

PROTOCOLLO DI INTESA tra
Regione Toscana – Giunta regionale
e
Organizzazioni Sindacali Confederali Regionali CGIL, CISL e UIL,
categorie CGIL - Funzione Pubblica, CISL - Funzione Pubblica e UIL – Federazione Poteri
Locali
e
le categorie SPI CGIL, FNP CISL e UILP UIL

Il giorno, presso,
la Regione Toscana, rappresentata dal Presidente della Giunta regionale o suo delegato
e le Organizzazioni Sindacali Confederali Regionali CGIL, CISL e UIL, rispettivamente
rappresentate da

le categorie CGIL - Funzione Pubblica, CISL - Funzione Pubblica e UIL – Federazione Poteri
Locali, rispettivamente rappresentate da.....

e

le categorie SPI CGIL, FNP CISL e UILP UIL, rispettivamente rappresentate
da.....

Premesso che

in data 10 febbraio 2020 la Regione Toscana - Giunta regionale e le Organizzazioni Sindacali Confederali Regionali hanno sottoscritto un Protocollo d'intesa inerente all'attuazione della legge regionale 28/2015 sul riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale;

con il diffondersi della pandemia da Covid 19, lo scenario di riferimento del **Sistema sanitario regionale della Toscana è radicalmente mutato**, con conseguente necessità di ripensare in maniera rapida e flessibile l'offerta e le risposte assistenziali sul fronte sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale;

la capacità di risposta del sistema ha permesso di sostenere l'onda d'urto della pandemia, la quale ha tuttavia evidenziato una serie di sfide da affrontare nell'immediato futuro, a partire dal confermare e rilanciare i principi di base del sistema stesso, cioè il carattere universale, pubblico e di qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria e la **centralità della sanità pubblica all'interno delle politiche regionali e nazionali**;

la pandemia in corso ha messo in evidenza l'importanza **dell'innovazione, della ricerca scientifica e della digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale**;

il nostro paese è inevitabilmente invitato a riorganizzarsi ed innovarsi, con particolare attenzione alla **Missione 6 del PNRR in materia di salute ed alla Missione 5 su inclusione e coesione socia-**

le; il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha dato il via ad una nuova stagione di investimenti su strutture ospedaliere e territoriali, sulle tecnologie, grazie alle risorse messe a disposizione dalla strategia europea Next Generation EU e programmate dal nostro Paese attraverso il Piano nazionale di ripresa e resilienza;

al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse presenti sul territorio, occorre preliminarmente riportare l'attenzione sui processi di integrazione sociosanitaria e su una **governance territoriale incentrata sul dialogo tra Regione e territori, Aziende, Zone distretto, Società della Salute e Comuni**, quali punti di appoggio delle future strategie di riorganizzazione e innovazione per rispondere ai bisogni di salute delle persone e rafforzare la lotta alle crescenti disuguaglianze;

occorre inoltre, al fine di aumentare la capacità del sistema di dare una risposta specifica a bisogni complessi, rivalutare il ruolo strategico della sanità di prossimità affinché sia in grado di supportare l'assistenza del cittadino a livello territoriale valorizzando le risorse disponibili nei contesti di riferimento e superando allo stesso tempo la tendenza allo sbilanciamento dei percorsi verso i grandi ospedali e l'eccessiva centralizzazione di alcune attività assistenziali di base;

l'intenzione principale è quella di affermare un **“Modello Toscano”** che permetterà di attuare in maniera espansa le linee progettuali indicate a livello nazionale dal DM77 e, mantenendo le ottime basi normative e la cultura propria della nostra regione, riaffermare i 3 pilastri principali di tale modello che sono: **comunità, integrazione e innovazione**;

occorre d'altra parte tenere conto di alcune criticità che da tempo costituiscono delle barriere ad una decisa e rapida trasformazione dei sistemi sanitari regionali, quali il sottofinanziamento del Fondo Sanitario Nazionale, tetti e vincoli alla spesa per il personale, le modalità di accesso alle professioni, il rischio di privatizzazione del sistema;

nel processo di innovazione in corso non si può non tenere conto della difficoltà in cui la nostra regione si trova, da attribuire ad alcune disfunzioni sistemiche, all'aumento delle spese per la gestione della fase emergenziale della pandemia da SARS-COV2 ed al sopraggiunto aumento dei costi energetici;

per la futura tenuta del sistema a livello economico, occorrerebbe procedere ad una **rivalutazione delle risorse economiche messe a disposizione a livello nazionale**, anche alla luce della speculazione che si è andata sviluppando in campo edilizio generata dalla ripartenza del settore grazie al ricorso ad eco-bonus e altri incentivi nazionali;

alla luce del nuovo scenario e delle nuove opportunità, ed in considerazione delle criticità sopra riportate, occorre procedere ad un aggiornamento del Protocollo sottoscritto prima dell'emergenza pandemica, confermandone tuttavia le priorità e gli obiettivi, con particolare riferimento alla necessità di **potenziare la sanità e l'integrazione socio-sanitaria territoriale**, come principale opportunità di sviluppo del sistema offerta dalla pandemia;

si richiamano a tal fine la validità e vigenza dei recenti accordi sulla dirigenza medica, sul comparto, le norme sull'accreditamento degli operatori individuali, nonché degli atti già adottati in attuazione del PNRR in particolare su Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, nonché in materia di Rsa (DGRT 843/21);

Tutto ciò premesso

1. Sistema di relazioni

Le Parti riconoscono il sistema di relazioni sindacali come uno degli strumenti essenziali nella realizzazione complessiva del riordino del Servizio Sanitario e Socio-sanitario Regionale; esso si realizza a livello regionale, di Area Vasta e territoriale; pertanto la concertazione e la contrattazione devono costituire pratica costante e obbligatoria.

Le Parti confermano la volontà di prorogare la validità degli accordi sul sistema di relazioni sindacali con l'impegno di Regione Toscana a favorire un costante confronto con le Aziende e con le Società della Salute.

Le Parti confermano altresì la volontà di procedere al rinnovo della DGRT 887/2020 in materia di appalti di servizi con l'impegno a consolidarne la piena attuazione con le Aziende Sanitarie; Le Parti riconoscono infine la piena validità dell'accordo per il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza all'interno dei siti ospedalieri e l'importanza di dare attuazione agli impegni assunti con la recente sottoscrizione del nuovo accordo sull'edilizia ospedaliera.

2. Risorse

Si riconosce la necessità di definire e condividere con tutti gli attori del Sistema Sanitario e socio-sanitario Toscano le risorse ad oggi disponibili, in particolare risorse organizzative, finanziarie, strutturali e tecnologiche, e ci si pone l'obiettivo di ottimizzare la distribuzione di queste risorse secondo principi di equità, in funzione dei bisogni di salute delle diverse realtà socio-sanitarie.

Si conviene a tal fine che:

- dal punto di vista economico, risulti necessario monitorare trimestralmente l'andamento dei dati finanziari;
- sia necessario, così come previsto dalla L. 40/2015, la creazione dei dipartimenti interaziendali del farmaco che consentiranno la programmazione a livello di Area Vasta di tutte le attività formative, di farmacovigilanza e di *governance* che interessano la prescrizione e l'uso del farmaco. La unitarietà della programmazione a livello di Area Vasta consentirà di superare la storica suddivisione operativa delle Aziende Ospedaliere Universitarie rispetto alle Aziende Territoriali che finisce per impattare negativamente sulla spesa farmaceutica;
- vada tempestivamente e periodicamente esercitato il confronto per consentire una mappatura quantitativa e qualitativa delle risorse umane in relazione ai fabbisogni. La RT si impegna a favorire l'attuazione dei confronti aziendali con le organizzazioni sindacali di rappresentanza della dirigenza e del comparto;
- sia necessario valutare, per le attività di ricovero ospedaliero di alta specialità/complessità, il rapporto costo/benefici, sia per gli aspetti finanziari di ricaduta sulla nostra Regione che per il riflesso politico e sanitario sui cittadini dell'attuale regime di mobilità interregionale;
- per gli extra-lea, fermo restando la volontà di continuare a garantire le prestazioni necessarie e fino ad oggi erogate, occorre effettuare una valutazione sulla congrua imputazione a bilancio dei vari capitoli di spesa;

- per il trasporto sanitario si riconosce fin da subito la necessità di garantire la tracciabilità dell'appropriatezza prescrittiva attraverso la realizzazione di un percorso, trasparente ed al contempo più semplice nelle procedure, che parta dalla prescrizione in forma dematerializzata da parte dei medici; questo anche in un'ottica più ampia di digitalizzazione dell'intero sistema sanitario.

3. Compartecipazione alla spesa

Le Parti riconoscono la necessità, rispetto al sistema di compartecipazione alla spesa, di promuovere una graduazione della compartecipazione in funzione della reale situazione economica dei nuclei familiari, favorendo, a tal fine, il passaggio da Irpef a indicatore ISEE.

Le Parti concordano sulla necessità di continuare a garantire la gratuità delle prestazioni per i soggetti che manifestano una maggiore difficoltà nell'accesso al sistema delle cure e, in particolare, nella fruizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali; a tal fine si impegnano a monitorare l'accesso alle prestazioni per i soggetti titolari di esenzioni economiche regionali al fine di intervenire, anche rivedendo le soglie ISEE previste dalla norma regionale, nel caso in cui la stessa risultasse non pienamente congrua ai bisogni dei soggetti meno abbienti.

4. Liste d'attesa

Le Parti riconoscono la positiva esperienza costituita dall'osservatorio sulle liste d'attesa e ne confermano la validità. Ritengono utile promuovere in seno allo stesso un monitoraggio delle fughe e dell'attrattività delle aziende sanitarie in regione.

Le Parti sottolineano che, per la piena presa in carico del paziente, necessita prioritariamente procedere ad un'analisi dei fabbisogni delle organizzazioni sanitarie e a una conseguente ed idonea distribuzione del personale, anche attraverso le necessarie assunzioni.

A tal fine, si assume l'impegno di valutare per ciascuna zona distretto le richieste della medicina generale e specialistica di visite e di esami diagnostici strumentali per i propri assistiti, sia per le visite di primo accesso, sia per quelle successive o di controllo.

Saranno poi valutate in ambito dei budgets delle rispettive unità operative specialistiche le risorse professionali necessarie e se ne garantirà, ove si registri un differenziale negativo con le risorse presenti, l'assegnazione dei professionisti sanitari della Unità Operativa.

La Regione si impegna, attraverso le sue Aziende Sanitarie, a potenziare il modello digitale di prescrizione e prenotazione, che consente di gestire in modo semplificato tutto il ciclo di vita della ricetta; inoltre si impegna a potenziare la presa in carico dei percorsi di follow-up dei pazienti, attraverso la gestione diretta da parte degli specialisti che hanno in cura il paziente, degli accessi successivi di controllo.

Le Parti condividono la necessità di un approfondimento sulle modalità organizzative aziendali per la gestione dei rapporti con i privati convenzionati al fine di utilizzare nel modo più idoneo le risorse previste promuovendo un equilibrato rapporto tra numero di prestazioni acquistate e risorse ad esse destinate.

Le Parti si impegnano a dare piena applicazione a quanto previsto nel PRGLA 2019-2021, tutt'ora vigente, in merito all'attività libero professionale, in particolare qualora le attività di monitoraggio

evidenzino per una data specialità percentuali di risposta entro i tempi massimi inferiori agli obiettivi stabiliti dal PRGLA, le aziende devono attuare una strategia di progressivo contenimento, fino a prevederne la sospensione, delle prestazioni libero professionali relative a quella specialità, a favore di una maggiore erogazione di prestazioni istituzionali

Le Parti concordano inoltre che, per le attività di ricovero ospedaliere di alta specialità/complessità sia opportuna, come già precisato, una valutazione dell'attuale sistema di mobilità interregionale e di relazione con il privato.

In seno alla rete ospedaliera integrata occorre promuovere la condivisione delle liste chirurgiche al fine di indirizzare i pazienti verso le strutture che possano meglio soddisfare i loro bisogni e nel minor tempo possibile.

La Regione si impegna ad attivare specifici tavoli di confronto di Area vasta con i firmatari della presente intesa, le AUSL e le AOU, al fine di dare piena attuazione a quanto sopra

5. Ospedali di base

Le parti riconoscono l'importanza di valorizzazione dei piccoli ospedali, soprattutto quelli ubicati nelle aree interne, montane, disagiate ed insulari, che troveranno la loro vocazione attraverso lo svolgimento di attività a bassa intensità assistenziale, soprattutto chirurgiche, e dopo attenta selezione preliminare delle suddette attività che possa prevedere anche il coinvolgimento all'interno degli organici degli specializzandi nell'organizzazione e svolgimento delle attività. Ciò alleggerirebbe le liste d'attesa e avvierebbe al tempo stesso un processo virtuoso volto alla nascita di centri di eccellenza nelle aree più periferiche della nostra regione.

La rete ospedaliera integrata consente una corretta gestione anche delle liste di attesa come specificato nel punto precedente.

Il progetto e le linee di indirizzo saranno definiti attraverso la condivisione ed il confronto con le OO.SS. del sistema della partecipazione e con il confronto con le OO.SS. di rappresentanza della dirigenza e del comparto.

6. Emergenza Urgenza – Continuità assistenziale

La Regione Toscana si impegna al miglioramento della rete territoriale dell'emergenza-urgenza attraverso una più aggiornata dislocazione delle postazioni di soccorso avanzato, in modo da garantire l'adeguata copertura del territorio regionale, l'adeguamento della tipologia dei mezzi di soccorso e la razionale distribuzione delle professionalità all'interno del territorio regionale.

La nuova organizzazione si baserà su una rete di postazioni territoriali, costituenti il braccio operativo del servizio, al fine di fornire il miglior standard di risposta professionale possibile al cittadino in evidente/poteniale pericolo di vita in conformità agli standard operativi temporali di intervento previsti dal legislatore.

La presenza di postazioni senza medico ma con infermieri permetterà l'ampliamento delle potenzialità di intervento soprattutto nelle aree del territorio particolarmente disagiate o con bassa

popolazione residente o, al contrario, in aree ad alta densità abitativa in cui tale integrazione appare opportuna e necessaria.

La RT impegna le Aziende Sanitarie ad avviare tempestivamente, sulle suddette linee di indirizzo che saranno adottate con apposito provvedimento, un ampio confronto con le OO.SS. e con il sistema della partecipazione a livello territoriale ed impegna le Aziende UU.SS.LL a definire il piano attuativo di riorganizzazione aziendale, corredato del programma delle attività e delle relative scadenze temporali, che le medesime sono tenute a predisporre in conformità agli standard indicati nelle suddette linee di indirizzo regionali e previo confronto con tutti i soggetti interessati: conferenze aziendali dei sindaci, istituzioni locali, comitati aziendali di partecipazione dei cittadini, associazioni di volontariato, organizzazioni sindacali.

7. Programmazione di area vasta

In attuazione dell'art.9 quater e 9 quinquies della Legge regionale 24 febbraio 2005 nr 40, in data 4 ottobre 2022 si è insediato il Comitato regionale di coordinamento delle programmazioni di area vasta che avrà come compiti principali: il governo delle liste d'attesa e della spesa farmaceutica attraverso i dipartimenti interaziendali, la continuità ospedale-territorio, il monitoraggio del sistema di garanzia dei LEA e l'attuazione del DM 70/2015, i rapporti tra il servizio sanitario regionale e quello universitario nonché della programmazione di area vasta.

La RT punta a ridurre le disuguaglianze tra gli ambiti zionali promuovendo le cure domiciliari, la riabilitazione e la mobilità passiva in ambito ospedaliero e diagnostico.

8. Modello di assistenza territoriale

Le Parti concordano sulla necessità di procedere nel più breve tempo possibile, a partire dalla firma del presente Protocollo d'intesa, alla definizione del nuovo modello di assistenza territoriale con particolare riferimento alle Case di Comunità (attori, attività e *governance*), in attuazione del DM 77/2022.

Sull'attuazione del modello saranno previste apposite sessioni di confronto a livello aziendale e di SDS impegnando AUSL e le Zone in tal senso.

Le Parti, fin da subito, concordano sui seguenti punti:

Personale

Le parti concordano sulla ineludibilità di un confronto con le rappresentanze del comparto e della dirigenza al fine di realizzare una corretta valutazione della consistenza degli organici funzionali alla realizzazione della riforma, anche cogliendo l'opportunità, offerte dalla riforma stessa, di rivedere gli ambiti di responsabilità clinica ed assistenziale delle diverse figure sanitarie, per perseguire davvero l'integrazione interdisciplinare dei servizi e dei professionisti, ponendo al centro la persona.

Governance

Fermo restando che per le OO.SS. la SdS a gestione diretta dovrebbe rappresentare lo strumento unico di governance, la Regione Toscana, recependo l'indirizzo impartito dal CR con Risoluzione n. 184, si impegnerà nel rafforzare le Società della Salute a gestione diretta quali strumenti di effettiva attuazione dell'integrazione sociosanitaria e sociale nonché a definire in modo chiaro e univoco ruoli e competenze nelle zone distretto non costituite in SdS, attraverso la sottoscrizione della Convenzione sociosanitaria.

Sugli aspetti relativi a personale ed organizzazione, sia nel caso di consorzi che di convenzione, anche al fine di realizzare l'unicità contrattuale degli operatori nel processo di riorganizzazione del territorio, sarà avviato tempestivamente il confronto con le OO.SS. di rappresentanza della dirigenza e del comparto, ritenendo il CCNL della sanità pubblica il contratto di riferimento.

Le Parti, nel confermare l'importanza del rafforzamento della programmazione integrata socio-sanitaria, concordano sulla necessità di costituire un tavolo di confronto sull'attuazione della stessa. Il tavolo, presieduto dall'Assessore alla Sanità e dall'Assessore alle politiche sociali, avrà l'obiettivo di mettere a fuoco gli strumenti essenziali della programmazione regionale, di area vasta e zonale, anche promuovendo gli istituti della co-programmazione e della co-progettazione nella misura in cui gli stessi possano contribuire a qualificare l'analisi del bisogno e la costruzione di risposte individualizzate rispetto alla presa in carico di bisogni complessi.

Case di comunità

- la Regione si impegna a fornire un monitoraggio periodico del numero e della tipologia delle Case della Salute e della loro trasformazione in Case della Comunità secondo gli standard fissati dal DM 77/22 ed ulteriormente implementati dal livello regionale e si impegna a promuovere uno specifico monitoraggio partecipato circa l'attuazione degli impegni con particolare riferimento alla governance;
- nella distribuzione delle case di comunità nelle zone sociosanitarie, bisogna partire dal diritto di ogni cittadino, in ogni punto del territorio, ad un equo accesso alla prevenzione, alla cura domiciliare, territoriale e ospedaliera, alla riabilitazione. Nella collocazione delle case di comunità occorre anche tenere conto delle specificità delle aree interne e con difficoltà di accesso (montane e insulari);
- la *governance* delle Case di Comunità sarà affidata ai professionisti del sistema pubblico;
- l'assistenza primaria sarà garantita con la necessaria presenza dei professionisti sanitari senza ricorrere a cooperative di medici o medici a gettone;
- si ritiene indispensabile rafforzare la presenza sociosanitaria e sociale all'interno delle Case della comunità, anche sulla base della pregressa esperienza delle Case della Salute. In particolare, si ritiene fondamentale rafforzare il punto unico di accesso affinché possa essere il primo luogo fisico di accoglienza del bisogno del cittadino, capace, con un'adeguata formazione di tutte le figure coinvolte, di decodificare bisogni semplici e complessi sociali, sociosanitari e sanitari e avviare l'utente verso l'attivazione dei percorsi di risposta al suo bisogno.
- la Regione ribadisce che la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, sperimentata in Toscana e ripresa a livello nazionale, sia oggi una costante presenza in tutti i territori e si impegna a sostenerne il percorso di crescita di queste figure e l'ulteriore formazione professionale, nonché a garantirne l'adeguamento nei numeri;
- si ribadisce l'impegno a sviluppare ulteriormente gli altri servizi territoriali, per fornire risposte appropriate ai cittadini; in particolare i dipartimenti della prevenzione, le strutture consultoriali, della salute mentale e delle dipendenze andranno considerati elementi caratterizzanti le Case di Comunità toscane con presenza qualificata al loro interno,

- prevedendo forme organizzative del servizio e del personale che favoriscano l'offerta attiva e l'home visiting/caring;
- le parti ribadiscono inoltre la necessità di investire nella formazione e nel rafforzamento delle equipe multidisciplinari e multiprofessionali quali strumenti indispensabili alla corretta presa in carico della persona dei suddetti servizi territoriali;
 - con specifico riferimento alle strutture consultoriali si ribadisce: la necessità di prevedere modalità organizzative dei servizi che tengano conto della tipologia di Casa della Comunità, dei bisogni di salute del contesto zonale, delle caratteristiche della popolazione nel contesto di riferimento, della necessità di garantire l'attuazione della Legge 194/78.

Centrali operative territoriali

In merito alle Centrali Operative Territoriali (COT) le Parti ribadiscono il loro inquadramento come strutture a gestione distrettuale incentrate su una visione multiprofessionale e multidisciplinare, con una forte integrazione socio-sanitaria dei percorsi, sul modello delle ACOT toscane. Tali strutture saranno integrate dalla costituzione della centrale 116117 che rappresenterà l'interfaccia diretta di collegamento tra i cittadini e l'assistenza territoriale, fungendo da porta di ingresso diretta al sistema, inizialmente per i servizi di continuità assistenziale e, successivamente e in progressione, per gli altri servizi territoriali. La COT svolgerà una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, ospedaliere, sanitarie e sociosanitarie e dialogherà con la rete dell'emergenza-urgenza. Saranno le COT ad attivare anche la presa in carico delle persone in dimissione complessa dai presidi ospedalieri in un confronto costante, se necessario, con il Punto Unico di Accesso e con l'Unità di Valutazione Multidisciplinare.

Andando oltre le indicazioni date dal DM77, si prevede l'istituzione di una COT aziendale e di una serie COT zonali, una per ogni area distretto. La COT aziendale svolgerà le stesse funzioni della COT zonale nei momenti di non operatività di quest'ultima e gestirà i casi multi-problematici e sovra-territoriali. La COT aziendale dovrà essere operativa 7 giorni su 7 h24.

Ospedali di comunità e cure intermedie

Relativamente ai sistemi di cura territoriali, la Regione si impegna a potenziare l'offerta di Ospedali di Comunità e setting di cure intermedie, riequilibrando la presenza dei diversi setting nelle aree regionali e garantendo un'equa distribuzione territoriale dell'offerta.

Le parti ritengono indispensabile sviluppare un modello organizzativo e gestionale degli Ospedali di Comunità quanto più omogeneo possibile sul territorio regionale, confermando la loro valenza come strutture di degenza post acuta della rete assistenziale territoriale, in grado di supportare, in raccordo con la medicina generale, sia la fase di deospedalizzazione di persone fragili o anziane, sia di offrire opportunità di presa in carico, con accesso dal territorio, alle persone in situazioni di complessità assistenziale e/o con patologie croniche che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, al fine di evitare ricoveri ospedalieri impropri.

Le parti ritengono appropriata la previsione della presenza di almeno 1 Ospedale di Comunità in ogni Zona-Distretto/SdS, adottando in via generale gli standard previsti dal DM 77, e concordano sulla necessità di sviluppare anche altre forme di residenzialità intermedia secondo quanto già impostato dalla programmazione regionale.

Cronicità e sanità di iniziativa

- Le Parti ritengono indispensabile il coinvolgimento attivo di tutto il personale operante nelle Zone-Distretto/Società della Salute, dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di famiglia, delle associazioni dei pazienti e del terzo settore, in un rapporto continuo e stabile con Comuni e rappresentanti delle comunità locali, favorendo progetti di presa in cura delle persone basate sui principi della sanità di iniziativa per la presa in cura e delle persone, in particolare dei pazienti cronici con multi-morbosità.
Sulla base delle modifiche attuate alla L.R. 40/2005 e delle indicazioni del Piano Nazionale Cronicità, recepito con DGR n. 826/18, la Regione si impegna pertanto a sostenere e implementare il modello di sanità di iniziativa, potenziando il ruolo del medico di assistenza primaria come modello ordinario di gestione delle malattie croniche e a procedere alla presa in cura della popolazione secondo processi di stratificazione della stessa che mettano in relazione i diversi livelli di salute e di autonomia con livelli di intensità di cure sempre crescenti, integrate nella relazione tra area sociale e sanitaria e con equipe di cura e assistenza semplici o integrate, al fine di potenziare le risposte in relazione ai bisogni socio-assistenziali, garantendo la permanenza a domicilio come setting privilegiato di risposta anche in ottemperanza agli indirizzi previsti dalle missioni specifiche del PNRR.
- Le parti condividono la necessità di investire nella formazione e nel rafforzamento delle equipe multidisciplinari e multiprofessionali quali strumenti indispensabili alla corretta presa in carico della persona con bisogni complessi e per la costruzione di un appropriato PAI. Tale impostazione appare peraltro assolutamente coerente sia con il DPCM Lea che già nel 2017 identificava quale base dei livelli essenziali di assistenza sociosanitari la presenza di una presa in carico multidisciplinare integrata nonché la predisposizione di un piano personalizzato sui bisogni della singola persona. Di recente la normativa nazionale nonché tutti i piani e programmi di riferimento di parte sociale e/o sanitaria hanno ripreso tale concetto, rimarcandone l'importanza: Piano sociale nazionale 2021-2023, DM 77/2022 sull'assistenza territoriale, Piano non autosufficienza 2022-2024 di recente approvazione, legge delega sulla disabilità (L.227/2021), disegno di legge sulla non autosufficienza (in corso di perfezionamento).

9. Non autosufficienza

Premesso che il Consiglio dei Ministri, in data 10 ottobre 2022, ha approvato il disegno di legge che introduce deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, anche in attuazione della missione 5, componente 2, riforma 2, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti; che a tale traguardo ha contribuito anche il lungo e profondo impegno della Regione Toscana e delle OO.SS; le Parti si impegnano a seguire attentamente l'iter parlamentare per la sua effettiva approvazione e sostenerne la completa attuazione.

Le Parti riconoscono in ogni caso la permanenza a domicilio come setting privilegiato di risposta, anche in ottemperanza agli indirizzi previsti dalle missioni specifiche del PNRR.

A tal fine ritengono necessario confermare l'impegno all'attuazione dei protocolli "A casa in Buona Compagnia" e "Connessi in Buona Compagnia".

La Regione si impegna a potenziare gli accessi e la durata dell'assistenza domiciliare nonché a migliorare, nell'ambito della presa in carico e del PAI, l'integrazione delle risorse e degli operatori sanitari con quelli sociali anche allo scopo di attuare quanto previsto dalle missioni 6 e 5 del PNRR in materia di assistenza domiciliare, nonché dallo stesso DM 77/2022.

La RT conferma l'impegno a promuovere una legge sui-caregivers, nonché a rafforzare le misure destinate a incentivare la regolarizzazione del lavoro di cura prestato al domicilio della persona non autosufficiente.

La Regione e le Organizzazioni Sindacali proseguiranno pertanto nel proficuo percorso avviato già dal 2021 in materia di accreditamento e formazione delle assistenti personali, quale risposta integrata rispetto ai servizi forniti nell'ambito della non autosufficienza, in linea con il vigente Piano per la non autosufficienza e nelle more dell'approvazione del nuovo piano 2022/2024.

RSA

La Regione Toscana e le Organizzazioni Sindacali confermano l'impegno ad intraprendere, attraverso tavoli di lavoro dedicati, un percorso di revisione del modello toscano, allo scopo di renderlo maggiormente coerente con i mutati bisogni degli anziani e delle loro famiglie (nei tempi e con le modalità previste dalla DGRT 843/2021 e dal decreto dirigenziale n. 19073 del 20/09/2022, in fase di modifica, di nomina dei componenti i tavoli di lavoro). Il lavoro dei tavoli sarà condiviso con le organizzazioni firmatarie.

In particolare, le Parti concordano sul ruolo strategico che rivestono i tavoli tecnici relativi alla programmazione e alla governance del sistema, ai livelli di assistenza e governo dell'accesso in coerenza con i LEA e all'organizzazione dei moduli specialistici e che vedono la partecipazione di figure tecniche indicate anche dalle OOSS maggiormente rappresentative al fine di interrogarci circa la capacità del sistema di stratificare adeguatamente i bisogni della non autosufficienza e di valutare l'adeguatezza della offerta residenziale, semiresidenziale e domiciliare.

All'interno di questi tavoli, verranno approfondite, anche grazie alla collaborazione del Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa, le caratteristiche della popolazione anziana della Regione Toscana al fine di poter intervenire con efficacia sull'adeguatezza della presa in carico della persona non autosufficiente, privilegiando per quanto possibile la permanenza a domicilio, ma garantendo l'omogeneità sul territorio di altre risposte residenziali appropriate rispetto al bisogno.

Rispetto ai nuovi investimenti, le parti concordano sulla necessità che la programmazione zonale tenga in debita considerazione gli elementi di fabbisogno, emergenti dalla stratificazione della popolazione rispetto al bisogno assistenziale, la differenziazione della risposta assistenziale, nonché la disponibilità di risorse da destinare alle diverse tipologie di presa in carico (residenziale semiresidenziale e domiciliare) al fine di promuovere, allo stesso tempo, la corretta presa in carico della persona non autosufficiente e la sostenibilità del sistema nella sua complessità.

Regione Toscana si impegna ad individuare azioni di monitoraggio regionale del piano di offerta di residenzialità socio-sanitaria, nel convincimento che l'introduzione del principio di libera scelta, la necessità di individuazione di moduli specialistici sempre più rispondenti ai bisogni assistenziali e terapeutici di ospiti affetti da pluri-patologia cronica, la spinta alla progettazione di forme di residenzialità improntate al co-housing su dimensioni di piccolo nucleo richiedano di affiancare al punto di osservazione zonale, un punto di osservazione regionale, anche nell'ottica di una maggiore omogeneità nell'accesso alla presa in carico della persona non autosufficiente una visione più ampia rispetto a quella che il singolo ambito territoriale zonale sia in grado di assicurare.

Con riferimento ai percorsi residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, le Parti condividono la necessità di ricostituire il tavolo trilaterale con i soggetti gestori delle strutture sociosanitarie per anziani, da riunirsi periodicamente per condividere gli elementi di contesto e di prospettiva nonché le eventuali criticità da valutare ai fini della programmazione delle risorse.

Abitare anziani -Cohousing e housing sociale

Contestualmente sarà promossa la diffusione degli appartamenti per anziani, già disciplinati dalla normativa regionale che, pur in condizioni di autosufficienza, presentano condizioni di fragilità e solitudine, ossia una vulnerabilità latente con possibilità di perdita delle capacità adattive, anche in relazione a difficoltà legate alle condizioni abitative e relazionali con modesta dipendenza sociosanitaria e che, per tale motivo, necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione. In questa logica, sarà importante prevedere l'utilizzo di gruppi appartamento, sulla base della normativa regionale, che, sotto la governance delle Società della salute o zone distretto, possano anche prevenire la non autosufficienza.

Per gli anziani non autosufficienti occorre incentivare, attraverso un ruolo di indirizzo e di governo, da parte delle Società della Salute e Zone distretto, percorsi assistenziali basati su forme di residenzialità prevalentemente sociali e solidali, integrate nella comunità locale e atte a mantenere le condizioni di benessere psico-fisico dell'individuo. Un percorso di questo tipo si profila, nell'impossibilità dell'anziano di permanere da solo al proprio domicilio, come una soluzione in grado di garantire la continuità nello stile di vita e identità dell'anziano, preservando relazioni, abitudini, percezioni, capacità ed emozioni dello stesso e permettendo la prosecuzione di una vita autonoma tutelata dalla garanzia di un sistema di sorveglianza.

In quest'ottica, sarà costituito un gruppo di lavoro per approfondire e monitorare, anche attraverso il coinvolgimento di esperti, la realizzazione di 3 progetti presentati nell'ambito della Missione 5 – Componente 2 – Linea 1.1.2 “Autonomia degli anziani non autosufficienti” e che hanno come obiettivo la deistituzionalizzazione delle persone anziane.

L'obiettivo del tavolo è comprendere come rendere più incisivo e strutturale l'impegno verso la deistituzionalizzazione della non autosufficienza, anche dopo questa fase sperimentale supportata dal PNRR e comunque già sperimentata dalla regione toscana con gli appartamenti di cui alla DGR n. 594 del 21/07/2014.

Persone con disabilità

Nell'ambito delle politiche per le persone con disabilità la Regione si impegna a portare a termine il percorso avviato con L.R. 66/08 così come avvenuto per le persone anziane non autosufficienti. In particolare saranno omogeneizzati gli strumenti di accesso, presa in carico, valutazione e soprattutto condivisione con la stessa persona con disabilità e con i suoi familiari del progetto di vita e budget di salute.

Tale percorso sarà accompagnato da una appropriata formazione agli operatori e porterà a sintesi percorsi e risorse messi a disposizione in questi anni da Regione Toscana su input dei diversi ministeri, utilizzando anche risorse del Fondo sociale europeo.

In particolare merita un richiamo la legge nazionale sul “Dopo di noi”, che spinge il sistema pubblico a lavorare su percorsi alternativi alla istituzionalizzazione, prevedendo già del Durante noi percorsi di autonomia per le persone con disabilità rispetto alla propria famiglia di provenienza. I risultati raggiunti nella nostra Regione in termini di appartamenti attivati e persone prese in carico (con progetto personalizzato) saranno oggetto di confronto e di monitoraggio periodico con i sindacati, anche alla luce degli investimenti in corso previsti dal PNRR sulla medesima tematica.

Contestualmente Regione Toscana si impegna ad una revisione del sistema della residenzialità e semi-residenzialità allo scopo di accrescere la qualità delle strutture, anche attraverso l'accreditamento regionale, renderle maggiormente omogenee a livello regionale e allinearle alla

normativa nazionale in materia di Lea. Tale percorso porterà ad una maggiore trasparenza ed omogeneità anche in termini di tariffe e di ripartizione dei costi fra sanitario, sociale e compartecipazione dei cittadini, ove richiesta dal livello nazionale.

Invecchiamento attivo

La Regione Toscana si impegna a promuovere un intervento normativo regionale sull'invecchiamento attivo, volto a valorizzare le buone pratiche presenti nei vari territori e sostenerne la diffusione, nonché a sostenere ed implementare i valori affermati ed il sistema di relazioni già esistente in tale ambito a livello nazionale ed europeo.

10. Telemedicina

Le Parti riconoscono la positiva esperienza delle visite a distanza previste dalla regione nella fase iniziale della pandemia per consentire la presa in carico di pazienti cronici; la modalità è stata successivamente mantenuta e promossa anche con specifici obiettivi per le aziende sanitarie.

Oltre alle televisite la Regione aveva già avviato altri specifici progetti di telemedicina. Ad oggi risultano attivi e funzionanti su scala regionale i seguenti progetti:

- Piattaforma tele consulto e tele visita tra pazienti e specialisti;
- Piattaforma tele consulto specialistico tra ospedali (con centri secondo livello);
- Rete regionale IMA STEMI e non STEMI;
- Rete regionale ictus.

Nello specifico si segnala inoltre “A casa in buona compagnia”, il progetto di assistenza domiciliare innovativa per la terza età che la Regione ha avviato nel 2019 grazie ad un protocollo d'intesa con i sindacati dei pensionati e che porterà avanti negli anni a venire.

Il progetto punta ad assistere gli anziani e curare le malattie croniche nella propria abitazione, quando possibile o, comunque, all'interno di autonome unità residenziali di co-housing, attraverso l'uso di strumenti e tecnologie che ne permettano il controllo e la cura da remoto (telemedicina).

La Regione Toscana si impegna a potenziare i servizi di telemedicina anche attraverso l'utilizzo della piattaforma unica nazionale e le soluzioni verticali che verranno realizzata da AGENAS, personalizzando le iniziative sul territorio toscano.

Dal punto di vista delle competenze digitali, il progetto proseguirà l'esperienza positiva di “connessi in buona compagnia”, progetto di regione Toscana già avviato con il supporto dei sindacati dei pensionati, di ANCI toscana, delle botteghe della salute per aiutare gli over 65 nell'uso di tecnologie e servizi digitali, specialmente a coloro che risiedono nelle aree interne.

La Regione si impegna a promuovere un'attiva interlocuzione con tutti gli attori coinvolti nel processo di realizzazione delle reti e infrastrutture informatiche, al fine di garantirne un'adeguata copertura che consenta, in ogni momento, su tutto il territorio regionale, la piena realizzazione del progetto di telemedicina.

Le Parti concordano sulla necessità di condividere gli esiti di monitoraggio in materia di telemedicina

11. Un progetto per le nuove generazioni

Infine, poiché le conseguenze della pandemia hanno pesato particolarmente sulla condizione dei bambini e dei ragazzi, le Parti pertanto condividono l'obiettivo di aprire e organizzare una riflessione e un dibattito di ambito regionale, con analisi epidemiologiche e programmazione delle iniziative necessarie, relativamente ai diversi contesti essenziali per un esercizio pieno del diritto di cittadinanza dei nostri bambini e ragazzi: prevenzione, cura individuale e sociale, di problematiche quali l'obesità, il disagio psicologico, le nuove condizioni genitoriali, l'equa istruzione.

Con specifico riferimento ai servizi consultoriali, della salute mentale, delle dipendenze e della prevenzione, le parti ribadiscono la necessità di investire nel rafforzamento delle equipe multidisciplinari e multiprofessionali quali strumenti indispensabili alla corretta presa in carico dei ragazzi.

Si conviene inoltre sulla necessità di avviare una adeguata campagna informativa e formativa sulla salute sessuale e riproduttiva.

12. Supporto digitale, diffusione delle competenze e semplificazione

La sanità di prossimità non potrà avere concreta e piena realizzazione se non avremo anche strumenti che promuovono il trasferimento di conoscenze tra tutti i professionisti sanitari e socio-sanitari che il cittadino incontra nei suoi percorsi assistenziali.

Andranno dunque implementate tecnologie digitali che facilitano la memoria e la disponibilità dei precedenti percorsi assistenziali, o dei singoli episodi diagnostici o terapeutici, con medici di medicina generale, specialisti, farmacisti, infermieri di famiglia e non. Iniziative e tecnologie che portino accanto all'assistito, nel proprio domicilio, competenze specialistiche, programmi riabilitativi, trasmissione dei suoi parametri clinici, nuovi bisogni.

Le Parti riconoscono e ribadiscono pertanto l'impegno a creare un ecosistema digitale e interoperabile al fine di garantire una piena fruizione ai cittadini del Fascicolo Sanitario Elettronico e di rendere disponibili per i professionisti, responsabili delle varie fasi del percorso di cura, le informazioni ed i dati fondamentali in modo da evitare sprechi e duplicazioni di esami e facilitare percorsi semplici e lineari.

La Regione si impegna, attraverso le sue Aziende Sanitarie, a diffondere un modello digitale di prescrizione e prenotazione, al fine di prendere in carico opportunamente i percorsi di follow-up dei pazienti.

Per favorire l'accesso alle prestazioni dei cittadini, diffondendo competenze digitali ed assicurando adeguato supporto, la Regione si impegna a proseguire nel dare concreta attuazione al progetto "Connessi in buona compagnia", anche attraverso la istituzione della figura del facilitatore digitale e la predisposizione di opportunità formative al fine di fornire adeguato supporto alle persone con maggiore difficoltà e ai caregiver (anche prevedendone, laddove necessario, la adozione nell'ambito del PAI).

Per le medesime finalità la Regione si impegna a valorizzare e supportare la diffusione delle Botteghe della salute.

Le Parti condividono la necessità di proseguire nel percorso di semplificazione già avviato estendendolo all'individuazione di pratiche ripetitive, ma non obbligatorie, che possono essere gestite attraverso l'utilizzo delle tecnologie o attraverso il rapporto diretto con il proprio medico curante.

13. Personale del SSR e socio sanitario

Si rende necessaria una rinnovata politica del personale che dovrà prevedere un sistematico monitoraggio della consistenza delle dotazioni organiche ed introdurre una metodologia univoca e centralizzata per la determinazione del fabbisogno.

Per ottenere ciò, si prevede l'attivazione di una cabina di regia regionale in collaborazione con tutte le Aziende ed ESTAR dedicata al monitoraggio delle assunzioni e consistenza degli organici; l'attivazione di un sistema di mobilità del personale del SSR attraverso procedure di livello regionale; la stabilizzazione del personale precario assunto a vario titolo nell'emergenza pandemica e necessario sulla base dei piani dei fabbisogni; l'attivazione e sviluppo di un modello delle competenze che permetta l'appropriata collocazione del personale disponibile; la valutazione del fabbisogno del personale impiegato presso le Società della Salute e Zone distretto rispetto alle necessità del territorio per favorire un suo graduale potenziamento.

14. Co-programmazione, coprogettazione

Impegno a condividere con Regione Toscana e Anci le linee di indirizzo per i regolamenti degli enti e delle zone su co-programmazione/co-progettazione al fine di supportare e valorizzare tali percorsi individuando nelle procedure di co-progettazione degli strumenti più utili a garantire regolarità del lavoro, applicazioni contrattuali, tutela della salute e sicurezza, tutela della continuità occupazionale. In particolare i regolamenti dovranno indicare che gli Enti del Terzo Settore, coinvolti nella co-progettazione, applichino il contratto collettivo nazionale, territoriale o aziendale in vigore per il settore e per la zona nella quale si eseguono i servizi, sottoscritto dalle OO.SS. comparativamente più rappresentative a livello nazionale, il cui ambito di applicazione sia strettamente connesso con le effettive attività da espletare nell'ambito del servizio affidato, nonché prevedere strumenti per una puntuale verifica della regolare applicazione normo-economica e clausole risolutive in caso di inadempienza.

15. Condivisione delle informazioni, monitoraggio e strumenti di valutazione

Le Parti inoltre, ai fini dell'attuazione del presente protocollo, si impegnano a condividere tutte le informazioni utili all'attuazione degli impegni assunti e che saranno trasmesse periodicamente ai sottoscrittori.

A mero titolo di esempio si indicano:

- liste di attesa;
- quote sanitarie/posti letto occupati per moduli e zone;
- dati sull'assistenza domiciliare;
- attività UCA;
- quadro assunzioni assistenti sociali;

- numero e tipologie case di comunità (ex pf. 8);
- (...)

Le Parti concordano sull'opportunità di costituire un Osservatorio regionale sull'attuazione delle missioni del PNRR e della riforma ad esso collegate, anche finalizzato alla valutazione della effettiva integrazione dei vari fondi e misure e all'analisi dei dati aggregati riferiti ai PAI, nell'ambito dei percorsi di presa in carico semiresidenziali, residenziali e domiciliari.

Tale valutazione può tenere conto a livello territoriale dei dati della programmazione di cui ai Poa e ai Pis e Piz con particolare riferimento alle aree povertà, non autosufficienza, disabilità, demenza, gioco d'azzardo patologico, accoglienza ed integrazione delle persone straniere, violenza di genere e vulnerabilità familiare con riferimento, a solo titolo di esempio di alcuni fondi quali FSE, PNRR, Fondo NA.

Composizione, compiti e modalità di funzionamento dell'Osservatorio saranno disciplinati con apposita delibera di giunta.

Sull'attuazione degli obiettivi e delle azioni previste dal presente protocollo nei tempi e con le responsabilità previste nel cronoprogramma qui sotto riportato saranno previste sessioni semestrali di monitoraggio congiunto con gli Assessori di riferimento.

Firenze, _____

REGIONE TOSCANA – GIUNTA REGIONALE _____

CGIL TOSCANA _____

FP CGIL _____

CISL TOSCANA _____

FP CISL _____

UIL TOSCANA _____

FPL UIL _____

SPI CIGL _____

FNP CISL _____

UILP UIL _____

AMBITI	OBIETTIVI	TEMPI	RESPONSABILI
APPALTI DI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI	Rinnovo del Protocollo di cui alla DGRT 887/2020. Implementazione degli indirizzi con le Aziende Sanitarie SSR attraverso la costruzione tavoli territoriali	2 mesi	Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale Direzione di ESTAR
SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Attuazione degli impegni assunti con la recente sottoscrizione del nuovo accordo sull'edilizia ospedaliera	Rispetto dei tempi previsti, con attenzione alla piena operatività del sistema di monitoraggio delle presenze in cantiere ed il rapporto con le casse edili (2 mesi)	Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale Settore di Riferimento: PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO
EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO	Monitoraggio l'andamento dei dati finanziari	- Monitoraggio trimestrale - Valutazione attuale regime mobilità interregionale	Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale Settore di Riferimento: BILANCI E MONITORAGGI ECONOMICI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
SPESA FARMACEUTICA	Creazione dei dipartimenti interaziendali del farmaco	6 mesi	Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale Settore di Riferimento: ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI
COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA	Passaggio da esenzione Irpef a ISEE	Monitoraggio adeguatezza soglie ISEE	Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale
LISTE DI ATTESA	Monitoraggio delle	3 mesi	Direzione

	<p>fughe e attrattività delle aziende sanitarie attraverso l'osservatorio sulle liste d'attesa</p> <p>Potenziamento del modello digitale di prescrizione e prenotazione</p> <p>Attivazione tavoli di confronto di Area Vasta</p>		<p>Sanità Welfare e Coesione Sociale</p> <p>Settore di Riferimento: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE</p>
ACCESSO AL SSR - SUPPORTO DIGITALE	<p>Creazione ecosistema digitale</p> <p>Semplificazione</p> <p>Diffusione delle competenze</p>	<p>monitoraggio</p> <p>3 mesi</p>	<p>Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale</p> <p>Settore di Riferimento: SANITA' DIGITALE E INNOVAZIONE</p>
SERVIZI DEL SSR: EMERGENZA- URGENZA e CONTINUITA' ASSISTENZIALE TERRITORIO OSPEDALE DI BASE	<p>Attivazione di tavoli di confronto relativi alle progettualità previste nel protocollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ospedali di Base; - Emergenza-urgenza e continuità assistenziale; - Modello di assistenza territoriale in attuazione del DM 77/2022 (Case della Comunità e le altre strutture territoriali previste dal DM77); - Telemedicina <p>Costituzione di tavoli di confronto aziendali</p>	<p>Confronto sulla progettualità 1 mese</p> <p>Monitoraggio trimestrale</p>	<p>Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale</p>
LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI	Attivazione di percorsi formativi per la formazione di equipe	6 mesi	Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale

	<p>multiprofessionali territoriali</p>		<p>Settore di Riferimento: RISORSE UMANE SSR, FORMAZIONE, RELAZIONI SINDACALI</p>
<p>SISTEMA SOCIO-SANITARIO</p>	<p>Monitoraggio dell'attuazione della DGRT 843/2021</p> <p>Costituzione tavolo trilaterale</p>	<p>monitoraggio trimestrale</p> <p>3 mesi</p>	<p>Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale</p> <p>Settore di Riferimento: INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</p>
<p>ABITARE ANZIANI</p>	<p>Costituzione di un gruppo di lavoro e monitoraggio della realizzazione di 3 progetti presentati nell'ambito della Missione 5 del PNRR</p>	<p>monitoraggio trimestrale</p>	<p>Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale</p> <p>Settore di Riferimento: INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</p>
<p>INVECCHIAMENTO ATTIVO</p>	<p>Promozione intervento normativo</p>	<p>3 mesi</p>	<p>Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale</p> <p>Settore di Riferimento: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE</p>
<p>PERSONALE DEL SSR e SOCIO-SANITARIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • istituzione di CABINA DI REGIA regionale dedicata al monitoraggio delle assunzioni e consistenza degli organici in rapporto ai fabbisogni ed alla attuazione delle riforme ; • attivazione di un sistema di mobilità attraverso procedure di livello 	<p>1 mese</p> <p>monitoraggio trimestrale</p>	<p>Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale</p> <p>Settore di Riferimento: RISORSE UMANE SSR, FORMAZIONE, RELAZIONI SINDACALI</p>

	regionale <ul style="list-style-type: none"> • sviluppo di un modello delle competenze • attivazione confronto su personale SDS/Zone 		
SALUTE NUOVE GENERAZIONI	Avvio riflessione regionale	3 mesi	Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale
PNRR	Monitoraggio Regionale su PNRR (missioni 5 e 6)	monitoraggio trimestrale	Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale
CO-PROGRAMMAZIONE / CO-PROGETTAZIONE	Definizione di Linee di Indirizzo	6 mesi	Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale Settore di Riferimento: WELFARE
GOVERNANCE	Tavolo di confronto per la programmazione integrata	monitoraggio semestrale	ASSESSORI POLITICHE SOCIALI, EDILIZIA RESIDENZIALE PUBBLICA E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE DIRITTO ALLA SALUTE E SANITÀ