedale.

Entro questo principio si collocano, quindi, anche le principali iniziative organizzative già intraprese nella L.R. 84/2015 e nella L.R. 11/2017 e che caratterizzano il sistema sanitario toscano:

- l'Area Vasta, quale ambito generale di programmazione integrata, rappresenta in questo senso l'ambito privilegiato in cui la programmazione può dare risposte appropriate alla complessità, ai bisogni di alta specializzazione, utilizzando opportunamente le risorse che vengono dal trasferimento dell'innovazione e della ricerca;
- l'integrazione fra il Servizio sanitario regionale, il mondo della ricerca e le Università, che si realizza attraverso i protocolli sottoscritti e gli statuti delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, costituisce un valore aggiunto del sistema complessivo ove la triplice missione (ricerca, formazione e l'assistenza) è la risultante di un unico complesso integrato orientato alla qualità;
- le zone distretto, luogo di raccordo tra Regione e comuni, e le Società della Salute (SDS), quali elementi di integrazione e governo dei servizi socio – sanitari, completano il quadro degli assetti organizzativi con cui l'appropriatezza trova una

piena realizzazione nel territorio, attraverso l'uso integrato delle risorse che vi operano e che possono produrre nuove opportunità derivanti dall'intersettorialità dei percorsi e dalla prossimità delle risposte (presidi ospedalieri, Case della salute, presidi per attività distrettuali, Cittadella della salute, centri socio-sanitari, poliambulatori, centri diurni);

- l'ESTAR, quale ente operativo, si delinea come strumento di supporto logistico – amministrativo e di servizi per la rete delle Aziende sanitarie non solo sul piano di evidenti economie di scala, ma anche per favorire adeguati livelli di specializzazione delle competenze tecniche declinando così il concetto di appropriatezza nella piena valorizzazione delle risorse impiegate;

La strategia si realizza inoltre in alcuni progetti innovativi volti a soddisfare i bisogni della comunità e a vincere la sfida che la cronicità oggi impone al SSR. In particolare, la medicina di iniziativa e dell'assistenza sociosanitaria alla cronicità compresa la soluzione delle problematiche della lungodegenza, la creazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali e sociali (PDTAS), l'integrazione delle reti cliniche specialistiche, la soluzione del problema delle liste d'attesa, l'omogeneità delle soluzioni adottate in tutto il territorio regionale, il monitoraggio dei progetti personalizzati e delle prestazioni.

In questo senso, il programma di investimenti predisposto dalla Regione Toscana intende supportare tale strategia anche attraverso la realizzazione dei 45 interventi previsti dalla presente programmazione.

B2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

B2A OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

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

Agli interventi oggetto dell'Accordo di Programma stipulato nel giugno 2022 si aggiungono pertanto quelli contenuti nel programma esposto nel presente documento ed analizzato nei successivi paragrafi.

B2a. 1 Analisi dei problemi e priorità

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

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

Obiettivi 1 e 2

Per quanto riguarda gli obiettivi di **riqualificazione della rete ospedaliera e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie** si aggiungono alcuni importanti interventi di ristrutturazione e riqualificazione degli ospedali, come nei casi delle aziende:

- Nord Ovest: Adeguamento edilizio-architettonico e impiantistico Monoblocco Carrara; PO Volterra - Fabbricato ospedaliero 3° Lotto;
- Pisana: Riorganizzazione funzionale, adeguamento sismico e adeguamento antincendio edificio 3 - Stabilimento Ospedaliero di Cisanello (PI).

Obiettivo 3

Con la presente programmazione prosegue inoltre e si implementa ***l'ammodernamento del parco tecnologico sanitario e informatico***. Sono infatti previsti importanti investimenti tecnologici nell'Azienda USL Toscana Nord Ovest, nell'Azienda USL Toscana Sud Est e nell'Azienda ospedaliero universitaria di Careggi.

Obiettivo 4

L'obiettivo relativo al ***Piano di miglioramento dei Pronto Soccorso***, è stato ampiamente perseguito con la programmazione precedente dal punto di vista strutturale, prevedendo importanti investimenti nei Presidi ospedalieri Le Scotte di Siena, Nuovo San Giovanni di Dio a Firenze, S. Giuseppe a Empoli, di Piombino, La Gruccia a Montevarchi e Campostaggia a Poggibonsi.

Obiettivo 5

L'obiettivo relativo all'**implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici** è stato perseguito con la programmazione precedente.

Obiettivo 6

Nella presente programmazione riveste inoltre un ruolo di primo piano la realizzazione o la ristrutturazione di strutture per il ***potenziamento della rete territoriale***. Sono infatti interessate le Aziende USL Toscana Nord Ovest e Sud Est, con interventi riguardanti le Case della comunità, presidi per attività distrettuali, Hospice e Rems.

B2a. 2 La catena degli obiettivi

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

OBIETTIVO SPECIFICO	ENTI SERVIZIO SANITARIO	OBIETTIVO OPERATIVO
RIQUALIFICAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA	ASL NORD-OVEST	PO Volterra - Fabbricato ospedaliero 3° Lotto
RIQUALIFICAZIONE AZIENDE OSPEDALIERO - UNIVERSITARIE	A.O.U. PISANA	Riorganizzazione funzionale, adeguamento sismico e adeguamento antincendio edificio 3- Stabilimento Ospedaliero di Cisanello (PI)
AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO	A.O.U. CAREGGI	Sostituzione piattaforme diagnostiche
	ASL NORD-OVEST	Sostituzione tecnologie sanitarie obsolete
	ASL SUD-EST	Rinnovo apparecchiature elettromedicali - programmazione 2022
POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE	ASL NORD-OVEST	Adeguamento edilizio-architettonico e impiantistico Monoblocco Carrara
	ASL NORD-OVEST	Nuovo distretto di Castelnuovo Garfagnana (LU)
	ASL NORD-OVEST	Nuovo distretto sociosanitario di Massarosa (LU)
	ASL NORD-OVEST	REMS Volterra lotto 3
	ASL SUD-EST	Casa della comunità e distretto Viale Sardegna
	ASL SUD-EST	Nuovo Hospice di Arezzo

B2a. 3 Interventi progettuali Le schede tecniche degli interventi sono quelle riportate in allegato ed oggetto di trasmissione al Ministero attraverso l'applicativo dell'Osservatorio degli investimenti pubblici.

B2a. 4 Offerta post-operam

Con il programma delineato, la Regione Toscana intende consolidare la struttura dell'offerta ospedaliera e territoriale attestandosi sul valore di 2,76 posti letto per mille abitanti destinati ad attività di ricovero per pazienti acuti, pur perseguendo una azione di continua riorganizzazione dell'offerta mirata ad ottimizzare le proprie prestazioni e ad introdurre le novità in campo sanitario e chirurgico indotte dal progresso delle tecnologie. Le attese conseguenti all'attuazione di questa programmazione sono pertanto legate al miglioramento strutturale dei Presidi ospedalieri, all'ampliamento e al completamento dei processi di trasferimento dagli attuali vecchi ospedali alle nuove strutture e all'introduzione di nuove tecnologie in grado di ridurre le liste di attesa e di migliorare il processo diagnostico e terapeutico.

B2B. COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

B2b. 1 Relazione e complementarità tra le priorità

In questa seconda tranche di finanziamenti, la programmazione dei nuovi investimenti si concentrano sulla riqualificazione della rete ospedaliera e riqualificazione delle aziende ospedaliero-universitarie; l'ammodernamento tecnologico e il completamento della rete territoriale.

Si tratta di interventi in continuità con le precedenti programmazioni e a completamento di esse. Una quota del finanziamento è infatti destinata a tecnologie, attrezzature e arredi per l'allestimento delle nuove realizzazioni o dei presidi rinnovati. Dovranno altresì essere rispettati e concretizzati gli impegni che, nel corso del precedente periodo di vigenza del Piano Sanitario Sociale integrato Regionale 2018-2020 la Regione ha assunto attraverso la sottoscrizione di specifiche intese istituzionali con alcune Aziende sanitarie ed i relativi enti locali e che troveranno attuazione nel corso del prossimo triennio.

Gli interventi previsti sono coerenti con quanto prevedono le linee di finanziamento del PNRR sul potenziamento della rete territoriale e ammodernamento del parco tecnologico.

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

Sono previste opere edilizie per un ospedale dell'Asl Toscana Nord Ovest. È coinvolto il presidio di Volterra, per un finanziamento complessivo di circa 7 Mln.

Gli interventi che riguardano le aziende ospedaliero-universitarie sono 1, i) riorganizzazione funzionale, adeguamento sismico e adeguamento antincendio edificio 3-Stabilimento Ospedaliero di Cisanello (PI), per l'azienda ospedaliero-universitaria pisana per un valore complessivo di 12 Mln di euro, di cui circa 8,3 milioni a carico del finanziamento ex art. 20.

Obiettivo 3 - Ammodernamento tecnologico

A partire dal 2008 è stato messo a punto un consistente piano di acquisti teso a rinnovare e ad introdurre in tutte le aziende sanitarie e ospedaliere macchinari tecnologicamente avanzati, sistemi diagnostici evoluti, oltre a sistemi informatici di gestione e scambio di informazioni della rete diagnostica, in particolare quella per immagini (RIS-PACS). Nella precedente tranche sono state finanziati acquisti per diverse tecnologie sanitarie, oltre ai

circa 13 milioni di euro a carico del bilancio regionale (annualità 2020, DGR 1061, 1651, 1653, 1656, 1695).

Tuttavia, l'obsolescenza tecnica è molto rapida, generalmente la vita utile delle attrezzature e macchinari si stima sia attorno ai 5 anni. Sulla base del flusso SP consolidato del 2019 delle aziende sanitarie toscane, il tasso di obsolescenza per gli impianti, macchinari e attrezzature sanitarie è pari al 88%. Con questa tranche di finanziamenti si prevede la sostituzione delle tecnologie sanitarie obsolete per l'azienda sanitaria toscana Nord Ovest e un rinnovo delle apparecchiature elettromedicali previste dalla programmazione 2022 per l'azienda sanitaria toscana Sud Est, oltre alla sostituzione di piattaforme diagnostiche nell'azienda ospedaliero-universitaria Careggi, per un valore complessivo di 10 Mln di euro, di cui circa 9,5 milioni a carico del finanziamento ex art. 20.

Inoltre attraverso il consorzio regionale sono state acquistate nel periodo 2017-21 grandi apparecchiature sanitarie per circa 22 milioni di euro a valere su risorse regionali ed aziendali; nello stesso periodo le aziende hanno altresì garantito l'ammodernamento tecnologico anche con tecnologie sanitarie acquisite in leasing operativo.

Obiettivo 4 - *Piano di miglioramento del pronto soccorso*

Per quanto riguarda la riqualificazione dei Pronto Soccorso, con la prima tranche del riparto 2019 sono stati programmati interventi di potenziamento e ammodernamento dei Pronto Soccorsi relativi agli ospedali di Empoli, Piombino, Montevarchi e Poggibonsi, al nuovo DEA dell'ospedale Nuovo San Giovanni di Dio a Firenze e al nuovo Pronto Soccorso ostetrico e pediatrico all'interno del presidio Le Scotte a Siena, per un importo complessivo di quasi **54** milioni di Euro. Tale obiettivo è inoltre oggetto di altri interventi finanziati con le risorse di cui al D.L. n. 34/2020, convertito nella L. n. 77/2020.

Obiettivo 5 - *Implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici*

Per l'implementazione dei sistemi informativi, adeguamento reti e infrastrutture, informatizzazione dei percorsi diagnostici e assistenziali, la programmazione di cui alla prima tranche del riparto 2019 ha previsto un investimento di oltre **1,2** milioni di euro.

Obiettivo 6 - *Completamento della rete territoriale*

All'interno della rete territoriale sono previsti 5 interventi nelle aziende territoriali Nord Ovest e Sud Est. In particolare, si prevedono interventi di edilizia per la struttura REMS di

Volterra, due interventi per due case della comunità nelle due aziende territoriali, un nuovo distretto in Castel nuovo Garfagnana e un nuovo hospice ad Arezzo. Per un importo complessivo di oltre 26 milioni di euro di cui 24,6 milioni a carico dell'art. 20.

Se gli interventi relativi ai distretti e case della comunità rispondono anche alla nuova programmazione e riorganizzazione territoriale prevista dalla recente riforma del DM 71, l'hospice risponde a una delle criticità della Toscana in termini di strutture residenziali per l'assistenza nell'ultima fase di vita. Nella griglia lea 2019 la Toscana aveva un numero di posti letto per 100 deceduti per tumori fra più basso del centro nord, escludendo l'Umbria.

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

Programma	Somme a carico art. 20 L. 67/88 (Riparto 2019)	Somme a carico Aziende/Regione /Altro Stato	Totale investimento	%
Edilizia ospedaliera	14.939.237,64	4.025.912,36	18.965.150,00	30,99%
Edilizia territoriale	30.449.418,50	1.676.831,50	32.126.250,00	52,50%
Tecnologie sanitarie e arredi	9.597.850,00	505.150,00	10.103.000,00	16,51%
Totale	54.986.506,14	6.207.893,86	61.194.400,00	100,00%

Obiettivo	Somme a carico art. 20 L. 67/88 (Riparto 2019)	Somme a carico Aziende/Regione /Altro Stato	Totale investimento	%
Riqualificazione della rete ospedaliera	6.615.150,00	350.000,00	6.965.150,00	11,38%
Riqualificazione aziende ospedaliero - universitarie	8.324.087,64	3.675.912,36	12.000.000,00	19,61%
Ammodernamento tecnologico	9.597.850,00	505.150,00	10.103.000,00	16,51%
Completamento della rete territoriale	30.449.418,50	1.676.831,50	32.126.250,00	52,50%
Totale	54.986.506,14	6.207.893,86	61.194.400,00	100,00%

B2b. 2 Analisi dei rischi

I PUNTI DI FORZA del piano descritto nel presente documento sono:

- Coerenza con la programmazione in corso e le recenti riforme sanitarie;
- Collocazione strategica all'interno di un quadro programmatico certo e definito, mantenendo la coerenza con un programma avviato già dal 1990;
- Miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza attraverso:
 - opere di ristrutturazione dei presidi ospedalieri esistenti;
 - ammodernamento delle tecnologie sanitarie;
 - completamento della rete territoriale attraverso la ristrutturazione o la realizzazione di nuove strutture.

I PUNTI DI DEBOLEZZA del piano, invece, sono da imputare principalmente alla carenza di organico nelle strutture tecniche delle Aziende sanitarie, con particolare riferimento a quello delle aree tecniche delle Aziende territoriali. Ciò si traduce nella difficoltà di poter attuare la programmazione degli interventi, contemporaneamente alle richieste di finanziamento relative alla programmazione PNRR, e soprattutto nel seguire i lavori relativi agli investimenti finanziati con fondi nazionali e non solo. In proposito, le Aziende stanno cercando di assumere nuovo personale tecnico per colmare le proprie carenze di organico, anche se questo necessita di adeguata formazione per poter essere completamente operativo.

L'introduzione di nuove tecnologie può comportare, laddove non si tratti di solo rinnovo, l'iniziale aumento dei costi per aumento di dotazione tecnologica di diagnostica pesante che richiederanno personale e spese per formazione di quest'ultimo.

Infine, la situazione di emergenza sanitaria nazionale causata dal virus covid-19 ha generato e continua a generare varie problematiche legate agli appalti di lavori pubblici e ritardi nella loro esecuzione (si veda l'apposita sezione nell'appendice C2).

L'**OPPORTUNITÀ** presentata dal piano consiste nell'organicità della concertazione con le comunità locali assunta a base della pianificazione strategica e dei connessi interventi di riorganizzazione ospedaliera.

I due principali **RISCHI** del piano risiedono nello sfasamento temporale degli effetti della

riorganizzazione funzionale e di quella strutturale e nella capacità di implementare modelli organizzativi basati su percorsi assistenziali che includono risorse ospedaliere e territoriali.

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

B3A COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE

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

Gli interventi di investimento descritti nel presente documento si inseriscono coerentemente con i principi cardine del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato dal Consiglio dei Ministri nel gennaio 2021 e focalizzato a rafforzare la sanità. In particolare, le progettualità qui proposte sono allineate alle due direttrici fondamentali sulle quali di basa l'intero PNRR e dalle quali si sviluppano numerose linee di azione. La prima direttrice punta allo sviluppo e al rafforzamento dei presidi territoriali sanitari e socio-sanitari per una rete di assistenza diffusa e prossima ai cittadini. La seconda direttrice fa riferimento alla promozione e all'ammodernamento tecnologico e strutturale degli ospedali progredendo al contempo nello sviluppo della telemedicina. Questi elementi strategici trovano naturale riscontro nelle attività previste negli obiettivi di: completamento della rete territoriale, ammodernamento tecnologico, e implementazione dei sistemi informatici. A titolo di esempio si segnala che la realizzazione/ristrutturazione/adequamento di Case della Salute sarà orientata alla implementazione del modello di Casa di Comunità in corso di definizione a livello nazionale ed integrerà la mappatura delle Casa di Comunità finanziate con le risorse del PNRR. Più in generale, le attività descritte nel presente documento mostrano coerenza con il Quadro finanziario pluriennale 2021-2027 e con Next Generation EU.

Le progettualità descritte sembrano anche proseguire armonicamente rispetto al Quadro Nazionale Strategico 2007-2013 che, in tema salute, ha portato avanti anche il progetto di potenziamento dei sistemi di assistenza domiciliare integrata.

Inoltre, le progettualità qui descritte si inseriscono coerentemente nel quadro della programmazione regionale e dei conseguenti atti di indirizzo. In particolare, gli elementi direttivi della programmazione strategica della Regione Toscana sono determinati attraverso un procedimento di concertazione a valenza interistituzionale ed intersettoriale con livelli di confronto con le forze sociali, che si realizza nell'ambito delle tappe di concreta definizione del programma regionale di sviluppo – PRS - di valenza

quinquennale. Lo strumento di programmazione strategica vigente è stato adottato attraverso la predetta concertazione condotta sul Programma di governo della presente legislatura e costituisce il PRS 2016-2020. Le previsioni programmatiche ivi contenute sono aggiornate attraverso il Documento di programmazione economica e finanziaria – DPEF - che riporta anche gli esiti del monitoraggio sullo stato di avanzamento dei programmi: il DPEF vigente preso in considerazione dal presente documento è quello relativo all'esercizio 2021, che richiama tra le sue priorità la riforma e lo sviluppo della qualità sanitaria. E' in corso l'iter di approvazione del Piano Regionale di Sviluppo 2021-25.

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

B3a. 2 Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale

Le progettualità proposte sono coerenti con la delibera di giunta 78 del 3/2/20 che approva il Quadro strategico regionale per uno sviluppo sostenibile ed equo all'interno del ciclo di programmazione comunitaria 2021-2027. In particolare, tra i diciassette obiettivi di sviluppo sostenibile, la delibera ne riserva uno mirato ad assicurare la salute ed il benessere per tutti e per tutte le età. Analogamente, trovano riscontro nella delibera di giunta regionale 965 del 27 settembre 2021 che approva l'elenco degli interventi di investimento inseriti nel primo Accordo di programma stipulato il 13/06/2022 con il Ministero della Salute, relativi alla prosecuzione del programma pluriennale degli investimenti in sanità della Regione Toscana.

Il vigente PSN definisce gli obiettivi di salute:

- la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza;
- le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie;
- la non autosufficienza: anziani e disabili;

- la tutela della salute mentale;
- le dipendenze connesse a particolari stili di vita;
- il sostegno alle famiglie;
- gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali;
- il controllo delle malattie diffuse e la sorveglianza sindromica;
- la sicurezza alimentare e la nutrizione;
- la sanità veterinaria;
- la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- l'ambiente e la salute.

Gli indirizzi del *Piano sanitario sociale integrato regionale vigente (2018-2020)* si sviluppano con l'adozione dei seguenti criteri innovativi:

- non tenere separate le parti relative alle politiche sanitarie da quelle sociali;
- non tenere separate la parte descrittiva della rete ospedaliera e da quella descrittiva della rete territoriale;
- includere la tematica della prevenzione in tutti gli obiettivi di piano;
- presentare i dati epidemiologici in maniera prospettica anziché retrospettiva.

B3B SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI

B3b. 1 Analisi delle condizioni

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

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

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

B3b. 2 Sostenibilità economica e finanziaria

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

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

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

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

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

I costi emergenti si qualificano in:

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

- aumento dei costi del materiale consumabile.

B3b. 3 Sostenibilità amministrativa e gestionale

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

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

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

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

B3b. 4 Sostenibilità di risorse umane

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

La sostenibilità della politica di gestione e sviluppo delle risorse umane, a livello di Servizio sanitario regionale, fino al 2018 ha avuto come obiettivo, per le Aziende sanitarie, l'impegno a mantenere stabile la spesa complessiva per le risorse umane.

A partire dal 2019, prima con l'art. 11 del D.L. n. 35/2019 (convertito nella L. n. 60/2019), poi con il Patto per la salute 2019 – 2021 (oggetti di intesa nella Conferenza Stato Regioni del 18/12/2019) si sono registrate le prime aperture ad un nuovo sviluppo della dotazione di risorse umane da parte del S.S.N.

Nel 2020 poi, l'emergenza da COVID-19, evidenziando la necessità di sviluppare i servizi sanitari sia ospedaliero che, soprattutto, a livello territoriale, ha probabilmente posto le basi per la ricerca di un nuovo equilibrio tra sostenibilità economico-finanziaria e fabbisogno di risorse umane: gran parte delle maggiori risorse economiche che lo Stato

ha stanziato per fronteggiare l'emergenza determinata dalla pandemia sono state, infatti, vincolate proprio all'aumento della dotazione di personale sanitario.

Per adesso, però, la tecnica legislativa utilizzata non è stata quella di modificare i limiti alla crescita del costo del personale stabiliti dal già richiamato art. 11 del D.L. n. 35/2019 (convertito nella L. n. 60/2019), ma di escludere dai limiti in questione i costi di personale finanziati con contributi statali stanziati in relazione all'emergenza COVID-19.

È evidente che se tale soluzione può considerarsi accettabile nel breve termine, visto il protrarsi dell'emergenza, non può essere ritenuta idonea per definire le nuove dotazioni organiche nel medio – lungo termine.

La definizione di un nuovo quadro di riferimento a livello normativo e lo stanziamento di risorse economico-finanziarie adeguate, costituiscono presupposti essenziali per un utilizzo efficiente ed efficace delle dotazioni strutturali che si intendono realizzare o acquisire con questo programma di investimenti e con gli ulteriori programmi che ci si attende possano essere finanziati con le nuove risorse attese dall'Unione Europea.

B3b. 5 Sostenibilità ambientale

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

Considerata questa premessa, la sostenibilità ambientale degli interventi inseriti nel Programma, da un punto di vista più strettamente tecnico, prende a riferimento la normativa nazionale e regionale in materia di tutela ambientale ed uso razionale delle risorse energetiche.

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

- preferenza all'uso di materiali ecocompatibili per la realizzazione degli interventi. Allo scopo la Regione fornirà indicazioni alle Aziende sanitarie affinché nelle procedure di aggiudicazione dei lavori siano inseriti, come criteri di valutazione dell'offerta stessa (metodo dell'offerta economicamente più vantaggiosa), elementi relativi all'uso di materiali ecocompatibili o che questi elementi siano direttamente inseriti nel capitolato speciale di appalto

(metodo del massimo ribasso);

- riduzione della quantità dei rifiuti pericolosi prodotti con la realizzazione dei nuovi interventi migliorandone, allo stesso tempo, la gestione;
- contestualizzazione dei singoli interventi nel piano della mobilità aziendale allo scopo del contenimento dell'impatto ambientale;
- applicazione di requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici e degli impianti energetici in essi installati.

B4 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

B4A Sistema degli indicatori

Le risorse che la collettività pone nelle mani del decisore pubblico devono creare valore, ossia devono essere efficientemente utilizzate e allocate per fornire servizi sanitari di qualità, garantendo al tempo stesso l'accesso equo a tutti i cittadini.

Fin dal 2005, la Regione Toscana ha introdotto il Sistema di Valutazione della Performance, promosso e sviluppato dal Laboratorio MeS per monitorare i risultati conseguiti dal sistema sanitario regionale. Il sistema di valutazione è stato disegnato con i professionisti delle aziende sanitarie e i dirigenti regionali ed è tuttora in continua evoluzione, sulla base degli stimoli forniti dai vari attori che compongono il sistema sanitario.

Il sistema è oggi utilizzato per supportare i processi di pianificazione e programmazione a livello zonale, aziendale e regionale ed è collegato al sistema di obiettivi delle aziende sanitarie toscane.

I principi che hanno guidato i ricercatori del Laboratorio Management e Sanità nello sviluppo del sistema di valutazione della performance sono stati:

- l'utilizzo delle evidenze più solide per analizzare e comprendere i fenomeni, a supporto delle scelte organizzative;
- il ricorso alla valutazione delle performance per attivare processi di responsabilizzazione (accountability) nei confronti della collettività;
- il ricorso a più dimensioni di analisi per cogliere la complessità e agire sulle determinanti dei risultati;
- la tempestività, per fornire risultati in tempi utili alla programmazione;
- la trasparenza, per rispondere alla missione del sistema pubblico con una gestione responsabile;
- il confronto sistematico (benchmarking), per superare l'autoreferenzialità.

Riguardo a questo ultimo punto, la presentazione dei dati in benchmarking tra le realtà aziendali della Toscana facilita infatti il superamento dell'autoreferenzialità a favore del

confronto, inteso come strumento fondamentale per verificare i risultati conseguiti e gli eventuali spazi di miglioramento.

Inoltre, mediante il processo di valutazione della performance si è inteso quindi avviare quello di valorizzazione delle best practices delle aziende sanitarie, mediante il quale i manager e le organizzazioni nel loro complesso potessero avere la continua opportunità di apprendere e crescere.

Una delle caratteristiche fondamentali del sistema di valutazione è la sua multidimensionalità. Il raggruppamento dei risultati di performance permette di evidenziare gli aspetti che caratterizzano un sistema complesso come quello sanitario.

Le dimensioni analizzate sono le seguenti:

- Efficienza e sostenibilità, dimensione che include gli indicatori relativi all'utilizzo delle risorse economiche, alla struttura finanziaria delle aziende e alla gestione delle risorse umane;
- Strategie sanitarie regionali, che include gli indicatori volti a monitorare la capacità dell'azienda di conseguire e applicare i programmi sanitari ritenuti strategici dal livello regionale (come, ad esempio, la sanità di iniziativa e la copertura vaccinale);
- Emergenza-Urgenza, che include gli indicatori che misurano l'appropriatezza e la tempestività nel rispondere alle richieste di soccorso da parte degli utenti in pronto soccorso e sul territorio (118);
- Prevenzione collettiva, che include gli indicatori riferiti ai servizi di sicurezza sul lavoro, sicurezza alimentare, nutrizione e medicina dello sport;
- Governo e qualità dell'offerta, che include gli indicatori volti a controllare il governo della domanda, l'appropriatezza e gli aspetti della qualità di esito e di processo dei servizi offerti dal sistema sanitario;
- Responsiveness e comunicazione, che include gli indicatori volti a monitorare i processi organizzativi che costituiscono la chiave di congiunzione fra i cittadini e l'azienda (come, ad esempio, la Carta dei Servizi e i tempi di attesa);
- Valutazione dell'utenza, che riprende gli indicatori della valutazione esterna;
- Assistenza farmaceutica e dispositivi medici, che comprende gli indicatori relativi all'utilizzo appropriato ed efficiente dei farmaci e dei dispositivi medici, sia in ambito territoriale, sia in ambito ospedaliero.

B4a. 1 Indicatori di contesto

Gli indicatori di contesto esprimono la valutazione complessiva dei risultati ottenuti per ogni settore funzionale considerato, in riferimento ai contesti privilegiati dalle strategie della programmazione.

Ogni azienda dovrà monitorare le performance di propria competenza monitorando per ciascun obiettivo le seguenti aree o indicatori:

- a) Riqualificazione della rete ospedaliera e riqualificazione aziende ospedaliere - universitarie: aree “efficienza ed efficacia nei servizi di prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (PISLL)” e “rischio clinico”;
- b) Ammodernamento tecnologico: indicatori “percentuale di obsolescenza tecnica”, “Indice rinnovo investimenti”;
- c) Completamento della rete territoriale: aree “capacità di governo della domanda”, “integrazione ospedale territorio”, “salute mentale”, “cure palliative”.

I percorsi assistenziali nella fase gestionale dovranno essere supportati da un valido sistema di valutazione e verifica condiviso tra tutti gli attori del sistema. Il sistema di valutazione e verifica delle attività presuppone una attenta programmazione del sistema.

B4a. 2 Indicatori di programma

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

B4a. 3 Indicatori di efficacia ed efficienza

La regione Toscana attraverso il sistema di valutazione della performance della sanità toscana realizzato e aggiornato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e attraverso i portali di Ars, ProTer, ProLea e ProSe può monitorare gli indicatori relativi all'efficacia ed efficienza dei servizi sanitari offerti.

In particolare, per quanto riguarda l'efficienza, all'interno del sistema di valutazione della performance sono presenti indicatori complessivi come:

- l'equilibrio economico reddituale;
- l'equilibrio patrimoniale finanziario;

- il costo sanitario pro capite;
- la percentuale di occupazione dei posti letto e la degenza media dei ricoveri ordinari, oltre che l'indice di performance della degenza media sia per i DRG medici che per i DRG chirurgici.

Per quanto riguarda l'efficacia, in relazione agli interventi previsti, è possibile monitorare l'andamento complessivo e specifico dell'assistenza territoriale (come salute mentale e cronicità) a livello aziendale, di zona-distretto e a livello di Aggregazione Funzionale Territoriale.

B4a. 4 Definizione del Sistema di Indicatori

Il sistema di valutazione conta complessivamente più di 600 indicatori. Di questi, circa la metà è di osservazione. Per gli indicatori di osservazione non sono previste delle fasce di valutazione in quanto essi servono a fornire dettagli o indicazioni aggiuntive, per completare le informazioni relative alla valutazione.

La valutazione degli indicatori che compongono il sistema è organizzata in cinque fasce, cui sono associati i colori e i valori (da 0 a 5) di seguito elencati:

- fascia verde scuro, al centro del bersaglio, corrisponde a una performance ottima. In una scala di valutazione a cinque fasce, il punteggio sintetico si posiziona tra il 4 e il 5;
- fascia verde chiaro, quando la performance è buona e la valutazione sintetica oscilla tra il 3 e il 4;
- fascia gialla, quando la valutazione è tra il 2 e il 3 e la performance non è negativa ma presenta spazi di miglioramento;
- fascia arancione, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 e presenta una situazione critica;
- fascia rossa, con valutazione fra 0 ed 1: la performance è molto critica.

Il numero degli indicatori varia in relazione alle richieste regionali e dei professionisti del sistema sanitario toscano, e alla sistematicità con cui vengono effettuate le indagini rivolte agli utenti e ai dipendenti del sistema sanitario regionale.

Tutti gli indicatori del sistema di valutazione sono raggruppati in 60 indicatori di sintesi. Questi, dunque, rappresentano un numero variabile di sotto-indicatori, organizzati in una struttura gerarchica, ad albero. Il processo di composizione dei singoli indicatori negli indicatori di sintesi avviene attraverso una media – semplice o pesata – delle valutazioni

associate ai singoli indicatori.

Una caratteristica chiave del sistema di valutazione è la sua capacità di rappresentare graficamente, in modo accurato e sintetico, la performance di istituzioni complesse quali le aziende sanitarie. In questa sezione vengono riportate e descritte quattro soluzioni di sintesi e di analisi sviluppate dal Laboratorio MeS:

- a) la sintesi della valutazione della performance della Regione Toscana e delle aziende sanitarie attraverso il bersaglio;
- b) l'analisi dell'andamento della capacità di riduzione della variabilità in relazione alla dinamica temporale della performance;
- c) la visualizzazione analitica dei percorsi assistenziali, mediante i pentagrammi;
- d) l'analisi combinata del trend temporale e della valutazione della performance mediante la "mappa della performance", in riferimento ai percorsi assistenziali di cui al punto precedente.

B4a. 5 Fonti di verifica

I dati, gli indicatori e le relative fonti sono illustrati in forma analitica attraverso la piattaforma ad accesso pubblico www.performance.santannapisa.it.

Nella suddetta piattaforma è inoltre possibile consultare la metodologia e le rappresentazioni grafiche di riferimento nel documento "Il Sistema Di Valutazione Della Performance della Sanità Toscana. Report 2019".

I dati e gli indicatori relativi agli esiti (Prose), alla dimensione territoriale (Proter) e agli indicatori monitorati dal livello ministeriale (ProLea) è possibile consultare il sito dell'Agenzia Regionale Sanitaria: www.ars.toscana.it

B4B IMPATTI DEL PROGRAMMA

B4b. 1 Accettabilità sociale del programma

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

In particolar modo questo effetto si manifesta quando si va a ritoccare l'organizzazione delle localizzazioni delle sedi di erogazione dei servizi, tale effetto è massimo se si parla di dismissioni di ospedali, di chiusure di punti nascita ed altre riorganizzazioni, quello che è difficile da far comprendere è il rationale di tali operazioni che per ospedali interi si trasforma in azioni di concentrazioni di offerta tali che possano rispondere a requisiti di appropriatezza.

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

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

B4b. 2 Valore aggiunto del programma

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

B4b. 3 Health Technology Assessment

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

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

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

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

In particolare, i processi di HTA in regione Toscana sono collegati ai processi di

acquisizione delle tecnologie e inclusi nei processi di approvvigionamento in collaborazione con l'Estar. In regione Toscana è presente un centro operativo HTA per la valutazione delle tecnologie che fornisce supporto nella fase di programmazione e valutazione delle tecnologie specifiche, fornisce aggiornamenti sulle ultime evidenze, linee guida e indirizzi in materia di farmaci, dispositivi medici e attrezzature sanitarie. In questo processo, l'Estar svolge un ruolo chiave nella predisposizione delle gare per l'acquisto delle attrezzature e tecnologie sanitarie.

B5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

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

Quanto sopra vale anche in relazione alla gestione ed al monitoraggio dei 11 interventi proposti dai soggetti attuatori.

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

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

C. APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO

C 1 - Matrice del Quadro Logico

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

C 3 - Obiettivi/Indicatori/Interventi

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

C. 1 - MATRICE DEL QUADRO LOGICO

LOGICA DI INTERVENTO		INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI	FONTI DI VERIFICA	CONDIZIONI
OBIETTIVI GENERALI	<p>Descrizione degli obiettivi generali ed illustrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - della strategia che si intende seguire - della coerenza con altri livelli di Programmazione 	<p>Definizione dei dati quantitativi sui</p> <ul style="list-style-type: none"> - tempi - luoghi - costi - beneficiari - benefici attesi 	<p>Le fonti di verifica sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PIANI SANITARI SOCIALI INTEGRATI REGIONALE 2012-2015 E 2018-2020; - QUADRO STRATEGICO NAZIONALE 2007-2013; - PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR); - RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE DM 71/2022 - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA: REPORT 2019 DEL LABORATORIO MES DELLA SCUOLA SUPERIORE SANT'ANNA DI PISA; 	<p>Eventi, decisioni esterne all'azione di programma che incidono sul raggiungimento degli obiettivi programmati</p>
OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Descrizione del soddisfacimento di uno o più bisogni con l'individuazione di obiettivi specifici relativi agli Interventi dell'AdP</p>	<p>Impatto diretto di ogni singolo obiettivo specifico attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi costi/benefici, - entità dei benefici, - tempi e qualità degli obiettivi 		
OBIETTIVI OPERATIVI	<p>Descrizione dei risultati da conseguire nell'ambito della programmazione per raggiungere gli obiettivi specifici</p>	<p>Definizione della dinamica temporale prevista per produrre gli obiettivi operativi</p>	<p>Documenti relativi allo stato di avanzamento dei lavori</p>	
Interventi	<p>Interventi proposti con il DP, in grado di consentire il successo delle azioni di programma con raggiungimento degli obiettivi operativi</p> <p style="text-align: center;">SCHEDE INTERVENTI</p>	<p>Definizione del Costo Complessivo e dei Costi Unitari di realizzazione</p>		

C. 2 - ANALISI SWOT

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

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

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

Matrice dell'Analisi SWOT

Vedi B2b 2 del Documento programmatico

I N T E R N I	S = FORZA	W = DEBOLEZZA
E S T E R N I	<ul style="list-style-type: none"> - COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE IN CORSO E I RECENTI INDIRIZZI NAZIONALI - Collocazione strategica all'interno di un quadro programmatico certo e definito; - Miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza attraverso: <ul style="list-style-type: none"> - opere di ristrutturazione dei presidi ospedalieri esistenti - ammodernamento del parco tecnologico - Completamento della rete territoriale attraverso la ristrutturazione o la realizzazione di nuove strutture; 	<p>Le innovazioni tecnologiche e di edilizia richiedono interventi di natura organizzativa. Nello specifico possono essere identificati dei fattori che, se non gestiti correttamente, sono barriere alla corretta introduzione delle innovazioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fattore relativo al capitale umano (competenze tecniche) - è necessario verificare che all'interno delle aziende ci sia sufficiente personale o servizi di supporto che permettano di seguire tutte le fasi dei lavori; - Fattori relativi alle resistenze organizzative <ul style="list-style-type: none"> - diversa organizzazione del lavoro indotta dalle nuove tecnologie o dalla nuova logistica; - integrazione degli operatori multidisciplinare e multiprofessionale; - potenziale aumento di costi legati all'introduzione di nuove tecnologie; - costi iniziali legati alla necessità di formazione alle risorse umane sui nuovi punti di erogazione.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organicità del riferimento del piano programmatico sulla localizzazione dei servizi concertato con le comunità locali; ▪ Concertazione con le comunità territoriali della riorganizzazione ospedaliera; ▪ Stabilità delle scelte strategiche a lungo termine <ul style="list-style-type: none"> • programma strategico decennale di investimenti • indipendenza dai futuri assetti istituzionali 	<ul style="list-style-type: none"> - la situazione di emergenza sanitaria nazionale causata dal virus covid-19 e l'attuale fase post pandemica ha generato e continua a generare incertezza in relazione agli appalti di lavori pubblici in termini di costi (soprattutto per l'edilizia) e ritardi nella loro esecuzione; - l'attuale situazione internazionale relativa alle sanzioni previste per contrastare il conflitto russo-ucraino sta generando incertezza sul fronte dell'aumento dei costi delle materie prime e delle utenze che possono portare ad un potenziale incremento dei costi dei lavori, soprattutto quelli legati all'edilizia - Sfasamento temporale tra riorganizzazione funzionale e riorganizzazione strutturale; - Necessità di rivalutare aspetti delle scelte strategiche in riferimenti a quadri temporali di medio - lungo termine; <ul style="list-style-type: none"> • Capacità di implementare modelli organizzativi basati su percorsi assistenziali che includono risorse ospedaliere e territoriali.
--	---	---

C. 3 - OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI

Obiettivi							Indicatori	
	Generali		Specifici	Ente attuatore	Interventi operativi	codici	descrizione	Valore atteso
G 1	Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario ai fabbisogni assistenziali (B1.a)	S11	Ammodernamento del parco tecnologico sanitario e informatico		Vedi schede interventi		<ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di obsolescenza tecnica • Indice rinnovo investimenti 	
		S12	Completamento della rete territoriale		Vedi schede interventi		<ul style="list-style-type: none"> • Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso • Tasso di ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso 154 • Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti • Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti • Tasso di dimissioni con segnalazione 	

					<ul style="list-style-type: none"> e di attivazione di ADI per 100.000 abitanti • Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso • Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche • Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg 	
G 2	Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario ai principi di organizzazione (B1.b)	S21	Riorganizzazione della rete ospedaliera	Vedi schede interventi	<ul style="list-style-type: none"> • € Percentuale di cantieri edili diversi ispezionati • € Prodotti finiti 25-26-72 / unità locali • € Prodotti finiti 25-26-27-28-40-72 pesati / operatori qualificati • € Indice di richieste di risarcimento • € Indice annuale richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere e territoriali • € Indice 	

					<p>triennale di sinistrosità - eventi in strutture ospedaliere e territoriali</p> <p>Sviluppo del sistema di incident reporting</p>	
		S2₂	Riqualificazione delle aziende ospedaliere – universitarie	Vedi schede interventi	<ul style="list-style-type: none"> • Perce ntuale di obsole scenz a tecnic a • Indice rinnov o investi menti 	
G 3	Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario alla valutazione degli esiti (B4)	S3	Implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici	Vedi schede interventi	<ul style="list-style-type: none"> • Perce ntuale di obsole scenz a tecnic a • Indice rinnov o investi menti • 	

C. 4 - SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE

Riferimenti assunti dalla programmazione regionale degli investimenti

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

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

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

Intesa del 5 ottobre 2006 tra Governo, Regioni e Province Autonome (Patto sulla salute 2019-2021)

Leggi finanziarie 2007 e 2008 per le disposizioni concernenti il settore degli investimenti

Nuovo patto per la salute e nuove leggi finanziarie

<i>Riferimenti assunti dalla programmazione regionale degli investimenti</i>	NOTE SUI RIFERIMENTI EFFETTIVI ASSUNTI DALLA REGIONE
<p>1. Promozione di processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera attraverso indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera (Patto per la salute 4.6)</p> <p>2. Perseguimento di uno standard di posti letto accreditati non superiore a 4,5 pl per 1000 abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. a)</p> <p>3. Promozione del passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b)</p> <p>4. Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per 1000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20% (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b)</p>	
<p>5. Destinazione delle risorse residue a interventi per il rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici su interi presidi ospedalieri con numero di posti letto inferiore a 250 per acuti o a 120 per lungodegenza e riabilitazione (Finanziaria 2006, art. 1, comma 285)</p>	
<p>6. Destinazione al potenziamento ed ammodernamento tecnologico di una quota minima delle risorse residue pari al 15% (Intesa 23 marzo 2005, art. 10)</p> <p>7. Innovazione tecnologica delle strutture del SSN, con particolare riferimento alla diagnosi e alla</p>	

<p>terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare (Patto per la salute 4.1)</p>	
<p>8. Sviluppo ed implementazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello ospedaliero che per il livello territoriale (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. g)</p> <p>9. Realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino / paziente (Patto per la salute 4.2)</p> <p>10. Generalizzazione delle già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Patto per la salute 4.2)</p> <p>11. Assicurare adeguati programmi di Assistenza Domiciliare Integrata e di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale extraospedaliera (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. c)</p>	
<p>12. Realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa (Finanziaria 2006, art. 1, comma 280)</p> <p>13. Erogazione delle prestazioni comprese nei LEA, secondo standard di qualità e quantità</p> <p>14. Riferimento al set di indicatori concordato tra Ministeri della Salute e dell'Economia e Regioni a partire dal set di indicatori utilizzato dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (Patto per la salute 2.4)</p>	
<p>15. Disponibilità sul sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità" dei dati relativi agli accordi di programma già sottoscritti nonché da sottoscrivere (Nota protocollo n. 2749/DGPROG/7-P/I. 6 a h dell'8/2/2006)</p>	
<p>16. Valutazione della conformità alle disposizioni normative nazionali circa l'utilizzo prioritario delle somme stanziare per gli Accordi di programma</p>	

CORRELAZIONE DELL' A D P CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE
Tabella 1

ATTO CITATO NEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO	NOTE
Piano Sanitario Regionale vigente nella fase di definizione del programma	Piano Sanitario Regionale 2018-2020 che costituisce la programmazione regionale vigente nella fase di elaborazione del programma di investimenti.
Legge regionale n. 11/2017	“Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto. Modifiche alla l.r. 40/2005 ed alla l.r. 41/2005”,
Piano di rientro (per le Regioni interessate)	Non interessata da alcun adempimento

CORRELAZIONE DELL'ADP CON I FINANZIAMENTI PRECEDENTI

Tabella 2

PROGRAMMA	PERCENTUALE DI AVANZAMENTO FINANZIARIO	NOTE
<p>Accordo di programma precedente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accordi di Programma tra Regione Toscana e ministeri competenti del 16 aprile 2009 2. Accordi di Programma tra Regione Toscana e ministeri competenti del 8 marzo 2013 3. Accordi di Programma tra Regione Toscana e ministeri competenti del 2 novembre 2016 4. Accordi di Programma tra Regione Toscana e ministeri competenti del 13 giugno 2022 	<p>67 % come livello di utilizzo degli stanziamenti previsti.</p> <p>63 % come livello di utilizzo degli stanziamenti previsti</p> <p>19 % come livello di utilizzo degli stanziamenti previsti</p> <p>in attesa dell'ammissione a finanziamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'accordo prevede l'attivazione di opere di edilizia ospedaliera ed extra ospedaliera per un importo complessivo di circa 169,5 milioni di € a carico art. 20. • L'accordo prevede l'attivazione di opere di edilizia ospedaliera ed extra ospedaliera per un importo complessivo di circa 129 milioni di € a carico art. 20. • L'accordo prevede l'attivazione di opere di edilizia ospedaliera ed extra ospedaliera per un importo complessivo di circa 74 milioni di € a carico art. 20. • L'accordo prevede l'attivazione di opere di edilizia ospedaliera ed extra ospedaliera per un importo complessivo di circa 220 milioni di € a carico art. 20.

OBIETTIVI ED INDICATORI DELL'A D P

Tabella 3a

OBIETTIVI GENERALI DELL'A D P

OBIETTIVI	
1	Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario ai fabbisogni assistenziali (B1.a)
2	Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario ai principi di organizzazione (B1.b)
3	Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario alla valutazione degli esiti (B4)

Tabella 3b

OBIETTIVI SPECIFICI DELL'A D P

OBIETTIVI	
1	Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario ai fabbisogni assistenziali
1.1	<i>Ammodernamento delle tecnologie sanitarie con particolare riferimento ai servizi di radiodiagnostica di interesse oncologico e di radioterapia</i>
1.2	<i>Completamento della rete territoriale</i>
2	Finalizzare gli investimenti nel settore sanitario ai principi di organizzazione
2.1	<i>Riorganizzazione della rete ospedaliera</i>
2.2	<i>Riqualificazione delle aziende ospedaliero - universitarie</i>

OBIETTIVI ED INDICATORI DEL NUOVO PROGRAMMA

Tabella 3c

OBIETTIVI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI	INDICATORI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI
1 Riorganizzazione della rete ospedaliera	SI	Indicatori aree “efficienza ed efficacia nei servizi di prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (PISLL)” e “rischio clinico”.	SI
2 Riqualificazione delle aziende ospedaliero - universitarie	SI		SI
3 Ammodernamento delle tecnologie sanitarie con particolare riferimento ai servizi di radiodiagnostica di interesse oncologico e di radioterapia	SI	Indicatori “percentuale di obsolescenza tecnica”, “Indice rinnovo investimenti”	SI
6 Completamento della rete territoriale	SI	Indicatori aree “capacità di governo della domanda”, “integrazione ospedale territorio”, “salute mentale”, “cure palliative”.	SI

QUADRO FINANZIARIO CONTENUTO NELLA PROPOSTA DI ACCORDO DI PROGRAMMA
TABELLA 4

Esercizio Finanziario	Fonte Finanziaria				Totale
	stato Art. 20	ente attuatore	altro ente pubblico	privato	
2022	0,00	81.381,28	0,00	0,00	81.381,28
2023	17.032.000,00	1.068.618,72	0,00	0,00	18.100.618,72
2024	16.970.850,00	797.481,50	0,00	0,00	17.768.331,50
2025	12.132.718,64	0,00	0,00	0,00	12.132.718,64
2026	3.039.500,00	3.910.412,36	0,00	0,00	6.949.912,36
2027	1.183.665,63	350.000,00	0,00	0,00	1.533.665,63
2028	1.088.887,50	0,00	0,00	0,00	1.088.887,50
2029	1.361.109,37	0,00	0,00	0,00	1.361.109,37
2030	2.177.775,00	0,00	0,00	0,00	2.177.775,00
Totale	54.986.506,14	6.207.893,86	0,00	0,00	61.194.400,00
	89,86%	10,14%	0,00%	0,00%	

ARTICOLAZIONE DEGLI INTERVENTI DELL'A D P PER TIPOLOGIE

Tabella 5

Tipologia	Numero di Interventi per categoria	Livello di progettazione		
		Studio/ Progetto di fattibilità	Capitolato prestazionale	Progetto definitivo
Nuova costruzione	2	1	-	1
Ristrutturazione	4	4	-	-
Restauro	-	-	-	-
Manutenzione	-	-	-	-
Completamento	-	-	-	-
Acquisto immobili	2	2	-	-
Acquisto attrezzature	3	-	3	-
Totale	11	7	3	1

FABBISOGNO FINANZIARIO PER OBIETTIVO

Tabella 6

Obiettivo	Somme a carico art. 20 L. 67/88 (Riparto 2019)	Somme a carico Aziende/Regione/Altro Stato	Totale investimento	%
Riqualificazione della rete ospedaliera	6.615.150,00	350.000,00	6.965.150,00	11,38%
Riqualificazione aziende ospedaliero - universitarie	8.324.087,64	3.675.912,36	12.000.000,00	19,61%
Ammodernamento tecnologico	9.597.850,00	505.150,00	10.103.000,00	16,51%
Completamento della rete territoriale	30.449.418,50	1.676.831,50	32.126.250,00	52,50%
Totale	54.986.506,14	6.207.893,86	61.194.400,00	100,00%

FABBISOGNO FINANZIARIO PER PROGRAMMA

Tabella 7

Programma	Somme a carico art. 20 L. 67/88 (Riparto 2019)	Somme a carico Aziende/Regione/Altro Stato	Totale investimento	%
Edilizia ospedaliera	14.939.237,64	4.025.912,36	18.965.150,00	30,99%
Edilizia territoriale	30.449.418,50	1.676.831,50	32.126.250,00	52,50%
Tecnologie sanitarie e arredi	9.597.850,00	505.150,00	10.103.000,00	16,51%
Totale	54.986.506,14	6.207.893,86	61.194.400,00	100,00%

FABBISOGNO FINANZIARIO PER TIPOLOGIE DI INTERVENTO

Tabella 8

Tipologia	Numero di Interventi per tipologia	Fonte Finanziaria				costo complessivo	incidenza sul programma
		stato Art. 20	ente attuatore	altro ente pubblico	privato		
Nuova costruzione	2	9.630.500,00	559.500,00	-	-	10.190.000,00	16,65%
Ristrutturazione	4	22.098.675,14	4.402.724,86	-	-	26.501.400,00	43,31%
Restauro	-	-	-	-	-	0,00	0,00%
Manutenzione	-	-	-	-	-	0,00	0,00%
Completamento	-	-	-	-	-	0,00	0,00%
Acquisto immobili	2	13.659.481,00	740.519,00	-	-	14.400.000,00	23,53%
Acquisto attrezzature	3	9.597.850,00	505.150,00	-	-	10.103.000,00	16,51%
Totale	11	54.986.506,14	6.207.893,86	-	-	61.194.400,00	100,00%

VERIFICA DELL'ANALISI DI CONTESTO

Tabella 9

ELEMENTI DI ANALISI	PRESENZA ASSENZA	EVIDENZIAMENTO DI PARTICOLARI FENOMENI
	P- A	
A1 – Quadro demografico della Regione	PRESENZ A <i>Vedi B1a 2 e B1a 3</i>	Scostamento dell'età media, dell'indice di vecchiaia, dell'indice di dipendenza strutturale toscano e del numero dei residenti stranieri rispetto alla media nazionale.
A2 – Quadro epidemiologico della Regione	PRESENZ A <i>vedi B1a 1</i>	Collocazione nella media delle regioni del centro Italia sulla base dei tassi di incidenza e prevalenza stimati per le patologie oncologiche e altre patologie croniche. Scontamento del tasso di ricoveri per infarto al miocardio, tasso di ricoveri ripetuti a 30 giorni e a 7 giorni per patologie psichiatriche rispetto alla media nazionale.
A3 – Quadro della mobilità passiva intra ed extra regionale	PRESENZ A <i>vedi B1a 5</i>	Situazione favorevolmente equilibrata rispetto ai movimenti dei pazienti in uscita e in entrata.
A4 - Analisi della domanda di prestazioni sanitarie	PRESENZ A <i>vedi B1a 4 e B1a 7</i>	Trend tasso di ospedalizzazione in continua diminuzione negli anni. Bacini di utenza su scala regionale o sub-regionale.
A5 - Analisi dell'offerta	PRESENZ A <i>Vedi B1a 6 e B2a 4</i>	Collocazione dei presidi in funzione del ruolo che ricoprono nella rete
A6 - Criticità di accesso ai percorsi diagnostici-terapeutici	PRESENZ A <i>vedi B1a 4 e B1B</i>	Il B1a.4 illustra gli andamenti riguardanti le tre principali leve organizzative: la programmazione delle attività ospedaliere in elezione, l'efficienza dei processi diagnostici e di cura intraospedalieri e il collegamento tra attività ospedaliere e cure territoriali a lungo termine. Nel B1B si esaminano le implicazioni relative alle strategie adottate rispetto ai bisogni assistenziali identificati.

ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE**Tabella 10**

ELEMENTI DI ANALISI	DATO REGIONALE	DATO NAZIONALE	NOTE
Numero Posti letto per acuti per 1000 abitanti pubblici Privati	2,76/1.000 abitanti		
Numero Posti letto per riabilitazione e lungo degenza per 1000 abitanti pubblici Privati	0,29/1.000 abitanti		
Tasso di ospedalizzazione per acuti	117,4 ricoveri per 1.000 abitanti		
Mobilità passiva per acuti	6,3% (Percentuale di ricoveri in mobilità passiva)		
Casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per 1.000 residenti	32,8/1.000 abitanti		
% Anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata	10,6% (indicatore B28.1.1 Report MeS 2009)		
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	409/100.000 abitanti		
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	29/100.000 abitanti		

ANALISI DELL'OFFERTA EX POST PREVISTA A SEGUITO DEGLI INTERVENTI

Tabella 11

Nota generale La situazione di offerta attesa di seguito riportata è verificabile solo nell'ambito di programmi generali che contemplino le fattispecie sotto indicate. Il presente programma è traguardabile solo in termini di obiettivi generali da conseguire con il presente ADP (posti letto per acuti ogni 100.000 ab.). Ad integrazione delle fattispecie di seguito previste si riportano in coda gli impatti attesi dal presente ADP.

OFFERTA ATTESA	NOTE
Costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di presidi esistenti	
Potenziamento o realizzazione di centri di riferimento	
Riconversione di ospedali ad altre funzioni sanitarie	
Raggiungimento di 250 pl per acuti o 120 pl per lungo degenza e riabilitazione	
Adeguamento ai requisiti minimi di presidi con meno di 250 pl per acuti o di 120 pl per lungo degenza e riabilitazione	
Posti letto per acuti per 1000 abitanti	
Posti letto per riabilitazione e lungo degenza per 1000 abitanti	
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	
<p>Altro</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Riorganizzazione della rete ospedaliera 3 Riqualificazione delle aziende ospedaliero - universitarie 4 Ammodernamento delle tecnologie sanitarie con particolare riferimento ai servizi di radiodiagnostica di interesse oncologico e di radioterapia 6 Completamento della rete territoriale 	<p>Il primo intervento comporta l'impiego del 11,38% delle risorse, il secondo del 19,61% delle risorse, il terzo dell'16,51% delle risorse e il sesto del 52,50% delle risorse.</p>

ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE E PREVISTA DI TECNOLOGIE

Tabella 12

GRANDI APPARECCHIATURE	OFFERTA REGIONALE ATTUALE		OFFERTA REGIONALE PREVISTA		STANDARD ** NAZIONALE
	NUMERO *	STANDARD *	NUMERO	STANDARD	
Gamma Camera Computerizzata e Sistema TAC Gamma Camera integrato	29	7,76	-	-	9,41
PET TAC	14	3,75	-	-	3,39
Tomografo a risonanza magnetica	102	27,29	-	-	28,07
ACCELERATORE LINEARE	29	7,76	-	-	7,19


*** numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti (Fonte: Osservatorio FAVO, 2020)**

**** numero apparecchiature a livello nazionale per 1.000.000 di residenti (Fonte: Osservatorio FAVO, 2020)**

DETTAGLIO RICHIESTA AMMISSIONE A FINANZIAMENTO (MOD A)			
AZIENDA USL/AOU/FTGM	TOSCANA NORD OVEST		
Ex Azienda	Ex ULS 1 Massa Carrara		
Titolo Intervento	Adeguamento edilizio-architettonico e impiantistico Monoblocco Carrara		
Descrizione intervento	Il progetto riguarda l'adeguamento sismico, edilizio ed impiantistico dei fabbricati che costituiscono il Monoblocco di Carrara. Per procedere all'adeguamento è necessario liberare i locali e procedere ad una ristrutturazione complessiva volta all'inserimento dei servizi attualmente presenti nella Casa della Salute e dell'ex Ospedale Civico di Carrara. In particolare verranno trasferiti: centro prelievi, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medico di continuità assistenziale, consultorio, ginecologia, senologia ed altri ambulatori specialistici, servizi generali e di supporto.		
Tipo Intervento	Ristrutturazione		
	n. posti letto		NB Per gli interventi del tipo "nuova costruzione", "ristrutturazione" e "completamento" inserire il numero di posti e la superficie lorda interessata dall'intervento
	sup. lorda	15500	
Categoria	B1 - Servizi territoriali, Distretti		
Stato di progettazione	Progetto di fattibilità		
Comune	CARRARA		
Stazione appaltante	TOSCANA NORD OVEST		
Ente responsabile	TOSCANA NORD OVEST		
Sede di erogazione	TOSCANA NORD OVEST		
Data inizio lavori	01/01/2027		
Data fine lavori	31/12/2029		
Data di aggiudicazione prevista	01/09/2026		
Data prevista per l'attivazione	01/04/2030		
Tempo Previsto per La Durata dei Lavori	1095	gg	
Tempo Previsto per l'attivazione	90	gg	
Soggetto responsabile	RUP ING. GIANCARLO SIMONCINI		
Codice CUP:	J88I20000100006		
Dati finanziari			
Costo complessivo	6.036.250,00		
Quadro economico			
Opere	4.500.000,00 €		
Arredi ed Attrezzature	80.000,00 €		
Spese teniche	760.000,00 €		
Oneri fiscali	696.250,00 €		
Altro			
Totale	6.036.250,00 €		
Importo finanziamenti pregressi			
Importo a carico dello stato	5.734.437,50 €		<= al 95 %
Importo a carico di altro ente o privato			
Importo a carico azienda	301.812,50 €		
Piano finanziario	anno	importo	fonte finanziaria
	2023	80.000,00 €	Ente appaltante
	2024	221.812,50 €	Ente appaltante
	2025	120.000,00 €	Stato
	2026	170.000,00 €	Stato
	2027	816.665,63 €	Stato
	2028	1.088.887,50 €	Stato
	2029	1.361.109,38 €	Stato
	2030	2.177.775,00 €	Stato

DETTAGLIO RICHIESTA AMMISSIONE A FINANZIAMENTO (MOD A)				
AZIENDA USL/AOU/FTGM	TOSCANA NORD OVEST			
Ex Azienda	Ex USL 5 Pisa			
Titolo Intervento	Realizzazione residenza sanitaria per esecuzione misure di sicurezza detentiva - Area ospedaliera di Volterra - Realizzazione seconda fase nel Padiglione Livi - Lotto 2 Stralcio 2			
Descrizione intervento	L'intervento si propone di realizzare il secondo stralcio funzionale delle opere comprese nel Lotto 2 della seconda fase del programma degli interventi necessari a realizzare la Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentiva. In particolare verrà realizzato il secondo nucleo di 20 posti letto con i requisiti strutturali ed impiantistici richiesti per le strutture residenziali destinate ad accogliere le persone a cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia.			
Tipo Intervento	Nuova costruzione			
	n. posti letto	20	NB Per gli interventi del tipo "nuova costruzione", "ristrutturazione" e "completamento" inserire il numero di posti e la superficie lorda interessata dall'intervento	
	sup. lorda	1500		
Categoria	B3 - Servizi territoriali, Altre strutture			
Stato di progettazione	Progetto definitivo			
Comune	Volterra			
Stazione appaltante	TOSCANA NORD OVEST			
Ente responsabile	TOSCANA NORD OVEST			
Sede di erogazione	TOSCANA NORD OVEST			
Data inizio lavori	14/06/2026			
Data fine lavori	15/11/2027			
Data di aggiudicazione prevista	15/03/2026			
Data prevista per l'attivazione	15/02/2028			
Tempo Previsto per La Durata dei Lavori	520	gg		
Tempo Previsto per l'attivazione	90	gg		
Soggetto responsabile	RUP GEOM. MASSIMO MALFETTI - UOC SERVIZI TECNICI PISA ALTA VAL DI CECINA VALDERA			
Codice CUP:	B99D15000660003			
Dati finanziari				
Costo complessivo	5.690.000,00			
Quadro economico				
Opere	4.412.417,59			
Arredi ed Attrezzature	0,00			
Spese tecniche	508.000,00			
Oneri fiscali	592.057,29			
Altro	177.525,12			
Totale	5.690.000,00			
Importo finanziamenti pregressi	0,00			
Importo a carico dello stato	5.405.500,00	<= al 95 %		
Importo a carico di altro ente o privato	0,00			
Importo a carico azienda	284.500,00			
Piano finanziario				
	anno	importo	fonte finanziaria	
	2025	284.500,00	Ente appaltante	
	2026	1.600.000,00	Stato	
	2027	3.500.000,00	Stato	
	2028	305.500,00	Stato	

DETTAGLIO RICHIESTA AMMISSIONE A FINANZIAMENTO (MOD A)				
AZIENDA USL/AOU/FTGM	TOSCANA NORD OVEST			
Ex Azienda	Ex USL 5 Pisa			
Titolo Intervento	P.O. Volterra – Fabbricato Ospedaliero 3° Lotto			
Descrizione intervento	Il progetto ha la finalità di operare un vero e proprio restauro sanitario del Fabbricato ospedaliero a completamento degli interventi di consolidamento e miglioramento sismico finanziati dal PNRR (Lotto 1 e Lotto2). Ciò avverrà attraverso: - la costruzione di 3 nuovi corpi di fabbrica strutturalmente connessi all'edificio esistente; - la ristrutturazione dei livelli 00 (attuale Pronto Soccorso) e 02 (Radiodiagnostica / Area Medica) del Fabbricato ospedaliero; - il completamento della riorganizzazione funzionale del Presidio ospedaliero ed il potenziamento delle attività sanitarie di Pronto Soccorso, dell'area critica e dell'area chirurgica, portando così a compimento – nell'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura – il percorso iniziato con il potenziamento delle cure di minore intensità.			
Tipo Intervento	Ristrutturazione			
	n. posti letto	60	NB Per gli interventi del tipo "nuova costruzione", "ristrutturazione" e "completamento" inserire il numero di posti e la superficie lorda interessata dall'intervento	
	sup. lorda	6360		
Categoria	D1 - Ospedali, Opere			
Stato di progettazione	Progetto di fattibilità			
Comune	Volterra			
Stazione appaltante	TOSCANA NORD OVEST			
Ente responsabile	TOSCANA NORD OVEST			
Sede di erogazione	TOSCANA NORD OVEST			
Data inizio lavori	01/01/2025			
Data fine lavori	15/06/2027			
Data di aggiudicazione prevista	01/10/2024			
Data prevista per l'attivazione	15/12/2027			
Tempo Previsto per La Durata dei Lavori	900	gg		
Tempo Previsto per l'attivazione	180	gg		
Soggetto responsabile	RUP GEOM. MASSIMO MALFETTI – UOC SERVIZI TECNICI PISA, ALTA VAL DI CECINA, VALDERA			
Codice CUP:	J95F22000330001			
Dati finanziari				
Costo complessivo	6.965.150,00			
Quadro economico				
Opere	4.447.944,79			
Arredi ed Attrezzature	0,00			
Spese tecniche	1.200.945,09			
Oneri fiscali	1.038.362,79			
Altro	277.897,33			
Totale	6.965.150,00			
Importo finanziamenti pregressi	0,00			
Importo a carico dello stato	6.615.150,00	<= al 95 %		
Importo a carico di altro ente o privato				
Importo a carico azienda	350.000,00			
Piano finanziario				
	anno	importo	fonte finanziaria	
	2023	367.000,00	Stato	
	2024	1.470.000,00	Stato	
	2025	2.941.150,00	Stato	
	2026	1.470.000,00	Stato	
	2027	367.000,00	Stato	
	2027	350.000,00	Ente appaltante	

DETTAGLIO RICHIESTA AMMISSIONE A FINANZIAMENTO (MOD A)				
AZIENDA USL/AOU/FTGM	TOSCANA NORD OVEST			
Ex Azienda	Ex USL 12 Viareggio			
Titolo Intervento	Casa della Comunità Massarosa			
Descrizione intervento	L'intervento ha lo scopo di accogliere tramite la realizzazione di una Casa della Comunità <i>spoke</i> la richiesta di implementazione dell'offerta dei servizi socio-sanitari per la comunità di Massarosa, garantendo pertanto il diritto alla salute ed un accesso equo e capillare alle cure. L'intervento sarà realizzato senza consumo di nuovo suolo, ma attraverso il recupero e la conversione di un immobile parzialmente in disuso di proprietà dell'Amministrazione Comunale di Massarosa, ubicato in posizione strategica e centrale e messo a disposizione dell'Azienda USL Toscana Nord attraverso un contratto di comodato d'uso. Come da Relazione Sanitaria redatta dalla Direzione Sanitaria di Presidio, la realizzazione dell'intervento è da ritenersi prioritaria in quanto volta ad accrescere la qualità ed il potenziamento dell'offerta dei servizi di prevenzione e cura locali. Per la progettazione ed i servizi da rendere è stata presa a riferimento anche la programmazione sul tema alla luce dell'attuale Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6-Salute, recependo le indicazioni del D.M. 71 del 23/02/2022 - Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.			
Tipo Intervento	Ristrutturazione	NB Per gli interventi del tipo "nuova costruzione", "ristrutturazione" e "completamento" inserire il numero di posti e la superficie lorda interessata dall'intervento		
	n. posti letto			0
	sup. lorda			750
Categoria	B1 - Servizi territoriali, Distretti			
Stato di progettazione	Progetto di fattibilità			
Comune	Lucca			
Stazione appaltante	TOSCANA NORD OVEST			
Ente responsabile	TOSCANA NORD OVEST			
Sede di erogazione	TOSCANA NORD OVEST			
Data inizio lavori	01/11/2023			
Data fine lavori	31/07/2024			
Data di aggiudicazione prevista	30/09/2023			
Data prevista per l'attivazione	31/10/2024			
Tempo Previsto per La Durata dei Lavori	270	gg		
Tempo Previsto per l'attivazione	90	gg		
Soggetto responsabile	Ing. Nicola Ceragioli			
Codice CUP:	J72C19000180006			
Dati finanziari				
Costo complessivo	1.500.000,00			
Quadro economico				
Opere	€ 978.500,00			
Arredi ed Attrezzature	€ 90.000,00			
Spese tecniche	€ 212.250,00			
Oneri fiscali	€ 174.702,80			
Altro	€ 44.547,20			
Totale	€ 1.500.000,00			
Importo finanziamenti pregressi				
Importo a carico dello stato	1.425.000,00		<= al 95 %	
Importo a carico di altro ente o privato				
Importo a carico azienda	75.000,00			
Piano finanziario				
II RUP	anno	importo	fonte finanziaria	
	2022	31.381,28	Ente appaltante	
	2023	43.618,72	Ente appaltante	
	2023	77.000,00	Stato	
	2024	1.348.000,00	Stato	

DETTAGLIO RICHIESTA AMMISSIONE A FINANZIAMENTO (MOD A)				
AZIENDA USL/AOU/FTGM	TOSCANA NORD OVEST			
Ex Azienda	Ex USL 2 Lucca			
Titolo Intervento	Nuovo distretto di Castelnuovo Garfagnana (LU)			
Descrizione intervento	Acquisto di edificio per accorpare distretto socio sanitario ed altre attività sanitarie			
Tipo Intervento	Acquisto di immobili			
	n. posti letto	0	NB Per gli interventi del tipo "nuova costruzione", "ristrutturazione" e "completamento" inserire il numero di posti e la superficie lorda interessata dall'intervento	
	sup. lorda	1400		
Categoria	B2 - Servizi territoriali, Poliambulatori			
Stato di progettazione	Progetto di fattibilità			
Comune	Castelnuovo Garfagnana			
Stazione appaltante	TOSCANA NORD OVEST			
Ente responsabile	TOSCANA NORD OVEST			
Sede di erogazione	TOSCANA NORD OVEST			
Data inizio lavori	01/03/2023			
Data fine lavori	28/02/2024			
Data di aggiudicazione prevista	28/02/2023			
Data prevista per l'attivazione	31/05/2024			
Tempo Previsto per La Durata dei Lavori	365	gg		
Tempo Previsto per l'attivazione	90	gg		
Soggetto responsabile	Ing. Nicola Ceragioli			
Codice CUP:	J71E20000460003			
Dati finanziari				
Costo complessivo	2.400.000,00			
Quadro economico				
Opere				
Arredi ed Attrezzature				
Spese tecniche	€ 6.174,00			
Oneri fiscali	€ 325.383,00			
Altro	€ 2.068.443,00			
Totale	€ 2.400.000,00			
Importo finanziamenti progressi				
Importo a carico dello stato	2.280.000,00	<= al 95 %		
Importo a carico di altro ente o privato				
Importo a carico azienda	120.000,00			
Piano finanziario				
Il RUP	anno	importo	fonte finanziaria	
	2022	250.000,00	Stato	
	2023	2.030.000,00	Stato	
	2023	120.000,00	Ente appaltante	
AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST Direttore Dipartimento Tecnico - Patrimoniales Ing. Nicola Ceragioli				

DETTAGLIO RICHIESTA AMMISSIONE A FINANZIAMENTO (MOD A)				
AZIENDA USL/AOU/FTGM	TOSCANA NORD OVEST			
Ex Azienda	VARIE			
Titolo Intervento	Sostituzione tecnologie sanitarie obsolete			
Descrizione intervento	Sostituzione di tecnologie sanitarie obsolete in vari presidi aziendali .			
Tipo Intervento	Acquisto di arredi e attrezz			
	n. posti letto		NB Per gli interventi del tipo "nuova costruzione", "ristrutturazione" e "completamento" inserire il numero di posti e la superficie lorda interessata dall'intervento	
	sup. lorda			
Categoria	D2 - Ospedali, Tecnologie			
Stato di progettazione	Progetto definitivo			
Comune	VARI			
Stazione appaltante	TOSCANA NORD OVEST			
Ente responsabile	TOSCANA NORD OVEST			
Sede di erogazione	TOSCANA NORD OVEST			
Data inizio lavori	01/07/2023			
Data fine lavori	31/12/2024			
Data di aggiudicazione prevista	30/06/2023			
Data prevista per l'attivazione	varie			
Tempo Previsto per La Durata dei Lavori	na	gg		
Tempo Previsto per l'attivazione	na	gg		
Soggetto responsabile	Ing. Nicola Ceragioli			
Codice CUP:	J51B22001140006			
Dati finanziari				
Costo complessivo	6.000.000,00			
Quadro economico				
Opere				
Arredi ed Attrezzature	4.918.032,79 €			
Spese tecniche				
Oneri fiscali	1.081.967,21 €			
Altro				
Totale				
Importo finanziamenti pregressi	0,00			
Importo a carico dello stato	5.700.000,00		<= al 95 %	
Importo a carico di altro ente o privato				
Importo a carico azienda	300.000,00			
Piano finanziario	anno	importo	fonte finanziaria	
	2023	300.000,00	Regione	
	2023	2.700.000,00	Stato	
	2024	3.000.000,00	Stato	

DETTAGLIO RICHIESTA AMMISSIONE A FINANZIAMENTO (MOD A)				
AZIENDA USL/AOU/FTGM	TOSCANA SUD EST			
Ex Azienda	Ex USL 8 Arezzo			
Titolo Intervento	Nuovo Hospice di Arezzo			
Descrizione intervento	La proposta d'intervento è finalizzata a dare risposta nei confronti dei bisogni assistenziali delle persone malate in fase terminale e delle loro famiglie, per l'assistenza in ricovero temporaneo destinato per lo più a malati affetti da patologia neoplastica in fase avanzata che necessitano di assistenza palliativa e di supporto, integrando trattamenti specialistici erogati nel centro Aziendale con quelli dei Centri zonali ed accreditati, al fine di articolare risposte più complesse, integrate e personalizzate rispetto a quelle attuali. L'intervento prevede la completa demolizione di volumi secondari e fatiscenti non più utilizzati e la nuova costruzione di un fabbricato nella parte marginale del parco del Pionta, nelle vicinanze dell'Ospedale San Donato. Per maggiori dettagli vedere la relazione sanitaria.			
Tipo Intervento	Nuova costruzione		NB Per gli interventi del tipo "nuova costruzione", "ristrutturazione" e "completamento" inserire il numero di posti e la superficie lorda interessata dall'intervento	
	n. posti letto	8		
	sup. lorda	1350 mq		
Categoria	H - Hospice			
Stato di progettazione	Progetto di fattibilità			
Comune	Arezzo			
Stazione appaltante	TOSCANA SUD EST			
Ente responsabile	TOSCANA SUD EST			
Sede di erogazione	TOSCANA SUD EST			
Data inizio lavori	10/01/2024			
Data fine lavori	09/01/2026			
Data di aggiudicazione prevista	10/11/2023			
Data prevista per l'attivazione	10/03/2026			
Tempo Previsto per La Durata dei Lavori	730	gg		
Tempo Previsto per l'attivazione	60	gg		
Soggetto responsabile	Dott. Ing. Luca Marchi			
Codice CUP:	C11B21010480003			
Dati finanziari				
Costo complessivo	4.500.000,00			
Quadro economico				
Opere	2.787.570,00			
Arredi ed Attrezzature	500.000,00			
Spese tecniche	515.220,08			
Oneri fiscali	502.105,42			
Altro	195.104,50			
Totale	4.500.000,00			
Importo finanziamenti pregressi	0,00			
Importo a carico dello stato	4.225.000,00	<= al 95 %		
Importo a carico di altro ente o privato				
Importo a carico azienda	275.000,00			
Piano finanziario				
	anno	importo	fonte finanziaria	
	2023	275.000,00	Ente appaltante	
	2024	1.500.000,00	Stato	
	2025	2.000.000,00	Stato	
	2026	725.000,00	Stato	

DETTAGLIO RICHIESTA AMMISSIONE A FINANZIAMENTO (MOD A)				
AZIENDA USL/AOU/FTGM	TOSCANA SUD EST			
Ex Azienda	Ex USL 7 Siena			
Titolo Intervento	Casa della comunità e distretto Viale Sardegna			
Descrizione intervento	<p>L'intervento si propone l'obiettivo di riorganizzare i servizi attualmente presenti presso il Poliambulatorio di Pian d'Ovile in Siena secondo il nuovo modello di Casa della Comunità, modello di sanità territoriale attraverso cui i cittadini possono disporre, nell'ambito della Zona-Distretto/SdS, di una struttura polivalente quale punto di riferimento certo per la presa in carico della domanda di salute e di cura, per la continuità assistenziale e, attraverso la sinergia con le istituzioni locali e gli attori sociali del territorio, per una più efficace garanzia dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria (L.R. 40/05).</p> <p>Il primo stralcio funzionale prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'acquisizione del fabbricato dall'Amministrazione Provinciale di Siena - un intervento di ristrutturazione, adeguamento e completamento finalizzato all'attivazione di alcuni servizi sanitari ai livelli 1S e terra. Contingentemente saranno eseguiti interventi comuni sulle centrali tecnologiche, strutture, impianti elevatori prodromici al lotto funzionale n. 2 oggetto di successiva 			
Tipo Intervento	Acquisto di immobili		NB Per gli interventi del tipo "nuova costruzione", "ristrutturazione" e "completamento" inserire il numero di posti e la superficie lorda interessata dall'intervento	
	n. posti letto	nn		
	sup. lorda	1800		
Categoria	B2 - Servizi territoriali, Poliambulatori			
Stato di progettazione	Progetto di fattibilità			
Comune	Siena			
Stazione appaltante	TOSCANA SUD EST			
Ente responsabile	TOSCANA SUD EST			
Sede di erogazione	TOSCANA SUD EST			
Data inizio lavori	30/06/2024			
Data fine lavori	31/12/2025			
Data di aggiudicazione prevista	30/03/2024			
Data prevista per l'attivazione	30/06/2026			
Tempo Previsto per La Durata dei Lavori	545	gg		
Tempo Previsto per l'attivazione	180	gg		
Soggetto responsabile	RUP: Ing. Alessandro Frati			
Codice CUP:	C64E22000280006			
Dati finanziari				
Costo complessivo	€ 12.000.000			
Quadro economico				
Opere	€ 2.490.500			
Arredi ed Attrezzature	€ 0			
Spese tecniche	€ 512.047			
Oneri fiscali	€ 1.079.314			
Altro	€ 7.918.140			
Totale	€ 12.000.000			
Importo finanziamenti pregressi	0,00			
Importo a carico dello stato	11.379.481,00	<= al 95 %		
Importo a carico di altro ente o privato				
Importo a carico azienda	620.519,00			
Piano finanziario	anno	importo	fonte finanziaria	
	2023	250.000,00	Ente appaltante	
	2023	8.300.000,00	Stato	
	2024	370.519,00	Ente appaltante	
	2024	2.000.000,00	Stato	
	2025	1.079.481,00	Stato	

DETTAGLIO RICHIESTA AMMISSIONE A FINANZIAMENTO (MOD A)				
AZIENDA USL/AOU/FTGM	TOSCANA SUD EST			
Ex Azienda				
Titolo Intervento	Rinnovo apparecchiature elettromedicali - programmazione 2022			
Descrizione intervento	Rinnovo delle apparecchiature elettromedicali più obsolete della Azienda USL Toscana Sudest con particolare riferimento alle diagnostiche radiologiche per garantire una corretta dotazione di apparecchiature in tutti i presidi della USL Toscana Sudest.			
Tipo Intervento	Acquisto di arredi e attrezzature		NB Per gli interventi del tipo "nuova costruzione", "ristrutturazione" e "completamento" inserire il numero di posti e la superficie lorda interessata dall'intervento	
	n. posti letto			
	sup. lorda			
Categoria	D2 - Ospedali, Tecnologie			
Stato di progettazione	Capitolato prestazionale, relazione tecnica e sanitaria			
Comune				
Stazione appaltante	TOSCANA SUD EST			
Ente responsabile	TOSCANA SUD EST			
Sede di erogazione	TOSCANA SUD EST			
Data inizio lavori	01/01/2024			
Data fine lavori	31/12/2024			
Data di aggiudicazione prevista	30/06/2023			
Data prevista per l'attivazione	31/01/2025			
Tempo Previsto per La Durata dei Lavori	365	gg		
Tempo Previsto per l'attivazione	30	gg		
Soggetto responsabile	Dott.ssa Antonella Valeri			
Codice CUP:	C14E22000360001			
Dati finanziari				
Costo complessivo	1.200.000,00 €			
Quadro economico				
Opere	160.000,00 €			
Arredi ed Attrezzature	839.344,26 €			
Spese tecniche				
Oneri fiscali	200.655,74 €			
Altro				
Totale	1.200.000,00 €			
Importo finanziamenti pregressi				
Importo a carico dello stato	1.140.000,00 €		<= al 95 %	
Importo a carico di altro ente o privato				
Importo a carico azienda	60.000,00 €			
Piano finanziario	anno	importo	fonte finanziaria	
	2023	1.140.000,00 €	Stato	
	2024	60.000,00 €	Ente appaltante	

DETTAGLIO RICHIESTA AMMISSIONE A FINANZIAMENTO (MOD A)
AZIENDA USL/AOU/FTGM
AOU Pisana
Ex Azienda
Ex USL 5 Pisa
Titolo Intervento

Riorganizzazione funzionale, adeguamento sismico e adeguamento antincendio edificio 3- Stabilimento Ospedaliero di Cisanello (PI)

Descrizione intervento

Per la generale riorganizzazione logistico-funzionale che la realizzazione del Nuovo Santa Chiara comporterà per l'AOUP, l'Edificio 3 si caratterizza come un edificio che è destinato a ospitare Laboratori di ricerca anche a completamento avvenuto del complesso ospedaliero. Per l'Edificio 3, contestualmente all'intervento di riqualificazione funzionale, si prevede anche l'Adeguamento normativo delle strutture e degli impianti esistenti,

Tipo Intervento
Ristrutturazione

 n. posti letto -
 sup. lorda 8708 mq

NB Per gli interventi del tipo "nuova costruzione", "ristrutturazione" e "completamento" inserire il numero di posti e la superficie lorda interessata dall'intervento

Categoria
D1 - Ospedali, Opere
Stato di progettazione
Progetto di fattibilità
Comune
Pisa
Stazione appaltante
AOU Pisana
Ente responsabile
AOU Pisana
Sede di erogazione
AOU Pisana
Data inizio lavori
01/09/2024
Data fine lavori
31/08/2026
Data di aggiudicazione prevista

31/07/2024

Data prevista per l'attivazione

26/02/2027

Tempo Previsto per La Durata dei Lavori

730 gg

Tempo Previsto per l'attivazione

180 gg

Soggetto responsabile

RUP Ing. Luca Tozzi

Codice CUP:

D55F21005260006

Dati finanziari
Costo complessivo

12.000.000,00

Quadro economico

Opere	9.100.000,00
Arredi ed Atrezzature	-
Spese tecniche	830.000,00
Oneri fiscali	1.092.600,00
Altro	977.400,00
Totale	12.000.000,00

Importo finanziamenti pregressi

-

Importo a carico dello stato

8.324.087,64

<= al 95 %

Importo a carico di altro ente o privato

-

Importo a carico azienda

3.675.912,36

Piano finanziario

anno	importo	fonte finanziaria
2022	50.000,00	Ente appaltante
2023	360.000,00	Stato
2024	4.000.000,00	Stato
2025	3.964.087,64	Stato
2026	3.625.912,36	Ente appaltante

DETTAGLIO RICHIESTA AMMISSIONE A FINANZIAMENTO (MOD A)				
AZIENDA USL/AOU/FTGM	AOU Careggi			
Ex Azienda				
Titolo Intervento	SOSTITUZIONE PIATTAFORME DIAGNOSTICHE			
Descrizione intervento	Interventi di sostituzione delle seguenti attrezzature: - TC di centraggio per applicazioni radioterapiche, comprensiva dei lavori propedeutici all'installazione; - TC 256s specifica per applicazioni cardiache, comprensiva dei lavori propedeutici all'installazione; - Piattaforma ecografica top di gamma per applicazioni specifiche cardiologiche.			
Tipo Intervento	acquisto di arredi e attrezzatu		NB Per gli interventi del tipo "nuova costruzione", "ristrutturazione" e "completamento" inserire il numero di posti e la superficie lorda interessata dall'intervento	
	n. posti letto			
	sup. lorda			
Categoria	D2 - Ospedali, Tecnologie			
Stato di progettazione	itolato prestazionale, relazione tecnica e sanifi			
Comune	FIRENZE			
Stazione appaltante	AOU Careggi			
Ente responsabile	AOU Careggi			
Sede di erogazione	AOU Careggi			
Data inizio lavori	15/01/2023			
Data fine lavori	31/12/2024			
Data di aggiudicazione prevista	01/01/2023			
Data prevista per l'attivazione	15/01/2025			
Tempo Previsto per La Durata dei Lavori	700	gg		
Tempo Previsto per l'attivazione	15	gg		
Soggetto responsabile	Ing. Stefano Vezzosi			
Codice CUP:	D14E22000860006			
Dati finanziari				
Costo complessivo	2.903.000,00 €			
Quadro economico				
Opere	182.786,90 €			
Arredi ed Attrezzature	2.196.721,30 €			
Spese tecniche				
Oneri fiscali	523.491,80 €			
Altro				
Totale	2.903.000,00 €			
Importo finanziamenti pregressi				
Importo a carico dello stato	2.757.850,00 €		<= al 95 %	
Importo a carico di altro ente o privato	-	€		
Importo a carico azienda	145.150,00 €			
Piano finanziario	anno	importo	fonte finanziaria	
	2023	1.133.000,00	Stato	
	2024	1.624.850,00	Stato	
	2024	145.150,00	Ente appaltante	



**TOSCANA - PROSECUZIONE PROGR. PLURIENNALE
 INVESTIMENTI IN SANITA' R.T. ART.20 L.67/88 E S.M.I.-
 2° ADP RIP. DELLE RISORSE STANZIATE DEL. CIPE
 51/2019 E RISORSE D.I. DEL 13/08/2021 DEL. CIPE 97.**

Programma di Riferimento: PROSECUZIONE PROGR. PLURIENNALE
 INVESTIMENTI IN SANITA' R.T. ART.20 L.67/88 E S.M.I.- 2° ADP RIP.
 DELLE RISORSE STANZIATE DEL. CIPE 51/2019 E RISORSE D.I. DEL
 13/08/2021 DEL. CIPE 97.

Tipo Atto: DELIBERA REGIONALE

Numero Interventi: 11

Costo Complessivo Atto: 61.194.400,00

Costo a Carico dello stato dell'atto: 54.986.506,14

Costo Complessivo degli interventi: 61.194.400,00

Costo a Carico dello Stato Interventi: 54.986.506,14

Piano Finanziario dell'atto

Anno	Importo	Fonte
2022	81.381,28	ENTE APPALTANTE
2023	1.068.618,72	ENTE APPALTANTE
2024	652.331,50	ENTE APPALTANTE
2025	429.650,00	ENTE APPALTANTE
2026	3.625.912,36	ENTE APPALTANTE
2027	350.000,00	ENTE APPALTANTE
2024	31.299.850,00	STATO
2025	10.104.718,64	STATO
2026	3.965.000,00	STATO
2027	4.683.665,62	STATO

2028	1.394.387,50	STATO
2029	1.361.109,38	STATO
2030	2.177.775,00	STATO

Riepilogo Finanziamenti Statali

Codice Linea	Importo	Provvedimento	Importo
A20	54.986.506,14	Deliberazione CIPE n. 97 del 18/12/2008 - Riparto Risorse Finanziaria 2008	3.969.481,00
		Deliberazione CIPE n. 51/2019 - riparto risorse art. 2 comma 69 L. n. 191/2009 - art. 1 comma 555 legge 145/2018	51.017.025,14

Lista Interventi

Titolo: ADEGUAMENTO EDILIZIO-ARCHITETTONICO E IMPIANTISTICO MONOBLOCCO CARRARA

Descrizione: RISTRUTTURAZIONE MONOBLOCCO DI CARRARA, PREVIA LIBERAZIONE LOCALI DA DESTINARE A CENTRO PRELIEVI, MEDICI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI LIBERA SCELTA, MEDICO CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, CONSULTORIO, GINECOLOGIA, SENOLOGIA E ALTRI AMBULATORI SPECIALISTICI

Codice Intervento: 090.090202.U.100

Codice Cup: J88I20000100006

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTI

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq): 15500

Comune: CARRARA

Stazione Appaltante: ASL AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Ente Responsabile: 090202 - AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Sede Erogazione: AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Soggetto Responsabile: GIANCARLO SIMONCINI

Costo Complessivo: 6.036.250,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

**Titolo: ADEGUAMENTO EDILIZIO-ARCHITETTONICO E IMPIANTISTICO
MONOBLOCCO CARRARA**

Tot. Importo a Carico dello Stato: 5.734.437,50

Finanziamento Statale

Codice Quota: 090.090202.U.100.01

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

Importo a carico dello Stato: 5.734.437,50

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 -
RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L.
N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE
145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2025	120.000,00	STATO
2026	170.000,00	STATO
2027	816.665,62	STATO
2028	1.088.887,50	STATO
2029	1.361.109,38	STATO
2030	2.177.775,00	STATO
2023	80.000,00	ENTE APPALTANTE
2024	221.812,50	ENTE APPALTANTE

Titolo: REALIZZAZIONE RESIDENZA SANITARIA PER ESECUZIONE MISURE DI SICUREZZA DETENTIVA AREA OSPEDALIERA DI VOLTERRA REALIZZAZIONE SECONDA FASE NEL PADIGLIONE LIVI LOTTO 2 STRALCIO 2

Descrizione: REALIZZAZIONE 2°STRALCIO FUNZIONALE DELLE OPERE COMPRESSE NEL LOTTO 2 DELLA 2°FASE DEL PROGRAMMA INTERVENTI PER RESIDENZE DESTINATE AD ESECUZIONE MISURE DI SICUREZZA DETENTIVA (2°NUCLEO DA 20 POSTI LETTO), NEL RISPETTO DEI REQUISITI TECNICI

Codice Intervento: 090.090202.U.101

Codice Cup: B99D15000660003

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI ALTRE STRUTTURE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq): 1500

Comune: VOLTERRA

Stazione Appaltante: ASL AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Ente Responsabile: 090202 - AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Sede Erogazione: AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Soggetto Responsabile: MASSIMO MALFETTI

Costo Complessivo: 5.690.000,00

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 5.405.500,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 090.090202.U.101.01

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

Importo a carico dello Stato: 5.405.500,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 - RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L. N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE 145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2026	1.600.000,00	STATO
2027	3.500.000,00	STATO
2028	305.500,00	STATO
2025	284.500,00	ENTE APPALTANTE

Titolo: REALIZZAZIONE RESIDENZA SANITARIA PER ESECUZIONE
MISURE DI SICUREZZA DETENTIVA AREA OSPEDALIERA DI VOLTERRA
REALIZZAZIONE SECONDA FASE NEL PADIGLIONE LIVI LOTTO 2
STRALCIO 2

Titolo: PO VOLTERRA - FABBRICATO OSPEDALIERO 3° LOTTO

Descrizione: RESTAURO DELLEX OSPEDALE (CONSOLIDATO E MIGLIORATO SISMICAMENTE CON FONDI PNRR - LOTTI 1 E 2) CON RISTRUTTURAZIONE DELL'ATTUALE P.S. AL P.T. E DELLA RADIODIAGNOSTICA ED AREA MEDICA AL P.2° E COSTRUZIONE DI 3 NUOVI EDIFICI CONNESSI ALL'ESISTENTE

Codice Intervento: 090.090202.U.102

Codice Cup: J95F22000330001

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto: 60

Superficie Lorda interessata(mq): 6360

Comune: VOLTERRA

Stazione Appaltante: ASL AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Ente Responsabile: 090202 - AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Sede Erogazione: AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Soggetto Responsabile: MASSIMO MALFETTI

Costo Complessivo: 6.965.150,00

Importo Finanziamenti Progressivi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 6.615.150,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 090.090202.U.102.01

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

Importo a carico dello Stato: 6.615.150,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 -
RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L.
N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE
145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2024	1.837.000,00	STATO
2025	2.941.150,00	STATO
2026	1.470.000,00	STATO
2027	367.000,00	STATO
2027	350.000,00	ENTE APPALTANTE

Titolo: CASA DELLA COMUNITÀ MASSAROSA

Descrizione: REALIZZAZIONE CDC SPOKE DI MASSAROSA CON RECUPERO DI EDIFICIO IN PARTE IN DISUSO, CEDUTO IN COMODATO DAL COMUNE, PER POTENZIARE L'OFFERTA DEI SERVIZI DI PREVENZIONE E CURA, SUI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN

Codice Intervento: 090.090202.U.103

Codice Cup: J72C19000180006

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTI

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq): 750

Comune: LUCCA

Stazione Appaltante: ASL AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Ente Responsabile: 090202 - AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Sede Erogazione: AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Soggetto Responsabile: NICOLA CERAGIOLI

Costo Complessivo: 1.500.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.425.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 090.090202.U.103.01

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

Importo a carico dello Stato: 1.425.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 - RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L. N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE 145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2024	1.425.000,00	STATO
2022	31.381,28	ENTE APPALTANTE
2023	43.618,72	ENTE APPALTANTE

Titolo: NUOVO DISTRETTO DI CASTELNUOVO GARFAGNANA (LU)

Descrizione: ACQUISTO DI EDIFICIO PER ACCORPARE DISTRETTO SOCIO SANITARIO ED ALTRE ATTIVITÀ SANITARIE

Codice Intervento: 090.090202.U.104

Codice Cup: J71E20000460003

Tipo: ACQUISTO DI IMMOBILI

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI POLIAMBULATORI

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq): 1400

Comune: CASTELNUOVO DI GARFAGNANA

Stazione Appaltante: ASL AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Ente Responsabile: 090202 - AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Sede Erogazione: AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Soggetto Responsabile: NICOLA CERAGIOLI

Costo Complessivo: 2.400.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.280.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 090.090202.U.104.01

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

Importo a carico dello Stato: 2.280.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 -
RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L.
N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE
145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2024	2.280.000,00	STATO
2023	120.000,00	ENTE APPALTANTE

Titolo: SOSTITUZIONE TECNOLOGIE SANITARIE OBSOLETE

Descrizione: SOSTITUZIONE DI TECNOLOGIE SANITARIE OBSOLETE IN VARI PRESIDI AZIENDALI.

Codice Intervento: 090.090202.U.105

Codice Cup: J51B22001140006

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune:

Stazione Appaltante: ASL AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Ente Responsabile: 090202 - AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Sede Erogazione: AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Soggetto Responsabile: NICOLA CERAGIOLI

Costo Complessivo: 6.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 5.700.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 090.090202.U.105.01

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

Importo a carico dello Stato: 5.700.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 -
RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L.
N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE
145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2024	5.700.000,00	STATO
2023	300.000,00	ENTE APPALTANTE

Titolo: NUOVO HOSPICE DI AREZZO

Descrizione: E PREVISTA LA DEMOLIZIONE DI VOLUMI SECONDARI FATISCENTI E NON PIÙ UTILIZZATI E LA COSTRUZIONE DI UN EDIFICIO NELLA PARTE MARGINALE DEL PARCO DEL PIONTA, VICINO AL P.O.S.DONATO, PER MALATI AFFETTI DA PATOLOGIA NEOPLASTICA, PER CURE PALLIATIVE

Codice Intervento: 090.090203.U.047

Codice Cup: C11B21010480003

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: HOSPICE

Posti Letto: 8

Superficie Lorda interessata(mq): 1350

Comune: AREZZO

Stazione Appaltante: ASL AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST

Ente Responsabile: 090203 - AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST

Sede Erogazione: AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST

Soggetto Responsabile: LUCA MARCHI

Costo Complessivo: 4.500.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 4.225.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 090.090203.U.047.01

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

Importo a carico dello Stato: 4.225.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 -
RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L.
N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE
145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2024	1.500.000,00	STATO
2025	2.000.000,00	STATO
2026	725.000,00	STATO
2023	275.000,00	ENTE APPALTANTE

Titolo: CASA DELLA COMUNITÀ E DISTRETTO VIALE SARDEGNA

Descrizione: ACQUISTO EDIFICIO DA AMM. PROV. DI SIENA CON RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTO LOCALI AI PIANI 1S E T DELLA NUOVA CDC PER SERVIZI SANITARI ED INTERVENTI SU CENTRALI TECNOLOGICHE, STRUTTURE ED ASCENSORI, COMUNI A ALTRI SPAZI DA COMPLETARE IN SEGUITO

Codice Intervento: 090.090203.U.048

Codice Cup: C64E22000280006

Tipo: ACQUISTO DI IMMOBILI

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI POLIAMBULATORI

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq): 1800

Comune: SIENA

Stazione Appaltante: ASL AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST

Ente Responsabile: 090203 - AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST

Sede Erogazione: AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST

Soggetto Responsabile: ALESSANDRO FRATI

Costo Complessivo: 12.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 11.379.481,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 090.090203.U.048.01

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

Importo a carico dello Stato: 8.550.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 -
RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L.
N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE
145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2024	8.550.000,00	STATO
2023	250.000,00	ENTE APPALTANTE
2024	229.044,95	ENTE APPALTANTE

Titolo: CASA DELLA COMUNITÀ E DISTRETTO VIALE SARDEGNA

Codice Quota: 090.090203.U.048.02

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

Importo a carico dello Stato: 2.829.481,00

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

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2024	1.750.000,00	STATO
2025	1.079.481,00	STATO
2024	141.474,05	ENTE APPALTANTE

**Titolo: RINNOVO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI -
PROGRAMMAZIONE 2022**

Descrizione: RINNOVO DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI PIÙ OBSOLETE DELL'AZIENDA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE, PER GARANTIRE UNA CORRETTA DOTAZIONE DI APPARECCHIATURE IN TUTTI I PRESIDII AZIENDALI.

Codice Intervento: 090.090203.U.049

Codice Cup: C14E22000360001

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune:

Stazione Appaltante: ASL AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST

Ente Responsabile: 090203 - AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST

Sede Erogazione: AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST

Soggetto Responsabile: ANTONELLA VALERI

Costo Complessivo: 1.200.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.140.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 090.090203.U.049.01

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

Importo a carico dello Stato: 1.140.000,00

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

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2024	1.140.000,00	STATO
2024	60.000,00	ENTE APPALTANTE

Titolo: RIORGANIZZAZIONE FUNZIONALE, ADEGUAMENTO SISMICO E ADEGUAMENTO ANTINCENDIO EDIFICIO 3- STABILIMENTO OSPEDALIERO DI CISANELLO (PI)

Descrizione: RIQUALIFICAZIONE FUNZIONALE DELL'EDIFICIO 3 PER AMBULATORI DI RICERCA, CON ADEGUAMENTO NORMATIVO DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI ESISTENTI, NELL'AMBITO DELLA GENERALE RIORGANIZZAZIONE LOGISTICO-FUNZIONALE DEL NUOVO S.CHIARA A CISANELLO

Codice Intervento: 090.090901.H.074

Codice Cup: D55F21005260006

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq): 8708

Comune: PISA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA AZIENDA OSPEDALIERA PISANA

Ente Responsabile: 090901 - AZIENDA OSPEDALIERA PISANA

Sede Erogazione: AZIENDA OSPEDALIERA PISANA

Soggetto Responsabile: LUCA TOZZI

Costo Complessivo: 12.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 8.324.087,64

Finanziamento Statale

Codice Quota: 090.090901.H.074.01

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

Importo a carico dello Stato: 8.324.087,64

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 - RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L. N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE 145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2024	4.360.000,00	STATO
2025	3.964.087,64	STATO
2022	50.000,00	ENTE APPALTANTE
2026	3.625.912,36	ENTE APPALTANTE

Titolo: SOSTITUZIONE PIATTAFORME DIAGNOSTICHE

Descrizione: SOSTITUZIONE DELLE ATTREZZATURE: PIATTAFORMA ECOGRAFICA TOP DI GAMMA PER APPLICAZIONI SPECIFICHE CARDIOLOGICHE, TC DI CENTRAGGIO PER APPLICAZIONI RADIOTERAPICHE E TC 256S SPECIFICA PER APPLICAZIONI CARDIACHE E LAVORI PROPEDEUTICI ALL'INSTALLAZIONE

Codice Intervento: 090.090903.H.135

Codice Cup: D14E22000860006

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: FIRENZE

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI

Ente Responsabile: 090903 - CAREGGI

Sede Erogazione: AZ. OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAREGGI - VIALE PIERACCINI,
17 FIRENZE - FI

Soggetto Responsabile: STEFANO VEZZOSI

Costo Complessivo: 2.903.000,00

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.757.850,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 090.090903.H.135.01

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

Importo a carico dello Stato: 2.757.850,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 -
RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L.
N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE
145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2024	2.757.850,00	STATO
2024	145.150,00	ENTE APPALTANTE



*Ministero
dell'Economia e delle Finanze*

IL CAPO DI GABINETTO

Al Ministero della salute
- Ufficio di Gabinetto
- Direzione generale della programmazione
sanitaria

e, p.c.

All'Ufficio legislativo economia

Al Dipartimento della Ragioneria generale dello
Stato

OGGETTO: Regione Toscana - Programma investimenti ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988.
Proposta Accordo di programma integrativo – secondo stralcio, con la Regione
Toscana, ai sensi dell'articolo 5 bis del decreto legislativo n. 502 del 1992, come
introdotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999. Acquisizione concerto.

Si fa riferimento alla nota prot. 39609 del 7 novembre 2023, con la quale codesto Ministero
della salute ha trasmesso la proposta di Accordo di programma con la Regione Toscana indicata in
oggetto, ai fini dell'acquisizione del concerto di questa Amministrazione.

Al riguardo, nel rappresentare che non vi sono osservazioni da formulare ai fini dell'ulteriore
corso del provvedimento, in vista della sottoscrizione della proposta di Accordo, si designa sin da
ora, quale rappresentante di questa Amministrazione, la dott.ssa Angela Stefania Lorella Adduce,
Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale del Dipartimento della
Ragioneria generale dello Stato.

*Il Capo di Gabinetto
Avv. Stefano Varone*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stefano Varone'.

Firmato digitalmente



Ministero della Salute

UFFICIO DI GABINETTO

Ministero della Salute

GAB

0020837-P-14/12/2023

I.6.a.h/2023/0



624686442

Al Direttore dell'Ufficio di coordinamento
della Segreteria della Conferenza
permanente per i rapporti tra lo Stato, le
regioni e le Province autonome di Trento e
Bolzano

statoregioni@mailbox.governo.it

e, p.c.

Al Direttore generale della
programmazione sanitaria

**OGGETTO: Programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67/1988 – Proposta
Accordo di programma integrativo – secondo stralcio, con la Regione
Toscana. Acquisizione dell'Intesa ai sensi dell'art. 5-bis del d.lgs. 502/92.**

Si trasmette, ai fini dell'acquisizione della prescritta intesa, la proposta di Accordo di
programma integrativo – secondo stralcio in oggetto, con richiesta di sottoporlo all'esame di
codesta Conferenza nella prima seduta utile.

Sulla proposta è stato acquisito in data 30 novembre u.s. l'assenso tecnico del Ministero
dell'economia e delle finanze.

IL CAPO DI GABINETTO
Dot. Marco Mattei