



PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE

2018
2020

PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2018-2020



SOMMARIO

A. SEZIONE CONTENUTISTICA	3
PREMESSA	3
ARTICOLAZIONE DEL PIANO	6
I NUOVI SCENARI SOCIALI ED ECONOMICI DELLA REGIONE TOSCANA . CAMBIAMENTI DEL CONTESTO	9
OBIETTIVI STRATEGICI CHE GUIDANO LE AZIONI DEL PIANO: I DRIVER	11
Driver 1. RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E SOCIALI	13
Driver 2. GESTIRE LA CRONICITÀ	19
Driver 3. SVILUPPARE NUOVI MODELLI DI “CARE”	31
Driver 4. ACCELERARE L'UTILIZZO DELL'INNOVAZIONE E SFRUTTARE LA RIVOLUZIONE DELL'INFORMAZIONE	35
Driver 5. CREARE UNA NUOVA RELAZIONE CON I CITTADINI E LE COMUNITÀ PER UN SISTEMA DI SALUTE E DI WELFARE ETICO E PARTECIPATO	39
Driver 6. RIDISEGNARE LE COMPETENZE E SOSTENERE LE “AVANGUARDIE” PER SVILUPPARE UNA FORZA LAVORO MODERNA E FLESSIBILE	45
Driver 7. CREARE UNA NUOVA ALLEANZA CON I CITTADINI PER PRESERVARE IL NOSTRO SISTEMA SOCIO SANITARIO	50
Driver 8. PIANIFICARE IN MANIERA CONDIVISA LE CURE NELL'ULTIMA FASE DELLA VITA	55
UN UNICO SISTEMA TANTI DESTINATARI: I TARGET	59
Target A. DEDICATO AI GENITORI	61
Target B. DEDICATO AI BAMBINI	67
Target C. DEDICATO AI GIOVANI	77
Target D. DEDICATO ALLE DONNE	87
Target E. DEDICATO AI PAZIENTI ONCOLOGICI	95
Target F. DEDICATO AGLI ANZIANI	103
Target G. DEDICATO ALLE PERSONE CON DISABILITÀ	109

Target H. DEDICATO AGLI STRANIERI	113
Target I. DEDICATO AI LAVORATORI	120
Target L. DEDICATO ALLE POPOLAZIONI RESIDENTI NELLE AREE INTERNE E INSULARI	124
Target M. DEDICATO ALLE PERSONE DETENUTE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI	130
Target N. DEDICATO ATUTTI I CITTADINI	133
IL RUOLO DELLA ZONA DISTRETTO E IL SUO ASSETTO	149
PROGRAMMAZIONE MULTILIVELLO E STRUMENTI DI INTEGRAZIONE	155
LA RIPARTIZIONE DELLE RISORSE	161
INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITÀ DI CONFRONTO ESTERNO	175
B. SEZIONE VALUTATIVA	177
VALUTAZIONE DI FATTIBILITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA	196
LA VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI ATTESI	203
SISTEMA DI MONITORAGGIO	212
ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI	221
COLLEGAMENTI A DOCUMENTI ESTERNI	222

A. SEZIONE CONTENUTISTICA

PREMESSA

Il 2018 è un anno importante perché celebra 40 anni dalla promulgazione della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, dalla approvazione della Legge Basaglia sulla riforma dell'assistenza psichiatrica, dalla legge 194 per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza che libera le donne dalla schiavitù dell'aborto clandestino, nonché dalla dichiarazione di Alma Ata dell'OMS. Sempre nel 2018 si celebrano i 70 anni dalla Costituzione il cui Art 32. sancisce il Diritto alla salute e per quanto concerne invece i servizi sociali, si celebrano 20 anni dalla riforma delle adozioni internazionali (1998) che un enorme impatto ha avuto per le famiglie e i servizi socio-sanitari toscani, mentre sono passati 10 anni dall'istituzione a livello nazionale (con il decreto legge 112/2008) della prima esperienza di fondo per i cittadini meno abbienti che, dalla versione iniziale di "carta acquisti" o "social card" si è successivamente trasformato fino a giungere alla forma attuale di **Reddito di inclusione** (REI). Inoltre nel 2015 l'Assemblea Generale dell'ONU ha definito gli obiettivi 2020/30 di sviluppo sostenibile.

In quest'occasione la Regione Toscana vuole dunque celebrare degnamente questi anniversari, che hanno profondamente inciso sulla sanità pubblica e sul sistema di welfare, con l'approvazione del nuovo Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale per il 2018/20.

La regione ha una lunga tradizione di rispetto dei diritti civili e sociali, di promozione delle buone pratiche e di coinvolgimento partecipativo dei cittadini e dei professionisti nella definizione e nella attuazione delle linee di indirizzo e di programmazione.

Tuttavia non possiamo non mettere in evidenza che lo sforzo programmatico, che vogliamo porre in essere per migliorare i servizi e per tutelare ancor meglio la salute e il benessere sociale della popolazione toscana, cade in un periodo di grande incertezza economica e politica. La dimensione delle risorse finanziarie incide profondamente sull'organizzazione di un servizio la cui incidenza sul PIL è tra le più basse nelle nazioni avanzate e pur tuttavia raggiunge tra i migliori risultati in termini di salute.

Far fronte a questa situazione significa da un lato evitare ogni forma di spreco, dall'altro perseguire fermamente e costantemente l'appropriatezza delle cure e dei percorsi di intervento socio-sanitari.

L'epoca che viviamo è caratterizzata inoltre da un inarrestabile e tumultuoso progresso scientifico e tecnologico della medicina, così come da prospettive di innovazione sociale che si affermano nei metodi e nei dispositivi di azione. Adeguare le strutture del servizio e la formazione di tutti i professionisti della sanità e del sociale alle complesse trasformazioni che viviamo è altro scopo fondamentale della programmazione regionale.

L'intreccio di queste complesse tematiche della modernità fa sì che lo sforzo della programmazione regionale e di tutti gli attori coinvolti nel sistema sia volto a mantenere

l'impegno con la cittadinanza che deriva dagli anniversari che abbiamo citato e quindi a garantire l'universalità del diritto alla tutela della salute e del benessere e l'uguaglianza dell'accesso alle prestazioni.

Ne deriva che ogni atto programmatico deve essere volto a questi fini e, nello stesso tempo, a contrastare ogni deviazione verso la privatizzazione o il ritorno a fallite forme mutualistiche, anzi perseguendo e valorizzando in modo strategico le migliori opportunità della co-progettazione e della sussidiarietà tra istituzioni pubbliche, soggetti del Terzo Settore e dell'impresa profit.

E' uno sforzo che deve coinvolgere tutti gli attori del sistema:

- da una parte, il servizio sanitario rappresenta la miglior barriera eretta a contrastare le disuguaglianze nella tutela della salute ed è questa la finalità che ha sempre caratterizzato la deontologia delle professioni sanitarie;
- dall'altra, l'investimento sulla cooperazione virtuosa tra il contributo dei servizi pubblici e il protagonismo di tutte le altre risorse del territorio apre rinnovate prospettive di collaborazione utili a corrispondere alle sfide a venire.

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale è strumento di lavoro della Giunta e del Consiglio. Questa affermazione deve tradursi in prassi: i cittadini, di fronte alle grandi trasformazioni antropiche dell'ambiente, pongono questioni di tutela della salute, protezione e promozione del benessere. Non possiamo affrontare le nuove e vecchie forme di povertà, le pressanti criticità determinate dai flussi migratori, così come l'epidemia dei tempi moderni, le malattie non trasmissibili, senza intervenire sugli aspetti epigenetici e quindi sui rischi individuali e collettivi legati all'ambiente, al contesto territoriale, all'alimentazione, agli ambienti di lavoro, alla vita quotidiana. Finalità del Piano è concretizzare il tema della salute e del benessere in tutte le politiche, offrire collaborazione a tutti i settori dell'amministrazione perché questa indicazione dell'OMS diventi realtà operante nella nostra regione.

Il Piano riafferma anche la realtà del servizio sanitario come fattore produttivo. La sanità non è un costo sociale, ma una grande settore dell'economia di un paese moderno. E ciò non solo per la salvaguardia della salute, ma per il grado di libertà e di dignità che garantisce ai cittadini rispettando il loro essere persone. Il Piano non sfugge alla logica ineludibile di essere un programma sia sociale che sanitario. In tal senso di predisporranno PDTAS, cioè percorsi diagnostici terapeutici sia assistenziali che sociali.

Vi sono alcuni progetti che rappresentano il nucleo innovativo del nuovo piano integrato:

- la realizzazione della medicina di iniziativa e dell'assistenza sociosanitaria alla cronicità compresa la soluzione delle problematiche della lungodegenza;
- l'affermazione della logica dell'attivazione sociale e il cambiamento del paradigma delle politiche di welfare verso obiettivi di natura promozionale e di sostegno all'autonomia delle persone e delle famiglie, con particolare attenzione alle diverse vulnerabilità sociali;

- il monitoraggio dei progetti personalizzati e delle prestazioni, valutandone i risultati anche in termine di sviluppo della relazione con il cittadino;
- il coinvolgimento dei cittadini e delle loro forme associative nella progettazione dei servizi;
- l'omogeneità delle soluzioni adottate in tutto il territorio regionale;
- la soluzione del problema delle liste d'attesa;
- la valorizzazione dell'apporto delle professioni attraverso gli strumenti del governo clinico;
- la promozione di team multidisciplinari integrati tra sociale e sanitario e tra ospedale e territorio in grado di corrispondere agli obiettivi di presa in carico ed erogazione coordinata delle prestazioni e dei servizi;
- la creazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziale e sociali (PDTAS);
- il superamento delle disuguaglianze dell'offerta dei servizi sociali e sanitari e dell'attenzione alla salute anche nella prospettiva della medicina di genere;
- la realizzazione di un livello essenziale dei servizi sociali con capacità di intervenire prontamente sui bisogni sempre più espressi in "acuto" offrendo una rete necessaria, pronta e immediatamente disponibile, sicura e protettiva di supporto ad ogni progetto di aiuto a medio-lungo termine, prevedendo la continuità con la presa in carico del territorio di fronte a bisogni primari e non;
- la realizzazione di un continuum ospedale territorio superando anacronistiche separatezze;
- la definitiva articolazione della medicina generale in AFT e la riorganizzazione h 16
- della continuità assistenziale;
- l'impegno a incrementare le borse di studio per le specializzazioni e la medicina generale;
- la particolare attenzione ai rischi ambientali e ai determinanti di salute.

Il piano socio-sanitario integrato regionale individua obiettivi e indirizzi strategici coerenti con i valori che lo ispirano e si traduce non solo in idonei atti attuativi, ma, anche, nella creazione di un clima che, esaltando la professionalità di tutti (servizi, professionisti operatori pubblici e privati), tende all'eccellenza dei percorsi.

Il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini rappresentano uno dei pilastri su cui si fonda il SSR. La partecipazione attiva dei cittadini e l'attivazione delle risorse della comunità che deve tradursi in un equilibrio tra i diritti giustamente reclamati e i doveri verso la collettività.

Il piano vuol coniugare innovazione e sostenibilità, protezione dai rischi ambientali e slancio economico, considerando il servizio sanitario e i servizi sociali quale pilastro della produttività e non come costo sociale.

Il piano vuol essere strumento di indirizzo operativo per la prassi quotidiana del servizio; ha scopi ambiziosi ma coerenti con la tradizione di efficacia e di efficienza del welfare socio-sanitario toscano.

ARTICOLAZIONE DEL PIANO

Analogamente a quanto attuato di recente da altre regioni abbiamo scelto di realizzare un Piano snello, sintetico nella forma, di facile lettura con l'intento di renderlo accessibile a tutti, riportando in maniera ben visibile le parole-chiave e gli obiettivi e ricorrendo a numerosi elementi infografici che ne rinforzino i contenuti. La finalità è quella di raggiungere già nella forma grafica di redazione del PSSIR uno degli obiettivi strategici che il piano stesso si pone ovvero quello di "creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato" rendendolo più usufruibile e accessibile non solo agli addetti ai lavori, ma anche ai singoli cittadini che devono comprendere e capire con parole semplici e immediate ciò che la propria Regione intende fare.

Il documento che vede, nel suo stesso formato, cambiamenti importanti punta alla semplicità, alla sinteticità e alla rapidità di comprensione, e, pertanto, prende atto, pur non illustrandole, di tutte le iniziative ed azioni intraprese o da intraprendere, nell'ambito del Sistema sanitario e sociale integrato regionale, in attuazione di disposizioni ed in coerenza con percorsi di livello nazionale o sovra-nazionale.

Nella stesura del piano si sono fatte le seguenti scelte di forte cambiamento:

- 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.

Quanto sopra al fine di rendere **l'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie** ancora più forte e ancora più operativa. Sebbene questo non sia il primo piano sanitario e sociale integrato della Regione Toscana sarebbe quasi un paradosso continuare a considerare in modo parcellizzato e frammentato la descrizione degli sforzi e degli interventi che quotidianamente la Regione fa per rispondere in maniera coordinata ai bisogni che necessitano di risposte socio-sanitarie. L'integrazione socio-sanitaria smetterà di essere solo uno slogan o una enunciazione di principio se effettivamente cominciamo a ragionare non più per compartimenti stagni ma in maniera trasversale sia sul versante degli operatori pubblici che mettono in atto gli interventi, sia sui bisogni che provengono dai nostri cittadini.

Analogamente la necessità di **integrazione organizzativa tra le componenti assistenziali ospedaliere e quelle territoriali** rappresenta un'urgenza tale da rendere anacronistico il trattarle, come è sempre accaduto in passato, in parti differenti del piano. La necessità di creare criteri di organizzazione che abbraccino tutto il percorso del paziente garantendo una presa in carico reale e definitiva, annullando le dicotomie

organizzative nella visione del mondo sanitario, è tale da introdurre all'interno del piano una nuova definizione dei PDTA che diventano **PDTAS (Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali sociali)**.

Arricchendosi di una "s" finale viene indicato l'"obbligo" di integrazione all'interno dei percorsi assistenziali con le valutazioni e gli interventi della sfera sociale, individuando un forte richiamo alla presa in carico totale e trasversale del cittadino che si trova ad interagire con il sistema socio sanitario regionale. Con questa finalità Regione Toscana potrà portare a definitivo valore l'esperienza dell'integrazione istituzionale delle funzioni sanitarie e sociali perseguita con le esperienze delle Società delle Salute e delle Convenzioni sociosanitarie nelle zone distretto.

Con questo approccio di governance integrata della salute, il Piano vuole cogliere e **vincere la sfida che la cronicità oggi impone al Sistema Sociosanitario Pubblico nazionale e regionale**, andando oltre i limiti delle diverse istituzioni, attribuendo una effettiva ed efficace "centralità" alla persona ed al suo progetto di cura e di vita nella comunità. Il riconoscimento dei bisogni della popolazione anche attraverso l'utilizzo dei dati sanitari e sociali disponibili a livello regionale ed a supporto di una visione di Population Health Management sosterrà una modalità di reale presa in carico proattiva del paziente che consenta oltre al miglioramento degli obiettivi di salute anche la realizzazione di nuovi equilibri di sostenibilità del sistema. Questo risultato si potrà ottenere partendo dai risultati della Sanità di Iniziativa, riorganizzando l'integrazione delle reti cliniche specialistiche, coinvolgendo e assegnando nuovi ruoli alle figure assistenziali, identificando livelli di servizio innovativi per la continuità delle cure e creando un nuovo sodalizio terapeutico con il cittadino affetto da una patologia cronica. Particolare significato assumerà inoltre la necessità di adottare nuove e più efficaci strategie di Prevenzione facendo diventare la filosofia preventiva come un tracciante trasversale in tutti i driver e non solamente un insieme di iniziative trattate in argomenti isolati del piano. Di qui la volontà di prevedere una forte interazione con tutte le politiche sanitarie, con azioni a corredo e supporto del restante ambito sociosanitario. Fondamentale risulta inoltre la promozione della cultura della prevenzione primaria in tutti gli ambiti di attività del sistema socio sanitario e di coprogettazione sociale e di comunità. La Prevenzione, che si è andata affievolendo in questi ultimi anni per varie cause, deve essere rilanciata in tutti gli ambiti sanitari, ospedale compreso, e deve uscire anche dalla stretta influenza sanitaria con l'obiettivo, già fortemente sostenuto dall'OMS, della "salute in tutte le politiche".

Anche nell'inserimento dei riferimenti epidemiologici è stata fatta una scelta orientata alla facilità di comprensione e alla contestualizzazione rispetto all'argomento trattato. Pertanto non è stato redatto un capitolo specifico dedicato a questa materia ma nella trattazione dei capitoli dedicati ai singoli TARGET (vedi oltre) è stata inserita la parte epidemiologica di riferimento cercando di effettuare, per alcuni dei singoli fenomeni osservati, delle proiezioni statistiche riferite al periodo di validità del piano.

Articolazione del piano

Il riferimento costante ed esaustivo delle proiezioni statistiche e delle loro interpretazioni è costituito dal rapporto "Welfare e Salute in Toscana - 2017" (<https://www.ars.toscana.it/2-articoli/3985-welfare-e-salute-in-toscana-2017.html>), che per la prima volta ha riunito i principali risultati della Relazione sanitaria dell'Agenzia regionale di sanità (ARS), della Relazione sociale dell'Osservatorio sociale regionale (OSR) (<http://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale/attivita/programmazione-socio-sanitaria/le-pubblicazioni>), del Centro regionale di documentazione sull'infanzia e l'adolescenza e del Sistema di valutazione del Sistema Sanitario toscano del MES in un unico documento. Il piano viene articolato su 8 grandi obiettivi strategici (DRIVER) che rappresentano le forti linee di indirizzo cui il PSSIR è ispirato.

La legge 24 del 1 aprile 2018 sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale è una delle norme più importanti che hanno riguardato la sanità pubblica italiana in questi ultimi 20 anni. E' anche una delle poche leggi a livello internazionale che affronta questa tematica in modo completo. Si è ritenuto quindi di considerarla il **filo rosso**, il sentiero che i vari driver del Piano Sanitario Regionale dovranno seguire per il miglioramento della qualità dell'assistenza evidenziato.

L'articolazione poi prosegue con la definizione dei suddetti Driver articolandone le azioni su 11 destinatari (TARGET) che ricomprendono nel loro insieme la nostra popolazione di riferimento distinta per età, fasi della vita e o particolari condizioni di malattia.

Da evidenziare come, in particolare, relativamente ad uno specifico target, costituito dai cittadini stranieri, con l'adozione del presente PISSR, in base all'art. 6 della L.R. 29/2009, si concluda la vigenza – in proroga – del Piano di indirizzo integrato per le politiche sull'immigrazione 2012-2015 approvato con delibera del Consiglio Regionale n. 20 del 22 febbraio 2012.

Al fine di dare compiuta attuazione al Piano, in coerenza con quanto previsto dal Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFER) e delle note di aggiornamento, verranno successivamente predisposti atti esecutivi, che potranno assumere anche la forma di schede operative, nelle quali saranno definite in maniera puntuale le singole azioni e/o percorsi da attivare, i soggetti coinvolti, i risultati attesi ed i relativi indicatori per il monitoraggio e la valutazione dello stato di attuazione della programmazione.

I NUOVI SCENARI SOCIALI ED ECONOMICI DELLA REGIONE TOSCANA. CAMBIAMENTI DEL CONTESTO

Nel 2016 l'economia toscana è tornata a crescere, segnando un aumento di circa un punto e mezzo percentuale del Prodotto interno lordo. Tuttavia la recessione iniziata nel 2008, in seguito alla crisi finanziaria mondiale, ha indebolito il sistema economico con evidenti riflessi sul mercato del lavoro: i disoccupati sono 66 mila in più di quelli osservati nel 2008; il tasso di disoccupazione, che allora si attestava intorno al 5%, è ora al 8,6%. L'incidenza della disoccupazione di lunga durata – la frazione di disoccupati in cerca di un impiego da più di un anno – è ancora molto alta (51,9%), anche se inferiore al picco raggiunto nel 2014. Nel 2017 sono 53.560 le persone disponibili in cerca di un impiego.

nel 2016
**disoccupati
da più di 1 anno**
51,9%
inferiore al 2014

La crisi ha colpito soprattutto i giovani: tra il 2007 ed il 2016 il tasso di disoccupazione giovanile (i giovani in cerca di lavoro) è cresciuto di 9 punti, mentre nello stesso periodo il tasso di disoccupazione totale è salito di 4 punti percentuali (e quello degli adulti di 3 punti). Tale dato assume ancor maggiore rilievo se si considera che vi è una larga fetta di giovani, circa il 18% degli under 30 che si trovano in condizione di disoccupazione ed inattività, i cosiddetti NEET (not engaged in education, employment or training).

Sebbene la Toscana non sia una regione povera, la crisi economica ha avuto effetti negativi sulle famiglie ed individui che vivono sotto il minimo vitale, la cosiddetta povertà assoluta che è salita dall'2% del 2008 al 3,8% del 2016 passando da circa 32mila a 62mila famiglie e da 52mila a 142mila individui. Tra le famiglie in cui sono presenti componenti in età da lavoro la povertà relativa è aumentata mediamente di 4,3 punti percentuali tra il 2008 e il 2014. Parallelamente è cresciuta anche la quota di famiglie che si trovano in una condizione economica inferiore a quella necessaria per accedere agli stili di vita prevalenti (la cosiddetta povertà relativa), che è cresciuta dal 2008 al 2016 dal 9,2 per cento all'9,6 %.

Inoltre da segnalare il fatto che l'aumento della povertà è stato, conseguentemente, più forte, tra le famiglie con più componenti e tra quelle in cui sono presenti minori, all'interno delle quali, più probabilmente, sono presenti componenti in età da lavoro. In

I nuovi scenari sociali ed economici

generale, quindi, la crisi ci ha reso più poveri, più disuguali, e ha prodotto significative divergenze nei tenori di vita fra i lavoratori e i pensionati e, all'interno della categoria dei lavoratori, fra le generazioni più giovani e quelle presenti nel mercato del lavoro da più tempo.

La crisi ha fatto emergere, quindi, nuovi rischi sociali, che si sono sommati ad altri già esistenti, come quelli legati alle dinamiche demografiche. In seguito all'invecchiamento della popolazione e al contestuale calo della natalità la società toscana è oggi composta sempre di più da anziani e sempre meno da giovani.

OBIETTIVI STRATEGICI CHE GUIDANO LE AZIONI DEL PIANO: I DRIVER

Il piano risponde al mandato del Governo regionale di accelerare il processo di trasformazione del nostro SSR 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.

Questo si realizza sulle basi solide costruite dai precedenti piani che hanno consentito di conseguire risultati importanti, ma siamo consapevoli che c'è ancora da fare per migliorare l'esperienza dei cittadini che si rivolgono ai nostri servizi e per rendere il sistema più trasparente e responsabile e soprattutto per preservarlo per le generazioni future.

Il piano si sviluppa a partire dall'impegno nei confronti delle persone perché prendersi cura dei bisogni della gente è alla base di ogni decisione che dobbiamo assumere come sistema socio sanitario.

Un impegno confermato per l'equità, la partecipazione e l'universalità, questi sono i principi che ispirano il nostro Sistema Sanitario Pubblico Regionale e per i quali vale la pena lottare e difendere sempre.

Ma dobbiamo anche approcciare da una diversa prospettiva le sfide che la maggior parte dei sistemi sanitari si trova ora ad affrontare, se crediamo nel diritto alla salute e all'assistenza sanitaria - come nel nostro caso - allora la domanda che dobbiamo porci è: come possiamo continuare a garantire l'accesso alle cure e fornire al tempo stesso la massima qualità delle risposte?

Ci sono aspetti economici e demografici di cui dobbiamo tenere conto, la nostra popolazione sta invecchiando, le possibilità di cura per molte malattie aumentano e le risorse finanziarie sono limitate. Ma queste non sono sfide insormontabili. È soprattutto una questione di scelte. Le nostre devono essere sempre più legate alle evidenze e mettere sempre la persona al primo posto.

Per poter offrire un'assistenza sanitaria e sociale migliori occorre infatti prevedere e comprendere i bisogni dei cittadini della Toscana e sviluppare e supportare le risposte che meglio li possono soddisfare, basate sul valore e sulla qualità, per preservare il sistema per le generazioni a venire.

Ogni decisione deve essere centrata su questi principi ma occorre darsi delle priorità ed il piano contiene le scelte che ci consentirà di raggiungere gli obiettivi ambiziosi ma realizzabili che sono stati individuati.

Obiettivi strategici che guidano le azioni del piano: i driver

Il piano si concentra quindi su **otto obiettivi chiave (DRIVER)**.

- ① Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali
- ② Gestire la cronicità
- ③ Sviluppare nuovi modelli di 'care'
- ④ Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione
- ⑤ Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato
- ⑥ Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile
- ⑦ Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio-sanitario
- ⑧ Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita.

Driver ①

RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E SOCIALI

“ Equità e giustizia sociale: contrasto alle disuguaglianze e accoglienza delle differenze, centralità delle persone, delle famiglie e delle comunità

Equità, giustizia sociale e centralità della persona nelle politiche

Uguaglianza, universalità e appropriatezza sono i principi che muovono i programmi e le azioni dei servizi e dei sistemi locali per agire con equità e contrastare le disuguaglianze, proponendo progetti di vita e di cura rivolti alle singole persone, ai loro bisogni e alle loro aspettative.

I servizi sfidano oggi nuove forme di disuguaglianza. Le condizioni di svantaggio e disagio determinate dalle tensioni geopolitiche che caratterizzano lo scenario internazionale, con i correlati flussi migratori.

La conoscenza dei cambiamenti in corso guida la riforma degli assetti istituzionali del sistema toscano e rinnova la visione e le azioni dei servizi .

La riorganizzazione delle zone sociosanitarie consente di operare localmente con maggiore incisività e uniformità e di facilitare una significativa e responsabile presenza dei soggetti delle economie solidali.

Le politiche sociali in Toscana hanno già scelto, in piena attuazione delle direttive comunitarie, di utilizzare una quota rilevante delle risorse del POR FSE 2014/2020 (Asse B "Inclusione Sociale e lotta alla povertà") per rafforzare l'inclusione sociale e di usare il REI come misura universale di contrasto alla povertà, costruendo un piano organico di contrasto alla povertà.

Si evidenzia che il REI, alla luce del D.Lgs 147 del 15/9/2017, ha assunto la natura di Livello Essenziale delle Prestazioni nei suoi due aspetti di trasferimento di risorse ai beneficiari e di strutturazione del modello e del percorso di accesso e presa in carico centrato sulle multidimensionalità e la multiprofessionalità.

I rinnovati modelli organizzativi rilevano le condizioni di rischio sanitario, sociale e ambientale per dare la stessa opportunità di benessere a tutti, senza rinunciare mai – sia sul piano dei principi sia su quello metodologico – al coinvolgimento attivo delle persone e delle comunità. I servizi non si limitano solo a “interventi riparativi” ma si occupano sempre più di prevenzione. Si ricerca l’integrazione di saperi multidisciplinari, si adottano strategie efficaci di contrasto a disuguaglianze e iniquità. Il patto tra comunità locali, servizi e persone, che si fonda sulla condivisione di responsabilità, diventa una leva fondamentale per la qualità della vita dei cittadini e delle famiglie.

Il PISSR – in particolare all'interno dei contesti di coordinamento attivati nell'ambito del piano regionale di contrasto alle povertà (delibera n.998 del 10-09-2018) – intende rafforzare l’integrazione tra politiche abitative e politiche sociali e sociosanitarie, anche in considerazione del fatto che i principali supporti presenti nell’ambito delle politiche abitative (tra i quali le misure di edilizia popolare e i vari tipi di contributo a sostegno per l'affitto) rappresentano degli strumenti fondamentali per prevenire e contrastare una delle facce – quella abitativa – del variegato prisma delle povertà.

Quattro linee di azione:

1

PROMUOVERE STILI ED AMBIENTI DI VITA SANI E CONSUMI CONSAPEVOLI

Le misure di prevenzione si dispiegano attraverso interventi, precoci e diffusi, allo scopo di aumentare conoscenze, competenze e potenzialità per vivere bene e dignitosamente. Consentono alle persone di ridurre rischi e disagi per il benessere fisico, psichico e sociale. Le tecniche e le pratiche delle organizzazioni sanitarie e sociali devono mirare alla responsabilizzazione dei cittadini, favorire le loro capacità di comprensione e consapevolezza nell’adottare modalità e stili di vita adeguati.

Per questo scopo l’impegno regionale sostiene la cooperazione tra le istituzioni territoriali per presidiare pro-attivamente tutti i settori (salute, scuola, mobilità, occupazione, pianificazione urbanistica, ambiente) e contesti geografici che rappresentano fattori di rischio sovra individuali, e promuove scelte favorevoli alla salute individuale e collettiva.

2

ACCESSO AI SERVIZI, FRUIZIONE, INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Il primo obiettivo è garantire accesso e fruizione dei servizi in modo equo e appropriati a tutti i singoli individui di una popolazione che presenta, naturalmente, un’ampia eterogeneità degli individui: genere, età, abilità,

provenienza, lingua, cultura, religione, orientamento sessuale, mobilità sul territorio, condizioni di vita e status economico e giuridico

Importante è il ruolo del Terzo settore, che ha finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, ed è partner e co-protagonista del sistema pubblico, spesso antenna sensibile nell'intercettare nuovi bisogni sociosanitari e frequentemente impegnato nell'offrire porte d'ingresso ai servizi. Le funzioni di orientamento e accompagnamento che esso svolge per l'accesso consapevole e l'utilizzo responsabile della rete dei servizi è utile per contrastare tante situazioni di vulnerabilità e marginalità in grado di pregiudicarne la piena fruizione.

3

COMUNITÀ LOCALE, SALUTE ED ECONOMIE SOLIDALI

Le politiche di promozione della salute e gli interventi sociali non possono prescindere dal coinvolgimento attivo dei territori e dei cittadini nel definire gli obiettivi, assumere le decisioni, dare attuazione alle strategie di miglioramento del livello di vita collettiva e individuale. E' così che si introducono forme di reale co-programmazione e di cittadinanza responsabile e si dà spazio al dialogo fecondo e strutturato tra cittadini, terzo settore e mondo delle professioni sanitarie e sociali.

Il modello di riferimento è una comunità che riesce a mettere in relazione le competenze degli operatori con le risorse e le energie portate dai cittadini, i saperi non professionali e le esperienze aggregative anche di natura informale. Ciò è possibile se si adottano strumenti che promuovono prossimità, proattività e integrazione dei servizi. Tra questi, riveste particolare rilievo la co-progettazione a livello territoriale, volta a favorire nuove esperienze di welfare mix e di welfare integrativo, sostenute anche dall'introduzione dell'innovazione tecnologica e da piattaforme miste, in cui le varie componenti, quella professionale, quella civica e quella delle economie solidali, si incontrano e costruiscono strategie e percorsi che rafforzano le politiche per la salute e l'inclusione sociale.

4

ACCESSO E QUALITÀ DELLE CURE

Obiettivi primari sono:

1. Organizzare un livello di intervento che intercetti quella tipologia di bisogni sempre più espressi in "acuto" dai soggetti più fragili e a rischio di marginalizzazione, con capacità di intervenire prontamente per aiutare cittadini in grave difficoltà, di fronte a bisogni primari e non differibili (violenza e procedure "codice rosa", abbandono e assenza di reti familiari, episodi di grave conflittualità intra-familiare, maltrattamento e abuso di

- minori) attivo 24 ore su 24 e 365 giorni su 365 offrendo una rete necessaria, pronta e immediatamente disponibile, sicura e protettiva, di supporto alla presa in carico globale delle persone;
2. offrire percorsi di cura e d'assistenza adeguati in ogni luogo di cura di ogni singolo territorio, minimizzando ogni possibile condizione di variabilità in termini di tempestività, appropriatezza e qualità delle cure, in particolare per quanto attiene ai percorsi di cura delle malattie croniche e oncologiche e a quelli della salute mentale;
 3. aumentare l'accesso da parte della popolazione immigrata ai percorsi di cure primarie, compresi quelli di prevenzione oncologica (screening) per facilitare cure appropriate e tempestive;
 4. aumentare l'accesso delle mamme con basso titolo di studio o in condizioni di vulnerabilità ai servizi offerti dai Consulitori per il sostegno e l'accompagnamento alla maternità e alla genitorialità;
 5. in relazione alle modalità per l'accesso prioritario al sistema integrato delle persone di cui all'art. 7 comma 6 della LR 41/2005, il PISSR declina tale obiettivo rispettivamente:
 - per le persone in condizione di povertà o con reddito limitato o situazione economica disagiata nell'ambito delle misure operative coerenti con la strategia regionale di contrasto alla povertà di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 998 del 10-09-2018 avente ad oggetto "Approvazione Documento programmatico misure di contrasto alla povertà", ai sensi del Decreto Lgs 147/2017 art. 14 comma 1;
 - per i soggetti con incapacità fisica o psichica, totale o parziale, di provvedere alle proprie esigenze, nell'ambito dei principi e delle misure definite all'interno dei successivi target rispettivamente dedicati alle persone anziane e delle persone con disabilità;
 - per i soggetti con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nell'ambito dei principi e delle misure definite all'interno, coerentemente con quanto sopra enunciato nel presente capitolo, nell'ambito di principi e delle misure specificati in particolare all'interno dei successivi driver 5 "Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato" e target dedicato ai lavoratori;
 - per i soggetti, sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendano necessari interventi assistenziali, nell'ambito dei principi e delle misure specificate all'interno del successivo target dedicato alle persone detenute negli istituti penitenziari.

Nella prospettiva della qualificazione e del miglioramento continuo degli interventi territoriali e della ricerca dell'appropriatezza dei servizi a favore di soggetti in condizioni di svantaggio e a rischio di esclusione sociale, il PISSR potrà prevedere percorsi innovativi, anche a carattere sperimentale, con le modalità e nell'ambito degli obiettivi indicati all'art. 14, commi 4 e 5, della LR 41/2005.

La normativa regionale in materia di inclusione sociale e contrasto alle disuguaglianze già oggi stabilisce le funzioni regionali, prevede le specifiche determinazioni di livello gestionale e le modalità di cofinanziamento delle politiche, con un'ottica perequativa tra i diversi territori. Esistono efficaci misure di sostegno in conto capitale agli investimenti nel settore sociale, destinate – grazie alla programmazione integrata regionale e di zona distretto – agli enti locali e agli altri enti pubblici del territorio regionale per incrementare la capacità di offerta dei servizi alla persona, il potenziamento e la qualificazione della rete dei servizi sociali e socio-sanitari. Per tali interventi è stabilita la necessità di un co-finanziamento da parte degli enti pubblici beneficiari non inferiore al 15% del costo totale dell'opera e potranno essere, anche in futuro, erogate risorse ordinarie della Regione e risorse attribuite o trasferite, anche in modo finalizzato, dallo Stato o dall'Unione europea.



Driver ②

GESTIRE LA CRONICITÀ

“ La cronicità e la salute al nostro tempo: il Sistema Sociosanitario Pubblico si ridisegna, la comunità si organizza e il cittadino si rafforza

La cronicità è ormai la nuova sfida per i sistemi sanitari. Le malattie croniche sono causa di mortalità prematura e di disabilità evitabile, rappresentano il principale problema di salute pubblica nei paesi occidentali e minacciano la sostenibilità dei sistemi di welfare. Il sistema sociosanitario deve affrontare la cronicità superando approcci settoriali, adottando adeguati modelli di prevenzione e cura, attuando politiche integrate coi settori sociali, educativi, della formazione, dell'ambiente e dell'industria. L'esperienza toscana già oggi offre più di un esempio in tal senso, con risposte efficaci nella sfida alle malattie croniche.

Il piano d'azione per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche elaborato dall'OMS (Piani d'azione WHO 2008-2013 e 2013-2020) si fonda su:

- **approccio basato sui diritti umani:** perché il più alto livello di salute raggiungibile è un diritto di ogni essere umano;
- **approccio basato sull'equità:** perché le disuguaglianze nella cura delle malattie non trasmissibili sono influenzate dai determinanti sociali;
- **azioni multisettoriali:** perché per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili servono leadership e coinvolgimento coordinato di stakeholder diversi;
- **approccio basato sull'intervenire durante intero corso dell'esistenza:** le opportunità di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili si presentano a diversi stadi dell'esistenza; spesso sono gli interventi attuati nel periodo iniziale della vita ad offrire le migliori possibilità di successo per la prevenzione primaria;
- **empowerment degli individui e delle comunità:** perché entrambi vanno coinvolti nella prevenzione e nel controllo delle malattie non trasmissibili, stimolando un processo di crescita, sia dell'individuo che delle comunità, basato sull'incremento della stima di sé, dell'auto-efficacia e dell'autodeterminazione;
- **strategie basate sulle evidenze scientifiche:** perché le strategie e le pratiche devono basarsi sulle evidenze, considerare il rapporto costi-efficacia, assicurare

la sostenibilità, seguire i principi della sanità pubblica, tener conto e rispettare la cultura di ogni singola comunità di cittadini.

Il **Piano Nazionale Cronicità** (Ministero della Salute 2016) ha raccolto sia le indicazioni dell'OMS sia le esperienze di alcune regioni, tra cui la Toscana.

Il PSSIR intende riprendere integralmente l'approccio del piano nazionale, considerando anche quelle difficoltà, ritardi ed errori d'implementazione che già numerosi stakeholder non hanno mancato di evidenziare.

Le strategie individuate sono pertanto le seguenti:

- stratificazione e targeting della popolazione
- promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce
- presa in carico e gestione del paziente (definizione dei PDTAS)
- erogazione di interventi personalizzati
- valutazione della qualità delle cure erogate.

Stratificazione e targeting della popolazione

Non si può parlare di una cronicità ma di tante cronicità: la definizione OMS di malattia cronica ("problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni") delinea una grande categoria in cui entrano condizioni molto diverse.

La **cronicità** comprende un ampio spettro di condizioni patologiche tra le quali hanno particolare rilevanza le seguenti: patologie trasmissibili (HIV, ecc.), malattie genetiche, malattie rare, ipertensione ad alto rischio cardiovascolare, malattie renali croniche e insufficienza renale, malattie reumatiche e artriti croniche, rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn, insufficienza cardiaca cronica e aritmie, malattie muscolo- e neurodegenerative (malattia di Parkinson e parkinsonismi, SLA, SM, epilessia, distrofie muscolari, ecc.), esiti neurologici di eventi acuti (ictus e cerebrolesioni acquisite), malattie psichiatriche (schizofrenia, depressione, ecc.), demenze, BPCO e insufficienza respiratoria cronica, diabete, malattie oncologiche (pazienti oncologici in follow up, cure primarie secondo protocollo regionale).

Alcuni fattori che descrivono questo panorama variegato di patologie sono:

- **prevalenza:** vi sono condizioni ad alta o altissima prevalenza (vedi: diabete tipo 2 e ipertensione) e condizioni a bassa prevalenza o rare (vedi: SM, SLA, Lupus eritematoso sistemico, ecc.);
- **insorgenza:** alcune condizioni hanno un'insorgenza improvvisa (es: diabete tipo

1), mentre in altri casi si ha uno sviluppo lento e una lunga latenza prima che la patologia si manifesti (es. diabete tipo 2, ipertensione, ecc.); in questo secondo caso sono possibili diagnosi ed interventi precoci per rallentare l'evoluzione e modificare gli esiti;

- **sintomatologia:** vi sono condizioni che comportano dolore, impotenza funzionale, astenia e in generale sintomatologia importante (es: artriti, malattie infiammatorie intestinali, asma), mentre in altre i sintomi possono essere anche meno rilevanti (es: insufficienza renale cronica, diabete tipo 2, ipertensione);
- **controllabilità:** alcune condizioni croniche, come la demenza ad esempio, non sono al momento controllabili con una terapia specifica, mentre altre (es: SM, Parkinson, diabete) trovano presidi terapeutici in grado di controllarne il decorso;
- **evoluzione verso la disabilità:** c'è una relazione tra condizioni croniche e disabilità: mentre le persone con disabilità hanno con più probabilità condizioni croniche, le persone con condizioni croniche possono sviluppare nel tempo limitazioni al funzionamento ed alla partecipazione, in modo variabile a seconda della o delle condizioni presenti e della loro evoluzione nel tempo.

Condizioni croniche sono considerate oggi anche malattie per le quali, grazie all'evoluzione delle terapie, si è giunti ad una lunga sopravvivenza, come alcuni tumori e l'HIV. Sono considerate croniche anche alcune patologie psichiatriche come, ad esempio, la depressione.

Per la loro lunga durata le condizioni croniche hanno un'evoluzione nel tempo e una variabilità legata a fattori individuali, sociali e contestuali.

Un sistema evoluto di gestione delle condizioni croniche necessita da un lato di standardizzare dall'altro di personalizzare l'offerta di servizi. Ciò richiede di:

- riconoscere e valutare le persone che hanno livelli o fasce di complessità e rischio progressivamente crescenti (**STRATIFICAZIONE**) perché al crescere del rischio e della complessità corrispondono bisogni crescenti e modalità di gestione più intensive;
- garantire un'**offerta proattiva e continua** nel tempo degli interventi adeguati ai bisogni di ogni sottogruppo di pazienti (**TARGETING**) e che non "attenda le persone sulla porta dell'ambulatorio", ma assuma l'iniziativa nei loro confronti (ulteriore estensione della già nota Sanità di Iniziativa). L'**offerta attiva** richiede la creazione di un elenco o **registro di patologia**.

Il modello consolidato utilizzato per la stratificazione (Piramide di Kaiser) punta a individuare:

- i pazienti con rischi più bassi, come quelli legati agli stili di vita, verso i quali mettere

in atto azioni di **prevenzione primaria e secondaria**;

- quelli affetti da patologia conclamata ma di complessità medio bassa, verso i quali intervenire con approccio **Chronic Disease Management**;
- i malati più complessi, che hanno bisogno di una presa in carico clinica e sociosanitaria, tipica dell'approccio **Chronic Case Management**.

Questa schematizzazione, pur avendo un valore sia concettuale sia operativo, non è però sufficiente a rispondere alla complessità dei pazienti. Come ad esempio il fatto che più condizioni croniche spesso coesistono nella stessa persona.

La compresenza di più patologie porta alla necessità di riadattare i criteri di stratificazione, passando da quelli solo clinici a quelli funzionali e di rischio aggregato e oggi più della metà della popolazione con patologie ha più di una malattia cronica (il 52% - ISTAT 2015).

52%
della popolazione
con patologie
croniche
ha più di
una malattia

Istat 2015

E' evidente l'urgenza di superare le criticità che sino ad ora hanno rallentato e/o impedito l'adozione nel SST di un sistema di stratificazione efficace e che sono state rappresentate da:

- i ritardi nell'implementazione del fascicolo sanitario elettronico;
- la difficoltà di condividere dei dati sanitari elettronici raccolti ed utilizzati dai MMG e PLS;
- una cultura della documentazione clinica ancora inadeguata;
- le difficoltà che s'incontrano nell'applicazione della normativa a tutela della privacy.

Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce

Le malattie croniche a maggiore prevalenza, in particolare quelle cardiovascolari, il diabete mellito, le malattie respiratorie croniche, così come anche i tumori, hanno alcuni fattori di rischio comuni e modificabili con interventi preventivi: fumo di tabacco, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà. Ad essi possono associarsi altri fattori di rischio cosiddetti "intermedi" (ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, intolleranza ai carboidrati, sovrappeso/obesità), anch'essi suscettibili d'interventi di controllo e correzione. Inoltre, livello d'istruzione, condizioni ambientali e assetto urbanistico, condizione occupazionale, professione svolta, reddito medio familiare e grado di deprivazione dell'area in cui le persone vivono, influenzano i fattori di rischio citati.

Riuscire ad intervenire sui fattori di rischio comuni, ma anche sui determinanti distali consente un'efficace prevenzione delle condizioni croniche e della loro evoluzione.

I programmi di promozione della salute e di prevenzione delle patologie croniche già previsti a livello nazionale (Piano Nazionale e Regionale di Prevenzione, Guadagnare Salute) vanno declinati localmente in interventi di promozione degli stili di vita che hanno un impatto positivo sulla salute:

Questi interventi richiedono almeno tre tipi di azioni:

1. **Epidemiologia e sorveglianza:** per guidare e orientare le priorità, nonché implementare e monitorare gli interventi più efficaci di prevenzione a livello di popolazione;
2. **Azioni su ambiente, tessuto sociale e comunità di cittadini:** per favorire le abitudini positive e per individuare le risorse accessibili per l'adozione di comportamenti sani;
3. **Azioni sui singoli individui:** per identificare precocemente coloro che hanno un rischio aumentato di malattia e intraprendere iniziative di counselling motivazionale individuale o di gruppo.

Per le azioni di prevenzione a livello ambientale, sociale e comunitario sono necessarie:

- strategie di comunità, scolastiche, individuali ed interventi multi-settoriali e multifattoriali su alimentazione, attività fisica, consumo di alcol, tabacco, sostanze stupefacenti e gioco d'azzardo;
- formazione degli operatori per metterli in grado di usare metodologie innovative tra le quali la disponibilità di aggiornate mappature;
- il coinvolgimento e la collaborazione delle altre istituzioni che operano negli ambiti dell'agricoltura, turismo, ambiente ed energia e sviluppo sostenibile.

Nell'ambito delle cure primarie per la prevenzione individuale devono essere promossi:

- la valutazione del livello di rischio per patologie croniche (rischio cardiovascolare, rischio d'insorgenza di diabete tipo 2), oltre che dei fattori di rischio comportamentali conosciuti (fumo, alcol, sovrappeso, obesità);
- gli interventi individuali come, ad esempio, colloqui motivazionali brevi con i soggetti target, insieme all'attivazione di quelle risorse che nel territorio sono atte a supportare il cambiamento dei comportamenti.

Queste azioni si attuano potenziando il coordinamento tra gli attuali sistemi di sorveglianza (Okkio alla Salute, HBSC, EDIT, ESPAD, Passi ed in futuro Passi d'Argento), attualmente gestiti da diverse articolazioni dell'organizzazione sanitaria regionale.

Le evidenze derivanti dai **sistemi di sorveglianza** dovranno essere recepite e utilizzate non solo in ambito sanitario e sociale, ma anche dalle amministrazioni comunali, dalle istituzioni scolastiche ed educative, dalle associazioni dei pazienti e dal terzo settore e diventare un **patrimonio delle comunità**.

Presa in carico e gestione del paziente: interventi sull'organizzazione

PRINCIPI DA GARANTIRE

- **tempestività:** per assicurare l'ingresso precoce in un percorso diagnostico terapeutico assistenziale e sociale (PDTAS) e cogliere appieno l'opportunità che la prevenzione può offrire;
- **coordinamento e continuità:** perché le persone possano essere seguite senza soluzioni di continuità né difficoltà d'accesso nelle diverse fasi della malattia nei tre classici livelli assistenziali, assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera che devono coordinarsi. Vogliamo che non sia più la persona interessata l'agente della comunicazione tra i setting assistenziali ma i professionisti che operano nei vari livelli.
- **globalità e multidimensionalità:** perché le sole misure cliniche oggettive non sono adeguate a comprendere le malattie croniche e come trattarle. E' necessario spostare l'accento da malattia a salute, dalla sola dimensione clinica ad una globalità bio-psico-sociale. La multidimensionalità bio-psico-sociale richiede un approccio multidisciplinare nella valutazione dei bisogni, nella definizione del piano di cura, nell'integrazione delle risposte sanitarie e sociali;
- **flessibilità:** perché le condizioni croniche evolvono nel tempo e determinano nuovi e differenti bisogni ed interventi. I PDTAS non possono essere formati rigidi con un'offerta invariante;
- **facilitazione:** perché è richiesto un impegno gravoso per tutti, pazienti e caregiver, nella vita quotidiana e non si può appesantirlo con adempimenti burocratici e accessi superflui. La relazione tra il sistema di cura e i pazienti deve essere semplice, snella ed essenziale;
- **appropriatezza:** perché è vitale valorizzare percorsi di cura precisi e puntuali e in grado di sfruttare tutte le risorse disponibili nell'ambiente di vita della persona e nella sua comunità;
- **autodeterminazione:** perché chi è malato ha il diritto di essere informato e consapevole e il dovere di essere corresponsabile degli impegni che il sistema si assume per curarlo. Assicurare informazione e partecipazione consente la pianificazione condivisa delle cure.

MAPPATURA E GEOREFERENZIAZIONE DEI SERVIZI

Come azione preliminare per una migliore presa in carico ed a supporto alla partecipazione del cittadino ad ogni azione di riorganizzazione occorre procedere a una puntuale mappatura sul territorio (georeferenziazione) delle varie tipologie di servizio sia istituzionale che gestito dal terzo settore o da altre soggettività informali,

con l'obiettivo di potere prima di tutto conoscere la coerenza e la praticabilità dei livelli attuali di offerta con i bisogni dei pazienti cronici.

Rendere immediatamente visibile e fruibile la mappatura dei singoli servizi sul territorio ai case manager che si trovino ad organizzare l'assistenza ai pazienti cronici secondo gli standard definiti nei PDTAS in un qualsiasi punto del territorio regionale diventi n requisito minimo di funzionamento della rete.

REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE

Ovunque, nell'ambito di sistemi a copertura universale e orientati alle comunità, è stato dimostrato che una buona organizzazione delle cure primarie migliora i risultati di salute ed è più efficiente.

L'incremento della cronicità, della disabilità e lo sviluppo di bisogni complessi rinnova il ruolo dei medici di medicina generale (MMG) e richiede uno sviluppo del lavoro in team. Un sistema di cure che può usufruire del buon funzionamento di forme organizzate di cure primarie, come in questa regione le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) degli MMG, garantisce soddisfacenti risultati clinici e relazioni di cura, anche a lungo termine, tra i pazienti e i curanti, in un contesto capace di considerare le preferenze delle persone e i loro bisogni combinati, biomedici, psicologici e sociali.

Per abbattere barriere ancora significative tra l'organizzazione assistenziale ospedaliera e territoriale, la soluzione non è la riallocazione della casistica da una parte all'altra del sistema ma la **riarticolazione dell'offerta** utilizzando criteri di stratificazione dei pazienti e mirando alle loro differenti condizioni e ad un continuum di cure orientate ai bisogni individuali.

Se è evidente che la gestione della cronicità esclusivamente nell'ambito di strutture specialistiche ospedaliere come è né appropriata né sostenibile, è chiaro anche come essa non possa neanche essere una competenza esclusiva dell'assistenza territoriale. Ne consegue che il livello specialistico e quello del setting ambulatoriale ospedaliero dovranno partecipare, sulla base delle differenti fasi di evoluzione delle specifiche malattie, a percorsi di presa in carico come i PDTAS e integrarsi nella rete clinica territoriale.

PDTAS: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Sociali

L'articolazione e integrazione delle prestazioni e degli interventi dovrà esplicitarsi nei percorsi terapeutico assistenziali sociali, in cui il contributo di ogni segmento e attore del percorso sarà facilitato dal miglioramento del supporto fornito dagli strumenti informativi e da sistemi intelligenti per le decisioni cliniche.

L'impegno futuro non è limitato a migliorare il coordinamento, ma anche a mettere a punto percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi il più possibile individualizzati, con buon rapporto costo/efficacia, che consentono l'empowerment del paziente e della sua famiglia e una continuità nella collaborazione tra i molteplici provider coinvolti. I PDTAS

saranno anche il riferimento per il principale strumento di lavoro oggi impiegato dai team multi professionali: i Piani Assistenziali Individuali (PAI).

L'aspetto clinico, necessario per un adeguata valutazione del paziente, dovrà essere arricchito e completato con quello relazionale e comunicativo, per capire la singolarità della persona malata e con quello economico-gestionale, per sviluppare l'efficienza e la sostenibilità dei migliori risultati.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'impatto combinato di più condizioni croniche è la causa della **progressiva perdita di indipendenza**, dell'evoluzione verso la disabilità e dell'incremento del bisogno di supporto sociale. E' ragionevole prevedere che la domanda di servizi sociali e sociosanitari sia destinata a crescere per l'aumento di bisogni e per loro natura complessa. Proprio in funzione di tale caratteristica, la complessità, la risposta non può essere affidata solo al SSR. Le necessità di riabilitazione e di supporto sociale, nonché l'integrazione nella comunità locali, possono diventare più determinanti ai fini del risultato che non la sola accessibilità alle cure mediche.

Un intervento sociale precoce migliora l'esperienza di cura del soggetto, può evitarne l'ospedalizzazione o comunque ritardarne il ricorso. Si eviterà così che i servizi sanitari siano usati come risposta compensatoria quando il supporto sociale, domiciliare o di comunità non è in grado di contrastare la medicalizzazione dei disagi e delle fragilità sociali.

È quindi vitale la sinergia e l'integrazione operativa tra sociale e sanitario che si attua con i PDTAS, laddove la S evidenzia il loro forte coordinamento. Per farlo è necessario potenziare l'assistenza sul territorio, promuovendo il benessere delle persone con problemi di cronicità con l'impiego di modelli di welfare di comunità per:

- sostenere gli interventi che ragionevolmente garantiscano il diritto di fruizione e l'equità di accesso alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie, socio assistenziali;
- implementare la diffusione di modalità di presa in carico uniformi utilizzando punti unici di accesso nonché i "Punti Insieme" presenti nei distretti sanitari e le Agenzie di Continuità Ospedale-Territorio;
- allargare il campo di azione dell'assistenza domiciliare integrata con l'erogazione di interventi di maggiore complessità;
- fornire assistenza adeguata presso le strutture residenziali e i centri diurni.

Il **welfare di comunità** significa disporre di una rete di supporto sociale che integra e sostiene da un lato la rete familiare sempre più debole e dall'altro la rete dei servizi per creare nella società civile percorsi di auto-organizzazione e di autodeterminazione fondati sui valori della solidarietà e della coesione sociale.

La disponibilità di risorse comunitarie (gruppi di ascolto, di auto-aiuto, di volontariato organizzato) sostiene l'adozione delle pratiche di auto-cura e può generare benessere

mentale e relazionale. Al crescere dei bisogni, le risorse della rete sociale espandono la portata della rete istituzionale e ne incrementano l'efficacia e la sostenibilità.

Le Case della Salute in quanto espressione di un modello integrato e multidisciplinare di intervento rappresentano un driver fondamentale dell'integrazione sociale e sanitaria, promuovono la medicina di iniziativa e la prevenzione sociale e sanitaria, valorizzano il ruolo dei MMG, dei PLS e delle professioni sanitarie e sociali, sollecitano un ruolo proattivo dell'utenza e della società civile. Le Case della Salute si pongono come un punto di riferimento rivolto ai cittadini per l'accesso alle cure primarie, un luogo in cui si concretizza l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, la continuità dell'assistenza, di integrazione con i servizi sociali per il completamento dei principali percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali. Nel corso di vigenza del Piano lo sviluppo delle Case della Salute e dei modelli organizzativi e culturali che le caratterizzano dovrà trovare diffusione e presenza in tutto il territorio regionale.

I VANTAGGI DELLA TECNOLOGIA NELLE CURE CONTINUATIVE: LA TELEMEDICINA

L'uso delle innovazioni tecnologiche nella gestione dei pazienti è un'opportunità per migliorare l'efficienza e la sostenibilità della continuità di cura. La possibilità di accedere a dati fedeli, completi e aggiornati sullo status istantaneo di ogni singolo paziente in qualsiasi fase del suo percorso di gestione sanitaria consente un'ottimizzazione della gestione globale del singolo paziente e facilita anche un suo ruolo maggiormente attivo ed autonomo.

I servizi di Telemedicina rivolti a pazienti cronici possono facilitare la possibilità di operare in rete, con una più facile accessibilità a cure integrate, anche nei contesti più svantaggiati dal punto di vista geografico. La telemedicina favorisce la gestione domiciliare della cura, riduce gli spostamenti futili e i relativi costi sociali. Oggi anche gli anziani hanno una discreta familiarità con le tecnologie disponibili per la comunicazione (personal computer, tablet, smartphone) che possono aiutare anche nella gestione della propria salute nella vita di tutti i giorni.

La Telemedicina può essere di supporto nelle diverse fasi della malattia:

- **prevenzione:** attraverso servizi che aiutano quotidianamente a mantenere adeguati stili di vita oppure a monitorare parametri vitali importanti per ridurre il rischio di insorgenza di complicazioni;
- **diagnosi:** favorendo la circolazione delle informazioni diagnostiche tra i diversi operatori sanitari coinvolti come nella tele refertazione a disposizione della rete clinica;
- **cura e riabilitazione:** con la trasmissione di dati relativi ai parametri vitali tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture assistenziali) e una postazione di

monitoraggio, per la loro interpretazione e l'adozione delle scelte terapeutiche necessarie (ad esempio, i servizi di Teledialisi).

La telemedicina è uno strumento per promuovere l'equità di accesso all'assistenza sanitaria nelle zone remote, favorire la continuità delle cure, sostenere la qualità della vita di pazienti cronici attraverso soluzioni di auto-gestione e monitoraggio remoto, rendere facilmente fruibile la comunicazione fra i diversi attori.

La sua sostenibilità è determinata dalla possibilità di attivarla per volumi significativi di assistiti con "Centri servizi", costituiti da operatori del SSR, con la funzione di gestione delle informazioni e messa a disposizione dei team di cura dei pazienti.

LE CURE DI FINE VITA E LA DOMICILIARITÀ

Sappiamo anche che la maggioranza delle persone desidererebbero morire a casa. Si muore ancora troppo in ospedale, la presa in carico da parte dei servizi palliativi domiciliari e il ricorso all'hospice ha ancora livelli di risposta non adeguati al bisogno e troppo spesso intervengono solo in fase terminale.

L'assistenza alle persone in fine vita deve essere basata sulle evidenze e personalizzata sulle preferenze e necessità del paziente al fine di creare piani assistenziali individualizzata che tengano in considerazione gli obiettivi riconosciuti come prioritari dal malato e la sua famiglia, la migliore qualità di vita possibile, anche attraverso un adeguato controllo dei sintomi, un' aumentata consapevolezza rispetto alla situazione per favorire i processi di adattamento alla situazione clinica e un supporto nelle decisioni relative alle scelte terapeutiche-assistenziali nelle fasi avanzate di malattia e alla fine della vita, come previsto dalla L 219/17 in materia di consenso informato, di disposizioni anticipate di trattamento, pianificazione condivisa delle cure.

Questo richiede un'innovazione profonda nella capacità del sistema, attraverso i propri operatori sanitari, di garantire le necessarie competenze e le dovute attenzioni nei processi assistenziali dei pazienti cronici in tema di gestione del fine vita così come trattato nello specifico "Driver - Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita".

Erogazione di interventi personalizzati

Negli ultimi anni si è spesso abusato del principio che l'assistenza deve essere centrata sul paziente, senza che fosse davvero messo in pratica. Anche quando questo approccio si è concretizzato, spesso è stato concepito in modo superficiale. La gestione delle condizioni croniche insegna due lezioni fondamentali:

- ci si deve basare sull'esperienza e sulla prospettiva del paziente per la definizione

- dei suoi problemi clinici così come per giudicare l'efficacia del successivo intervento;
- scopo primario dell'assistenza è aumentare la capacità del paziente di curarsi anche autonomamente.

L'assistenza al paziente con malattie croniche centrata sulla persona richiede che il processo decisionale clinico si concentri sulle priorità del singolo assistito e sui suoi bisogni psico-sociali e che questo sia riconosciuto come colui/colei che percepisce e produce salute (Sullivan 2017).

Non basta passare da un approccio al paziente come soggetto passivo ad uno dove diventa informato e attivato; occorre che il paziente diventi anche autonomo. La teoria dell'autodeterminazione e il concetto di motivazione intrinseca aiutano a capire il processo con cui la persona fa propria la motivazione all'autonomia e riesce ad ottenere un cambiamento di stato.

Personalizzare gli interventi per gli operatori sanitari significa cambiare l'equilibrio di potere insito nella relazione di cura, **co-produrre salute e benessere** in modo collaborativo con individui, famiglie e comunità.

Oltre alla competenze tecniche è necessaria la capacità nella **"comunicazione/relazione"**, uno degli strumenti più importanti dell'assistenza sanitaria.

Per sostenere la capacità di auto-cura delle persone la gestione della malattia va contestualizzata nella vita di tutti i giorni e le sue eventuali preoccupazioni: i problemi economici, quelli abitativi, le relazioni familiari difficili, gli stati di stress. Per attivare, ogni volta che è possibile, le risorse che possono aiutare a risolvere i problemi.

La relazione che si stabilisce tra la persona in cura e il team di assistenza si sostanzia nel **Patto di cura**, che non è un modulo da firmare ma la traduzione concreta degli impegni che le due parti reciprocamente assumono:

- il sistema sociosanitario, con gli interventi definiti dal PDTAS che vengono tradotti in un piano individuale per la persona;
- la singola persona, con l'adesione al piano e ai suoi impegni nei confronti della propria salute.

È un cambiamento culturale, oltre che tecnico, che deve permeare tutto il sistema ed essere sostenuto da una formazione capillare, adeguata ed efficace rivolta a tutti e con particolare impegno agli infermieri, che sono il punto di contatto principale tra i cittadini e il sistema di cura delle malattie croniche. L'orientamento del sistema ad assumere la "novità" che i pazienti debbono essere soggetti autonomi non modifica solo gli incontri individuali tra infermiere e paziente, ma si traduce in un impegno dell'intero sistema a modificare il proprio modo di comunicare, di accogliere le persone, di organizzare i momenti e gli spazi di incontro, di riconoscere il valore della relazione.

Valutazione della qualità delle cure erogate

I sistemi informativi integrati oltre a consentire un'adeguata stratificazione e targeting della popolazione permettono anche una puntuale valutazione della qualità delle cure erogate.

Relativamente a questo aspetto il Piano Nazionale Cronicità sollecita la revisione del paradigma di fondo relativo al concetto di “**esito**” concettualmente legato ad una visione della medicina caratterizzata da eventi piuttosto che da percorsi. come era quella tipica del secolo scorso.

Si propone oggi di considerare gli esiti come un “insieme di risultati intermedi” e non solo finali, non solo clinici ma anche connessi alla disabilità e alla qualità di vita, dislocandoli lungo tutto l'iter dell'assistenza erogata e misurandoli attraverso indicatori multidimensionali meglio rivolti alla dimensione stato di salute piuttosto che di malattia. Tra gli esiti, sempre maggiore considerazione ricevono quelli direttamente riportati dai pazienti, sia che riguardino aspetti tangibili delle cure sia che abbiano a che vedere con l'esperienza che ogni singolo paziente sperimenta. Ciò è realizzabile introducendo tecniche e strumenti efficienti per misurare:

- il benessere auto percepito dal paziente;
- la qualità della vita;
- l'impatto della condizione cronica sulla vita quotidiana;
- la pratica dell' “auto-cura”.

Questi parametri trovano già strumenti di valutazione validati in letteratura e possono adesso essere inseriti nella pratica clinica.



Driver ③

SVILUPPARE NUOVI MODELLI DI “CARE”

“ Interpretare e trarre il massimo dalle migliori esperienze disponibili per un sistema socio-sanitario regionale moderno e a misura di cittadino

Il continuo aggiornamento dei modelli di care (cura ed assistenza) è il primo pilastro per un sistema al passo con i tempi e con l'evoluzione della domanda di salute in grado di cogliere tutte le opportunità che la ricerca e l'innovazione offrono. Serve rigore metodologico per introdurre con successo i cambiamenti dovendo analizzare bene le criticità e implementare con seria pianificazione le soluzioni, sperimentarle e valutarne l'efficacia.

- L'orientamento è quello di una **maggiore integrazione tra risposte sanitarie e sociali**, avviando un'azione incisiva di ridisegno organizzativo dei servizi. I punti cardine di questa azione dovranno essere:
 - **potenziare la dimensione regionale** nel disegno e nella governance dei macro-processi di cura e di assistenza;
 - **coordinare con efficacia** i diversi servizi coinvolti nei percorsi di cura;
 - **concentrare la casistica a maggiore complessità** da un lato e garantire la prossimità dei servizi e delle prestazioni più utilmente legate ai contesti territoriali, dall'altro;
 - **perseguire l'equità e la continuità dell'assistenza** attraverso reti integrate di servizi e professionisti.

Le scelte organizzative dovranno quindi essere orientate a riequilibrare la presenza e gli interventi del SSR sull'intero territorio regionale con:

- la ridefinizione di un **sistema socio-sanitario pubblico** che nasce integrato nell'ambito territoriale della zona distretto;
- la presa in carico secondo il paradigma della medicina sistemica, basata sulla visione globale della persona e sulla integrazione dei possibili sistemi di cura e della **Medicina delle 4P** (proattiva, preventiva, personalizzata e partecipata);
- il disegno di un'**offerta complessiva pubblico-privato** coerente con i fabbisogni della popolazione, strutturata attraverso la disciplina degli accordi contrattuali;
- i soggetti privati accreditati, (art. 8-quinquies ed 8-sexies del D. Lgs. 502/1992), e ridefinita tenendo conto dei vincoli normativi introdotti dall'art. 15 c. 14 del D. L. 95/2012 (c.d. *Spending Review*);

- un maggiore **coinvolgimento delle comunità e delle imprese sociali** nei percorsi di cura.

Le reti cliniche rappresentano in questo scenario il modello organizzativo più interessante e da sviluppare ulteriormente.

La tendenza a “lavorare in rete” nasce, quasi spontaneamente, da una sempre maggiore necessità di scambiare e condividere competenze specialistiche. Per non disperdere energie, vanno impiegati livelli elevati d’interscambio e connessione tra professionisti, per rafforzare il proprio bagaglio di competenze e per metterle con profitto a disposizione dei pazienti. Organizzarsi in reti cliniche e logistiche, che sviluppino ed utilizzino percorsi clinico assistenziali definiti, è la soluzione per rispondere ad una domanda di salute diffusamente complessa ed articolata.

Negli ultimi anni l’introduzione di questo modello ha subito una decisa accelerazione all’interno del SSR, allo strumento “rete” viene affidato il compito di rispondere alle esigenze molteplici che negli anni sono emerse, quali:

- ottimizzare la gestione del **percorso** del paziente, definendo con miglior precisione il ruolo che ogni singolo servizio è chiamato a svolgere, con un miglioramento del coordinamento dell’assistenza;
- rendere più estesamente fruibili gli **ambiti iper-specialistici**, aumentando così gli standard di assistenza erogati e garantendo una maggiore equità di accesso alle cure;
- rispondere alla **complessità** crescente dei processi clinico assistenziali ed alla necessità non procrastinabile di condividere ed integrare, con modalità codificate, le conoscenze e le competenze;
- migliorare l’utilizzo delle **risorse** complessivamente disponibili.

Il modello di sistema sanitario pubblico toscano sta sviluppando reti cliniche che prevedono dinamiche gestionali **meta-ospedaliere e meta-aziendali**, dove, come in una “staffetta”, medici, infermieri e servizi diversi prendono in carico il paziente con modalità collaborativa e coordinata. Lo scopo è assicurare alle persone un’offerta continuativa di attività preventive, diagnostico-terapeutiche, riabilitative; assumere un’ottica non orientata ad una teorica gerarchia tra le diverse organizzazioni, ma allo **spostamento “di tipo circolare”** del paziente all’interno del sistema di offerta.

Tale modello potrà avvantaggiarsi da un lato delle opportunità di nuove tecnologie che consentono l’assistenza a distanza, il monitoraggio di parametri in continuo o in

Reti cliniche e logistiche

Lavorare in rete nasce da:

- maggiore specializzazione dell’attività assistenziale
- bisogno di interscambio e connessione tra i professionisti

differita fino alla tele visita e, dall'altro, di una corretta articolazione dei servizi dentro gli ospedali o sul territorio.

Un'attenzione particolare verrà rivolta all'utilizzo efficiente delle risorse tramite il **contenimento degli sprechi** dovuti a modelli gestionali deboli o obsoleti con l'introduzione di tecniche e strumenti per l'analisi e il miglioramento dei processi di pianificazione e programmazione delle risorse e del loro utilizzo delle aree di attività (posti letto, sale operatorie, spazi ambulatoriali, servizi) come strategia regionale introducendo all'interno del Sistema Sanitario Pubblico Regionale competenze e team appositamente dedicati.

In questa prospettiva occorre agire sinergicamente sul secondo pilastro su cui poggia il sistema: **la governance clinica**, che rappresenta la prospettiva dei differenti stakeholder ed è in grado di fondere, in modo equilibrato, la dimensione economico-finanziaria, da un lato, e quella qualitativo-professionale, dall'altro, avendo come base comune l'appropriatezza delle risposte.

Il terzo pilastro è rappresentato dai **team multi professionali**, che rappresentano l'unità minima di funzionamento (microsistema) del SSR. **Un microsistema clinico** viene definito in letteratura come la combinazione di un piccolo gruppo di operatori che lavorano insieme su base regolare per fornire assistenza a una sotto-popolazione discreta di pazienti che fanno parte essi stessi del microsistema. Anche se non siamo abituati a vederle come tali, le nostre organizzazioni sanitarie sono di fatto composte da centinaia di microsistemi. Un impegno importante verrà pertanto rivolto a sviluppare maggiormente le forme di collaborazione basate su una reale integrazione tra i diversi ambiti professionali coinvolti. In questo modello verrà promosso lo sviluppo e la valorizzazione di nuove competenze e nuovi ruoli, in particolare nei modelli organizzativi territoriali che sempre più saranno un chiaro riferimento per specifici gruppi di popolazione.

Quale supporto alla professionalità degli operatori sarà inoltre utile favorire l'orientamento dei professionisti verso un'operatività flessibile, promuovere la loro formazione e implementare prassi di supervisione congiunta tra personale di area sociale e sanitaria. Faciliteremo così il lavoro dei team e pratiche che combinano evidenze scientifiche ed esperienze sul campo per meglio integrare e coordinare gli interventi di elevata complessità e articolazione.

Uno stimolo ulteriore e fondamentale tassello di crescita di modelli, competenze e servizi sarà mantenere ed incrementare l'apertura della realtà regionale e dei singoli territori alla dimensione europea e internazionale con la messa in campo di scambi di esperienze e buone pratiche, la partecipazione a piattaforme di rilievo sovranazionale, la progettazione congiunta con istituzioni e partner nazionali ed europei.

Tener conto delle criticità legate alla comunicazione, al lavoro di team, alla leadership, allo stress che rappresentano la prima causa di eventi avversi in sanità



Driver ④

ACCELERARE L'UTILIZZO DELL'INNOVAZIONE E SFRUTTARE LA RIVOLUZIONE DELL'INFORMAZIONE

“ **Supportare e abilitare la trasformazione del sistema sanitario e sociale con un utilizzo pervasivo della tecnologia e dei dati, per una reale rivoluzione digitale che crei effettivo valore** ”

Le scienze e la tecnologia stanno trasformando la capacità di prevedere, diagnosticare e curare le malattie. Le novità nei trattamenti farmacologici, nei dispositivi medici, nell'elaborazione di grandi masse di dati, nell'intelligenza artificiale e nella erogazione delle cure si susseguono a ritmi incalzanti. Un utilizzo migliore della tecnologia e dei dati è un prerequisito per supportare e abilitare gli sviluppi necessari per rimodellare il sistema sanitario e sociale, in risposta all'aumento della domanda e delle risorse limitate.

Alcuni degli sviluppi chiave principali sono:

- la **personalizzazione delle cure**, incluso il benessere individuale e la cura di sé e l'impatto della genomica;
- lo sviluppo di **nuovi modelli di presa in carico** ed integrazione della rete assistenziale anche tramite l'utilizzo di sistemi di **telemedicina** con l'obiettivo di fornire servizi migliori, più sicuri, più efficienti e raggiungendo contemporaneamente un numero elevato di persone coinvolte attivamente nell'adesione alle cure e ai percorsi di salute;
- il ridisegno del processo di erogazione delle prestazioni specialistiche incentrato sul pensare a come **creare valore per i cittadini**;
- il **rimodellamento della forza lavoro**, migliorando i flussi di informazione e l'accesso ai sistemi, ma anche attivando nuovi percorsi formativi, in modo tale che le abilità, le capacità e le interazioni siano migliorate.

Sappiamo, sia dagli esempi virtuosi presenti all'interno del nostro SSR che a livello nazionale od internazionale, che ci sono modi migliori per organizzare le cure ed uscire dai "confini artificiali" tra ospedali e territorio, tra assistenza sanitaria e sociale, tra medici di medicina generale e specialisti.

Confini che ostacolano la cura che deve essere sempre più orientata a ciò di cui le persone hanno bisogno. Le tecnologie informatiche, le tecnologie biomediche, la telemedicina e l'innovazione in generale, dovranno quindi essere elementi strumentali al miglioramento della qualità della vita dei cittadini e al contempo supportare il sistema organizzativo e professionale della sanità, per trovare la convergenza tra qualità dei servizi erogati ed efficacia, efficienza e sostenibilità complessiva del sistema.

Mentre gli sviluppi nella tecnologia clinica hanno avuto negli ultimi 30 anni un impatto rivoluzionario sull'assistenza sanitaria, lo stesso non si può dire per l'uso dell'ICT per migliorare la salute o per migliorare il modo in cui vengono erogati i servizi sanitari e di assistenza sociale.

L'esperienza dei cittadini nei confronti di questi servizi, rimane a volte ancora com'era prima dell'avvento di Internet e degli smartphone, che d'altra parte sono invece diventati di uso comune e pervasivo in ogni aspetto della vita quotidiana. Nella nostra vita possiamo infatti vedere chiaramente i vantaggi della tecnologia: nel modo in cui prenotiamo i nostri viaggi e vacanze, gestiamo i nostri conti bancari e le bollette, acquistiamo generi alimentari o beni di consumo, ci connettiamo e comunichiamo con i nostri amici e familiari. Le tecnologie digitali hanno già cambiato il modo in cui facciamo le cose, migliorando la responsabilità di chi eroga i servizi, riducendone il loro costo, dandoci nuovi mezzi per completare le transazioni ma anche per consentire una reale partecipazione.

Questa è più di una rivoluzione: mette le persone al primo posto, dandoci un maggiore controllo della nostra vita e più trasparenza.

Tuttavia, un aspetto fondamentale è stato fino ad oggi largamente ignorato. Si è dato per scontato, almeno come appare evidente in alcuni progetti, che le applicazioni del servizio sanitario siano fondamentalmente uguali a qualsiasi altra applicazione dell'industria o del commercio. In realtà questo non è vero; l'assistenza sanitaria è radicalmente diversa dagli altri settori industriali, sia pubblici che privati. In questi "modelli aziendali" infatti la comunicazione è essenzialmente riconducibile alla condivisione di informazioni, attraverso l'infrastruttura informatica stessa, piuttosto che attraverso il contatto tra persone. L'assistenza sanitaria invece si basa e richiede sempre più **interazioni tra persona e persona** per diagnosi collaborativa, valutazione del trattamento, pianificazione e decisione finale, senza dimenticare la interazione-relazione, di cura e di fiducia, tra paziente e medico.

Il focus delle applicazioni industriali è di solito l'impresa stessa o uno dei suoi sottoinsiemi (come la fabbrica, l'ufficio od il quartier generale). L'assistenza sanitaria, d'altra parte, è invece sempre più (o dovrebbe essere) basata su una scala inter-aziendale e regionale, di conseguenza l'attenzione deve essere posta non solo sulla singola unità operativa, sul singolo dipartimento o sul singolo ospedale, poiché il focus sta nel concetto stesso di **percorso di cura integrata**.

Per i professionisti della salute e della cura, assistenti sociali, medici ed infermieri,

l'arrivo dell'era digitale è stato spesso vissuto non come una chance di cambiamento, ma piuttosto come un onere aggiuntivo, intrusivo, in un'esistenza già sotto pressione. Allo stesso tempo, l'industria mondiale della tecnologia sta investendo massicciamente nello sviluppo di prodotti legati alla salute dei consumatori, ma questi non sono ancora collegati al settore pubblico o privato della salute e delle cure.

Dal punto di vista dello sviluppo di tecnologie a supporto dei servizi e dei cittadini, è da prevedersi quindi un consolidamento delle tecnologie a supporto dei processi (infrastrutture – con un migliore utilizzo del data center regionale Tix e della rete RTRT e la creazione di un secondo polo dedicato alla sanità -, soluzioni software per l'ospedale – cartella clinica di reparto, cartella ambulatoriale, percorso chirurgico; soluzioni software per il territorio – consolidamento della piattaforma innovativa socio-sanitaria; soluzioni per il domicilio – sviluppo di modelli di home care; accesso in mobilità ai servizi di sanità digitale; ecc.), che al contempo favoriscano e agevolino il lavoro degli operatori e producano nei confronti dei cittadini un maggiore livello di trasparenza e conoscenza dei processi e dei percorsi che li vedono coinvolti, con una forte personalizzazione, nonché una facilitazione nell'accesso ai servizi ed, in alcuni casi, anche strumenti di gestione autonoma di alcune fasi del percorso assistenziale tarate sulle singole e diverse capacità di ciascuno.

Sviluppo delle tecnologie a supporto dei servizi e dei cittadini:

- cartella ambulatoriale
- cartella clinica di reparto
- percorso chirurgico
- piattaforma socio-sanitaria
- servizi di sanità digitale

Dal punto di vista della raccolta ed elaborazione dei dati, lavoreremo per incrementare la completezza, la qualità e dove serve, anche l'aderenza ai processi, dei nostri basamenti informativi, circolarizzando contemporaneamente il più possibile le informazioni in essi contenute agli interlocutori aziendali, garantendone la legittimità in termini di trattamento dati.

L'elevato tasso di informatizzazione proprio dei servizi sanitari dovrà essere il modello di riferimento per i servizi sociosanitari pubblici per una piena integrazione dei flussi informativi e dell'interoperabilità degli applicativi. Ulteriore obiettivo sarà sviluppare appieno il ruolo di consapevole committenza dei professionisti nei confronti dell'innovazione tecnologica e nell'utilizzo degli strumenti informatici.

L'ambizione regionale per l'informatica è che, entro il 2020, ciascuno dei professionista all'interno dell'organizzazione sia in grado di accedere ai dati di salute e di cura pertinenti sugli utenti del servizio, utilizzando strumenti tecnologici intelligenti ed affidabili per supportare il lavoro clinico, ovunque esso si trovi. Tali dati saranno prontamente condivisi

laddove pertinenti con tutti gli operatori sanitari e resi disponibili in forma adeguata per l'analisi dei risultati, efficacia, audit clinico, ricerca e miglioramento del servizio stesso nel rispetto della normativa e della sicurezza.

La difficoltà nel creare un sistema per l'implementazione informatica altamente centralizzato ha determinato una reazione diametralmente opposta favorendo la proliferazione delle singole iniziative o addirittura il blocco dei progetti di sviluppo. Questo ha prodotto sistemi che non parlano tra loro e quindi una criticità nello sfruttare in modo completo benefici complessivi derivanti da sistemi interoperabili.

In futuro sarà determinante un approccio diverso che punti sulla definizione netta di standard regionali tecnici e professionali, chiarendo le aspettative in merito all'interoperabilità e sostenendo il processo decisionale locale delle comunità sanitarie su sistemi, programmi, interfacce e applicazioni.

Fornire alle strutture degli strumenti di monitoraggio della propria attività che forniscano indicazioni su qualità e sicurezza del servizio per orientare il miglioramento



Driver ⑤

CREARE UNA NUOVA RELAZIONE CON I CITTADINI E LE COMUNITÀ PER UN SISTEMA DI SALUTE E DI WELFARE ETICO E PARTECIPATO

“ Il cittadino protagonista degli atti di cura e dei percorsi di promozione sociale, per valorizzare risorse, identificare bisogni e fornire risposte adeguate anche sotto il profilo dei valori individuali

Un welfare partecipato

Nel sistema sociosanitario pubblico della Regione Toscana sono stati recentemente sviluppati nuovi processi che hanno ampliato le opportunità di coinvolgimento della popolazione e che costituiscono il framework nel quale la sfida di un ruolo protagonista dei cittadini nelle decisioni che riguardano la loro salute può essere accolta e così contribuire a migliorare la qualità dei servizi.

La **partecipazione** è il principio fondante del nostro modello di welfare, e del servizio sanitario nazionale, sin dalla sua istituzione. Un approccio fondato sulla corresponsabilità istituzioni – cittadini significa nel sistema di welfare regionale saper coinvolgere i cittadini, le associazioni di tutela e le reti di cittadinanza, favorendone un ruolo di sponsor e attori di un sistema sanitario pubblico regionale capace di risposte efficaci ed appropriate e distribuite in modo equo.

Se la partecipazione costituisce uno degli elementi della **governance del SSR** e della rete integrata dei servizi sociali e sociosanitari pubblici, sarà la capacità di coinvolgimento, la responsabilità e il senso di appartenenza dei cittadini stessi, insieme agli operatori, che favoriranno la sostenibilità del sistema.

La Regione Toscana sosterrà la partecipazione dei cittadini, sviluppando la consapevolezza sia a livello individuale sia delle loro comunità e favorendo il ruolo, già oggi consistente, dell'associazionismo. L'obiettivo è avere “**cittadini competenti**”, cioè in grado di partecipare in modo preparato e collaborativo alle scelte nelle politiche sociali e sanitarie.

I prossimi impegni a livello regionale saranno:

- la piena realizzazione del **modello di partecipazione** introdotto con la LR n.75/2017;
- una **formazione diffusa** rivolta ai cittadini ed alle associazioni per creare le competenze necessarie;
- l'adozione di un 'approccio sistemico ed ecologico per la gestione dei servizi sociali, utilizzando il metodo della **co-progettazione territoriale** per innovare generando coesione sociale;
- l'**ascolto attivo** dei pazienti e dei loro familiari, per renderli sempre più parte attiva nel processo di cura e così instaurare una **relazione terapeutica** che valorizza l'**autodeterminazione** migliorando anche l'aderenza alla cura.

La comunicazione e l'informazione come strumento per la partecipazione e l'empowerment

La possibilità degli individui di avere accesso alle informazioni sanitarie, la capacità di comprenderle ed usarle è fondamentale per il servizio sanitario pubblico che si deve dotare di tecniche e pratiche adeguate allo scopo. Tra esse, quelle per fornire ai cittadini evidenze solide e sufficientemente chiare per permettere loro di comprendere e valutare correttamente e quindi partecipare alle scelte del sistema.

Giovani e servizio civile. Un'opportunità per agevolare la circolazione delle esperienze tra cittadini e strutture sanitarie

Dal 2006, con la LR n. 35, la Regione Toscana ha istituito il Servizio Civile Regionale. Da allora, migliaia di giovani hanno avuto la possibilità di svolgere un periodo di attività in uno degli Enti accreditati e di essere utili agli altri e a se stessi. Gran parte dei progetti di servizio civile hanno riguardato l'ambito dell'assistenza: negli enti di volontariato o nelle associazioni, nei comuni o nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, molti giovani hanno avuto l'opportunità di impiegare parte delle loro energie nel sistema allargato dell'assistenza.

Il Servizio Civile, insieme alle altre misure definite nelle Politiche Giovanili della Regione, è stato fino ad oggi uno strumento importante per permettere ai giovani di sviluppare competenze ed esperienze da mettere in gioco nel loro futuro professionale e, nel contempo, dare un concreto contributo sul piano dell'azione civica e della solidarietà.

Il richiamo a tale tematica all'interno del PSSIR è dovuto al ruolo ancor più strategico che il Servizio civile viene ad assumere in ambito sociosanitario, ove l'esperienza del giovane impegnato a stretto contatto con i bisogni assistenziali rappresenta un importante momento di contatto e confronto tra le nostre strutture ed un mondo che,

per un certo periodo della sua esistenza, si trova ad essere parte del sistema sanitario prima di entrare nella vita professionale e tornare ad essere potenziale utenza. Infatti, la possibilità di coinvolgere centinaia di giovani in questa dinamica circolare è di grande aiuto nell'impegno a sensibilizzare gli utenti e con loro riuscire a condividere le problematiche dei nostri sistemi sanitari così come lo spirito di servizio dei nostri operatori e le potenzialità dei nostri servizi.

Sarà importante curare le strategie comunicative più efficaci per rafforzare la capacità dei cittadini di fare scelte di salute sagge, orientarli verso stili di vita sani e informarli sulle diverse modalità di cura.

La prevenzione e la promozione della salute e del benessere sociale in tutte le azioni pubbliche

La salute ed il benessere dei singoli e della comunità sono influenzati dai fattori politici, economici, sociali, culturali ed ambientali. Le attività di prevenzione e quelle per la promozione della salute in grado di modificare positivamente queste influenze sono da considerare uno strumento fondamentale, anche da parte di altri settori di intervento, da utilizzare con il coinvolgimento dei cittadini per definire le priorità, abbattendo le barriere che, ancora, separano le politiche per la salute da quelle che riguardano i luoghi di vita e lavoro, i mondi dell'istruzione e dello sport, le politiche ambientali.

Gli obiettivi di salute e benessere, nella prospettiva di un'inclusione sociale attiva, richiedono di focalizzarsi sulla crescita delle persone e delle comunità che si manifesterà come aumento della stima di se stessi, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione, come nella logica dell'empowerment e del partenariato.

Disuguaglianze e politiche per l'equità

Nessuna politica per la salute e per il benessere sociale può dimenticare né le differenze che caratterizzano ogni singolo individuo, né di valorizzare tali diversità ma rimuovendo, al tempo stesso, le eventuali disuguaglianze nella risposta ai bisogni per garantire le stesse opportunità di massimo benessere possibile.

Il servizio pubblico può essere più vicino, di quanto oggi avviene, a chi maggiormente soffre il disagio, soprattutto quando è causato o aggravato da condizioni di disabilità, di malattia mentale o altre condizioni di fragilità. Vanno incentivate soluzioni integrate per riuscire ad ottenere la massima autonomia possibile e va evitato un approccio esclusivamente sanitario, così come, nel caso dei servizi sociali, uno fondato esclusivamente sulla logica riparativo-assistenzialista.

Grande attenzione deve essere rivolta a bambini e famiglie in condizioni di fragilità o vulnerabilità sociale. Il coinvolgimento e l'attivazione sociale, della partecipazione e della cittadinanza si misurano con la capacità del sistema territoriale di ridurre tutte le difficoltà di accesso e fruizione ai diversi servizi e di esprimere una funzione di regia sulla tempestività, coerenza e continuità degli interventi, siano essi a valenza tutelare o preventiva.

Anche in relazione ai flussi migratori, il modello di presa in carico è finalizzato a favorire l'integrazione dei migranti all'interno delle comunità ospitanti, nella convinzione che "accoglienza diffusa" significa prima di tutto capacità di includere le persone nel contesto locale, riconoscendole come parte di una comunità più ampia.

Se il territorio saprà essere il cardine di un sistema di governance improntato dalla solidarietà e dalla coesione sociale, riusciremo a sostenere e incoraggiare progetti collaborativi tra gli attori che storicamente rappresentano il tessuto sociale: gli enti di governo locale, le imprese sociali e quelle private, le associazioni di categoria, l'università e gli istituti scolastici.

Prendersi cura della comunità

I bisogni di salute nascono e si manifestano in contesti concreti, spesso in condizioni sociali complesse. Le risposte più adeguate devono essere identificate e rese disponibili a partire dall'ascolto sistematico dei cittadini e dalle risorse esistenti nei loro contesti quotidiani di vita. I servizi devono essere nei luoghi di vita. L'obiettivo di un welfare relazionale con la comunità è operare nel contesto nel quale il cittadino vive e si relaziona. La comunità diviene protagonista dei percorsi di cura, costruisce, insieme alle istituzioni, le risposte più adeguate ai bisogni assistenziali. Costituisce la rete di protezione sanitaria e sociale per la singola persona e la sua famiglia. Nella rete, cui devono partecipare i cittadini e una molteplicità di soggetti in grado di sviluppare collaborazione fattiva per conseguire obiettivi comuni, sono coinvolti:

- le Case della Salute
- la Medicina generale e distrettuale
- la Medicina specialistica
- i servizi sociali
- la scuola
- l'associazionismo locale
- gli Enti locali
- i caregiver familiari e/o assistenti privati
- le risorse individuali
- i percorsi di medicina integrata.

I team delle cure primarie devono poter contare, nella gestione della salute dei propri assistiti, su opportunità e servizi, sinergici con quelli più strettamente clinici, presenti nella comunità e organizzati dall'associazionismo o dal privato sociale. Occorre introdurre per questo la prassi della "social prescription", con la quale si risponde ai bisogni delle persone in modo olistico, all'interno della comunità di vita, a sostegno della loro capacità di assumere un maggior controllo della propria salute.

I programmi di prescrizione sociale possono comprendere una varietà di attività che sono tipicamente fornite da organizzazioni del volontariato e del settore comunitario. Gli esempi includono il volontariato, le attività artistiche, l'apprendimento di gruppo, il giardinaggio, l'amicizia, la cucina, la sana alimentazione e una vasta gamma di attività sportive.

Valori individuali e salute

Se l'obiettivo da raggiungere è quello di rendere possibile a tutti sviluppare ogni capacità (fisica, cognitiva, emotiva, sociale)", non è possibile però farlo senza il rispetto dell'integrità di ciascuno e cioè l'opportunità a chiunque di dare sempre un senso autonomo e morale ai propri vissuti di malattia e in particolare nelle fasi finali della vita. Affinché il cittadino possa essere sempre più soggetto partecipante e non oggetto di prestazioni, è essenziale l'impegno istituzionale per la tutela del diritto alle scelte per la propria salute. L'integrità biografica di ciascun cittadino deve poter essere accudita nei percorsi di prevenzione e cura. Ciascun attore del sistema sanitario, a partire dal cittadino, deve essere aiutato a divenire consapevole e operare in modo responsabile le proprie scelte. Tale impegno deve valere anche per la partecipazione dei cittadini alla ricerca clinica, quando coinvolti in sperimentazioni cliniche.

La Commissione Regionale di Bioetica, che ha la responsabilità di fornire strumenti d'indirizzo ed operare funzioni di controllo sulla corretta gestione delle sperimentazioni cliniche, assicura che vengano sempre creati contesti di responsabilità per la ricerca sperimentale ed operativa quando preveda azioni di prevenzione che devono essere basate sul rispetto delle identità individuali, cioè da quei valori e preferenze che sostengono la crescita civile di una società multiculturale, multi-etnica e multi-confessionale.

Un sistema sanitario sostenibile è un sistema che rimane capace di progredire nel tempo trovando l'equilibrio tra spesa e benefici di salute, così come tra valori/preferenze individuali e interessi della collettività.



Driver ⑥

RIDISEGNARE LE COMPETENZE E SOSTENERE LE “AVANGUARDIE” PER SVILUPPARE UNA FORZA LAVORO MODERNA E FLESSIBILE

“ La medicina moderna è diventata un’impresa complessa e costosa che esige un cambiamento radicale nella sua organizzazione. Il personale sanitario rivendica autonomia nell’interesse del paziente, ma non può evitare di partecipare e rispettare le regole aziendali, il che comporta la ricerca dell’equilibrio decisionale (la governance) tra tutti gli attori del sistema

Chi decide a letto del malato ciò di cui ha bisogno e chi decide, in una visione di collettività, ciò che invece può essergli offerto? Da un lato la complessità della medicina tecnologica, dall’altro l’incremento progressivo e inarrestabile dei costi, infine l’applicazione alla tutela della salute delle regole del mercato finanziario, costringono a continui aggiustamenti organizzativi mentre occorre trovare un sistema di formazione delle decisioni equilibrato e efficace.

Inoltre le scoperte della scienza e l’innovazione tecnologica fanno sì che qualsivoglia domanda di salute implichi la messa in atto di complessi percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali (e sociali) che richiedono l’intervento di molteplici discipline e professioni. Infine è difficile prevedere l’impatto della tecnologia informatica, cioè dell’intelligenza artificiale della macchina cui deve far fronte l’intelligenza naturale dell’uomo.

Riguardo alle professioni sanitarie il PSR si pone alcune priorità:

- la necessità di lavorare in **team multidisciplinari e poliprofessionali** e di orientare in tal senso la formazione che deve costantemente prevedere strumenti per la sicurezza del paziente;
- i nuovi scenari richiedono l’acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell’equipe e competenze agite in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra professionisti e non solo dell’area sanitaria. La ridefinizione degli

ambiti di attività con modalità multiprofessionali, e il conseguente ampliamento delle competenze/responsabilità acquisite nel percorso formativo accademico, oltre a percorsi formativi modulari strutturati dalle Regioni in base a specifiche esigenze, costituiscono l'ambito di azione e lo spazio istituzionale in cui proporre le necessarie modifiche. Attraverso specifici protocolli con l'Università il **riorientamento della formazione** deve essere centrato sullo sviluppo di piani di studio, programmi di formazione, basati sulle competenze, orientati alla comunità, rivolti allo studente e alla soluzione dei problemi di salute e dei servizi. I livelli di formazione curriculare non devono basarsi su modelli di apprendimento per competenze e tendere a certificare le conoscenze, le abilità e i comportamenti del professionista. Un esercizio professionale flessibile, dinamico ed integrato rende necessaria l'innovazione dei rapporti fra le diverse professionalità sanitarie e sociosanitarie e la riorganizzazione dei processi produttivi. Parimenti è necessario informare l'organizzazione aziendale, complessa e complicata oltre qualsivoglia impresa manifatturiera, ad una gestione rispettosa delle competenze ma gerarchicamente adeguata;

- **valorizzare la responsabilità** e quindi la corretta valutazione dei costi e dei risultati, dal momento che i servizi medici incidono per circa il 10% sul PIL;
- operare al fine di trovare sintesi tra appropriatezza clinica, organizzativa, sociale e personale (del paziente). Impegno del SSR è di perseguire l'**appropriatezza**, cioè la prestazione più adatta per il singolo in quel contesto personale, sociale e culturale.

Il PSR vuol enfatizzare entrambi i ruoli – professionale e gestionale – cui è chiamato il personale sanitario, in particolare medico, valorizzando la competenza decisionale dei professionisti che si trasfonde nella governance. L'approccio integrato della governance valorizza il ruolo di tutti i professionisti della sanità, assicura qualità, sicurezza, risultati valutabili in termini di salute, uso efficiente delle risorse. In tal senso, la Regione è impegnata a promuovere e coordinare l'adozione da parte di tutti gli enti del SSR di strumenti organizzativi e gestionali che, utilizzando tutti gli istituti previsti dai contratti collettivi di lavoro, possano adeguatamente riconoscere e valorizzare i percorsi di sviluppo di carriera sia sul versante professionale, sia su quello gestionale, individuando altresì formule innovative in grado di abbracciare entrambi i profili. Il nuovo inquadramento del sistema degli incarichi disegnato dal CCNL per il personale del comparto firmato il 21 maggio 2018 agevola la progettazione di un nuovo quadro organizzativo idoneo ad assicurare la declinazione di un'ampia gamma crescente di livelli sia sulla linea delle responsabilità gestionali, sia su quella della complessità delle competenze professionali e ben si presta anche alla definizione di ruoli modulabili in maniera flessibile rispetto ad entrambe le componenti.

Nei **team interprofessionali** non ci si limita alla collaborazione tra professionisti di discipline diverse ma, all'interno di questo processo di collaborazione, viene inserito anche il paziente. Il ruolo attivo del paziente permette ai professionisti di definire obiettivi

comuni, di condividerli con lui e di chiedere anche il suo impegno per raggiungerli. La mancanza di collaborazione e comunicazione determina stress e frustrazione nei professionisti e, a seguire, i risultati che ne derivano possono trasformarsi in errori e fallimento di interventi. Al contrario, la presa di decisioni condivisa da parte di tutto il team assistenziale determina una migliore qualità delle cure, una maggiore soddisfazione del paziente, una migliore performance del sistema di cure.

La discussione tra “pari”, la partecipazione a programmi di formazione pensati e creati per i team interprofessionali rappresentano un insieme di fattori che determinano la **fidelizzazione al team**, diminuiscono il turnover delle risorse, contribuendo di conseguenza ad una migliore gestione della risorsa professionale.

In materia sociale, il PISSR intende in particolare valorizzare il consolidamento della equipe multi-professionali, previste dalle linee guide connesse al REI (composte da personale del settore sanitario, sociale, del lavoro, della formazione, delle politiche abitative, educative e scolastiche a seconda dell'appropriatezza delle risposte sulla base dei bisogni rilevati) chiamate a lavorare insieme, a prendere in carico e a rispondere con servizi integrati e progetti condivisi. Mettendo a frutto le sperimentazioni avviate all'interno dell'Asse B Inclusione Sociale del POR FSE 2014/2020, gli operatori, delle Ausl, dei Servizi dei Comuni e delle SdS (e in particolare dei servizi sociali) e dei Centri per l'impiego dovranno essere in grado di farsi carico delle domande di servizio e, ancora più importante, di costruire percorsi di reinserimento sociale o lavorativo a misura del cittadino-beneficiario, tenendo conto della centralità dell'attivazione di programmi rivolti ai minori coinvolti, rispetto ai quali è cruciale un precoce intervento per l'interruzione di dinamiche di esclusione sociale.

Analogamente, la Regione è impegnata a promuovere iniziative volte ad adeguare il sistema degli incarichi dirigenziali agli assetti organizzativi derivanti dall'attuazione della riforma del SSR, con particolare riferimento all'individuazione di ruoli in grado di ricomprendere ed esprimere sia competenze gestionali, sia competenze professionali nelle linee di produzione che hanno interessato più strutture precedentemente riconducibili a diverse ex Aziende.

In questo senso Regione Toscana si impegna a orientare la **programmazione della formazione nelle Aziende Sanitarie toscane** in modo che risulti coerente con il piano delle tecnologie, con le innovazioni organizzative e le politiche aziendali per lo sviluppo delle risorse umane. Particolare attenzione sarà posta all'innovazione intesa sia come sviluppo di eventi formativi coerenti con il piano delle tecnologie, sia come come utilizzo di metodologie formative innovative quali la FSC, la FAD, la Blended e la ricerca, sia come sviluppo della medicina di precisione con particolare riguardo al campo oncologico.

Uno strumento di supporto alla programmazione e di governo della formazione è il dossier formativo che dovrà essere implementato a partire dal 2018.

I rapporti di lavoro debbono essere orientati verso **tre linee di indirizzo: tempo per la relazione col paziente, valutazione delle performance, lavoro in gruppo**. Tutto ciò si fonda sulla precisa definizione di ruolo delle molteplici professionalità impegnate

nel SSR. I *curricula* formativi e la prassi assistenziale delimitano competenze e *skills* di ciascun professionista. La finalità del servizio è di elevare il livello professionale di tutto il personale. Al di là delle inevitabili embricazioni della prassi quotidiana, il riconoscimento dei livelli di competenza deve avvenire per successivi maggiori impegni.

In collaborazione con le associazioni professionali e i sindacati, il PSR mira a creare le condizioni perché il comportamento dei professionisti sia conforme alla deontologia, in particolare verso la trasparenza delle scelte, la partecipazione alla gestione degli interventi individuali e comunitari, la responsabilità e l'efficienza, l'efficacia clinica.

Le aziende favoriscono quindi soluzioni di avanguardia dal punto di vista professionale e gestionale. Le linee guida professionali debbono essere trasformate in percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e sociali (PDTAS), non essendo più sostenibile la divaricazione degli interventi sanitari da quelli sociali. L'integrazione avviene a tutti i livelli del percorso ma è massima nel territorio.

Alla luce del presente PSSIR la Regione intende dotare le Aziende di strumenti per affrontare:

- il tempo disponibile per la professione rispetto a quello per le esigenze amministrative;
- la relazione col paziente, come rivendicazione di ruolo sociale, " la comunicazione è tempo di cura";
- l'informatizzazione strutturale al servizio;
- la femminilizzazione della professione;
- la carriera professionale e gestionale;
- la questione delle linee guida;
- la formazione pre-laurea, post laurea e durante la professione (*lifelong learning*).

Il cambiamento più profondo e ineludibile per l'organizzazione dei servizi e per i professionisti consiste nell'approccio metodologico con cui costruire intorno alle esigenze del cittadino, dalla medicina delle persone sane, alla cronicità, alla terminalità, un continuum tra il territorio e l'ospedale che rappresentano differenti momenti e luoghi di un percorso univocamente gestito.

Viviamo un'epoca di cambiamenti tumultuosi. I professionisti debbono partecipare al governo del cambiamento con il fine della salvaguardia dei valori fondanti del servizio sanitario: l'universalità del diritto alla tutela della salute e l'uguaglianza nell'accesso alle prestazioni. La sanità non è pensabile senza l'apporto dei professionisti, è un'impresa in cui il prodotto, la salute della gente, si ottiene grazie al lavoro di ciascun operatore su ciascun cittadino. Questa consapevolezza di fondo deve improntare di sé il cambiamento.

Analoghe prospettive si pongono nel campo del sociale, ove si pone l'esigenza di sviluppare la qualificazione delle professionalità (assistenti sociali, educatori professionali, tutor, mediatori linguistico-culturali) coinvolte nel lavoro di rete sociale e

Ridisegnare le competenze e sostenere le “avanguardie”

sociosanitario. Così come nell'ambito prettamente sanitario, anche nel campo del sociale è necessario sviluppare lo strumento del team multidisciplinare e poliprofessionale come contesto più adeguato per la presa in carico e la gestione integrata dei casi (minori, materno-infantile, violenza, povertà).

Formazione mediante simulazione per migliorare le
competenze e il lavoro di team



Driver ⑦

CREARE UNA NUOVA ALLEANZA CON I CITTADINI PER PRESERVARE IL NOSTRO SISTEMA SOCIOSANITARIO

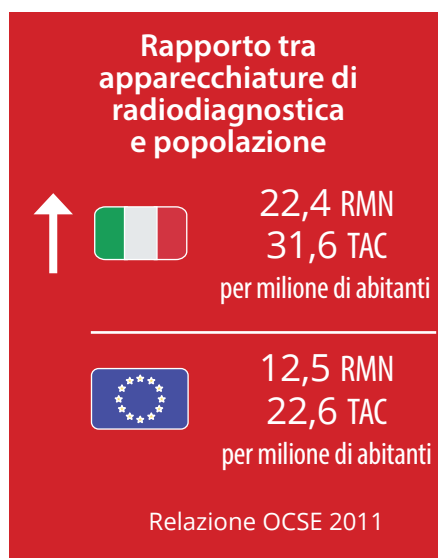
“ Il sistema sociosanitario appartiene a tutti e ognuno di noi deve fare la propria parte per preservarlo

La sostenibilità del sistema sanitario e sociale dipende da scelte appropriate, cioè in grado di generare valore per i cittadini di oggi e le generazioni future. E' un aspetto chiave su cui porre la massima attenzione e dove ognuno deve fare la sua parte: i decisori politici, i manager, i professionisti ed i cittadini. Il sistema sanitario appartiene ai cittadini che lo finanziano e ne dipendono per la loro salute. Mantenere un sistema di buona qualità e sostenibile significa controllare i costi ed investire sulla prevenzione delle malattie e sul miglioramento dei determinanti di salute.

Per riuscirci occorre rendere il sistema sempre più trasparente, realizzando un cambiamento dei comportamenti. La **responsabilità da parte dei professionisti nelle scelte di cura e la partecipazione dei pazienti e dei cittadini** richiedono un costante impegno per aiutarli a comprendere meglio come funziona il sistema, in modo che possano vedere con chiarezza le opportunità che esso offre e il modo migliore per usufruirne.

Da tempo è noto che esami, procedure e trattamenti farmacologici largamente diffusi non sempre apportano benefici e anzi rischiano di essere dannosi. Lo spreco causato da un utilizzo inefficiente delle risorse è considerato da OMS ovunque pari al 20 - 40% della spesa sanitaria. In molti settori è evidente il sovra utilizzo sia di esami diagnostici sia di trattamenti medici.

Nel confronto tra Italia e gli altri paesi OCSE, il numero di apparecchiature di RMN e TAC nel nostro paese è molto alto e vengono eseguiti 22,4 RMN e 31,6 TAC per milione di abitanti. Un numero d'esami molto al di sopra della media OCSE (rispettivamente 12,5 e 22,6).



La letteratura di settore ha messo in evidenza recentemente che il 56% delle prestazioni radiologiche ambulatoriali eseguite nel nostro paese è inappropriato, e non solo potevano essere evitate senza alcuna conseguenza per i pazienti, ma anzi hanno costituito un inutile radio esposizione.

Analogamente è molto più alto, rispetto agli altri paesi, l'utilizzo di tecnologie complesse in cardiologia.

Riguardo ai farmaci il consumo pro capite di antibiotici in Italia è uno dei più alti tra i paesi OCSE, con un serio rischio per la salute della popolazione, considerando che causa l'incremento delle resistenze, è una vera e propria priorità di sanità pubblica.

Questo nefasto fenomeno, oltre alle implicazioni cliniche (aumento della morbilità, letalità, durata della malattia, possibilità di sviluppo di complicanze, possibilità di epidemie), ha anche conseguenze economicamente sfavorevoli: costo aggiuntivo per l'impiego di farmaci e di procedure più costose, per l'allungamento dei tempi di degenza in ospedale e per eventuali invalidità.

La prescrizione di esami e trattamenti inappropriati è riconducibile a molteplici ragioni: per abitudine, per soddisfare pressanti richieste dei pazienti, per timore di sequele medico legali, perché spiegare al paziente che non sono necessari richiede più tempo o perché si applica in modo acritico il concetto che "fare tutto il possibile è meglio".

La riduzione di prestazioni che non offrono benefici tangibili ai pazienti ma piuttosto li espongono a maggiori rischi, costituisce un preciso imperativo etico, tanto più pressante in questo momento perché mette anche a rischio, senza generare alcun beneficio, la sostenibilità del servizio sanitario pubblico. Tutto questo mentre, paradossalmente, molti interventi di prevenzione primaria e secondaria rimangono fortemente sottoutilizzati, sia per la debole integrazione della prevenzione nei percorsi assistenziali sia per scarsa convergenza sugli obiettivi di salute delle politiche incidenti sui suoi determinanti.

È quindi necessario promuovere una crescita culturale collettiva, agendo in più direzioni e coinvolgendo i professionisti, i cittadini e le associazioni.

L'impegno per un corretto ed equo utilizzo delle risorse richiede innanzi tutto che i medici facciano scelte responsabili, dato che "fornire servizi non necessari non solo espone i pazienti a rischi e costi evitabili ma anche riduce le risorse disponibili per gli altri". Dagli studi presenti in letteratura si stima che dalle loro decisioni dipenda circa l'80% della spesa sanitaria. Occorre promuovere una nuova consapevolezza medica, liberata dalle pressioni da parte delle aziende produttrici, da un'informazione talvolta distorta e non sufficientemente libera dai conflitti di interesse, dai possibili condizionamenti della potenziale concorrenza di colleghi meno attenti.

Occorre che la **relazione fra professionista sanitario e paziente** sia finalmente al centro dell'intervento di cura ed entrambi siano **soggetti attivi e cooperativi** per scegliere sempre gli esami diagnostici, i trattamenti e le procedure che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, sono raccomandati in quanto apportano benefici significativi.

Vanno potenziati gli interventi di prevenzione e di promozione della salute, trovando modi che li rendano maggiormente efficaci nel diffondere i concetti di cura efficace, riabilitazione possibile e valorizzazione delle capacità residue, in contrapposizione all'eccesso di cure e alla ricerca della guarigione ad ogni costo.

Gli ambiti che rappresentano i prossimi impegni a livello regionale sono:

- lo sviluppo di piani di implementazione delle raccomandazioni sull'utilizzo appropriato di esami e trattamenti che comprendano l'identificazione di indicatori da utilizzare per valutarne l'effettiva applicazione;
- la realizzazione di iniziative per migliorare il rapporto medico-paziente aumentando e migliorando la comunicazione tra loro, "la comunicazione è tempo di cura";
- la ricerca di una maggiore responsabilizzazione dei professionisti attraverso l'impegno delle società scientifiche, degli ordini e dell'università;
- la riprogettazione degli interventi di prevenzione e di educazione alla salute;
- la promozione dell'informazione indipendente dei medici e degli altri professionisti sanitari;
- la diffusione dei concetti di cura efficace e appropriata tra i cittadini, i pazienti e le loro rappresentanze rendendo disponibili maggiori informazioni;
- l'allineamento della formazione continua con la ricerca di appropriatezza e sostenibilità.

Nuove politiche del farmaco: appropriatezza e sostenibilità

Due gli strumenti per garantire la salute dei cittadini e la sostenibilità del sistema: la riconciliazione della terapia e la lotta agli sprechi dei farmaci grazie al loro riutilizzo. Per fare ciò è determinante il ruolo svolto dai MMG, dagli infermieri "di famiglia", dai farmacisti ospedalieri e dalle farmacie dei servizi.

Il pericolo di effetti collaterali da farmaci triplica dopo i 65 anni e quadruplica dopo i 75 (dato AIFA), soprattutto per la frequente mancanza di una regia terapeutica che indichi priorità di trattamento e riconsideri periodicamente gli schemi farmacologici. Applicando una saggia de-prescrizione almeno tre milioni di ricoveri di anziani sarebbero evitabili in Italia.

I farmaci sono beni preziosi e vanno usati attentamente perché producano i loro migliori effetti terapeutici, quindi vanno gestiti attraverso processi continui di revisione e riconciliazione.

Pericolo da effetti collaterali da farmaci

3 volte maggiore
dopo i 65 anni

4 volte maggiore
dopo i 75 anni

dato AIFA

Gran parte dei ricoveri e degli accessi al Pronto soccorso vedono come causa terapie non monitorate e quindi la mancanza di una verifica che individui le priorità di trattamento e riconsideri periodicamente gli schemi terapeutici. È necessario che i farmacisti con le farmacie dei servizi, gli infermieri di famiglia e i medici di medicina generale siano gestori responsabili della presa in carico della cronicità, migliorando l'aderenza alla terapia, e conseguentemente generando la riduzione degli accessi al pronto soccorso e i ricoveri in ospedale. La via per la sostenibilità può essere cambiare il modello organizzativo che affronta la cronicità. Il lavoro integrato di farmacista, medico ed infermiere, grazie alla riconciliazione della terapia può portare l'aderenza al massimo livello. E, proprio sulla base del dato relativo al numero dei "ricoveri evitabili", possiamo stimare l'impatto di questo modello organizzativo in circa tre miliardi di euro di risparmi, pari al 45% della spesa farmaceutica convenzionata 2017. Generalmente sono i momenti di transizione di cura (cioè il passaggio dal ricovero in ospedale alla dimissione oppure i trasferimenti tra reparti della stessa struttura o ad altra struttura sanitaria) quelli in cui si generano gli errori in terapia (politerapia, interazioni tra farmaci, *overuse/underuse* dei farmaci stessi).

Un altro argomento di appropriatezza e sostenibilità, ma anche un valore etico e sociale è il recupero e reimpiego o la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità. Il "Rapporto Rifiuti Urbani 2015 di ISPRA" (Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale) evidenzia che in un campione di 1.980 Comuni italiani sono state riscontrate 1.546 tonnellate di farmaci in raccolta differenziata.

Lo smaltimento di questi farmaci rappresenta un costo sociale aggiunto al costo economico, se si considera che buona parte dei farmaci conferiti sono farmaci mai aperti, oppure utilizzati solo parzialmente per cambio di terapia e comunque erogati a carico del SSN. La soluzione ci viene dalla Legge Finanziaria 2008 (Legge 24 dicembre 2007, n. 244). Tale Legge dispone che le confezioni di medicinali in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate, in possesso di ospiti delle RSA o in possesso di famiglie che hanno ricevuto assistenza domiciliare, potessero essere riutilizzate nell'ambito della stessa RSA o della stessa ASL. La finalità della norma è quella di garantire ai cittadini la possibilità di recuperare, restituire, o donare i medicinali rimasti inutilizzati nei casi in cui si fosse reso necessario per il medico modificare una terapia già in atto a causa, ad esempio, della sua inefficacia, oppure per sopravvenuti effetti collaterali al farmaco, per variazioni della terapia fino al caso in cui il paziente fosse deceduto.

Farmaci in raccolta differenziata

1.980 comuni italiani

1.546 tonnellate
di farmaci



rapporto ISPRA 2015

Il contributo alla riduzione dello spreco di medicinali non più utilizzati può venire da una maggiore consapevolezza da parte dei cittadini del valore non solo individuale ma anche sociale del bene “farmaco” e dalla messa in atto di progetti con le farmacie dei servizi, con i distretti, gli infermieri di famiglia e i medici di medicina generale per garantire la salvaguardia dagli sprechi.

Prevenire gli errori di terapia del 50% nei prossimi 5 anni
secondo le indicazioni dell’OMS



Driver ⑧

PIANIFICARE IN MANIERA CONDIVISA LE CURE NELL'ULTIMA FASE DELLA VITA

🗨️ Rispettare la dignità della persona e la qualità degli ultimi giorni della sua vita

La conoscenza dei sintomi del paziente con patologia in fase avanzata, della progressione della malattia e la valutazione della sua aspettativa di vita permettono di iniziare precocemente il programma di cure palliative che risponde ai suoi bisogni, fornendo al momento giusto la giusta cura, in linea con i suoi desideri e le sue preferenze.

Una corretta **relazione con il paziente** deve essere ricca d'informazioni e trovare il tempo dedicato a comunicarle. Solo così si può favorire l'autodeterminazione e raggiungere la condivisione del percorso con lui e con le persone che gli sono vicine, Stabilito che questi sono gli elementi base di una **pianificazione condivisa delle cure**, da qui può partire con un **piano di assistenza individuale (PAI)** efficace perché realizzato attraverso il coinvolgimento attivo di paziente e caregiver nelle fasi cruciali della cura.

La pianificazione condivisa delle cure è un percorso progressivo di comunicazione, ma soprattutto di ascolto attivo, da documentare in cartella clinica. Il piano di cura, il consenso e la comunicazione effettuata, nonché il grado di comprensione e di consapevolezza dovranno essere aggiornati in base alle variazioni dello stato clinico per avere la certezza che la pianificazione condivisa delle cure rispetterà in ogni momento della malattia la volontà del paziente e le sue scelte.

Per perseguire questo scopo è fondamentale la **cooperazione dei medici di medicina generale**, e dei **team delle cure primarie** nel riuscire a coniugare la necessità di una cura migliore con quella di un'assistenza personalizzata. Un approccio indispensabile, soprattutto nei pazienti "complessi", cioè di coloro cui vanno considerate, non solo la molteplicità di patologie e di trattamenti, ma anche la presenza di fattori psicologici e sociali mutevoli ed influenti.

E' fondamentale introdurre e perseguire i seguenti elementi di cambiamento:

- **l'integrazione dei percorsi** indicati dagli specialisti, che, sempre più numerosi, seguono il paziente nelle sue patologie e nei suoi ricoveri ospedalieri;

- la concreta possibilità di esercitare l'**esecuzione delle disposizioni** relative ad un consenso realmente informato e tutto quanto è previsto dalla Legge 219/2017;
- la realizzazione di **percorsi di diagnosi e cura appropriati e personalizzati**, cioè che tengano conto e rispettino lo stato e le volontà del paziente, che prevedano esami diagnostici solo quando giudicati fondamentali per cambiare il percorso della malattia e prescrizioni basate sulla ragionevole certezza che ci sarà aderenza al trattamento e che il beneficio di ciò sarà superiore al rischio degli effetti negativi delle interazioni fra i farmaci assunti.

La realtà dell'assistenza nel fine vita in Toscana vede ancora un ricorso eccessivo a cure con un alto livello d'intensività ed invasività protratte futilmente fino alle ultime ore di vita. Troppo spesso il servizio specialistico di cure palliative è attivato soltanto nelle ultime settimane di vita per prendersi cura dei malati oncologici e in quelli cronici e per di più in quest'ultimi in un numero di casi del tutto irrilevante. Ancora oggi troppi pazienti oncologici muoiono mentre sono ancora in trattamento con chemioterapie o radioterapie e troppi pazienti con scompenso cardiaco o insufficienza respiratoria cronica muoiono ricoverati nelle terapie intensive. Ciò è lesivo della dignità e della qualità della vita della persona e costituisce un insopportabile spreco di risorse. Per valorizzare i benefici che la messa a disposizione da parte del SSR di farmaci innovativi può generare è opportuno che il loro impiego risponda a criteri puntuali di uso appropriato ed etico, ben più stringenti e di schemi e protocolli definiti nei processi di autorizzazione e immissione in commercio del farmaco.

La cultura delle cure palliative, con la sua visione della persona e della sua autodeterminazione che non ha pari in altri settori della medicina, è quella giusta per fare sagge scelte di terapia per i pazienti complessi nella fase avanzata di malattia. E' un obiettivo strategico della programmazione socio sanitaria sostenere un cambiamento che, a partire dalla medicina di iniziativa e dall'implementazione della cosiddetta palliazione precoce, veda il cittadino protagonista delle sue cure, come della sua sorte, attraverso un suo concreto coinvolgimento nel processo decisionale.

Descrizione

Il percorso clinico-assistenziale dei pazienti con patologie croniche deve prevedere al momento appropriato l'inserimento delle cure palliative precoci in simultanea con quelle già in corso, così come l'eventuale passaggio alle cure palliative specialistiche quando arriverà il tempo giusto.

Il medico di medicina generale, e tutti i professionisti coinvolti nelle cure primarie, devono essere capaci di riconoscere quando i malati cronici si avvicinano alla fase *end stage*, prima che si debba intervenire in condizioni d'urgenza. E' loro compito rendere consapevoli il malato e la sua famiglia della situazione reale per poter realizzare un percorso condiviso e pianificato di assistenza.

Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita

Le finalità delle Cure Palliative Precoci e Simultanee sono:

1. la presa in carico globale del malato e della famiglia;
2. il trattamento di tutti i sintomi fisici correlati alla malattia;
3. la valutazione dei bisogni psicologico-relazionali e del livello di consapevolezza della prognosi da parte del paziente e dei familiari;
4. la valutazione se rendere il paziente più consapevole della prognosi sia opportuna;
5. la coniugazione dell'approccio terapeutico classico con quello palliativo nel continuum della cura del malato, evitando il rischio che possa provare un senso di abbandono nella fase avanzata e terminale.

Organizzare condizioni che consentano cure palliative precoci e simultanee significa che i medici palliativisti operino in modo coordinato con i MMG, gli oncologi e gli altri specialisti impegnati nella cura delle malattie croniche per garantire una continuità di cura adeguata al variare delle condizioni dei pazienti.

La collaborazione con gli specialisti può evitare cure inappropriate e approcci di ostinazione diagnostica e terapeutica, e facendo sì che ricevano aiuto nel partecipare alle scelte terapeutiche e nella condivisione del percorso di cura e accompagnando il paziente e la famiglia nell'accettazione della fase avanzata di malattia e nello spostare l'obiettivo da un impossibile guarigione alla migliore qualità di vita possibile.

In questo percorso assistenziale continuo e coerente le condizioni cliniche, psicologiche, sociali e spirituali del paziente, l'efficacia del trattamento, palliativo e non, le ulteriori opzioni, la volontà e le scelte individuali devono essere valutate ad ogni snodo decisionale. Questa modalità presa in carico ha come obiettivo la condivisione delle scelte terapeutiche ed assistenziali in ogni fase del percorso di cura, soprattutto nelle fasi più avanzate, e sarà rilevante la sua capacità d'influenzare la decisione di accettare cure palliative esclusive e dove riceverle (domicilio o Hospice) al momento della progressione della malattia.

È necessario che le informazioni date al paziente e alla sua famiglia non appartengano soltanto al sanitario che ha effettuato il colloquio, ma che siano condivise, prima e dopo, con l'equipe, per garantire la continuità e la coerenza di una cura condivisa fra i curanti, con il malato e la sua famiglia.

In previsione della gestione di questa fase, attraverso la pianificazione condivisa delle cure dovrebbe essere affrontato il tema della possibilità del controllo di eventuali sintomi refrattari attraverso la riduzione più o meno profonda dello stato di coscienza, fino alla sedazione proporzionale/palliativa (Art. 2 Comma 2 L. 219/2017).

È fondamentale che tali decisioni non siano prese dai curanti nel momento della necessità ma valutate e condivise per tempo con il paziente e con la famiglia per ricevere e documentare l'indicazione ricevuta dal paziente prima del momento della decisione

effettiva quando, spesso, le condizioni sono troppo compromesse per permettere d'esprimere una scelta che possiamo considerare davvero libera e consapevole.

Il cambiamento di paradigma (dall'attesa all'iniziativa, dall'intervento in condizioni di urgenza all'intervento programmato) deve essere reso possibile per tutti i cittadini e, dato l'elevato numero dei potenziali interessati, solo il team delle Cure Primarie (medico di medicina generale, infermiere, assistente sociale coadiuvati da tutti gli altri professionisti sanitari) può garantire la capillarità d'intervento necessaria.

Linee d'azione

Garantire la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) e l'attivazione di percorsi di cure palliative precoci nella cura delle persone affette da patologie croniche.

Un cambiamento di paradigma: dall'attesa all'iniziativa, dall'intervento in condizioni di urgenza all'intervento programmato.

Disposizioni anticipate di trattamento: indirizzi e fruibilità.

In linea con le indicazioni dell'OMS ridurre gli errori di terapia attraverso una maggiore attenzione all'appropriatezza della prescrizione terapeutica, contrastando l'over treatment



UN UNICO SISTEMA TANTI DESTINATARI I TARGET

Il piano si sviluppa a partire dall'impegno nei confronti delle persone perché prendersi cura dei bisogni della gente è alla base di ogni decisione che dobbiamo assumere come sistema socio sanitario. Per quanto definito vengono individuate le priorità per i diversi destinatari.

Le macro azioni di piano vengono pertanto definite dedicandole a 12 destinatari (TARGET) che ricomprendono nel loro insieme la nostra popolazione di riferimento distinta per età, fasi della vita, particolari condizioni di malattia e/o territorio di residenza.

Per quanto attiene la tematica della "cronicità" in considerazione della particolare rilevanza della stessa sarà predisposto, tenuto conto anche delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale Cronicità, uno specifico documento attuativo di indirizzo regionale.

DESTINATARI AI QUALI SONO DEDICATE LE AZIONI DEL PIANO

Target:

- (A) dedicato ai genitori
- (B) dedicato ai bambini
- (C) dedicato ai giovani
- (D) dedicato alle donne
- (E) dedicato ai pazienti oncologici
- (F) dedicato agli anziani
- (G) dedicato alle persone con disabilità
- (H) dedicato agli stranieri
- (I) dedicato ai lavoratori
- (L) dedicato alle popolazioni residenti nelle aree interne e insulari
- (M) dedicato alle persone detenute negli istituti penitenziari
- (N) dedicato a tutti i cittadini

Target (A)

DEDICATO AI GENITORI

“ Il sostegno alla genitorialità e all’essere genitori nella ricomposizione dell’approccio sociale, educativo e sanitario, genera effetti positivi sulla salute e sulla qualità della vita delle persone che vanno anche a favore della collettività

Riferimenti epidemiologici

- Le coppie con figli costituiscono in Toscana il 31% delle famiglie, ma aumentano le famiglie mono-genitoriali costituite prevalentemente da madri sole che vanno particolarmente sostenute (Profilo regionale sociale 2016). Vari studi hanno evidenziato l'effetto negativo della assenza del supporto sociale e della assenza del partner, non solo fisica, ma anche emotiva, sulla capacità genitoriale delle donne. Aumentano anche gli altri fattori di rischio che si intrecciano tra di loro sviluppando quadri di sempre maggiore complessità. Alta attenzione va posta in presenza di violenza domestica o di alta conflittualità familiare.
- L'età della prima maternità si è progressivamente elevata, la genitorialità è prevalentemente una scelta ponderata, meno casuale e spesso unica.
- Il livello culturale si è innalzato. Maggiori sono i messaggi informativi, anche contraddittori, sulle tematiche psico-pedagogiche in assenza di modelli e punti di riferimento certi con conseguente disorientamento dei genitori. Vengono offerte molte opportunità che si sente il dovere di cogliere per sentirsi adeguati agli altri e al proprio tempo.



31%
famiglie
con figli



in aumento
età della
prima
maternità



livello
culturale



messaggi
informativi su
tematiche
psico-pedagogiche



+ deboli reti di protezione familiare



cambia ruolo dei genitori



in aumento separazioni divorzi crisi della coppia

- Si indeboliscono le reti di protezione familiare, vengono meno luoghi in cui, in modo informale, si dialoga, ci si confronta sui problemi della vita quotidiana. Spesso si è soli: cercare e trovare soluzioni diventa un fatto privato o all'opposto troppo pubblico.
- Gli attuali cambiamenti sociali coinvolgono anche i genitori ed il modo in cui essi praticano la loro genitorialità con un'estensione della vulnerabilità. C'è difficoltà a comprendere le profonde trasformazioni della nostra società (globalizzazione economica, cambiamenti climatici, avvento di società multietniche, impatto delle nuove tecnologie sul modo di vivere, perdita della sicurezza economica, ecc.).
- In Italia (ISTAT 2015 – Profilo regionale sociale 2016) aumenta l'instabilità familiare che colloca la Toscana fra le regioni con i più alti tassi di separazione e divorzi. I fattori che portano alla crisi della coppia sono molteplici e possono sorgere in tutte le fasi del ciclo vitale della famiglia. Quando ciò accade, le coppie, di solito, hanno difficoltà a esprimere le differenze per il timore di incentivare il conflitto, ma in questo modo non riescono a modificarsi con pesanti conseguenze sulle relazioni familiari, oltre che sull'equilibrio personale.

Nuovi ruoli e nuovi bisogni

La transizione alla genitorialità indica il periodo in cui una coppia si prepara allo status di genitore. Si tratta di un'assunzione di responsabilità non solo biologica, ma soprattutto educativa e sociale. È una fase molto delicata perché lì si definirà la futura fisionomia della famiglia.

L'arrivo di un bambino è per la coppia e per la famiglia un grande cambiamento che richiede capacità di adattamento psicologico e di riorganizzazione delle relazioni interpersonali e di coppia. Anche il puerperio, che riceve spesso minor attenzione rispetto alla gravidanza, rappresenta un periodo potenzialmente difficile per le cure richieste alla madre, il disorientamento che la coppia prova di fronte al bambino "reale" e l'instaurarsi di nuovi equilibri emotivi e sociali.

Altri momenti possono essere particolarmente critici del ciclo di vita familiare e la coppia può avere bisogno di essere accompagnata durante il mutamento delle esigenze familiari e sociali. L'adolescenza di un membro della famiglia, ad esempio, mette alla prova la capacità dell'intera organizzazione familiare di adattarsi. Frequentemente i genitori dei figli adolescenti, così come succede alla nascita del primo figlio, possono sviluppare sentimenti d'inadeguatezza e di disagio. Non è un caso che proprio questi due momenti possono risultare particolarmente critici per la stabilità della coppia, che si può trovare in difficoltà sia nel rimodellare il proprio rapporto sia a gestire quello con i figli. Durante l'adolescenza di un figlio è necessario stabilire un nuovo rapporto che richiede strumenti diversi e adeguati alle mutate esigenze cognitive, affettive e relazionali. La conquista, da parte del figlio, di una progressiva autonomia nello sviluppo sociale è per i genitori un'autentica sfida educativa. I genitori devono prendere la distanza dal "figlio immaginato" a favore del "figlio reale" e durante la fase di distacco da quest'ultimo possono sentirsi non tanto "più liberi" quanto "più soli".

Ci sono poi le separazioni e i divorzi che spesso si accompagnano ad una spiccata problematicità e complessità. Si tratta di una gamma di situazioni molto variegata che può arrivare a stati di alta conflittualità intra-familiare, sociale, culturale e talvolta sfociare in procedimenti giudiziari. Le coppie che giungono ai servizi sociosanitari su mandato dell'autorità giudiziaria presentano fenomeni di conflittualità esacerbata e spesso patologica.

Sul territorio i soggetti più attivi e qualificati per promuovere un empowerment delle coppie a supporto della genitorialità sono gli operatori sociali (assistenti sociali ed educatori dei servizi sociali territoriali, operatori dei centri per le famiglie, delle comunità di accoglienza,...), sanitari (medicina generale, pediatria di famiglia, psicologia, consultori familiari, servizi specialistici), educativi (operatori dei servizi per la prima infanzia 0-6 anni) in raccordo con le istituzioni pubbliche, il mondo del volontariato, l'associazionismo.

Indirizzi a favore dei genitori

NELLA PROMOZIONE DEL BENESSERE E DEL SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

- Facilitare la formazione di un'identità genitoriale, finalizzata ad una scelta consapevole e responsabile della maternità e della paternità, sostenendola nei momenti di cambiamento del ciclo di vita delle famiglie. I servizi, in particolare i Consultori, devono stare accanto alla famiglia in questo cammino per rafforzare tutte le opportunità e per aiutarla a trovare al suo interno le risposte necessarie.
- Promuovere il "percorso nascita", dall'inizio della gravidanza fino ai primi mesi di vita del **futuro bambino**, secondo un approccio che considera la nascita un evento biologico, sociale e affettivo. Il modello assistenziale adottato è quello che vuol

garantire la fisiologia degli eventi legati al parto e al puerperio e la continuità tra ospedale e casa per facilitare lo sviluppo della relazione tra il neonato, la madre e la famiglia.

- Favorire le pratiche che favoriscono l'attaccamento della madre al figlio e lo sviluppo del senso di genitorialità come il contatto precoce alla nascita, l'allattamento al seno, il massaggio neonatale. È importante che i servizi esercitino una funzione di riferimento per i neo genitori e che accolgano i loro bisogni, in una dimensione di ascolto attivo e comprensivo e mai di giudizio.
- Attuare, nelle varie fasi del percorso nascita e poi durante i primi anni di vita del bambino, interventi di sostegno psicologico, educativo e sociale (corsi e incontri di accompagnamento alla nascita, gruppi *post partum*, gruppi massaggio infantile, gruppi di sostegno alla genitorialità). Particolare attenzione deve essere rivolta a temi specifici della genitorialità come:
 - paternità;
 - procreazione medicalmente assistita;
 - genitorialità in terra straniera;
 - genitorialità nel percorso adottivo con sensibilizzazione, informazione e preparazione all'adozione e sostegno post-adozione.
- Sostenere i genitori di figli adolescenti nel passaggio di fisiologica maturazione del ciclo di vita della famiglia grazie ai Consultori giovani e della scuola per favorire l'uscita dall'isolamento delle famiglie e valorizzando le reciproche competenze.
- Introdurre strumenti informatizzati per diffondere con maggior facilità informazioni per la salute di mamme e bambini e per l'accesso ai servizi consultoriali ed ospedalieri in grado di superare le barriere che le differenze di livello culturale e linguistico possono alzare.

NELLA PREVENZIONE E NEL SOSTEGNO DELLA GENITORIALITÀ A RISCHIO

- Organizzare interventi, sin dall'inizio del percorso nascita, per individuare precocemente difficoltà e situazioni di rischio psichico e sociale della gestante e/o del partner dalla fase preconcezionale in poi (visite preconcezionali, consegna libretto gravidanza, CAN, visite ostetriche-ginecologiche in gravidanza).
- Mantenere durante tutto il percorso un'offerta attiva di azioni a sostegno delle dinamiche relazionali e affettive connesse al ruolo genitoriale, favorendo positive competenze genitoriali, per assicurare al bambino un ambiente adeguato al suo sviluppo psichico (consultazioni psicologiche, attività di gruppo, *home visiting*, progetti *post partum*).
- Attivare sinergie tra Consultori, Punti Nascita, Salute mentale infanzia e adolescenza, Serd, Servizi sociali MMG e PdF, per una presa in carico multidisciplinare.
- Introdurre modalità innovative di sostegno educativo domiciliare.

NELLA PROTEZIONE E NELLA CURA ALLA GENITORIALITÀ

GENITORIALITÀ CONFLITTUALE

- Attivare percorsi per favorire e sostenere un'adeguata funzione genitoriale nei momenti di crisi nella coppia e durante i processi di separazione quando particolarmente conflittuali.
- Articolare percorsi differenziati per accogliere e gestire in modo appropriato le diverse situazioni con:
 - interventi di prevenzione e sostegno in particolari momenti di criticità;
 - cura dei conflitti quando si stima vi siano risorse residue per una rielaborazione della relazione di coppia;
 - mediazione familiare, in caso di separazione e/o divorzio, per aiutare i genitori a trovare un accordo, perchè entrambi i genitori possano svolgere il proprio ruolo in modo condiviso e non suddiviso, così che i figli possano essere compresi e non contesi.

GENITORIALITÀ DISFUNZIONALE

Prevedere modalità e strumenti per ottimizzare la comunicazione, la relazione e la collaborazione tra le diverse Istituzioni coinvolte nella tutela dei minori e nel sostegno alla genitorialità in difficoltà:

- costituire Unità di valutazione integrate per la valutazione delle competenze genitoriali su richiesta della magistratura con:
 - verifica della capacità di un genitore di riconoscere il rischio di danno o il danno subito dal figlio e di accettare un aiuto in un contesto non prescrittivo;
 - valutazione delle risorse e della recuperabilità delle funzioni genitoriali con lo scopo di verificare in modo dinamico motivazione, responsabilità, modificabilità di un genitore a fronte di interventi volti al cambiamento;
- attuare progetti di recuperabilità delle funzioni genitoriali attraverso:
 - costruzione di alleanze tra famiglia, servizi e comunità di riferimento;
 - presa in carico terapeutica;
 - interventi di domiciliarità (educativa domiciliare, tutor familiare, *home visiting*);
 - interventi di prossimità (affido part-time, reti di famiglie solidali, interventi educativi di strada).

GENITORIALITÀ DIFFICILE

Accompagnare i genitori che hanno bambini affetti da disabilità, malattie rare e croniche nel loro difficile impegno percorso con Piani di Assistenza personalizzati, frutto di valutazioni multidisciplinari e multi professionali, che prefigurano percorsi facilitanti rivolti al bambino ma anche di sostegno per i genitori.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Profilo sociale regionale, anno 2016. Analisi della situazione sociale in Toscana: strumenti per la programmazione sociale e sociosanitaria. Regione Toscana, Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Welfare e Sport, Osservatorio sociale regionale; in collaborazione con ANCI Toscana, 2017.

Target ②

DEDICATO AI BAMBINI

“ **La promozione e la protezione del benessere e della salute dei bambini, la tutela senza discriminazioni dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, attraverso una rete integrata dei servizi per un welfare di comunità** ”

Combattere la povertà minorile e la discriminazione

La promozione del benessere e della salute dei minori e la tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza si fondano sull'affermazione dei bambini come soggetti sociali e soggetti di diritto, a partire dalla Convenzione internazionale sui diritti dei bambini di New York del 1989, che ne definisce, promuove e tutela la natura e il loro esercizio.

Sono affrontati in questo capitolo fenomeni e interventi specifici ed integrati con altre aree di attività e servizi rivolti ai genitori, ai giovani, al contrasto dello svantaggio sociale, alla prevenzione e alla promozione del benessere e di stili di vita corretti. La visione comune è quella del bambino quale persona competente e protagonista della sua crescita e destinatario di politiche che ne sappiano accompagnare lo sviluppo e valorizzare risorse e potenzialità.

Riferimenti epidemiologici

I minorenni residenti in Toscana al 1° gennaio 2017 sono complessivamente 569.203 e nell'anno 2017 vi sono stati 26.324 parti.

In Toscana come in Italia, dall'inizio della crisi economica del 2010 il numero dei parti continua ad essere in forte calo (anche da madre straniera). Gli scenari Istat ci dicono che avremo un re-innalzamento delle nascite di qualche unità fino al 2020 e che porterà nel 2030 i nuovi nati ad essere intorno alle 27.500 unità.

Si è assistito, inoltre, ad aumento dell'età materna, delle famiglie monogenitoriali, dell'isolamento sociale, della povertà, portando ad una sostanziale crescita

nel 2017
26.324 parti



in aumento
età materna
famiglie mono-
genitoriali



primi anni
**il bambino
 è assistito
 da una rete
 di servizi e
 professionisti**



screening
**neonatali +
 40 malattie
 rare**



↑
 in aumento
**allattamento
 esclusivo al seno alla
 dimissione**



↑
 in aumento
**disagio psichico
 e disturbi della
 condotta**

della fragilità del contesto in cui nascono e vivono i bambini e ragazzi toscani.

Nella primissima infanzia le scelte dei genitori sono importanti per la qualità della salute futura, un bambino che nasce in Toscana da subito è assistito da una rete di servizi efficace e all'avanguardia e da professionisti qualificati.

Già durante la gravidanza, i consultori raccolgono informazioni sul nascituro e sulla famiglia; al neonato sono poi assicurati i primi esami clinici, come gli screening neonatali che consentono di intervenire tempestivamente in situazioni in cui potrebbe essere a rischio la qualità della vita se non quando la vita stessa. La Toscana ed altre sette regioni hanno recentemente adottato anche lo screening di quaranta malattie rare, offrendo nuove opportunità di salute ad un numero crescente di bambini.

In Toscana la mortalità infantile, cioè nel primo anno di vita, è bassa, sia rispetto alle altre regioni italiane sia all'Europa, ed ha raggiunto livelli ormai difficilmente migliorabili. La bassa mortalità infantile è il segnale più chiaro, condiviso a livello internazionale, del buon funzionamento di un sistema sanitario.

Un altro indicatore positivo è l'ampia diffusione dell'allattamento esclusivo al seno, pratica così importante per la salute del bambino e del futuro adulto. La Regione Toscana, seguendo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale di sanità, lo promuove da anni a partire dai punti nascita, con ottimi risultati: la percentuale di mamme toscane che allattano al seno alla dimissione oggi è infatti molto alta e in aumento. Ci sono comunque ancora margini di miglioramento nel sostenere le donne a proseguire l'allattamento esclusivo fino al sesto mese, per evitare uno svezzamento precoce.

A fronte di questi buoni dati, si osserva però un incremento di bambini e adolescenti affetti da malattie cronico-complesse, tra cui le rare, e soprattutto un'ascesa esponenziale del numero di quelli affetti da disagio psichico e disturbi della condotta.

Una stima della prevalenza dei bambini residenti in Toscana al primo gennaio 2016 riporta che i minorenni con due o più condizioni complesse sono 557 nella fascia tra i 2 e i 4 anni di età, mentre il gruppo 5-17 anni è rappresentato da 3.500 minori. Si tratta di un numero crescente di bambini che, indipendentemente dalla diagnosi, sono accomunati dal presentare bisogni assistenziali complessi. Inoltre, per quanto riguarda i decessi, ogni anno in Toscana muoiono circa 80 minori per patologie croniche non guaribili, di cui una trentina affetti da tumore.

Si tratta di mutamenti radicali nel profilo dei bisogni di cura della popolazione pediatrica che richiedono una attenta riprogrammazione dell'offerta dei servizi sociosanitari impegnati nella promozione della salute e nell'assistenza ai minori.

Durante l'infanzia, più che mai, la salute, si gioca sugli stili di vita che i genitori scelgono per il bambino. Sappiamo che una corretta alimentazione e l'attività fisica già in questa età sono fondamentali per la salute del futuro adulto. Da questi due fattori dipenderà il peso corporeo del bambino, che – se eccessivo – aumenterà il rischio di problemi futuri anche gravi come diabete, malattie del cuore fino ai tumori. Meno attività fisica significherà anche meno efficienza dei muscoli e delle ossa e maggiore fragilità e disabilità in età anziana.

I bambini toscani fanno più movimento e mangiano in modo più corretto rispetto ai coetanei italiani: più frutta e verdura, meno dolci, snack e salumi e fanno anche una colazione più adeguata. Non a caso i nostri ragazzi sono un po' meno in sovrappeso ed obesi, in particolare rispetto ai loro coetanei del Sud Italia.

I dati di Okkio alla salute 2016 indicano nell'età 8-9 anni, un allineamento col dato nazionale per la prevalenza del sovrappeso (Toscana 21,4%; Italia 21,3%), mentre il dato regionale relativo all'obesità si attesta al di sotto di quello nazionale (Toscana 5,5%; Italia 9,3%).



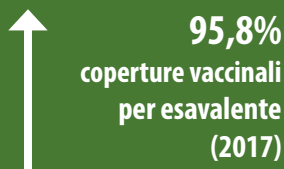
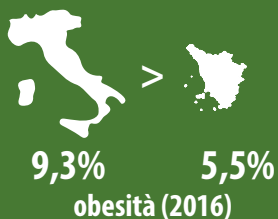
~ 4.000
minori
con bisogni
assistenziali
complessi



+ movimento
e corretta
alimentazione
migliore salute
da adulto



i bambini toscani
mangiano
+ frutta
+ verdura
- dolci
- snack
- salumi
colazione più adeguata



32mila
cartelle sociali
aperte nel 2016
(57% italiani,
43% stranieri)

L'“epidemia” di obesità segnalata in questa età con tanta evidenza sui media nazionali non trova comunque riscontro ad oggi nei dati recenti toscani, che sono stabili o in lieve diminuzione dal 2005. Sono i bambini di mamme poco istruite a pagare il conto più salato in termini di peso. Istruzione e reddito, anche in questo caso, sono tra i fattori più importanti per la salute, come ben sanno gli esperti di sanità pubblica.

Siamo però ancora distanti dalle raccomandazioni internazionali sul consumo appropriato di frutta e verdura e i bambini europei risultano in media meno “paffutelli” degli italiani e dei toscani.

La protezione dei bambini dalle malattie infettive è garantita dal Piano Vaccinale Regionale. In Italia per contrastare il calo delle coperture vaccinali (CV) è stata recentemente approvata la “Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119” che nasce dal “Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73, Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. In Toscana, dove storicamente le CV sono superiori alla media nazionale, i risultati dell'attuazione di tale norma confermano nel 2017 valori più elevati per tutte le vaccinazioni: 95,8% per esavalente e 93,5 per MPR (Morbillo-Rosolia-Parotite). Mentre negli anni 2015 e 2016 le CV erano scese al di sotto della soglia critica del 95% per esavalente e addirittura al di sotto del 90% per MPR. I bambini vaccinati contribuiscono anche così alla protezione della propria comunità di appartenenza.

Per quanto concerne la rete dei servizi sociali e sociosanitari integrati per l'infanzia e l'adolescenza i dati (anno 2016) evidenziano che i minori seguiti (ovvero le cartelle sociali aperte) sono circa 32 mila (57% italiani e 43% stranieri) e tra questi:

- per circa 27.000 minori (di cui 58% italiani, 42% stranieri) all'apertura della cartella sociale ha fatto seguito un'effettiva presa in carico da parte del servizio pubblico;
- 2.136 minori vivono per ragioni diverse fuori dalla propria famiglia e, in particolare, tra questi, 1360 sono gli affidamenti familiari attivati mentre circa 1.200 sono i bambini e ragazzi collocati in strutture residenziali socio-educative.

La rete dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari per il benessere e la salute dei minori

Per quanto concerne gli aspetti più squisitamente sanitari, la rete regionale, interaziendale e multidisciplinare richiede nuove e più efficaci modalità di condivisione di conoscenze, competenze e informazioni per consolidare ed affiatare i gruppi di lavoro della Rete attivi nei diversi ambiti.

Per assolvere al progressivo aumento dei piccoli pazienti affetti da condizioni cronicocomplesse è necessario che l'ospedale pediatrico Meyer, centro regionale per la gestione delle patologie complesse, sia fortemente integrato con i servizi territoriali distrettuali, la pediatria di famiglia e le pediatrie ospedaliere, per garantire completezza nella risposta ai bisogni di salute e continuità delle cure dai setting ad alto grado di specializzazione e intensità assistenziale a quelli a minore intensità e maggiore prossimità al luogo di vita di bambino e famiglia.

Questa necessità trova appunto risposta nella struttura ed organizzazione della Rete Pediatrica, che ha l'obiettivo di evitare ripetizioni e colmare vuoti nell'assistenza, assicurando ad ogni bambino toscano tempestività e qualità delle cure.

Lo sviluppo delle tecnologie informatiche, grazie ad un piano digitale ad hoc, sarà uno strumento vitale per la rete.

La Carta europea dei diritti dei bambini in ospedale riconosce che l'ospedalizzazione dei bambini e delle bambine e degli adolescenti hanno caratteristiche differenti da quelle degli adulti. Per questo è necessario combinare l'alta specializzazione medica, la ricerca e l'innovazione con la parte più umana dell'assistenza con un approccio globale al paziente e alla sua famiglia non solo centrato sulla malattia.

La malattia cronica può essere un fattore che accomuna molti bambini, ma ognuno di loro rimane un singolo soggetto con caratteristiche sue proprie: una persona con la sua complessità, peculiarità, risorse affettive e cognitive sulle quali far leva, in particolare nei periodi critici.

A tale proposito diventa fondamentale il massimo impegno di tutti gli operatori per coinvolgere i genitori in iniziative che rinforzino la capacità del bambino con una malattia cronica ad affrontare le difficoltà piccole e grandi del quotidiano, sviluppandone anche il giusto grado di autonomia dagli adulti.

Così come in sanità, anche in relazione alle tematiche sociali, la promozione della centralità della persona e gli sforzi ad operare preventivamente costituiscono il denominatore comune che attraversa le politiche regionali dedicate ai minori e alle famiglie, soprattutto a quelle più vulnerabili.

Tale approccio, fondato sull'*empowerment* di bambini e ragazzi, non è qualcosa "fuori" o "oltre" i percorsi di cura e protezione, ma un fattore chiave per l'affermazione del benessere e della sicurezza nell'infanzia e nell'adolescenza. La ridefinizione di questo

arco educativo e assistenziale – su cui si va rifondando la visione del sistema di interventi e servizi per l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie – rappresenta il risultato più innovativo cui si sta gradualmente riuscendo a tenere insieme tutte le dimensioni d'intervento (prevenzione, cura, sostegno, accompagnamento) e a orientare i servizi ad agire contestualmente sui livelli di sicurezza, sulle misure di aiuto ai nuclei, sulle modalità di intervento per l'autonomia e l'inserimento sociale:

- prevenzione e vaccinazioni
- percorsi specifici di cura e accompagnamento dei minori con disagio psichico
- gli affidi familiari per bambini 0-3 anni
- interventi di protezione e tutela infanzia
- il servizio di sostegno educativo territoriale/per gruppi
- le reti di prossimità per minori
- prevenzione e presa in carico obesità
- i minori vittime di violenza assistita e il “Codice rosa”
- percorsi specifici per bambini affetti da patologie rare e/o croniche
- percorsi per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnanti.

E' durante l'infanzia e l'adolescenza che si pongono le basi per lo sviluppo e la strutturazione delle caratteristiche psichiche dell'individuo e il benessere e la salute mentale che ne possono derivare saranno le componenti essenziali della salute e della qualità della vita dei singoli individui e delle loro famiglie e un fattore che contribuirà alla coesione della comunità.

Il benessere mentale del bambino implica senso di identità, autostima, relazioni sicure, stabili ed appaganti con i familiari e i coetanei, capacità di provare empatia e rispettare gli altri, di imparare, di raccogliere le sfide dell'ambiente in cui si vive, di affrontare e di gestire le più comuni fonti di stress correlate all'età, di sfruttare le risorse per una buona crescita, partecipando in maniera attiva alla vita della comunità.

Per tutelare la salute mentale nei bambini è necessario un approccio volto a:

- attuare azioni integrate tra i servizi sanitari, la scuola, gli enti locali, l'associazionismo, La scuola, in primis, può rappresentare uno dei partner e dei contesti di vita più importanti per implementare efficaci azioni di promozione della salute mentale. In particolare per potenziare nei bambini i fattori protettivi e di resilienza, competenze di vita (*life skills*) e capacità di coping, autostima ed autoefficacia e contrastare, in un ambiente inclusivo, bullismo e altre forme di violenza. Parallelamente vanno sviluppati analoghi interventi nel tempo extrascolastico al fine di consolidare i percorsi educativi e contemporaneamente offrire opportunità di gioco e di attività ludico motorie.
- Intercettare in modo proattivo il disagio per prendersene cura tempestivamente. Per farlo occorre l'impegno in prima linea dei pediatri di famiglia nell'affiancare

i genitori e gli insegnanti nel cogliere i segnali precoci di difficoltà e nell'attivare i team sociosanitari multidisciplinari dei servizi per la salute mentale dell'infanzia adolescenza come raccomandato anche nel 2017 dalle "Linee di indirizzo per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità" del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

- Attivare team integrati da insegnanti e docenti di riferimento, coinvolti nell'attuazione dei progetti personalizzati affinché la presa in carico possa essere efficace, evitando la frammentazione e il *drop out*.

Possibili eventi avversi della vita (malattie, lutto, separazioni), i fenomeni di violenza, abuso e abbandono, così come le condizioni di salute dei genitori influenzano in modo notevole il benessere dei bambini così come è necessario porre attenzione ai bisogni delle famiglie in cui uno o entrambi i genitori soffrono di disturbi mentali cronici e/o dipendenze. Anche le condizioni di disagio familiare sociale ed economico, la migrazione, la discriminazione ed emarginazione rappresentano tutti fattori che possono aumentare il rischio di disagio e sofferenza psicologica, così come i rischi di allontanamento del minore dalla propria famiglia.

In relazione ai flussi migratori una speciale attenzione merita il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati, da affrontare non solo con gli strumenti consolidati della tutela e protezione, ma anche offrendo loro sostegno nella ricostruzione di un'autonomia personale e sociale. Va in questa direzione il sostegno offerto dalla Regione Toscana all'esperienza dei tutori volontari e lo sviluppo di una residenzialità più "leggera" e a minore intensità assistenziale per i ragazzi tra 16 e 21 anni.

E' fondamentale dare ai bisogni dei bambini e delle famiglie risposte integrate con l'opera di team territoriali multidisciplinari (assistente sociale, psicologo, neuropsichiatra, educatore) per formulare, attuare e monitorare i progetti, come affermato anche dalle "Linee di indirizzo per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità" del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del dicembre 2017.

Per i bambini la promozione di uno stile di vita sano, che comprende una corretta alimentazione, la vita all'aria aperta, il movimento, il gioco, le buone relazioni, lo sviluppo della curiosità per il mondo che li circonda, è un fattore di benessere e di salute mentale da sviluppare in ambito familiare, scolastico e nell'extra-scuola. Questi obiettivi possono essere perseguiti con l'attivazione delle risorse delle collettività, del terzo settore e dell'associazionismo, anche per rafforzare i legami con la comunità e l'appartenenza, offrendo opportunità costruttive per il tempo libero ed esperienze culturali e modelli positivi.

VACCINAZIONI

Evitare le malattie prevenibili con le vaccinazioni è un diritto ed un dovere della collettività. In uno scenario che ha visto la recente introduzione del nuovo Piano Nazionale di

Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV), già recepito dalla Regione Toscana con D.G.R.T. n.1059 del 27/12/2017, ed il Decreto-Legge n. 73 convertito in Legge 119/2017 “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale” che estende l’obbligo ad un numero maggiore di vaccinazioni e alla fascia di età 0-16 anni, coinvolgendo, oltre ai servizi educativi per l’infanzia, anche le scuole dell’infanzia e la scuola dell’obbligo, è necessario consolidare e rinnovare le azioni di promozione delle vaccinazioni, uno degli interventi sanitari a maggior costo efficacia disponibili. Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad un calo delle coperture vaccinali. Sono stati intensificati gli sforzi per rilevare le criticità, informare i cittadini e formare gli operatori. Durante ciò è stato necessario anche affrontare l’emergenza di un focolaio epidemico di meningite C, con una campagna vaccinale straordinaria su tutta la Regione che ha portato a vaccinare oltre un milione di persone.

Le azioni di miglioramento della copertura vaccinale per il triennio 2019-20 prevedono la completa attuazione dell’accordo con i pediatri di famiglia, siglato nel 2015 e progressivamente attuato su tutto il territorio regionale. L’accordo nasce con l’obiettivo di riportare il monitoraggio della copertura individuale nelle azioni di salute operate dal pediatra. Resta da completare il passaggio dell’intero calendario vaccinale alla pediatria di famiglia, di cui occorre irrobustire l’organizzazione. È stato fatto di recente un ulteriore accordo in tal senso ed una potenzialità futura potrà essere la nascita delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

LA LOTTA ALL’OBESITÀ INFANTILE

L’obesità infantile è un fenomeno ormai diffuso nella nostra regione che interessa il 5,5% dei bambini, mentre il 21,4% è in sovrappeso. Già da tempo è attivo un progetto di medicina di iniziativa che ricerca in modo proattivo i bambini con eccesso ponderale attraverso le visite alle età filtro effettuate dai pediatri di famiglia in occasione dei bilanci di salute. In questo triennio il percorso proattivo sarà potenziato anticipando il monitoraggio all’età di 6 anni perché la prevalenza dell’obesità e del sovrappeso in Toscana appare maggiore nell’età infantile piuttosto che in quella adolescenziale (26,8% contro il 15,3%, dati Okkio alla Salute e PASSI).

Obesità e sovrappeso

- il 5,5% dei bambini toscani è obeso
- il 21,4% è in sovrappeso

Inoltre, le evidenze di letteratura mostrano che gli interventi più costo efficaci sono quelli che iniziano precocemente, intorno ai 6 anni (Waters et al., 2011) e che utilizzano un l’approccio di sanità pubblica con l’integrazione fra tutti i possibili attori. Inoltre hanno evidenza di efficacia gli interventi mirati alla promozione dell’attività fisica, anch’essa prevista nel percorso toscano. L’attività della pediatria di famiglia andrà dunque integrata con quanto già previsto nel Piano Regionale di Prevenzione.

UNA BOCCA SANA, NASCERE E CRESCERE CON IL SORRISO

Favorire atteggiamenti e comportamenti positivi per la salute orale (igiene orale, alimentazione) e ridurre i comportamenti a rischio (consumo frequente di dolci, eccetera) in età evolutiva concorrerà a migliorare la qualità di vita e la tutela della salute dei bambini, soprattutto di quelli socialmente svantaggiati. Gli interventi per l'educazione ad una corretta igiene orale promossi in collaborazione con le scuole e la disponibilità di una visita preventiva nei servizi odontoiatrici pubblici costituiscono un'esperienza ancora parziale anche se positiva. Essere più efficaci nella prevenzione richiederà un consolidamento del ruolo del pediatra di famiglia in tutte le attività di prevenzione come questa. Non c'è salute senza sorriso.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana, 2017.
- Okkio alla Salute, Indagine 2016. Regione Toscana.
- Sistema di Sorveglianza Passi. Rapporto regionale 2013/2016.

Target

DEDICATO AI GIOVANI

“ Promuovere salute, benessere e corretti stili di vita attraverso lo sviluppo delle competenze nei giovani, la promozione di scelte consapevoli e di pratiche salutari finalizzate all'equilibrio biopsicosociale

L'adolescenza è forse la fase più critica nella vita delle persone. In questo breve arco di tempo si decidono molti degli stili di vita che influiranno sulla salute futura. A differenza di quanto accade nell'infanzia, in cui il ruolo della famiglia è predominante, l'adolescente inizia a scegliere in autonomia ed ha una naturale predisposizione a fare nuove esperienze. Gli adolescenti toscani consumano alcol quanto i coetanei italiani, ma lo fanno in modo meno smodato.

Tra loro è meno frequente il *"binge drinking"*, ovvero bere più di 5-6 bevande alcoliche in un'unica occasione, un modello molto diffuso tra i ragazzi di tutta Europa. Evidentemente i nostri ragazzi, pur seguendo modelli di consumo globalizzati, riescono a contenere meglio gli abusi alcolici, forse grazie al modello sociale dominante tra gli adulti del bere il vino a tavola. Comunque anche in Toscana, come in Italia e in Europa, sono frequenti i pericolosi episodi di ubriacatura adolescenziale, fenomeno ormai da tempo stabile tra i maschi, ma in significativo aumento fra le ragazzine. I dati preliminari dell'indagine EDIT 2018 sugli adolescenti toscani (età 14-19 anni) mostrano che la metà di loro riferisce di aver avuto almeno un episodio di ubriacatura nell'ultimo anno e 1 su 3 di *binge drinking* negli ultimi 30 giorni, comunque senza una variazione significativa rispetto ai risultati della precedente indagine del 2015. Sono circa 63.000 i ragazzi in questa fascia d'età che vanno



Binge-drinking
**bere più di 5-6 bevande
alcoliche in un'unica
occasione (circa 63.000)**



Binge-drinking
**meno frequente
tra adolescenti
toscani**



in aumento
**episodi di
ubriacatura
tra le ragazze
(14-19 anni)**



in aumento i fumatori regolari, soprattutto ragazze



1 ragazzo su 3 in Toscana ha provato almeno 1 droga illegale nell'ultimo anno



Poliuso consumo contemporaneo di più sostanze



Gioco d'azzardo quasi 1 ragazzo su 10 a rischio dipendenza

incontro al binge, saliranno a 65.000 nel 2020 per poi riscendere a 64.000 nel 2030.

I ragazzi toscani non brillano nelle statistiche nazionali quanto a fumo di tabacco: sono in aumento i fumatori regolari, soprattutto tra le femmine, che detengono il non invidiabile primato nazionale. I maschi, invece, fumano come i loro coetanei di altre regioni. Gli adolescenti che continuano a fumare dopo i primi tentativi saranno con ogni probabilità i forti fumatori dell'età adulta, anche se molti, dopo i primi tentativi, finiscono per smettere.

Un ragazzo toscano su 3 ha provato almeno una volta nella vita una droga illegale nell'ultimo anno: meno dei coetanei europei, ma in modo simile agli italiani. Si tratta soprattutto di cannabis e molto meno di cocaina; stimolanti e farmaci sono consumati soprattutto dai maschi. Questo trend è stabile ormai da diversi anni e vede coinvolti circa 22.600 ragazzi tra i 14 ed i 19 anni, lo rimarrà nel 2020 come nel 2030 (22.400 circa).

È in aumento invece il "poliuso", cioè il consumo contemporaneo di più droghe o sostanze, che potenzia i rischi delle sostanze assunte, mentre si sta affermando anche l'acquisto di droghe su Internet, fenomeno di cui però ancora sappiamo poco. Tra i molti ragazzi che consumano droghe, la maggioranza esce più o meno indenne da questa esperienza: diventeranno tossicodipendenti tra 1 e 3 per 100 di loro. Gli altri dimezzeranno il consumo di droghe, e intorno ai 30 anni saranno utilizzatori saltuari, per lo più di cannabis. Tra i nuovi rischi di dipendenza non è da trascurare il gioco d'azzardo, che sempre più sta diventando una forte attrazione anche in questa fascia d'età, portandosi dietro problemi di comportamento sempre più complessi (1 su 10 è a rischio di sviluppare una vera e propria dipendenza).

Gli adolescenti toscani fanno più sport e sono meno sedentari dei coetanei italiani, oltre ad avere un'alimentazione un po' più corretta e salutare. I ragazzi che praticano sport sono in aumento negli ultimi anni. Nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza

crece l'attività sportiva e diminuisce la sedentarietà. I ragazzi sportivi hanno una vita meno problematica: meno fumo, alcol e droga, meno incidenti stradali ed anche migliori risultati scolastici.

L'adolescenza è anche l'età in cui si fanno le prime esperienze sessuali e sono anni già di completa fertilità. Anche in Toscana i primi rapporti sessuali sono sempre più precoci; il tasso di abortività, pur in diminuzione, si mantiene ancora al di sopra della media nazionale. Un'eccessiva precocità sessuale può accompagnarsi anche a maggiori difficoltà relazionali e affettive. L'uso del profilattico è in riduzione e, quando si usa, lo si fa a scopo contraccettivo, trascurando i rischi delle malattie a trasmissione sessuale. Paradossalmente, lo si usa meno con il crescere dell'età e del numero dei partner. L'efficacia dei nuovi farmaci che diminuisce il numero di casi mortali di AIDS sembra aver attenuato il timore sulla diffusione dell'HIV, che invece non sta affatto diminuendo.

L'ormai ampia copertura della vaccinazione contro il virus a trasmissione sessuale HPV ha invece quantomeno interrotto il rischio di sviluppare la maggioranza dei tumori dell'utero. In Toscana, sono diffusi su tutto il territorio i Consultori Giovani, punti di accesso dedicati alla fascia d'età 14-24 anni, dove operano team multiprofessionali per la promozione della salute, l'assistenza e consulenza sui temi legati alla sessualità, alla vita affettiva e relazionale.

Comunque la salute dei ragazzi, forti anche di difese naturali biologiche, è sostanzialmente al sicuro. I pochi decessi e ricoveri ospedalieri sono soprattutto per incidenti stradali, la maggioranza con scooter e moto, spesso associati all'uso di alcol, droghe e farmaci. In Toscana 1 ragazzo su 4 (indagine EDIT 2018) ha guidato dopo aver bevuto troppo, mentre 1 su 10 lo ha fatto dopo aver assunto droga. Si tratta anche di eventi gravi, che comportano danni ed invalidità permanenti, se non addirittura un esito fatale. Sono eventi quasi completamente evitabili, su cui famiglie ed istituzioni hanno responsabilità specifiche. Più controlli sulle



**Sport
i ragazzi toscani ne
praticano più dei
coetanei italiani
e sono in aumento**



**Uso del preservativo
in diminuzione
tra i ragazzi**



**1 ragazzo su 4
guida dopo
aver bevuto troppo,
1 su 10 dopo aver
assunto droga**



Risposta capillare
40 SERT

35 équipe algologiche
**30 centri per dipendenza
da gioco**

27 centri antifumo
55 comunità terapeutiche



in aumento
**giovani di origine
straniera**

strade e sulla vendita di alcolici nei locali frequentati nei week end dai ragazzi sono le misure efficaci per salvaguardare la loro salute. Per i gravi problemi con le droghe, l'alcol e le dipendenze, c'è già in Toscana una risposta capillare, grazie al lavoro di 40 SERT, 35 équipe algologiche, 30 centri per la dipendenza da gioco d'azzardo, 27 centri antifumo, 11 Comunità terapeutiche pubbliche e 44 gestite da altri enti, fino ad arrivare ai servizi che affrontano problemi di strada e casi che non accedono ai servizi normali.

I giovani di origine straniera sono in aumento e rappresentano una evoluzione attesa della società contemporanea. Dietro ai numeri si celano percorsi e storie di vita che rendono sfaccettato il mondo dei minori ricongiunti così come quello delle seconde generazioni. Si tratta di persone che vivono la fase adolescenziale, da un lato con problemi analoghi a quelli dei loro coetanei d'origine italiana, dall'altro con la necessità di conciliare le tradizioni delle loro famiglie con la cultura del paese in cui si trovano ora a vivere. É una fase cruciale in cui può essere necessario aiutarli a trovare un equilibrio tra differenza e uguaglianza, tra individuazione e identificazione, tra cultura di origine e cultura nella quale crescono ed evitare così forti conflittualità.

É quindi necessario che in ambiti molteplici: istituzionale, sociale, culturale, ambientale e sportivo, vengano offerte opportunità nelle tante realtà territoriali in cui vivono giovani stranieri che, se riconosciuti e accompagnati, possono veder realizzato il loro desiderio di vivere da protagonisti nella società.

La psicopatologia nell'adolescenza e nei giovani adulti

I disturbi psicopatologici dell'infanzia e dell'adolescenza sono in continuo aumento e rappresentano una sfida importante per i servizi sociali, sanitari ed educativi. La possibile gravità delle manifestazioni cliniche (sovente rappresentate da momenti di acuzie o di crisi) rende spesso critica la gestione degli adolescenti in ambito familiare e scolastico per la non sempre agevole diagnosi e, soprattutto, per la necessità di instaurare interventi terapeutico-riabilitativi precoci ed efficaci, anche a prevenire

l'eventuale evoluzione verso quadri psichiatrici più gravi e più tipici dell'età adulta. Situazioni di alta complessità clinica e di gravità, prevalentemente sul piano comportamentale, richiedono nuovi approcci rispetto a quelli forniti nell'impostazione tradizionale dei servizi, i quali non appaiono oggi sufficientemente in grado di incidere sullo stato di salute mentale della popolazione in età target. In una prospettiva di guarigione possibile ciò rappresenta una priorità sanitaria e sociale. Occorrono risposte integrate e flessibili per bisogni che, per loro natura, sono evolutivi, così come è necessario garantire un raccordo con i servizi per gli adulti, nell'ottica di una continuità che rafforzi le strategie preventive.

Il passaggio degli adolescenti ai servizi per i giovani adulti è spesso contrassegnato da discontinuità in termini di approccio, di operatori di riferimento, di frequenza del trattamento e tutto ciò pregiudica, o almeno ostacola, l'aderenza al nuovo profilo di cura. Questo passaggio può essere difficile per i ragazzi con disturbo mentale, e anche per i loro genitori, che avvertono i distacchi come particolarmente problematici. La cooperazione tra i servizi di salute mentale per adulti e quelli per l'infanzia e l'adolescenza può facilitare tale transizione.

Nel caso, non infrequente, di comorbidità d'uso di sostanze e disturbi psichici nella popolazione adolescente e giovane adulta ricorre l'esigenza, in ragione della complessità dei casi, del raggiungimento di un percorso diagnostico-terapeutico integrato e condiviso tra servizi di Salute Mentale e SERD, con progetti di trattamento congiunto che comportino un appropriato utilizzo delle risorse sanitarie e sociali dei due servizi. Occorre inoltre rendere facile l'accesso ai percorsi di cura alle persone adolescenti e giovani adulte e semplificare l'auto-riferimento per i minori, garantendo con i Consultori Giovani continuità e trasversalità tra promozione del benessere, prevenzione del rischio e cura. Sono infine necessari operatori formati sull'adolescenza, che agiscono con tempestività nel riconoscimento dei fattori di rischio, capaci di mettere in atto trattamenti personalizzati orientati all'*empowerment* e alla *recovery* dei ragazzi, evitando atteggiamenti giudicanti e sostenendo il ruolo e le potenzialità familiari con l'offerta di spazi di consultazione anche per genitori e adulti di riferimento.

Stili di vita

E' necessario implementare politiche di prevenzione e promozione della salute per ricondurre il sistema a buone pratiche con azioni evidence based e grazie all'aiuto di informazioni sempre più dettagliate e funzionali sugli stili di vita in Toscana.

Tali politiche richiedono l'adozione di strategie individuali e di comunità, con interventi multisettoriali e multifattoriali su alimentazione, attività fisica, consumo di alcol, tabacco, sostanze stupefacenti e gioco d'azzardo ed il coinvolgimento degli stakeholder territoriali, in primis la scuola, la comunità, l'associazionismo. Tali interventi non possono non tenere conto di un approccio di genere in quanto sono diversi i pattern

di consumo (ad esempio per il fumo e abuso di alcol) e diverso è l'impatto sulla salute nei due generi.

A supporto i sistemi di sorveglianza e di monitoraggio con un insieme di indagini (Okkio alla salute, HBSC, EDIT, ESPAD, Passi e in futuro Passi d'Argento, ecc.) per guadagnare salute lavorando sulla formazione degli operatori, con metodologie innovative e con apposite mappature, il coinvolgimento e la collaborazione di competenze di altre istituzioni negli ambiti dell'agricoltura e sviluppo rurale, turismo, ambiente ed energia, sviluppo sostenibile per una salute in tutte le politiche.

Sessualità ed affettività, malattie sessualmente trasmesse, prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)

Agire e far conoscere, a partire dai giovanissimi, cosa sono e come si contraggono le malattie a trasmissione sessuale è un'attività di prevenzione efficace da intraprendere precocemente. Gli ambienti scolastici, in particolare per i soggetti tra 11 e 18 anni, consentono di incidere positivamente soprattutto laddove c'è difficoltà a creare relazioni emotivamente significative e possono comparire disagi e comportamenti a rischio.

I giovani devono essere sensibilizzati di più sul tema del sesso protetto, cercando di utilizzare il loro linguaggio e i loro canali di comunicazione (film a tema, clip dedicate, spot mirati di pari tematiche di prevenzione, app come "I love safe Sex", già in uso). Vanno promossi incontri ad hoc con i professionisti sanitari per avere libero e diretto accesso a quelle informazioni e curiosità di cui si parla poco e che invece possono fare la differenza. I giovani, per vivere la propria sessualità in modo sicuro, devono imparare la modalità di trasmissione, i sintomi, la cura del HIV, sapere a chi rivolgersi per fare in forma anonima e gratuita il test e come accedere ai servizi dei Centri Consulenza Giovani.

Una sessualità sicura agisce anche nella prevenzione delle **gravidanze indesiderate**. Ancora oggi le IVG nelle ragazze con meno di 24 anni rappresentano quasi un quarto di tutte le IVG sebbene la pratica sia in diminuzione costante soprattutto nelle adolescenti. E' necessario assicurare per questo un'offerta educativa e contraccettiva gratuita e diffusa attraverso i consultori giovani e mettere in atto interventi di rafforzamento delle competenze sulla propria salute sessuale in collaborazione con le istituzioni scolastiche e con le associazioni culturali e sportive ad elevata utenza giovanile.

I Consultori Giovani devono essere gli spazi organizzati dal SSR dove la promozione alla sessualità sicura, la prevenzione dell'infertilità, l'educazione all'affettività simmetrica e non prevaricante, l'attenzione alle situazioni di rischio violenza, devono trovare ascolto, azioni ed interventi di rete.

Educare alla sessualità non significa solo stimolare la consapevolezza delle caratteristiche somatiche e fisiologiche di se stessi, ma anche estendere tale consapevolezza agli

aspetti psico-sociali connessi con la sessualità e quindi fare prevenzione, tutelando se stessi e gli altri, per agire per la propria salute e aggiungere non solo “anni alla vita ma vita agli anni”.

Vaccino contro il papilloma virus

Il papilloma virus umano si contrae di norma con l'inizio dell'attività sessuale e può causare il tumore al collo dell'utero. Il preservativo, che va comunque sempre usato, non garantisce una protezione totale da questo virus. La vaccinazione rappresenta quindi l'arma più efficace di prevenzione oltre che un atto di responsabilità rispetto alla salute dei propri figli. La vaccinazione è rivolta a tutte le ragazze e a tutti i ragazzi a partire da undici anni perché è allora che la risposta immunitaria è maggiore e quindi il beneficio è massimo. Si effettua presso il proprio PLS o nei Centri vaccinali della regione Toscana secondo calendario di riferimento.

Bullismo e cyberbullismo

Si intende insistere sulla linea di prevenzione già intrapresa, come formulata nella DGRT n. 1187/2017 e nella Legge nazionale n. 71/2017, con iniziative per educare gli studenti alla parità tra i sessi, per prevenire la violenza di genere e tutte le forme di discriminazioni, incluso l'inserimento dei ragazzi stranieri o con disagio, coinvolgendo i genitori, le aziende USL, l'università, l'USR (Ufficio Scolastico Regionale) e tutti gli altri opportuni stakeholder, prime fra tutti le istituzioni scolastiche chiamate a contrastare i fenomeni del bullismo, del cyber-bullismo e di ogni altro disagio adolescenziale in ambito scolastico. Le scuole saranno invitate a contribuire alla realizzazione di spot contro il bullismo e il cyber-bullismo, progettati e realizzati dagli studenti all'insegna di “generazioni connesse” e con particolare attenzione alla cittadinanza digitale consapevole.

Giovani e farmaci

E' indispensabile creare e diffondere i presupposti, a partire dalla scuola media inferiore, per un uso consapevole dei farmaci, sempre più considerati erroneamente come beni di consumo ed utilizzati con eccessiva leggerezza per problemi risolvibili anche senza il loro utilizzo. L'offerta formativa, informativa e divulgativa deve portare a conoscenza degli effetti delle interazioni fra farmaci e farmaci e tra farmaci ed alimenti, per favorire la formazione di una coscienza critica verso gli stessi e l'adozione di comportamenti consapevoli delle opportunità e dei rischi.

Salute, cultura della donazione e trapianti

Si intende offrire un percorso finalizzato allo sviluppo di una cultura solidale, rafforzando le collaborazioni con le associazioni di volontariato e promuovendo le progettualità delle aziende sanitarie per favorire stili di vita sani, prevenire le malattie croniche e promuovere la cultura della donazione degli organi anche nel mondo della scuola, sensibilizzando insegnanti e studenti a compiere azioni solidali, concrete e fattibili.

Resilienza

La resilienza è la capacità di adattamento anche in circostanze sfavorevoli, legata alle risorse individuali e del contesto. E' quindi un processo in cui interagiscono consapevolezza, intenzione e riflessione. Promuovere la resilienza nel contesto scolastico, stimolando la partecipazione attiva degli insegnanti, il contatto con la comunità locale e la valorizzazione delle reti di prossimità (genitori, altre agenzie di socializzazione, attori sociali attivabili, associazioni), favorisce la promozione di stili di vita salutogenici e scelte consapevoli negli studenti.

Sicurezza stradale

Sviluppare la consapevolezza di quanto le norme che regolano la nostra vita siano importanti e della necessità di rispettarle, favorendo la riflessione sui limiti personali e promuovendo un'attenta analisi delle motivazioni alla base delle condotte a rischio. Porre particolare attenzione alle norme del codice stradale per contenere ed interrompere comportamenti pericolosi per sé e per gli altri, indirizzandoli verso condotte positive e consapevoli sulla strada, informando sugli effetti spesso drammatici degli incidenti.

Sicurezza sul lavoro

Al fine di contrastare il fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali sono prioritari gli interventi educativi e formativi rivolti ai giovani e la scuola è l'ambito di riferimento privilegiato. Gli insegnanti devono però diventare più sensibili ed essere messi in grado di attuare interventi che favoriscono l'acquisizione nei giovani di comportamenti sani e sicuri. Una particolare opportunità è offerta dai percorsi di alternanza scuola/lavoro ai sensi della Legge 107/2015 e s.m.i., nel secondo biennio e nell'ultimo anno della scuola secondaria di secondo grado. L'intervento che si prevede di realizzare riguarda l'effettuazione di corsi di formazione alla sicurezza rivolti ai docenti

degli istituti scolastici toscani che seguono i percorsi di alternanza. Ciò permetterà loro sia di formare adeguatamente gli studenti che si recano nelle strutture ospitanti e sono equiparati ai lavoratori, sia di predisporre interventi didattici in aula formatori alla sicurezza rivolti ai docenti degli Istituti scolastici toscani che seguono i percorsi di alternanza. Ciò permetterà loro sia di formare adeguatamente gli studenti che si recano nelle strutture ospitanti e che, ai sensi del D. Lgs.81/2008, risultano equiparati ai lavoratori, sia di predisporre interventi didattici in aula.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.
- Comportamenti alla guida e stili di vita a rischio nei ragazzi in Toscana. La rilevazione Edit 2018. Ars Toscana. Novembre 2018.

Target ①

DEDICATO ALLE DONNE

“ **Sostenere il ruolo delle donne è sostenere la resilienza dell'intera comunità. Facilitando alle donne l'accesso a percorsi che tengano conto della specificità di genere, si ottiene un miglioramento delle prospettive di salute dell'intera popolazione** ”

- Le donne in Toscana, così come in Italia, decidono di avere un figlio sempre più tardi – l'età media al parto è di 32,2 anni nel 2018, sarà di 32,3 nel 2020 per arrivare a ben 32,5 nel 2030 – tutte età in cui la fertilità comincia a indebolirsi. Da ciò il ricorso alla procreazione medicalmente assistita che nel corso del 2018 riguarderà il 3,3% dei parti; nel 2020 se ne ipotizza un aumento al 3,6% fino ad arrivare nel 2030 al valore del 4,9%. Questo a sua volta potrà determinare un numero maggiore di gravidanze e parti gemellari.
- La salute di un bambino si gioca molto presto, fin dall'utero materno. Il nascituro è un organismo in rapida crescita, con cellule biologicamente attive e più sensibili ad ogni tipo di esposizione. La sua dipendenza dalla madre è pressoché completa. Le abitudini di vita delle mamme sono determinanti per la salute dei figli nei primi anni di vita ed anche in quelli successivi. Se una donna fuma in gravidanza, oppure è sovrappeso o obesa già prima di rimanere incinta, aumenta la sua probabilità di partorire troppo presto (prima delle 37 settimane), così come la probabilità che il bambino alla nascita sia sottopeso (meno di 2.500 g) o di peso eccessivo (più di 4.000 g). Le donne



32,2
età media al
parto



procreazione
medicalmente
assistita
nel 2018 riguarda
il 3,3% dei parti
sarà 4,9%
nel 2030



in aumento
ricorso a
procreazione
medicalmente
assistita



le donne con titolo di studio medio-basso fumano di più



Medicina di genere indaga le differenze tra i sessi in termini di salute



<



6,7

7,8



5,7

5,6

anni in buona salute dopo il 65°

toscane che hanno un titolo di studio medio-basso fumano di più e hanno anche più problemi di sovrappeso e obesità rispetto a quelle più istruite.

- Venendo alla differenza di genere sappiamo come la medicina studia e ha cominciato ad applicare la distinzione delle cure in base al genere. Permangono tuttavia ancora molte lacune da colmare, prima fra tutte una specifica formazione dei medici per conoscere e riconoscere quali sono i diversi sintomi di una stessa patologia, nei maschi e nelle femmine. Una competenza che è alla base delle scelte di cura più appropriate e quindi più efficaci.
- In Toscana le stime 2016 indicano una speranza di vita alla nascita ancora in netto vantaggio per il genere femminile. Il differenziale tra i sessi rimarrà invariato nei prossimi anni ed è prevista un'aspettativa in aumento in entrambi i generi: tra i maschi dall'attuale aspettativa di vita di 81,2 anni passeremo nel 2020 a un'aspettativa 81,8 anni e infine nel 2030 a 82,9 anni; tra le femmine dagli attuali 85,5 anni a 86 anni nel 2020, fino a 87 anni nel 2030.
- Diverso è quando si valuta l'aspettativa di vita in buona salute al compimento del 65° anno di età. Considerando infatti solamente questo indicatore, per il quale le ultime stime disponibili si riferiscono al 2013 (ISTAT), appaiono differenze rispetto alla media nazionale. Gli uomini toscani mantengono valori al di sopra della media italiana: 7,8 anni in buona salute oltre i 65 anni di età in Toscana contro i 6.7 dell'Italia. Le donne mostrano invece valori sostanzialmente simili a quelli nazionali ovvero 5,6 anni in buona salute oltre i 65 anni di età in Toscana contro 5,7 anni in Italia.
- I principali indicatori sugli stili di vita calcolati sui dati dell'indagine Passi (età 18-69 anni) rivelano che le donne toscane sono più attente rispetto ai maschi: sono meno fumatrici, meno bevtrici a rischio e meno in sovrappeso od obese, consumano

più frutta e verdura, ma sono più sedentarie. È importante tuttavia segnalare che nella popolazione giovanile, le differenze negli stili di vita a rischio tra i generi, si stanno progressivamente annullando, in particolare per il fumo, che sta aumentando nelle donne. L'analisi dei principali problemi di salute rivela che nel 2017 le donne hanno una prevalenza più bassa rispetto agli uomini di malattie cardiovascolari, diabete e BPCO. Viceversa sono più elevate nel genere femminile la prevalenza di demenza e di sclerosi multipla, è più frequente il ricorso ad indagini di diagnostica strumentale (radiologia tradizionale, ecografie, TAC, RMN) che determina maggiore esposizione a radiazioni ionizzanti, è maggiore l'utilizzo di farmaci, in particolare di antidepressivi.

- Numerosi studi hanno documentato l'elevato ricorso delle donne alle medicine complementari che, secondo lo studio multicentrico di Frass (2012) e l'indagine Kristoffersen (2014) sono molto più utilizzate (42% contro 24%) fra le donne di età e livello d'istruzione medio-alte, più attive nella cura della propria salute e in genere più interessate ai temi di salute. In Toscana il 75% di chi ricorre alle terapie complementari sono donne.
- Negli ultimi anni si osserva un processo di femminilizzazione del fenomeno migratorio che mette in evidenza le questioni relative alla parità di genere e alla delicata condizione sociale delle donne che migrano da sole per motivi di lavoro. Le donne migranti sono le più a rischio in una popolazione straniera già vulnerabile, ma parallelamente costituiscono una grande opportunità.
- La maggior parte dei ricoveri ospedalieri delle donne straniere avviene per parto, complicanze della gravidanza e IVG. L'esperienza del parto è quindi per molte donne l'occasione per avvicinarsi per la prima volta alle istituzioni sanitarie del paese ospite e la gravidanza un'importante occasione per attuare interventi di promozione della salute.



stili di vita
le donne
toscane sono
generalmente
più virtuose



ma
abitudine al fumo
in aumento tra
le giovani



le donne hanno
una prevalenza più
bassa per malattie
cardiovascolari,
diabete, e BPCO



le donne ricorrono più
spesso alle medicine
complementari



parità di genere
le donne migranti sono
più vulnerabili



ricoveri
il parto avvicina
le donne straniere a
istituzioni sanitarie



IVG
le donne straniere vi
ricorrono più delle italiane

tasso di abortività
delle donne straniere è
più di 3 volte superiore a
quello delle italiane

43,3%
donne straniere che
hanno effettuato
più di 1 IVG (2017,
italiane 20%)



vaccinazioni HPV
in diminuzione

- Nelle gestanti straniere è più alto il rischio di attivazione del “ciclo dello svantaggio”: titolo di studio spesso medio-basso, maggiore percentuale di famiglie monoparentali, rete di sostegno carente, condizioni di precarietà socio-economica e di marginalità sociale, ridotta conoscenza dei servizi disponibili e delle modalità di accesso, ritardo e variabilità nell’accesso all’assistenza prenatale e ai servizi *post partum*, ridotta conoscenza delle norme di tutela relative al percorso nascita e alla maternità.
- Nonostante si rilevi sia nelle donne italiane (-3,1%) che nelle donne straniere (-5,9%) una diminuzione delle Interruzioni di Gravidanza (IVG), il tasso di abortività in Toscana (7,3 x 1000 nel 2017) continua ad essere più elevato rispetto alla media nazionale (6,5 nel 2016). Si mantiene inoltre costantemente alto il fenomeno delle IVG ripetute (29,5% delle IVG); le straniere presentano proporzioni di IVG ripetute doppie rispetto a quelle italiane.
- Un dato negativo è il riscontro di una preoccupante riduzione della vaccinazione HPV, importante per la prevenzione del tumore della cervice uterina.

Nuovi ruoli e nuovi bisogni

- Le donne hanno acquisito nel tempo nuovi ruoli e nuove responsabilità nella società. Sono progressivamente cambiate le aspettative e i comportamenti rispetto alla sessualità, alla procreazione, alla maternità. Gli aspetti sanitari si intrecciano sempre più con quelli culturali, psicologici e sociali e per poterli cogliere tutti, farsene carico e agire preventivamente, diventa essenziale un approccio multidisciplinare e integrato. Il nuovo assetto del Sistema Sanitario Pubblico Regionale e in particolare delle Società della Salute e delle Zone distretto costituisce un’importante occasione per il rinnovamento e la rivalutazione dei Consultori. L’attività consultoriale valorizza il lavoro in rete di tutti i servizi coinvolti e consente di aumentare, non solo la qualità dell’assistenza, ma anche l’equità.
- Emerge negli ultimi anni la necessità di affrontare in modo organico la sempre più rilevante e complessa problematica del rischio psichico e di quello sociale

durante gravidanza e puerperio a causa dei processi sociali e culturali che si stanno manifestando attraversano nella nostra società.

- Per le donne sembra aumentare l'impegno nella cura di famiglie strutturalmente più fragili, spesso associato ad un'attività lavorativa. Ne consegue un doppio o anche triplo carico, nel caso di assunzione anche del ruolo di caregiver se ci sono familiari affetti da patologie croniche o non autosufficienti. Lo stress psicosociale e lavorativo che ne deriva ha fatto sì che le donne abbiano adottato stili di vita meno salubri e alcune abitudini fino ad ora tipicamente maschili, come fumare. Esistono differenze di genere nella risposta allo stress, agli stati emozionali e nella capacità di gestire situazioni stressanti. È indispensabile promuovere iniziative per favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro, la flessibilità organizzativa e la condivisione tra uomini e donne delle responsabilità nella cura di bambini, anziani e disabili.
- L'occupazione femminile ha risposto alla crisi meglio di quella maschile e si è verificata una progressiva riduzione del divario di genere, ma permangono comunque differenze nelle retribuzioni e nelle progressioni di carriera. La crisi non ha certo migliorato i problemi strutturali dell'occupazione femminile, soprattutto dal punto di vista dell'accesso e della qualità del lavoro. Anche l'incidenza dei NEET è più elevata tra le donne.
- Dato il cambiamento demografico, la menopausa è un fenomeno che interessa una più ampia parte della popolazione femminile e coincide con l'inizio del periodo che riguarda un terzo dell'intero arco vitale. Si tratta di un cambiamento di stato fondamentale nella vita della donna, che coinvolge aspetti fisici e psicologici in grado di influire sul benessere e sulla qualità della vita. Ciò non dipende esclusivamente dal cambiamento ormonale, biologico, ma anche dalla percezione psicologica e culturale dei fenomeni connessi con l'invecchiamento. Si corre spesso il rischio di un approccio che tende a medicalizzare una fase fisiologica della vita trasformandola in un "problema" da contrastare e combattere con ogni mezzo, anche non appropriato. In alcuni casi però davvero c'è la necessità di identificare e proporre interventi preventivi e di cura per affrontare quadri clinici cronici, anche invalidanti, che la menopausa, unitamente ai processi di invecchiamento, può favorire o accelerare, come le malattie cardiovascolari.
- Da considerare la tendenza al sovrappeso e alle patologie osteo-articolari che può accentuarsi in menopausa per alimentazione incongrua e limitata attività fisica.
- Il ricorso delle donne alla medicina integrata in menopausa si colloca fra il 40% e il 70% (Linee guida "Menopausa" 2015, Regione Toscana). Una medicina che integra diverse discipline e metodologie, convenzionali e non, consente infatti un approccio individualizzato e quindi più efficace. In quest'ottica è opportuno quindi che gli ambulatori di medicina complementare toscani, a partire dal trattamento dei disturbi della menopausa, sviluppino specifici progetti *gender oriented*.

- La stabilizzazione delle comunità straniere presenti da tempo nel territorio consente interventi più strutturati da parte delle équipe dei consultori integrate da mediatori culturali. Le donne migranti sono figure strategiche all'interno della comunità, su cui è opportuno investire, anche per la prevenzione del malessere nelle nuove generazioni.
- Si assiste a un incremento delle donne che si rivolgono ai servizi sanitari e ai Centri Anti Violenza (CAV) (X rapporto sulla violenza di genere in Toscana) perché sta aumentando la consapevolezza dei comportamenti violenti subiti e la conoscenza dell'offerta delle reti territoriali che devono però essere rafforzate e integrarsi maggiormente. Carente ancora la presa in carico degli uomini maltrattanti. In questo senso, accanto alle risposte alle doverose istanze di tutela e protezione (Codice Rosa e pronto intervento sociale), il PISSR intende prefigurare e attuare percorsi di superamento dell'emergenza che, a seguito della presa in carico, conseguano obiettivi di reinserimento, **inclusione abitativa e lavorativa**.

Indirizzi a favore della donna . . .

NELLA FAMIGLIA

- Tutelare la salute della donna, elemento strategico in quanto influisce non solo sulla persona stessa, ma in tutto il contesto familiare e sociale.
- Promuovere sani stili di vita e di salute riproduttiva, in particolare tra gli adolescenti e i giovani adulti, e diffondere una cultura della preservazione della fertilità.
- Accompagnare le neo mamme garantendo sicurezza, continuità assistenziale e qualità delle cure in un contesto di supporto alla naturalità dell'evento nascita che permetta alle donne di compiere scelte informate, basate sui propri bisogni e valori.
- Migliorare la capacità di riconoscimento precoce delle difficoltà, delle situazioni di rischio psico-sociale, della depressione *post partum*.
- Implementare i fattori protettivi del benessere psichico con azioni di sostegno e di presa in carico in gravidanza e nei primi mesi di vita del bambino sulla base del profilo di rischio e favorendo positive competenze genitoriali.

NELL'ACCOGLIENZA E INTEGRAZIONE DA ALTRI PAESI

- Definire nei Consultori percorsi assistenziali specifici per la presa in carico delle donne straniere, in particolare per quanto riguarda l'IVG, la contraccezione, il percorso nascita e la cura del bambino/a durante il primo anno di vita, con un approccio culturale che tenga conto dei paesi di provenienza.
- Attuare modelli per la presa in carico sociosanitaria delle donne titolari e/o richiedenti protezione internazionale in particolare situazione di vulnerabilità.

Tali donne, per quanto poche rispetto al totale dei migranti in accoglienza (prevalentemente di sesso maschile), presentano, nella quasi totalità dei casi, vulnerabilità multiple, situazioni familiari e personali complesse e hanno bisogno di un intervento multidisciplinare che coinvolge più servizi del sistema sanitario e sociale territoriale.

NELLA MEDICINA DI GENERE

- Dare valore alle differenze e riconoscere le somiglianze, creando nuovi prototipi di salute che incorporano gli aspetti sociali, per arrivare all'obiettivo dell'equità di cura tra generi.
- Promuovere la ricerca medica e farmacologica che pone attenzione alle differenze biologiche, psicologiche e culturali per capire come curare, diagnosticare e prevenire le malattie comuni ai due sessi, ma che incidono e decorrono diversamente tra generi.
- Integrare trasversalmente specialità e competenze sanitarie applicando il concetto della specificità di genere, tenendo presente che le donne appaiono più svantaggiate e che spesso l'interesse per la salute femminile è focalizzato sugli aspetti più legati alla sfera riproduttiva.
- Affrontare la menopausa in un'ottica interdisciplinare per consentire scelte consapevoli degli stili di vita e interventi differenziati in base al rischio.
- Prevenire le malattie cardiovascolari nelle donne attraverso un approccio personalizzato che identifichi la presenza di fattori di rischio e individui le donne sintomatiche.

NELLA PREVENZIONE E CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

- Applicare le "Linee guida nazionali percorso per le donne che subiscono violenza" (Gazzetta Ufficiale 24 del 30/01/2018 recepimento DPCM 4/11/2017) per garantire adeguata e tempestiva protezione, continuità assistenziale e progetti individualizzati per il percorso di uscita, con il coinvolgimento di tutti gli attori, pubblici e privati, che operano in questo settore e formazione degli operatori.
- Diffondere metodologie e strumenti per individuazione precoce delle situazioni a rischio, in particolare nelle condizioni di vulnerabilità;
- Sviluppare da parte dei Consultori azioni di prevenzione, in particolare nelle coppie di adolescenti, e nel caso di conflittualità familiare;
- Attuare il documento regionale "Raccomandazioni per la prevenzione, sorveglianza e negoziazione delle Mutilazioni Genitali Femminili tra le donne adulte e le minori provenienti dai paesi a rischio", di cui alla Delibera GR n. 619/2016 con rafforzamento della rete dei Consultori dedicati MGF
- Assicurare da parte della rete regionale "Codice Rosa" un positivo e proattivo coinvolgimento delle Reti territoriali, in particolare dei Consultori, dei servizi

sociali e dei Centri Antiviolenza, per un intervento non solo nel momento della constatazione dell'episodio acuto, ma anche nel riconoscimento precoce di situazioni di rischio e nel continuum assistenziale e di recupero psicosociale della donna o persona vittima di violenza".

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.
- Sistema di Sorveglianza Passi. Rapporto regionale 2013/2016.
- Le interruzioni volontarie di gravidanza in Toscana. Serie In Cifre n.16. Ars Toscana. Novembre 2018

Target **(E)**

DEDICATO AI PAZIENTI ONCOLOGICI

Personalizzazione, prossimità, equità e sicurezza delle cure: gli impegni per le persone colpite da tumore

Quanti e quali tumori in toscana

Ogni anno in Toscana sono diagnosticati circa 25mila nuovi tumori (esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma). Secondo i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (anno 2013) i tumori più frequenti sono la mammella (13% di tutte le nuove diagnosi considerando uomini e donne assieme), il colon-retto (13%), il polmone (11%) e la prostata (10%).

Oltre la metà di tutte le nuove diagnosi effettuate nella nostra regione riguardano persone di 70 e più anni di età, poco più di un terzo gli adulti in età 50-69 anni; tra i giovani sotto i 50 anni di età è diagnosticato il restante 10-15% delle patologie oncologiche.

Non tutte le età sono uguali

L'invecchiamento è un fattore determinante nello sviluppo del cancro e infatti l'incidenza (numero delle nuove diagnosi) aumenta in modo evidente con l'età. Per quelle sedi tumorali che hanno picchi di incidenza nelle età più avanzate (ad esempio polmone e stomaco) la frequenza è intorno al centinaio di casi ogni 100.000 persone/anno dopo i 35 anni, mentre dopo i 60 si osserva un netto incremento dell'incidenza, arrivando a superare il migliaio di casi ogni 100.000 persone/anno.

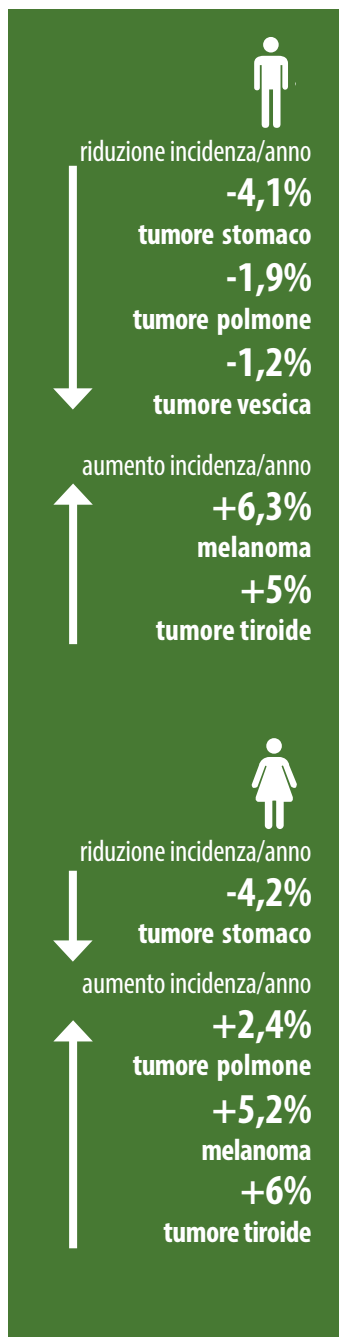


25mila
diagnosi di nuovi tumori
in Toscana ogni anno

tumori più frequenti
mammella 13%
colonretto 13%
polmone 11%
prostata 10%



gli anziani sono
maggiormente
colpiti



Cosa sta cambiando?

Se consideriamo l'andamento dell'incidenza, al netto dell' invecchiamento della popolazione, tra gli uomini osserviamo una riduzione per tutti i tumori (-0,6% ogni anno) mentre tra le donne l'incidenza nel complesso presenta una lieve tendenza all'aumento (+0,6%/anno).

Questa tendenza nei maschi è sostenuta dalla diminuzione marcata del tumore del polmone (-1,9%/anno) e della vescica (-1,2%/anno), per effetto della riduzione del numero di fumatori, ma anche dalla riduzione del tumore dello stomaco (-4,1%/anno) e del colon-retto (1,8%/anno), dopo l'introduzione dei programmi di screening. Due patologie a miglior prognosi, frequenti tra i giovani, sono invece in crescita nel sesso maschile: melanoma (+6,3%/anno) e tiroide (+5,0%/anno); un fenomeno potenzialmente associato con una crescente pressione diagnostica.

Per le donne è in marcata crescita l'incidenza del tumore del polmone (+2,4%/anno), fenomeno verosimilmente associato all'aumento delle donne fumatrici negli anni passati. Sono aumentanti, come nel sesso maschile, anche melanomi cutanei e tumori tiroidei (+5,2% e +6,0% all'anno rispettivamente). L'incidenza del tumore più frequente, il carcinoma mammario, che è aumentata fino ai primi del Duemila è attualmente stabile. L'incidenza del tumore del colon-retto è in riduzione dai primi del Duemila, e anche in questo caso il fenomeno sembra associato all'introduzione dei programmi di screening organizzato. L'incidenza del tumore dello stomaco è in netta riduzione (-4,2%/anno)

Esistono differenze tra aree?

L'incidenza per tutti i tumori è sostanzialmente omogenea tra aree; si osservano solo valori leggermente

superiori nell'Area Vasta Nord Ovest tra gli uomini (+10% rispetto al Centro), nessuna differenza tra le donne.

Le differenze nel sesso maschile sono sostenute principalmente dal tumore del polmone e vescica, ma anche prostata e tiroide.

Quanto si sopravvive?

Tra gli uomini la sopravvivenza per tutti i tumori è in netto aumento (quella a 5 anni è passata da 37% nel periodo 1985-89 a 59% nel periodo 2005-10). Parte di questo miglioramento è legato all'aumento dell'incidenza di alcuni tumori con buona prognosi.

Anche tra le donne la sopravvivenza per tutti i tumori è in netto aumento (a 5 anni da 52% nel periodo 1985-89 a 65% nel periodo 2005-10). I più marcati miglioramenti sono stati osservati nella sopravvivenza per il tumore della mammella (78% alla fine degli anni '80, 90% nel 2005-10) e del colon-retto (48% alla fine degli anni '80, 62% nel 2005-10).

Cosa accadrà domani?

Il numero di nuovi casi attesi per il 2018 è pari circa a 27.000, di cui 14.000 tra gli uomini e 13.000 tra le donne. La stima del numero di casi prevalenti, ovvero del numero dei residenti nella regione Toscana che in passato hanno ricevuto una diagnosi di tumore è di circa 205.000 soggetti, 95.000 uomini e 11.000 donne. Alcuni di questi pazienti stanno effettuando approfondimenti diagnostici, alcuni stanno effettuando terapie specifiche, altri ancora solo esami di follow-up, una piccola parte si trova in una fase finale di malattia. L'insieme dei casi prevalenti è costituito, quindi, da una popolazione eterogenea, con soggetti caratterizzati da bisogni sanitari diversi e da un diverso assorbimento di risorse del sistema regionale.

incidenza
**il numero di nuove
diagnosi per
tutti i tumori è
sostanzialmente
omogeneo tra aree**

sopravvivenza a 5 anni
**per tutti i tumori
in netto aumento**



**da 37% (1985-89)
a 59% (2005-10)**



**da 52% (1985-89)
a 65% (2005-10)**



90%
**sopravvivenza per
tumore della mammella**



27mila
**nuovi casi attesi
per il 2018
(14mila uomini
e 13mila donne)**

Area Vasta	ASL	Incidenza [^]		Prevalenza ^{^^}	
		Uomini	Donne	Uomini	Donne
Centro	3 Pistoia	1.095	1.010	7.385	8.592
	4 Prato	869	815	5.863	6.875
	10 Firenze	864	798	5.861	6.756
	11 Empoli	3.124	2.955	21.260	25.187
		5.948	5.579	40.369	47.410
Nord-Ovest	1 Massa e Carrara	764	718	5160	6.148
	2 Lucca	856	778	5.790	6.632
	5 Pisa	1.253	1.169	8.487	9.933
	6 Livorno	1.362	1.252	9.247	10.710
	12 Viareggio	618	594	4.167	5.073
		4.855	4.513	32.851	38.496
Sud-Est	7 Siena	1.035	951	7.069	8.111
	8 Arezzo	1.306	1.174	8.861	9.988
	9 Grosseto	891	815	6.049	6.978
		3.234	2.941	21.979	25.077
Totale Regione		14.037	13.034	95.199	110.983

[^] RTRT. Stima 2018-2020 ^{^^} RTRT. Stima 2018

La ricerca scientifica in oncologia e le recenti conoscenze genetiche ed epigenetiche, hanno consentito negli ultimi anni un miglioramento della probabilità di poter curare le patologie oncologiche, un prolungamento della sopravvivenza dei pazienti, con un effetto di 'cronicizzazione' di alcune patologie tumorali, che grazie ai farmaci e alle strategie terapeutiche, è associata anche ad una miglior qualità di vita.

Si sta imponendo un nuovo concetto di salute e malattia in ambito oncologico che rende necessario aggiornare le risposte che diamo ai pazienti che vogliono ricominciare a vivere, mettendo in conto tutti gli effetti a lunga durata delle cure sostenute ed il loro impatto sulla vita affettiva e di relazione.

Le scelte regionali sono orientate alla definizione di nuovi modelli organizzativi, con l'obiettivo di garantire l'erogazione delle cure attraverso una rete di servizi, ospedalieri e territoriali, e professionisti coinvolti nei diversi percorsi oncologici. L'obiettivo è quello di assicurare omogeneità nelle scelte, nelle strategie, nei comportamenti e nei risultati, integrando i centri con alti volumi di prestazioni con quelli periferici e producendo così offerte di 'linee diservizio' diversificate nei singoli nodi della rete, ma complete nel suo complesso. La necessità di articolare l'organizzazione della rete oncologica

regionale in singole reti dedicate alle principali patologie scaturisce dalla crescente complessità e specificità dei bisogni sanitari dei pazienti oncologici che richiedono risposte appropriate, interventi efficaci e sicuri e in grado d'influire positivamente sulla qualità della vita.

Le risposte del sistema dovranno sempre più tener conto che più pazienti sopravvivranno tornando alle loro attività, alla loro vita 'normale e questo richiede la definizione di più elevati standard funzionali. Per ottenere ciò è necessario dare sempre più voce ai pazienti, ai loro bisogni, alle loro attese, condividendo, fin dall'inizio, percorsi complessi, tesi a migliorare la qualità della loro vita. Diviene essenziale rafforzare il patto di fiducia medico-paziente, più che mai indispensabile in questo tipo di patologia e attuare concretamente la raccomandazione della legislazione europea, nell'area delle politiche sanitarie, riassumibile nel "Nothing about us, without us" dell'European Cancer Patient Coalition. La qualità della vita dei malati durante e dopo le cure deve diventare una priorità.

E' una presa in carico globale quella che deve accompagnare il paziente oncologico in tutto il percorso di malattia, anche, anzi ancor più, quando la prognosi si rivela infausta. La condivisione delle scelte, in ogni momento del percorso di cura, così come la sua appropriatezza, è ispirata dalla consapevolezza della specificità del singolo paziente e dalla conoscenza dello stadio sua malattia.

Particolarmente importante sono la continuità, la qualità e la coerenza della comunicazione e della relazione con il paziente e la sua famiglia, anche per l'attivazione delle cure palliative precoci e la scelta del miglior setting assistenziale.

La sfida della rete oncologica regionale sarà quella di coniugare umanizzazione, innovazione e sostenibilità e ottenere buoni risultati puntando sulla sinergia tra attenzione ai pazienti, formazione costante del personale, rigore metodologico nella pratica clinica e nella ricerca. La rete intercetta il bisogno laddove si manifesta, "avvolge" il paziente in una organizzazione in grado di modularsi sulla complessità della patologia, mette a disposizione tutte le risorse del sistema: dalle risposte di base, all'alta specializzazione, all'innovazione tecnologica, alla ricerca pre-clinica. Accessi diffusi nel territorio in prossimità della residenza del paziente, percorsi di cura omogenei perché condivisi da tutti gli operatori, organizzazione dei servizi in funzione di volumi adeguati di casistica, expertise professionale e adeguata dotazione tecnologica sono i principi su cui si fonda e si sviluppa la rete oncologica toscana e che producono qualità e sicurezza delle cure, accesso governato all'innovazione quando questa è necessaria ed efficace.

Sapere di avere un cancro comporta in una persona e in quelle che lo circondano un carico emotivo inusuale, che spesso determina il bisogno di cercare ulteriori pareri o valutazioni oltre le prime ricevute. La rete oncologica promuoverà un sistema strutturato di second opinion che attivi i professionisti di riferimento di ciascun settore in caso di particolare complessità o incertezza terapeutica.

Esistono donne e uomini che hanno un rischio aumentato di tumore su base genetica:

occorre in questo campo dare informazioni corrette, evitando allarmismi, ma al contempo individuando i soggetti veramente a rischio, prevedendo per loro programmi di monitoraggio attivi, pubblici e gratuiti.

La sempre maggior conoscenza dei meccanismi molecolari alla base dello sviluppo, della crescita e della diffusione del cancro ha permesso di sviluppare le cosiddette terapie mirate con “farmaci intelligenti” che agiscono in maniera selettiva su alcuni di questi processi cellulari. I farmaci di ultima generazione, la terapia genica consentono strategie d'intervento mirate che consentono di mettere in atto un trattamento “su misura” per il singolo paziente. E' essenziale però che il loro utilizzo nella pratica clinica sia sottoposto a un attento monitoraggio, alla luce del rapporto tra i costi molto elevati e i benefici reali. Da prove d'efficacia emerge inoltre c'è sempre maggiore evidenza di efficacia nel promuovere un approccio integrato, anche adottando scelte terapeutiche non convenzionali ma che consentono miglioramenti significativi nella riduzione degli effetti collaterali e nella qualità della vita e che possono essere utilizzate in tutte le fasi della malattia. Negli ultimi decenni l'evidenza della necessità di integrare tra loro i diversi trattamenti ha modificato la visione dell'intero percorso di cura del paziente oncologico. Con l'approccio multidisciplinare, si sono sviluppate modalità di cura che prevedono l'utilizzo simultaneo di trattamenti diversi, di tecniche di palliazione dei sintomi (terapia del dolore, supporto psicologico, supporto nutrizionale) e di interventi di supporto psicologico.

La prevenzione è un cardine fondamentale della lotta al cancro. Circa il 25% delle neoplasie sono in realtà tumori che potrebbero essere evitati con stili di vita corretti (dal movimento, all'alimentazione, alla lotta al fumo, ad azioni contro i cancerogeni ambientali).

Oggi siamo molto attratti dai nuovi farmaci e dall'innovazione tecnologica, ma in realtà il fattore di prognosi più importante resta ancora l'anticipazione diagnostica. E' necessario quindi promuovere con fortissima determinazione l'estensione dell'adesione agli screening oncologici istituzionali, facilitandone l'accesso alla popolazione più fragile, sostenere l'attuazione omogenea dell'allargamento della fascia di età per lo screening mammografico e valutare se ci sono altri ambiti di potenziamento di screening: modalità innovative per l'approfondimento colonscopico, coniugazione della vaccinazione anti-HPV con lo screening per i cervico-carcinoma, possibilità di uno screening per il tumore polmonare associandolo ad azioni contro il tabagismo. Oltre a ciò, sono richieste azioni incisive di prevenzione primaria. Assistiamo ancora ad una strage di pazienti per tumori evitabili, quelli cioè legati a stili di vita non adeguati, il fumo e fattori ambientali. Sono necessari programmi concreti che a partire dal periodo scolastico che accompagnino i nostri comportamenti, pubblici e privati, per tutta la vita. Agire attraverso la prevenzione primaria e secondaria significa ridurre il carico di patologia oncologica e quindi anche disporre di più risorse per curare i pazienti che devono essere curati.

Il cambiamento epidemiologico della patologia oncologica rende necessario affrontare il tema della vita e della sua qualità, non solo durante, ma anche dopo il cancro. Il termine *“survivor”* (sopravvissuti) richiama, anche da un punto di vista semantico, l'importanza di affrontare queste tematiche che vanno dai diritti sul lavoro, al supporto alle famiglie ad aspetti squisitamente sanitari. Occorre promuovere, strutturare e rendere sempre più fruibili interventi quali la riabilitazione oncologica, la preservazione della fertilità, il trattamento della menopausa da chemio e radioterapia. La rete oncologica, sempre più inclusiva di competenze non strettamente oncologiche e con un ruolo ben definito del medico di medicina generale, deve essere in grado di trasmettere il senso della presa in carico lungo l'intero percorso, superando le criticità dei passaggi e dei momenti diversi di cura. I tempi sono maturi perché tutti gli apporti professionali siano coinvolti nella gestione della patologia oncologica. Il ruolo dei medici di medicina generale è perciò da promuovere per migliorare e mantenere negli anni futuri l'adesione agli screening, la diffusione di buone pratiche e stili di vita corretti, così come diventa sempre più importante la collaborazione tra loro e gli oncologi nella gestione della fase di follow-up del paziente oncologico.

Target (F)

DEDICATO AGLI ANZIANI

“Le rughe della vecchiaia formano le più belle scritte della vita, quelle sulle quali i bambini imparano a leggere i loro sogni (Marc Levy)”. Occuparsi degli anziani e garantire loro un appropriato livello di assistenza è un dovere e un bisogno sociale

Riferimenti epidemiologici

Gli anziani sopra i 65 anni: cambia il ruolo sociale e aumentano le malattie croniche, ma attenzione anche a traumi e cadute.

Attualmente sono circa 960mila gli anziani in Toscana (25%). Si prevede che nel 2020 saranno 954.800 (25,4%) e 1.068.293 (28,2%) nel 2030. I 497.550 anziani over75 diventeranno 503.240 nel 2020 e 560.960 nel 2030. La speranza di vita al compimento del 65° anno d'età nei prossimi 12 anni è prevista in aumento di circa 1 anno in entrambi i generi: tra i maschi dagli attuali 19,4 anni, a 19,7 nel 2020 a 20,4 nel 2030; tra le femmine dagli attuali 22,6 anni a 23 nel 2020, 23,7 nel 2030.

Cresce adesso anche il numero di persone che hanno più di una malattia cronica, caso più frequente nelle donne rispetto ai maschi. Con l'invecchiamento, le donne superano i maschi per aspettativa di vita, ma anche purtroppo per numero e complessità delle malattie. In altre parole, vivono di più, ma in condizioni di salute meno libere da malattia. E questo si osserva un po' ovunque, non solo in Toscana. Di conseguenza, da questa età in poi, cresce molto anche il numero di richieste di visite specialistiche e prescrizioni di farmaci, con grande assorbimento di risorse sanitarie ed economiche.



960mila
anziani in Toscana
saranno 1.068.293 nel 2030



19,4



22,6

speranza di vita
dopo il 65° anno

**128.900****anziani con limitazioni
funzionali**
saranno 145.600 nel 2030**703mila****anziani con almeno 1
patologia cronica**
saranno 798.500 nel 2030**ricoveri**
1 cittadino su 4
ricorre a cure ospedaliere
almeno 1 volta l'anno

Proiettando gli attuali tassi di prevalenza delle limitazioni funzionali sulla popolazione anziana prevista da ISTAT, gli attuali 128.900 anziani con limitazioni funzionali diventeranno 130.540 nel 2020 e 145.600 nel 2030. Gli anziani con almeno una patologia cronica, tra quelle censite da Istat, passeranno dagli attuali 703mila, a 714mila nel 2020 (429mila donne) a 798.500 nel 2030 (473mila donne).

Questa è la fase della vita caratterizzata dal pensionamento e da un relativo cambio di ruolo sociale, ma anche dal maggior tempo a disposizione e dalla nascita dei nipoti. Queste donne e uomini diventano una risorsa importante per le famiglie più giovani, ma sono spesso anche più soli ed hanno più difficoltà a trovare soddisfazione nelle relazioni con gli altri.

Quasi 1 cittadino su 4 deve ricorrere alle cure di un ospedale almeno 1 volta nell'anno: in oltre la metà dei casi si tratta di tumori o di malattie cardiovascolari. Aumentano a questa età un po' tutti i tipi di malattie: le respiratorie croniche, il diabete, i disturbi della funzionalità renale, dell'apparato digerente, del sistema nervoso, come Parkinson e demenze.

Sono frequenti anche i traumi e le cadute che costituiscono a quest'età un grave problema sanitario e sociale. Le fratture del femore e di altri sedi sono favorite anche dall'osteoporosi, a sua volta figlia di una scarsa attività fisica e di un'alimentazione inadeguata nell'età giovanile e adulta. I servizi ortopedici toscani affrontano la frattura del femore degli anziani tradizionalmente con i minori tempi di attesa e con la minore mortalità post-operatoria a livello nazionale.

Come risponde il sistema sociosanitario pubblico rispetto ai bisogni specifici

Occorre migliorare complessivamente lo stato di salute della popolazione anziana, intervenendo in fase preventiva per garantire un invecchiamento attivo e in buona salute e rafforzare, o talvolta ricreare, la rete sociale capace di mantenere al suo interno l'anziano nel suo eventuale passaggio da auto a non autosufficiente. È necessario

implementare e omogeneizzare le azioni dedicate alla non autosufficienza (LR 66/08) per garantire, attraverso il Sistema Sociosanitario pubblico regionale, sia in termini di presa in carico che di accesso ai servizi per la persona non autosufficiente, qualità, tempestività e appropriatezza delle prestazioni riducendo liste di attesa e ricoveri impropri e ripetuti. Deve essere promossa un'ampia e capillare informazione ai familiari e ai caregiver sull'accesso ai servizi dedicati agli anziani attraverso tutti i canali istituzionali e informali possibili, per combattere isolamento, solitudine, disperazione e nascita di nuovi e maggiori bisogni di assistenza sanitaria e sociale per l'intera famiglia.

Nuovi ruoli e nuovi bisogni

- Revisione qualitativa e quantitativa degli obiettivi dei servizi domiciliari e semi-residenziali.
- Garanzia di percorsi innovativi per la residenzialità, mettendo in atto ovunque una programmazione congrua di offerte residenziali "modulari" grazie alla cooperazione tra i soggetti istituzionali (Società della Salute o Zone distretto) e i gestori.
- Rilevazione dei diversi bisogni, sociali e sanitari, riallocando e ridistribuendo azioni e risorse, già oggi disponibili fra ospedale e territorio, rafforzando la rete dei soggetti che operano sul territorio, organizzando la continuità ospedale/territorio e sviluppando la medicina d'iniziativa, per contrastare le potenziali disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione.

IL SUPPORTO ALLA FAMIGLIA NEL LAVORO DI CURA

Lo sforzo che il sistema di welfare pubblico sostiene per i servizi di lunga assistenza si accompagna a quello, sempre prevalente, delle famiglie. In Italia sono oltre 3 milioni i caregiver familiari e circa 830.000 gli assistenti familiari assunti direttamente da anziani e famiglie, una moltitudine di persone che assistono anziani, malati e disabili integrando, o talvolta sostituendo, i servizi formali. In un tale contesto, emergono i temi dell'appropriatezza e dell'equità di accesso e di fruizione delle opportunità di *Long Term Care* (LTC) offerte dal sistema pubblico e il valore sociale ed economico del supporto, assistenziale e finanziario, agli anziani non autosufficienti da parte delle famiglie.

Gli aspetti più evidenti della questione riguardano l'impegno gravoso, e lo stato di disagio che ne deriva, per la persona e i caregiver, la loro necessità di usufruire d'interventi sociosanitari, la possibilità d'investimenti per far sì che la persona non autosufficiente rimanga il più a lungo possibile nel proprio contesto di vita. A ciò si aggiunge per i caregiver la spesso difficile conciliazione tra tempi di cura e di lavoro, specie nelle società europee in cui l'aumento dei tassi di occupazione femminile e il modificarsi della struttura delle famiglie determina una riduzione della disponibilità di risorse di cura informali.

Alla luce di tutto ciò appare chiaro come l'invecchiamento della popolazione sia diventato un tema in primo piano nell'agenda politica, sia a livello internazionale che nazionale. Oggi più che mai, è fondamentale cogliere le opportunità e le sfide di questa trasformazione demografica, rivedendo modelli culturali, sociali ed economici.

L'obiettivo è quello d'individuare le figure chiave e gli interventi più efficaci e sostenerli con investimenti in dotazioni e formazione.

FRAGILITÀ E INVECCHIAMENTO ATTIVO

Per fragilità si intende uno stato di aumentata vulnerabilità ad agenti esterni ed interni, ne consegue una riduzione della riserva fisiologica o addirittura lo scompenso di multipli sistemi fisiologici.

La fragilità è la conseguenza di decrementi fisiologici dovuti all'invecchiamento che si sommano con gli effetti, spesso subclinici, di patologie acute o croniche che interessano differenti organi o sistemi. La fragilità causa un aumentata vulnerabilità ad eventi in grado d'interferire con lo stato di salute amplificandone gli effetti negativi. Le conseguenze sono disabilità, dipendenza, cadute, istituzionalizzazione e morte.

Uno stile di vita sedentario favorisce la comparsa di malattie e l'attività fisica è un fattore chiave di ogni strategia messa in atto risolvere i problemi connessi alla vita sedentaria e all'obesità, sia nell'infanzia che in età adulta. Mantenere, invecchiando, una vita attiva contribuisce alla salute fisica e mentale individuale così come alla coesione sociale e al benessere della comunità. La partecipazione all'attività fisica non si concretizza tuttavia solo attraverso lo sport o l'attività organizzata, ma è influenzata dagli ambienti costruiti, naturali e sociali in cui vivono le persone.

L'obiettivo è quello di sviluppare un sistema di sostegno ai corretti stili di vita, e fra questi, alla pratica motoria. Per farlo occorrono un modello di *empowerment* comunitario e una rete di soggetti in grado di supportare l'autogestione delle condizioni di cronicità già presenti o di sviluppare azioni di prevenzione per chi presenta una condizione di fragilità.

PATOLOGIE CRONICHE, COMORBIDITÀ E USO ECCESSIVO DI FARMACI

Il progressivo invecchiamento della popolazione con più patologie croniche e il rischio di interazioni farmacologiche fra terapie necessarie, richiedono di spostare l'intervento dalla malattia alla globalità della persona e far acquisire stili di vita salutari. In questi soggetti "fragili" trova indicazione anche la medicina integrata, in particolare per gli stati di dolore cronico e per i disturbi dell'umore; situazioni nelle quali efficacia, gradimento dei pazienti, sostenibilità economica e scarsità di effetti collaterali sono apprezzabili.

L'approccio integrato, oltre che ad avere un effetto sul benessere del paziente anziano e sulla sua qualità di vita, può contribuire a ridurre eventuali effetti collaterali della terapia corrente e il numero di farmaci impiegati.

Utili anche, ai fini del benessere psichico e relazionale, le tecniche di movimento e le ginnastiche mediche tradizionali, come ad esempio il Qigong e il Tai chi.

ASSISTENZA CONTINUA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

La LR 66/2008, "Istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza", rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione di un sistema di welfare in grado di migliorare qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, promuovendo l'organizzazione su tutto il territorio regionale di una rete di servizi orientata alla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità e a favorire percorsi assistenziali domiciliari finalizzati ad una vita indipendente.

Il progressivo invecchiamento della popolazione e l'indebolimento della rete sociale impongono d'innovare il modello toscano per garantire equità e rispetto di appropriati livelli essenziali di assistenza, continuando a favorire, ma con rinnovati strumenti, i percorsi domiciliari. L'obiettivo, attraverso una costante manutenzione delle norme regionali e un'attenta programmazione territoriale sociosanitaria dei servizi, è quello di incrementare in termini quantitativi (numero ore assistenza domiciliare e reperibilità h24 del servizio) e qualitativi (sperimentazione di modelli di integrazione pubblico-privato per alcuni servizi sociali di base) le risposte integrate sul territorio. Lo scopo sarà quello di far sì che gli anziani possano vivere in una casa, la propria, oppure attivando nuovi luoghi e modelli di residenzialità. La convergenza dei diversi modelli territoriali dovrà rappresentare l'obiettivo principe e la modalità operativa ordinaria, allo scopo di favorire l'incontro e l'integrazione tra sociale e sanitario, ospedale e territorio, istituzioni e società civile per garantire equità, appropriatezza e sostenibilità.

Tra gli interventi innovativi, il progetto sperimentale "Pronto Badante" garantisce, attraverso soggetti del terzo settore, un'attività di orientamento e sostegno per le famiglie toscane che per la prima volta si trovano ad affrontare l'emergenza di gestire in famiglia un anziano fragile. I positivi risultati conseguiti della sperimentazione consentono di confermare e dare stabilità nel futuro alle azioni intraprese, con una sempre maggiore integrazione coi percorsi volti a favorire la domiciliarità degli anziani.

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

Il sistema di accreditamento delle strutture sociosanitarie destinate a quelle persone anziane che non possono più essere assistite a domicilio, vuol garantire servizi appropriati, sicuri e di qualità. Il cittadino che sceglie una struttura accreditata ha la garanzia di trovare livelli di qualità "ulteriori" rispetto agli standard minimi previsti con i soli percorsi autorizzativi. Le strutture pubbliche e private accreditate, in quanto in grado di garantire requisiti superiori di qualità, sono le uniche che possono intrattenere rapporti contrattuali con il servizio pubblico.

L'obiettivo del sistema di accreditamento è garantire il miglioramento continuo delle

strutture, ridurre le variabilità delle performance assistenziali, facendole conoscere ai cittadini con adeguati e semplici strumenti per la scelta delle strutture (RSA), prevedere percorsi formativi adeguati per il miglioramento professionale degli operatori e delle relazioni tra loro e con tutti i soggetti presenti nelle RSA. È essenziale promuovere una cultura di attenzione agli aspetti psicologico- relazionali connessi all'attività di cura e alla sicurezza dei pazienti anche nell'ambito della LTC.

LA CURA E L'ASSISTENZA DELLE PERSONE CON DEMENZA E IL SOSTEGNO AI FAMILIARI

Le demenze, e la malattia di Alzheimer in modo particolare, sono condizioni generalmente considerate né prevenibili né trattabili, con problematiche del tutto peculiari e che mutano nelle diverse fasi cliniche e funzionali, coinvolgendo la quasi totalità dei servizi presenti nel territorio, anche se in fasi e momenti diversi.

Le demenze dovrebbero essere considerate delle vere e proprie "malattie della famiglia" e riuscire ad intervenire modificando la loro progressione e le loro conseguenze è una delle principali sfide del welfare futuro, che non sarà sostenibile senza il potenziamento della rete sociosanitaria. La demenza, a causa della rilevanza epidemiologica e del fatto che spesso comporta la contemporanea presenza di disturbi cognitivi e comportamentali, crea bisogni personali e familiari, tali da comportare un'estrema difficoltà nell'organizzazione delle risposte sociosanitarie.

Chi è "in prima fila" ogni giorno ad affrontare tali problematiche, ben conosce le carenze organizzative e strutturali del territorio rispetto alla complessità dei bisogni sociosanitari dei pazienti affetti da demenza, ed in particolare il disagio provocato dalla carenza di servizi e di percorsi assistenziali strutturati dedicati a questi soggetti.

L'obiettivo è quello di diversificare le risposte sulla base dei singoli bisogni, rafforzare la rete integrata dei servizi nei territori, procedere ad un'omogenea applicazione dei relativi PTDA, incrementare la sinergia e il rapporto di fiducia tra i diversi attori coinvolti: specialista, MMG, Unità di valutazione multidisciplinare, associazionismo e società civile, caregiver e familiari, promuovendo modelli innovativi di gestione che favoriscano la nascita di luoghi "*Dementia friendly*".

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.
- La banca dati delle malattie croniche. Aggiornamento 2018. Documento Ars n.99. Ars Toscana. Marzo 2018.

Target

DEDICATO ALLE PERSONE CON DISABILITÀ

“ Sostenere e valorizzare la centralità della persona con disabilità, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita finalizzate al raggiungimento e mantenimento della massima autonomia possibile e di una vita indipendente

La tutela dei bisogni delle persone con disabilità rappresenta una delle più rilevanti sfide delle società avanzate. Sostenere e valorizzare la centralità della persona, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita, in una logica diversa dal puro assistenzialismo attuato con l'erogazione delle prestazioni, ma orientata allo sviluppo e al raggiungimento della massima autonomia possibile, della vita indipendente e della personalizzazione degli obiettivi degli interventi socio-sanitari, costituisce una priorità della Regione Toscana. È obiettivo programmatico prioritario la presa in carico della persona con disabilità, mediante la rete integrata dei servizi in collaborazione con tutte le componenti istituzionali coinvolte e il mondo associativo e con la piena partecipazione della persona stessa, tenuto conto anche del rischio evidenziato dall'art. 6 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità che riconosce le donne e le minori con disabilità a rischio di discriminazione multipla (discriminate quindi sia in quanto donne, che in quanto disabili).

Riferimenti epidemiologici

A seguito del cambiamento radicale promosso nel 2001 dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) la disabilità è definita come “la risultante di una relazione complessa tra condizioni di salute, fattori ambientali e personali”.



rete integrata
per la presa in carico della
persona con disabilità



disabilità
la risultante di una
relazione complessa tra
condizioni di salute, fattori
ambientali e personali
(OMS)



numero di casi attesi
170mila
limitazioni funzionali
460mila
>15 anni con
limitazioni della vista
600mila
limitazioni dell'udito
465mila
limitazioni motorie



106.700
indennità
di accompagnamento
erogate nel 2017
di cui
99.500 (80%)
destinate a
invalidi totali

I fattori personali e ambientali possono modificare notevolmente gli esiti di una condizione di disabilità influenzando le limitazioni nella funzionalità e la partecipazione sociale. Dal punto di vista assistenziale lo scopo è avere una visione globale della persona mirando al raggiungimento della massima autonomia possibile, usando un modello assistenziale che preveda una presa in carico continuativa. Con l'indagine campionaria sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 2013, Istat rileva per la Toscana una quota complessiva di 4,8 persone con limitazioni funzionali ogni 100 residenti di 6 anni e oltre. In Italia è il 5,5%. L'incidenza della disabilità in Regione Toscana è minore rispetto alla media nazionale ed è tra le più basse a livello regionale, anche se in leggera crescita rispetto alla rilevazione 2005 (4,5%). In base a queste stime le persone con limitazioni funzionali attese sono circa 170mila, di cui oltre 78mila con problematiche di cosiddetto "confinamento" (condizione estrema in cui si può trovare una persona quando per limitazioni della mobilità o locomozione è costretta permanentemente a casa).

Sempre ISTAT, su dati Eurostat sulle limitazioni nelle funzioni sensoriali e motorie, conferma la migliore situazione toscana rispetto al quadro nazionale e stima sul territorio regionale 460mila persone di età >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).

Un dato a complemento sulla disabilità in Toscana è quello relativo alle indennità di accompagnamento INPS agli invalidi civili totali e parziali. Secondo tale fonte al 2017 sono erogate in Toscana 106.700 indennità di accompagnamento a invalidi totali e parziali, di cui circa 99.500 a invalidi totali. Tra queste ultime, l'80% (80.400) sono destinate ad anziani e il 20% a 0-64enni (19mila). Trattandosi di invalidi totali, dunque di una accezione di disabilità teoricamente più ristretta di quella adottata dall'ISTAT, si può assumere questa come una buona

misura di approssimazione, almeno per le disabilità gravi. Infine, in tema di assistenza: la rilevazione Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari ci dice che al 2015 erano presenti nelle strutture toscane circa 1.400 posti letto per persone con disabilità (62,5 ogni 100.000 residenti contro una media nazionale di 83,5) e quasi 1.600 ospiti con disabilità o disturbi mentali (142 ogni 100.000 adulti 18-64 anni, media Italia 157,6). La rilevazione censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati (4), disponibile soltanto fino al 2014, fornisce dati sulle persone con disabilità in carico al servizio sociale professionale (oltre 14.000), e con assistenza domiciliare socio-assistenziale (oltre 1.600 utenti) e beneficiari del trasporto sociale (servizio utilizzato da oltre 2.800 persone).



Come risponde il sistema sociosanitario ai bisogni delle persone con disabilità

La rete dei servizi sociosanitari deve essere focalizzata sulle specificità e sugli obiettivi specifici nelle varie fasi della vita della persona. Le risposte del sistema devono assicurare la continuità assistenziale e la presa in carico in particolare:

- nel passaggio tra l'età minore, adulta e anziana (medicina di transizione);
- nel raccordo tra i presidi territoriali e le aree specialistiche;
- nell'integrazione tra territorio e ospedale;
- tra i diversi territori, nei casi di trasferimento e nei casi di ricoveri ospedalieri o residenziali.

La valorizzazione dell'autonomia residua della persona disabile e l'inclusione nella società civile si realizza definendo percorsi integrati di presa in carico efficace, superando sovrapposizioni di competenze o di separatezza delle responsabilità e mettendo a disposizione delle équipe multidisciplinari competenti (UVM Disabilità) strumenti e processi valutativi validi e condivisi.

Fondamentale il Progetto di Vita, quale processo dinamico che accompagna la persona lungo il suo ciclo di vita, seguendone il mutare dei bisogni e delle aspirazioni nelle diverse fasce d'età, anche attraverso l'attivazione sperimentale del budget di salute. Significativo è l'impegno della Regione Toscana nel destinare alle persone disabili una quota rilevante delle misure all'interno dell'Asse B "Inclusione Sociale e lotta alla povertà" del POR FSE 2014/2020, per lo svolgimento di percorsi individualizzati di socializzazione e accompagnamento al lavoro.

La sfida del sistema regionale è rappresentata dalla integrazione tra i servizi sociosanitari per una governance efficace degli interventi.

Il sistema integrato dei servizi sociosanitari coniuga sostenibilità degli interventi con efficacia e appropriatezza e mira al pieno rispetto dei Livelli essenziali di assistenza:

- garantire azioni di sostegno all'abitare e di promozione dell'autonomia abitativa, sia in forma diretta che indiretta;
- favorire la de-istituzionalizzazione e facilitare i percorsi alternativi al ricovero in struttura e facilitare la de-istituzionalizzazione;
- inserire in modo strutturato la logica del "durante e dopo di noi", avviata con la L. 112/2016 e già sperimentata dalla Regione Toscana con i progetti presentati nel 2014 (DGR 594/14 all'interno dei percorsi territoriali, garantendo risposte inclusive, appropriate, partecipate e sostenibili);
- promuovere nei diversi contesti assistenziali (residenziale, semi-residenziale e domiciliare) modelli personalizzati orientati alla presa in carico proattiva ed in grado di ottimizzare lo stato funzionale;
- connotare la lungo-assistenza nei servizi residenziali e diurni come un elemento integrativo del percorso di presa in carico; una maggiore articolazione dell'offerta in base alle necessità degli utenti, mutevoli nel tempo e nei diversi momenti di vita, richiede l'integrazione delle competenze del sistema pubblico con quelle messe a disposizione dal sistema privato in particolare no profit;
- incentivare la vita indipendente al fine di migliorare le opportunità di vita e di lavoro dei cittadini;
- assicurare i percorsi sanitari di prevenzione, diagnosi e cura per le persone con disabilità che necessitano di attenzioni particolari per effettuare accertamenti diagnostici e trattamenti in regime di ricovero, attraverso la diffusione e l'estensione delle informazioni sui servizi e strutture che offrono risposte specifiche e prestazioni finalizzate;
- incentivare l'accessibilità e fruibilità degli ambienti, l'uso degli strumenti tecnologici e di comunicazione, finalizzati al miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità, nel contesto abitativo, familiare, scolastico, ludico e sociale.

Altri strumenti, da favorire per potenziare la sinergia delle risposte di un sistema integrato, sono:

- la partecipazione attiva delle persone con disabilità e delle famiglie, il coinvolgimento delle loro organizzazioni, e, più in generale, di tutti i soggetti pubblici e privati che operano a vario titolo nel campo dell'inclusione sociale;
- la co-progettazione pubblico-privato sociale, per trovare un punto di equilibrio tra i bisogni di autonomia delle persone, la capacità progettuale del privato e l'interesse di sostenibilità e di appropriatezza dei percorsi del sistema pubblico.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.
- Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari. ISTAT 2013.
- Accertamenti di invalidità L.104\82. Inps 2017.

Target (H)

DEDICATO AGLI STRANIERI

Accogliere e integrare le persone straniere sul territorio, in una logica di inclusione e coesione sociale, per sostenere percorsi di empowerment individuale e di sviluppo delle comunità

La presenza straniera in Toscana è aumentata in modo esponenziale negli ultimi venti anni e si caratterizza ormai come fenomeno strutturale. Tuttavia l'evoluzione recente mostra una drastica riduzione dei flussi per motivi di lavoro, correlata alla crisi economica, e la crescita dei flussi per motivi umanitari, connessi alle tensioni geopolitiche internazionali e alle situazioni critiche in Nord Africa e Medio Oriente.

Riferimenti epidemiologici

Tali fenomeni sono accompagnati da processi di radicamento ed integrazione della popolazione immigrata attribuibili sia all'incremento dei ricongiungimenti familiari, sia alle nuove nascite (il 28,17% delle nascite nell'ultimo anno si registrano in coppie con almeno un genitore straniero).

Nel 2017 gli stranieri residenti rappresentano quasi l'11% della popolazione (rispetto a una media nazionale di poco superiore all'8%). Sono circa 400.000 nel 2017, saranno quasi 450.000 nel 2020 e raggiungeranno quasi le 600.000 unità nel 2030. A questi – secondo le stime della Fondazione ISMU nel 23° rapporto sulle migrazioni 2017 – si aggiunge la quota delle presenze irregolari che ammonta a circa l'8% del totale dei residenti stranieri e che porta il valore complessivo all'11,5%.



presenza
straniera

**la Toscana è terra
d'immigrazione**



28,17%

**nascite nell'ultimo anno
in coppie con almeno 1
genitore straniero**



400mila
stranieri residenti in
Toscana nel 2017
saranno 600mila nel 2030
di cui
94,3%
provenienti da PFP



60,6%
stranieri residenti
in Toscana <40 anni



7.900
parti da donne
straniere (2016)



in diminuzione
accessi degli
stranieri al PS

Si tratta di una popolazione mediamente molto giovane composta per il 60,6% da cittadini di età inferiore ai 40 anni con solo il 3,7% di over 65enni. Il 94,3% risulta proveniente da paesi a forte pressione migratoria, in particolare Romania, Albania, Repubblica popolare cinese e Marocco.

Rispetto al tema della relazione tra salute e migrazioni dobbiamo precisare che ad oggi non sono disponibili dati sanitari specifici sui richiedenti protezione internazionale e protezione umanitaria. Pertanto, quando parliamo di popolazione straniera ci riferiamo soprattutto a cittadini stranieri residenti, o comunque maggiormente stabili, che per “effetto di acculturazione” adottano stili di vita simili a quelli della popolazione autoctona.

Il numero di parti da donne straniere in Toscana, nel 2016, dopo una leggera flessione nel triennio precedente, è nuovamente in aumento, con 7.900 parti. Ormai, anche a seguito della continua diminuzione dei parti delle donne italiane, raggiunge il 28,9% del totale.

In linea con la lieve riduzione complessiva degli accessi in Pronto soccorso, diminuiscono anche quelli della popolazione straniera: da 368 accessi ogni 1.000 residenti stranieri nel 2016 a 359 nel 2017. Valore che comunque continua ad essere superiore a quello dei cittadini italiani (341 accessi ogni per 1.000). Per il confronto si utilizzano ovviamente assi standardizzati per età.

La tendenza s’inverte quando analizziamo i ricoveri ospedalieri che nella popolazione straniera diminuiscono tra 2016 e 2017 da 102,2 a 92,8 ogni 1.000 residenti stranieri mentre fra gli italiani passano da 129,5 a 131,4 per 1000. La giovane età della popolazione straniera sicuramente influisce. Fra gli stranieri, infatti, la principale causa di ricovero continua a essere il parto o le complicanze della gravidanza che mostrano, comunque, una significativa diminuzione passando dal 20,6 del 2016 a 16,9 per 1.000 residenti stranieri nel 2017. In diminuzione anche i ricoveri per malattie

del sistema circolatorio (11,1*1.000 residenti stranieri) e per tumore (8,8*1.000 residenti stranieri).

La discrepanza di utilizzo fra Pronto Soccorso e ricovero costituisce un'inappropriatezza generata probabilmente da pratiche comunemente adottate nei paesi di origine e dalle difficoltà di comprendere ed usare accessi a cure diverse, come quelle ambulatoriali, ad esempio.

Il numero di ricoveri per malattie infettive e parassitarie è stabile (2,4*1.000 residenti stranieri), ma la popolazione straniera è più interessata da alcune forme infettive quali l'HIV e l'infezione tubercolare.

Secondo quanto emerge dal Sistema Informativo per le malattie infettive, nel 2016 il tasso di infezione tubercolare interessa 45,2 persone ogni 100.000 residenti stranieri (negli italiani è il 2,1*100.000). I soggetti stranieri a cui è stata diagnosticata una infezione da HIV rappresentano il 26,8% del totale con un tasso di notifica più di tre volte superiore a quello degli italiani (Registro regionale HIV e AIDS - anno 2016).

Nella consapevolezza che le condizioni di vita e di lavoro possono esporre i cittadini stranieri a rischi sanitari maggiori, è facile supporre che vi siano differenze in termini di mortalità. Tuttavia, i dati relativi al periodo 2001-2014 non confermano tale ipotesi, mostrando un andamento molto simile fra le due popolazioni, con valori più elevati a carico degli stranieri soltanto negli anni 2004-2008. Due i fenomeni possibili chiamati in causa per una possibile interpretazione: il primo, il ritorno al paese di origine quando le loro condizioni di salute peggiorano; il secondo, il limite dei sistemi informativi quando si fa riferimento alla popolazione immigrata non residente.



ricoveri
**il parto è la principale
causa per gli stranieri**



utilizzo improprio
**difficoltà a comprendere il
percorso ambulatoriale**



26,8%
**diagnosi infezione da HIV
in pazienti stranieri**



infezione tubercolare
**interessa 45,2 stranieri
ogni 100mila residenti**

La rete dei servizi per le persone straniere

Per quanto concerne la rete dei servizi territoriali, l'obiettivo di rappresentare il complesso delle politiche regionali di intervento, specificamente rivolte alle persone straniere, corrisponde in primo luogo all'esigenza di adeguare il quadro programmatico di settore alle novità stabilite dalla Legge regionale 31 marzo 2017 n. 15 che ha introdotto un principio di coordinamento con la programmazione sociosanitaria integrata¹.

Lo scopo è superare la frammentazione degli interventi e favorire l'incontro tra persone straniere e cittadini, società e istituzioni guardando alla presenza delle persone straniere sul territorio come ad un fenomeno complesso, articolato e strutturale, e vincendo la tentazione di identificarne i tratti principali unicamente nella prospettiva dell'accoglienza.

La scelta di concentrare l'attenzione sul complesso dei bisogni cui corrispondere e delle opportunità da promuovere in relazione alle diverse tipologie di comunità straniere piuttosto che sul binomio migranti/vulnerabili e correlate azioni di "soccorso", significa non limitarsi a guardare allo straniero come "migrante" che necessita di "essere aiutato" e "assistito", ma – al contrario – guardare ai bisogni della comunità territoriale nella sua globalità, considerando ciascuno dei suoi membri non tanto come potenziale portatore di bisogno, quanto di valore.

Nel modello regionale di welfare, questi principi si traducono in azioni che sostengono la coesione sociale e il lavoro di comunità, animando percorsi e relazioni positive tra persone a rischio di esclusione sociale o maggiormente vulnerabili e il contesto sociale e territoriale "accogliente", con la stessa logica promozionale e di *empowerment* utilizzata nei programmi d'inclusione sociale e di contrasto alla povertà.

Gli interventi rivolti alle persone straniere si caratterizzano in prestazioni e servizi specifici che, in ottica preventiva e promozionale, rispondono ai bisogni complessi dei destinatari e costruiscono le modalità d'accesso e presa in carico della popolazione migrante, a prescindere dallo status giuridico, da parte del Sistema Sanitario Pubblico Regionale:

- sistema di accoglienza per richiedenti asilo/titolari protezione internazionale;

¹ Art. 6 bis della Legge regionale 9 giugno 2009, n. 29 "Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana": Il piano di indirizzo integrato per le politiche sull'immigrazione, attuativo del Programma regionale di sviluppo (PRS) 2011-2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale 22 febbraio 2012, n. 20, è prorogato fino all'approvazione del Piano sanitario sociale integrato regionale (PSSIR) attuativo del PRS 2016-2020, che definisce indirizzi ed obiettivi con riferimento alle seguenti politiche di intervento a favore dei cittadini stranieri: a) accesso al sistema integrato per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale; b) diritto alla salute con particolare riferimento ai soggetti vulnerabili; c) interventi per i minori non accompagnati; d) interventi contro la tratta e lo sfruttamento; e) interventi a favore dei detenuti.

- rete territoriale per la formazione civico-linguistica;
- servizi di mediazione linguistico-culturale;
- rete territoriale servizi di informazione e orientamento;
- rete territoriale anti-discriminazione;
- sistema di interventi per la protezione e il reinserimento sociale vittime tratta e grave sfruttamento e per motivi sessuali e lavorativi;
- rete territoriale per accesso e presa in carico richiedenti asilo e titolari di protezione al Sistema Sanitario Pubblico Regionale;
- azioni mirate alla tutela della salute mentale dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psicosanitaria.

La presenza strutturale dei migranti e la significatività del profilo femminile (53,6%) in Toscana richiama, l'attenzione verso i bisogni di salute, fisica e mentale, di questi soggetti, secondo un approccio alle cure integrale che miri ad affrontare le molteplici criticità che ancora emergono e che variano a seconda del profilo giuridico e sociale della persona migrante come descritto nel "target dedicato alle donne".

Anche nei confronti degli stranieri regolarmente residenti e quindi con la prospettiva d'invecchiare nel nostro paese, occorre concentrarsi sugli aspetti di prevenzione della cronicità. E' una sfida che può essere vinta e un contributo importante alla sostenibilità futura del SSR collaborando con le associazioni e le comunità rappresentative dei soggetti migranti, e introducendo nuovi profili di competenza, quali gli Educatori di Salute di Comunità, che contemplano insieme aspetti della mediazione culturale e del care management.

Negli ultimi anni la domanda di salute per cittadini stranieri si è dovuta confrontare anche con i richiedenti protezione internazionale. Le criticità neanche in questo caso sono legate alla diffusione di malattie infettive importanti, ma alle conseguenze psicofisiche del viaggio e dei traumi subiti.

Per queste persone, tempestività, omogeneità e certezza delle prime visite mediche all'arrivo nel territorio e un'efficace ed efficiente presa in carico sul lungo periodo, nell'ambito del sistema delle Cure Primarie, sono obiettivi del SSR.

La definizione di un sistema di presa in carico e sorveglianza dei rischi di salute per queste persone, impone il coinvolgimento e l'attivazione organizzata non solo dei servizi sanitari territoriali ma anche dei soggetti gestori delle strutture di prima accoglienza.

Responsabilizzare e rafforzare la capacità di intercettare i bisogni di salute dei propri ospiti, sono i prerequisiti per qualificare le strutture di accoglienza. L'obiettivo generale è infatti quello di contribuire ai processi di integrazione e alla possibilità di un progetto di vita per la popolazione migrante che presenta, per le sue condizioni di vulnerabilità, una maggior rischio di sviluppare alcune patologie, in particolare, quelle riguardanti la salute mentale.

La cooperazione sanitaria internazionale

La Regione Toscana considera la salute un motore di sviluppo del contesto globale e partecipa alle sfide di salute che attendono tutti i paesi, sia con il tradizionale sforzo nell'aiuto allo sviluppo verso paesi terzi, sia con l'inclusione dei migranti nel nostro territorio.

Con la istituzione del Centro di Salute Globale (CSG), i presso l'AOU Meyer, che si configura come struttura di coordinamento a carattere regionale in materia di salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti (LR n. 84 del 2015), la Regione Toscana vuole affrontare in maniera integrata gli argomenti Migrazione e Cooperazione in un'ottica di diritti e di accesso universale a servizi sanitari di qualità al fine di favorire equità, solidarietà e inclusione sociale.

Da più di 10 anni la Toscana sostiene progetti di cooperazione sanitaria in diverse aree del mondo, coinvolgendo gli attori del proprio SSR, gli enti locali, le università toscane e la società civile, comprese le comunità di migranti presenti sul nostro territorio, un prezioso alleato nell'indirizzarne le progettualità.

Il binomio sviluppo e migrazione è una delle principali variabili sulla quale si fonda la costruzione del mondo futuro. Occuparsi di salute globale significa orientare il servizio sanitario verso una maggiore giustizia sociale.

È in quest'ottica che il CSG stabilisce partnership e alleanze con le istituzioni internazionali, nazionali e locali impegnate su queste tematiche e garantisce la presenza costante e qualificata del servizio sanitario toscano nelle sedi europee ed internazionali che operano nel settore dello sviluppo e della migrazione.

Per il periodo di vigenza del piano verranno sviluppate le seguenti azioni:

1. Ricerca e sviluppo di modelli e metodi di monitoraggio e valutazione più efficaci per la misurazione dell'impatto delle azioni realizzate per assicurare il diritto alla salute nei paesi a risorse limitate.
2. Elaborazione di una nuova rappresentazione delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale alla luce dei nuovi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile che metta al centro la creazione e la condivisione di valori e principi, con il coinvolgimento della popolazione migrante presente nel nostro territorio.
3. Rafforzamento delle conoscenze e potenziamento delle capacità istituzionali di pianificazione e gestione (human and institutional capacity building) per promuovere innovazione, sviluppo e trasferimento tecnologico garantendo partecipazione, coinvolgimento e responsabilizzazione sociale (ownership) nei Paesi partner.
4. Promozione di un nuovo approccio strategico per una "migrazione sostenibile" che parta dal diritto alla salute come premessa di sviluppo, in coerenza con i programmi di cooperazione internazionale.

Fonti utilizzate nel capitolo

- Profilo sociale regionale, anno 2016. Analisi della situazione sociale in Toscana: strumenti per la programmazione sociale e sociosanitaria. Regione Toscana, Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Welfare e Sport, Osservatorio sociale regionale; in collaborazione con ANCI Toscana, 2017.
- Primo rapporto di monitoraggio sulle politiche dell'immigrazione in Toscana: accoglienza, integrazione e cooperazione. Regione Toscana, Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Governance e Programmazione del Sistema Integrato dei Servizi Sociali, Osservatorio sociale regionale; Fabio Bracci [et al.]. Firenze: Regione Toscana, 2015.
- Welfare e salute in Toscana 2017.

Target ①

DEDICATO AI LAVORATORI

“La salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro non è assenza di infortunio, ma la realizzazione di una realtà lavorativa nella quale il lavoratore possa lavorare in sicurezza, senza contrarre malattie da lavoro ed avere occasioni per migliorare il suo stato di salute” (definizione OMS)

Riferimenti epidemiologici

Gli interventi per la salute dei lavoratori e per la sicurezza nei luoghi di lavoro sono costituiti dall'insieme delle misure preventive e protettive da adottare per la salute, la sicurezza e il benessere dei lavoratori, in modo da evitare o minimizzare i rischi connessi all'attività lavorativa, riducendo o eliminando gli infortuni e le malattie professionali.

Nel 2016 le denunce di infortunio sul lavoro sono state 46.058, di cui l' 82,2% in occasione di lavoro il 17,8% per eventi avvenuti in itinere. Il 67,3% (31.016) degli infortuni è stato indennizzato: 26.064 (84%) sono relativi a infortuni in occasione di lavoro mentre 4.952 (16%) a infortuni avvenuti *in itinere*.

A partire dall'inizio della serie di dati disponibili, cioè dal 2000, si assiste ad un calo tendenziale che viene confermato da un'ulteriore diminuzione del 25% nell'ultimo quinquennio.

Gli infortuni in occasione di lavoro (accaduti in orario di lavoro) denunciati e quelli indennizzati si riducono all'incirca nella medesima proporzione, circa il 25%, mentre risulta più accentuata la riduzione di quelli in itinere (accaduti nel percorsocasa-lavoro) tra gli



46.058

denunce di infortunio
sul lavoro (2016)



-25%

riduzione infortuni
negli ultimi 5 anni



presenteismo
**tendenza a rientrare
al lavoro prima di aver
raggiunto la completa
guarigione**



25.363
accessi al PS per
incidente sul lavoro
(2017)



ricoveri ospedalieri
solo il 2%
necessita di un
ricovero



434
ospedalizzazioni per
incidente sul lavoro con
diagnosi di dimissione
traumatica effettuate da
residenti (2017)

indennizzati (rispettivamente il 30% verso l'11%). Complessivamente, attingendo anche ad altre fonti informative, si può affermare che il rischio infortunistico da lavoro si sta riducendo, ma che gli anni di vita persi per mortalità precoce (gli infortuni mortali) o vissuti con deficit funzionali (gli infortuni più gravi con invalidità permanenti) mostrano maggiori difficoltà a ridursi. Se ciò possa essere dovuto anche a fenomeni di "presenteismo", cioè la tendenza a rientrare al lavoro prima ancora di aver raggiunto la completa guarigione, o addirittura di mancata denuncia nel caso di eventi più leggeri non è possibile saperlo. Servirà particolare attenzione per monitorare questi fenomeni nel prossimo futuro, anche nella prospettiva che si sta affacciando di una ripresa dell'economia.

Nel 2017 ci sono stati 25.363 accessi ai Pronto Soccorso (PS) per traumi da incidenti sul lavoro di residenti toscani di età 15-67 anni, corrispondenti a circa l'8,5% di tutti gli accessi traumatici. L'andamento degli accessi è in lieve aumento dal 2010 al 2017, passando da 946 a 1.028 accessi per 100mila ab. Numericamente le stime ci dicono che gli accessi al PS rimarranno stabili tra il 2020 e il 2030, intorno ai 53.000 per anno. L'età media all'accesso è di 44 anni, lievemente più elevata per le femmine (46 anni) rispetto ai maschi (43 anni). Le diagnosi più frequenti sono "contusioni agli arti inferiori e superiori", "ferite delle dita della mano", "distorsioni e distrazioni della caviglia". Il numero di accessi da parte dei maschi nel 2017 è stato il 67,6% del totale. Il 92,9% dei soggetti che accedono ai PS in seguito a un incidente sul lavoro torna direttamente a domicilio mentre solo il 2% necessita di un ricovero ospedaliero. Il 5,1% residuo è composto da un alveo di risposte che vanno dalla "dimissione volontaria", "rifiuta il ricovero" e "paziente abbandona il ps durante gli accertamenti o prima della visita medica".

Nel 2017 le ospedalizzazioni per incidenti traumatici sul lavoro sono state 434 per i residenti in Toscana di età 15-67 anni, con un tasso grezzo di 17,6 per 100mila abitanti, in diminuzione del 6,4% rispetto al 2016. L'età media dei ricoverati è di 47 anni (F: 49 anni; M: 46 anni), i maschi hanno effettuato l'80% dei ricoveri. I decessi per infortunio sul lavoro si mantengono complessivamente stabili, con un picco nel 2015, quando però si verificarono circostanze eccezionali anche a livello nazionale.



Le azioni che il SSR promuove a favore di tutti i lavoratori

Le scelte per favorire la salute dei lavoratori convergono sulla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. In tale ottica è necessario individuare i settori di maggiore rischio per i lavoratori, con particolare riferimento alle situazioni emergenti nell'evoluzione del mercato del lavoro.

In coerenza con l'approccio del Piano Nazionale per la Prevenzione, si continua a sviluppare un'attività multiprofessionale di analisi dei flussi informativi su Infortuni e Malattie da lavoro nei vari ambiti e settori di attività, al fine di individuare le relative incidenze e i rischi prevalenti e particolari (lavori ad alto rischio, sostanze pericolose, impatto delle tecnologie ecc.). Sulla base di tali analisi si pianificano quelli interventi che abbiano evidenza di efficacia. Inoltre, sui luoghi di lavoro devono essere favorite le iniziative per la promozione della salute, secondo la filosofia del *Workplace Health Promotion*.

Il sistema sanitario e sociale integrato regionale promuove a favore di tutti i lavoratori:

- il potenziamento della sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro;
- il potenziamento della condivisione delle conoscenze sui rischi per la salute e la sicurezza e l'adozione delle buone pratiche per la loro prevenzione;
- la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali attraverso azioni mirate e concordate con gli attori del sistema (sindacati, associazioni datoriali, organismi di vigilanza, etc.), secondo quanto previsto anche dai nuovi LEA;
- la promozione e lo sviluppo del coordinamento inter-istituzionale di tutte le Autorità competenti in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, per migliorare l'efficacia delle attività di controllo;
- la completa attuazione e lo sviluppo dei progetti speciali regionali già attivi, come quelli sulla sicurezza nella lavorazione del marmo o per le imprese cinesi o per la sorveglianza degli ex esposti ad amianto, e di quelli che saranno nel tempo

individuati;

- la completa attuazione e lo sviluppo dei progetti del Piano Regionale per la Prevenzione che agiscono trasversalmente per setting ed età per migliorare la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro;
- la lotta alle disuguaglianze e alle discriminazioni di genere ed etniche;
- il potenziamento della diffusione della cultura della prevenzione nelle scuole utilizzando gli strumenti mutuati dalla promozione della salute (sviluppo delle tecniche di peer education, potenziamento degli skill, ecc.);
- la promozione di metodologie e strumenti per la valutazione dell'efficacia della formazione professionale;
- il miglioramento della capacità comunicativa e dell'empowerment dei lavoratori più giovani per partecipare attivamente alle dinamiche aziendali e adeguarsi ai veloci cambiamenti delle esperienze lavorative, nella consapevolezza dei propri diritti e dei propri doveri per la sicurezza nei luoghi di lavoro;
- lo sviluppo della sorveglianza sanitaria da parte del Medico competente, attraverso l'utilizzo di strumenti scientificamente riconosciuti per il monitoraggio della capacità funzionale di lavoro in relazione all'invecchiamento (ad esempio, i questionari per il calcolo del *Work Ability Index*);
- la promozione della salute nei luoghi di lavoro anche con politiche del personale e di organizzazione del lavoro basate sull'età anagrafica dei lavoratori (age management) e sui diversi bisogni e caratteristiche degli stessi (diversity management, smart working);
- lo sviluppo di programmi per la promozione di corretti stili di vita e di programmi per il miglioramento della conciliazione vita-lavoro.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.

Target

DEDICATO ALLE POPOLAZIONI RESIDENTI NELLE AREE INTERNE E INSULARI

“ La fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione della Regione Toscana deve essere garantita in maniera equa ed universalistica a prescindere dalla sua collocazione geografica ”

Il Sistema Sanitario Pubblico Regionale garantisce l'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari a tutti i cittadini in relazione ai bisogni rilevati, anche in territori che per le loro caratteristiche geografiche vengono considerati disagiati e che, come tali, possono creare una discriminazione nella fruizione dei servizi.

Le problematiche legate alle aree interne ed insulari nel corso degli anni sono state oggetto di particolare attenzione nei documenti di programmazione sociosanitaria della Regione Toscana individuando alcuni obiettivi generali:

- il miglioramento della fruibilità e dell'accesso ai servizi, specie per la popolazione anziana;
- l'uso, ove possibile, di servizi di telemedicina;
- la valorizzazione delle risorse professionali che operano nelle specificità geografiche;
- il potenziamento dei servizi di emergenza e urgenza;
- lo sviluppo dell'informazione e comunicazione verso l'utenza;
- la definizione di percorsi assistenziali specifici per particolari patologie e/o categorie di soggetti;
- il potenziamento delle strutture e delle dotazioni tecnologiche degli ospedali;
- il rafforzamento della continuità ospedale- territorio.

Occorre consolidare e sistematizzare gli interventi sinora attuati per evitare migrazioni a scopo sanitario verso comuni e zone limitrofe, così come politiche in ambito sociale per erogare risorse e servizi anche in territori più isolati, attraverso la messa a regime di modelli organizzativi innovativi efficaci e sostenibili. In tal senso, il “Progetto pilota

per l'Ottimizzazione dell'Assistenza sanitaria nelle Isole Minori e località caratterizzate da difficoltà di accesso" approvato dalla Conferenza Stato Regioni nel 2015 costituisce un riferimento condiviso a livello nazionale che pone le basi per l'avvio di progettualità regionali specifiche.

A tali territori devono essere destinate specifiche misure di pianificazione dei servizi che rispondano alla domanda di salute della popolazione residente nelle isole minori e nelle aree interne e montane rinforzando la capacità di accoglienza e tenendo conto delle variazioni di presenze correlate ai flussi turistici.

Nel disegno e nell'attuazione di tali misure avranno un ruolo determinante le tecnologie dell'informazione e comunicazione dove l'ICT potrà concretamente segnare una svolta di efficacia ed efficienza.

Le aree in cui occorre in particolare implementare modelli di risposta innovativi, sono:

- le reti tempo dipendenti;
- la rete della cronicità;
- la rete oncologica.

Ulteriore potenzialità di utilizzo delle soluzioni innovative digitali è nella promozione di iniziative di comunità a supporto dell'invecchiamento sano e attivo sviluppando strumenti per l'autovalutazione dei comportamenti e lo stimolo all'attività fisica individuale e di gruppo.

La costruzione e conseguente messa a sistema di modelli organizzativi fondati su soluzioni innovative richiedono azioni che prevedano anche, qualora non altrimenti possibile, l'individuazione e l'impiego di strumenti organizzativi e normativi in deroga a quanto vigente in materia di impiego di risorse umane ed organizzative, sia sotto forma di meccanismi incentivanti, sia sotto forma di strumenti di facilitazione alla presenza ed alla permanenza delle figure professionali in questi territori.

La rete della cronicità

In particolare l'aumento delle patologie croniche e le fragilità legate agli alti indici di vecchiaia e alle condizioni di isolamento sociale legato, con l'indebolimento progressivo del tessuto sociale, incide sensibilmente sulla domanda di servizi, appropriati e non appropriati.

Le azioni strategiche e di maggior impegno sono rappresentate dal potenziamento delle risposte domiciliari, sanitarie, assistenziali e di tutela, dallo sviluppo dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali della cronicità e rimodulazione della rete per la risposta alla non autosufficienza.

Tale attività dono dirette a persone con gravi stati clinici, perdita dell'autonomia, non autosufficienti che necessitano di programmi assistenziali costruiti in modo integrato all'interno della rete sociosanitaria, coinvolgendo più operatori, più enti e la rete delle soggettività sociali presenti.

Il rafforzamento dei sevizi socio-sanitari territoriali e la revisione della rete ospedaliera devono essere orientati ad un approccio di prossimità, basato sulla semplificazione e prestazioni a minor complessità, che determini un minor costo senza gravare sul livello dei servizi resi, anzi avvicinandolo alle reali necessità, e che sia in grado di orientare alla salute e non al consumismo della sanità a cui invece è propenso il paziente.

La **medicina di iniziativa** deve saper offrire una risposta "territoriale" organizzata, che, iniziando prima dell'insorgenza della malattia o prima della sua manifestazione o del suo aggravamento, possano curarla nel corso degli anni, rallentarne l'evoluzione e ridurne le complicanze.

La strategia per una rinnovata gestione della cronicità, sia in termini preventivi sia in termini di risposte cliniche ed assistenziali a cittadini affetti da malattie croniche si fonda sulla valorizzazione della capacità di presa in carico dei team di cure primarie (nella forma minimale della diade MMG ed infermieri di famiglia e comunità) che possano avvalersi di una filiera di servizi e setting assistenziali organizzati a livello di prossimità:

- **risposte specialistiche** previste nell'ambito dei PDTAS, organizzate ed erogate a livello delle *case della salute* così come degli *ambulatori ospedalieri*;
- valorizzazione ed evoluzione delle **botteghe della salute** quali sedi di erogazione delle cure da parte del team di base, avvalendosi anche di servizi di televisita o teleconsulto;
- posti letto di **cure intermedie / ospedali di comunità** a gestione della medicina generale in collaborazione con medici internisti / geriatri, al fine di assicurare:
 1. alla dimissione ospedaliera la necessaria fase di stabilizzazione clinica e terapeutica, il massimo recupero funzionale e l'organizzazione delle risposte a livello domiciliare con il coinvolgimento della rete sociale;
 2. in ingresso dal domicilio nei casi di possibile riacutizzazione clinica, scompenso assistenziale o nuova diagnosi.

I posti letto di cure intermedie / ospedali di comunità trovano naturale collocazione nelle aree interne anche nell'ambito del presidio ospedaliero o per i livelli di complessità minore anche nelle strutture RSA per anziani diffuse nei territori. In questo senso occorre prevedere in questi setting anche posti letto a gestione della rete delle cure palliative, anche al di fuori di strutture di Hospice.

- Il **rafforzamento delle risposte domiciliari** di presa in carico. Nelle aree interne infatti la casa in cui gli anziani si trovano a vivere è spesso una casa grande progressivamente svuotata e talora obsoleta per il progressivo abbandono

generazionale. L'abitazione (ed il suo inserimento nel contesto urbano circostante) va dunque valorizzata come strumento fondamentale per preservare i diritti di cittadinanza, anche dell'anziano. Continuare a vivere in casa e nel proprio tessuto sociale, costituisce uno stimolo continuo al mantenimento dell'autonomia, prevenendo elementi di accelerazione dell'isolamento, del senso di inutilità, di depressione, fattori che favoriscono il decadimento senile.

- Per questo motivo occorre sviluppare modelli di presa in carico e di supporto alla popolazione anziana, centrato sul ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità (IFC) inserendolo nel team multi professionale quale valido aiuto per sostenere le numerose istanze assistenziali, gestire e monitorare le necessità e limitare gli accessi impropri al pronto soccorso e assicurarsi un riferimento certo per l'organizzazione delle cure nella comunità.

Ruolo degli ospedali di prossimità

Nonostante la definizione dei percorsi della cronicità veda uno spostamento del baricentro assistenziale del paziente in maniera massima sull'organizzazione territoriale, il più possibile vicino al luogo di abituale residenza dei pazienti, il ruolo della rete ospedaliera continua a rimanere fondamentale anche se sicuramente ricondotto ad una forte integrazione con la rete territoriale.

Con il PSSIR 2012-2015 è stata confermata l'Area Vasta come l'ambito in cui si sviluppa l'organizzazione della rete ospedaliera e specialistica (integrazione ospedale/università/territorio, équipe specialistiche di Area Vasta che si muovono sul territorio) con un percorso che inizia "in prossimità" e si snoda dove sono garantite qualità e sicurezza secondo i concetti di soglie e volumi di attività e utilizzo ottimale delle strutture e delle tecnologie. I Piani di Area Vasta hanno definito la rete ospedaliera al cui interno sono previsti gli ospedali di prossimità.

In questa fase si stanno ridefinendo le funzionalità di questa tipologia di stabilimento ospedaliero in una logica di pianificazione integrata ospedale - territorio dei servizi coerenti con la necessità di soddisfare i bisogni sociosanitari primari in prossimità del cittadino.

L'analisi dei volumi reali, l'attenzione alle potenzialità e alle vocazioni dei singoli nodi della rete e la standardizzazione delle migliori pratiche assistenziali consentono la costruzione di una "**rete strutturata**" in grado di garantire maggiore equità di accesso e risposte qualificate ed adeguate al bisogno indipendentemente dal punto di ingresso.

Nella "rete ospedaliera organizzata" i bacini di utenza verranno ad essere strutturati secondo un modello dinamico di organizzazione in rete degli ospedali, che, guardando

alle funzioni e non strettamente agli edifici, permette il superamento di una rigida classificazione dei presidi. Con la strutturazione di un modello definito “a rete” quindi le funzioni, non più solo strettamente legate al livello dell'edificio ospedaliero, si intersecano garantendo livelli assistenziali a complessità differenziata nell'ambito della rete, con percorsi che si attivano in prossimità del cittadino e possono avere il loro riferimento organizzativo in presidi a maggiore complessità.

In questo senso il ruolo dei singoli presidi e stabilimenti di cura vengono definiti nell'ambito della realizzazione dei percorsi di cura in una logica “a rete” in modo da assicurare un quadro coerente con gli obiettivi individuati di qualificazione delle attività, in particolare per l'attività chirurgica e l'apporto delle specialistiche mediche, negli **ospedali di prossimità** e di concentrazione della casistica nelle sedi che assicurano i volumi previsti dalla normativa regionale e nazionale, garantendo il rispetto dei criteri per costruzione della rete dell'Emergenza Urgenza.

Negli ospedali di prossimità deve essere assicurata *in primis* un'adeguata **risposta all'urgenza**, con la presenza di PS nelle aree interne e insulari, e alle principali problematiche di salute in area medica internistica che non richiedono specifico *expertise* o tecnologie avanzate. Per le risposte specialistiche è da realizzare una interazione stretta tra le UUOO specialistiche degli ospedali di primo livello e dell'AO, secondo una pianificazione definita a livello aziendale e di AV, in modo da assicurare un elevato livello di qualità delle cure per determinate tipologie di problematiche specialistiche all'interno di percorsi codificati rivolti in particolare alla cronicità, evitando una mobilità non necessaria.

Negli ospedali di prossimità verrà implementato il modello di **attività chirurgica programmata in regime ambulatoriale** in modo da garantire livelli di sicurezza e qualità adeguati.

Un presupposto per la realizzare di una rete reale ed efficace che consenta agili e costanti contatti tra i diversi servizi è costituito dalla **telemedicina** grazie alla attivazione della rete di teleconsulto diagnostico specialistico, telerefertazione di esami strumentali, televisita e telemonitoraggio del trattamento.

La ridefinizione delle funzioni strategiche del presidio ospedaliero di piccole dimensioni deve prevedere il rinforzo del ruolo della degenza di Medicina generale per acuti e, come già anticipato, la riconversione di posti letto specialità chirurgiche in **posti letto di cure intermedie**, configurati a prevalente assistenza infermieristica come per l'ospedale di comunità, con presa in carico del medico di medicina generale. In tal modo si viene a ridefinire anche il ruolo dei piccoli ospedali come strutture modulari che svolgono funzione di incontro/integrazione tra territorio e ospedale. Nella rimodulazione dell'offerta e riconversione dei servizi in una logica di prossimità per una popolazione che deve gestire in prossimità del proprio domicilio i problemi

legati alla cronicità trova deve trovare la strutturazione di Hospice, di servizi per la palliazione e per la gestione dei percorsi di fine vita.

Sempre nell'ottica di riqualificazione dei piccoli ospedali un grosso spazio definizione della rete complanare e luogo di erogazione di prestazioni specialistiche di 2 livello e del **DAY SERVICE**. Nell'ambito dell'offerta per *outpatient* devono inoltre essere garantiti **servizi oncologici** per l'erogazione della **chemioterapia**.

Target (M)

DEDICATO ALLE PERSONE DETENUTE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

“ **Garantire il diritto alla salute e all’inclusione sociale a tutti i cittadini anche nei luoghi di limitazione della libertà senza distinzione di provenienza o di condizione di malattia** ”

Riferimenti epidemiologici

La Toscana è una regione con un’alta presenza di Istituti Penitenziari essendone presenti sul territorio 18 di cui 2 per detenuti minorenni. La presenza media di detenuti è circa 3.300 e la popolazione è composta prevalentemente da uomini (96%) con età media inferiore a quella della popolazione libera (detenuti: 40,6 anni; popolazione libera: 52,9 anni); in Toscana la percentuale di detenuti stranieri (48,4%) è sensibilmente superiore alla media nazionale, dove rappresentano il 34% del totale.

La popolazione carceraria è caratterizzata da:

- molteplice appartenenza etno-culturale;
- differenze linguistiche;
- scarse conoscenze sanitarie;
- povertà non solo materiale ma anche in termini culturali e di strumenti/risorse personali;
- scarsa considerazione del proprio corpo e del proprio benessere;
- basso livello di alfabetizzazione;
- carente attenzione alle basilari norme di prevenzione.

Il consumo di tabacco è molto elevato fra i detenuti, circa il 70% dei presenti con un consumo medio di oltre



3.300
numero medio
di persone detenute
in Toscana

96%
percentuale di uomini
detenuti in Toscana
(48,4% stranieri)



70%
detenuti che
fumano almeno 20
sigarette al giorno



58%

**detenuti affetti
da almeno 1 patologia
38,5% disturbi psichiatrici
16,2% malattie infettive**



**prevalenza disturbi
sist. circolatorio (15,5%)
e diabete (12,1%)**



30%

**detenuti con tossico-
alcoldipendenza**



**fenomeni di auto-
lesionismo e suicidi
in riduzione:
8 tentativi ogni
1.000 detenuti
(38 ogni 1.000 nel 2009)**

20 sigarette giornaliere. Obesità e sovrappeso sono condizioni molto frequenti: circa il 13% dei detenuti è obeso e il 40% in sovrappeso. La lunga permanenza in cella (in media 16 ore) e la carenza di attività fisica organizzata può spiegare in parte tali prevalenze.

Circa il 58% dei detenuti è affetto da almeno una patologia. I disturbi psichiatrici, incluse le condizioni di tossicodipendenza, continuano a rappresentare il primo gruppo diagnostico (38,5%), seguiti dalle malattie infettive e parassitarie (16,2%).

In crescita la prevalenza (15,5%) dei disturbi del sistema circolatorio (ipertensione e cardiopatia ischemica) e del diabete (12,1%).

Circa il 30% delle persone detenute presentano problemi di tossico-alcoldipendenza; le sostanze più utilizzate sono eroina (36,2%), cocaina (22,8%) e alcol (20%).

I tentativi di suicidio e gli atti di autolesionismo agiti in ambito penitenziario sono uno dei fenomeni maggiormente tenuti sotto attenta osservazione in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria. Nel corso degli anni il lavoro svolto ha prodotto risultati importanti con una riduzione significativa della loro incidenza. Oggi registriamo 8 tentativi di suicidio ogni 1.000 detenuti rispetto ai 38 nel 2009 nonostante che le condizioni igienico/strutturali degli istituti presentino numerose carenze che talora rendono difficile anche il lavoro delle equipe sanitarie.

Ad oggi il personale sanitario operante negli istituti penitenziari ammonta a 386 unità di cui 174 medici, 1\49 infermieri, 23 psicologi e 40 unità tra personale tecnico e ausiliario.

Sono state circa 65.000 le prestazioni sanitarie specialistiche erogate ai detenuti nell'anno 2017.

Le azioni per migliorare l'assistenza all'interno degli istituti penitenziari

Nel corso degli anni sono stati numerosi i provvedimenti e le linee di indirizzo emanate in ambito sanitario penitenziario dalla Regione così come gli accordi e i protocolli siglati tra la Regione, il Ministero della Giustizia e il Provveditorato regionale

dell'Amministrazione Penitenziaria. Ciò ha reso possibile, già da prima del passaggio alla sanità penitenziaria, avvenuto nel 2008, il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione detenuta, ha contribuito a diminuire il problema del sovraffollamento, ha incrementato il numero delle persone con misure alternative alla detenzione e con percorsi sociosanitari ambulatoriali e residenziali e ha aumentato le possibilità di inserimento socio- lavorativo, favorendolo con percorsi d'istruzione di ogni grado, anche universitaria.

Nell'ambito dell'ampio cambiamento della sanità penitenziaria, occorre rafforzare l'approccio di salute d' iniziativa, assicurando non soltanto accessibilità alle prestazioni sanitarie ma lavorando attivamente per ridurre l'impatto degli stili di vita insalubri, così diffusi tra detenuti, e riconoscendo quelle condizioni di rischio di malattia che possono trovare anche nel carcere adeguate cure, come ad esempio la condizione degli HCV positivi.

Sarà un obiettivo prioritario anche lo sviluppo sistematico di servizi di telemedicina, al fine di facilitare l'accessibilità ai servizi, portando le competenze specialistiche negli istituti penitenziari con più facilità, conciliando le esigenze di sicurezza e sostenibilità economica.

I servizi sanitari devono comunque inserirsi nella costruzione di percorsi, sia per i minori che per gli adulti, che da un lato consentano un'esecuzione della pena orientata al recupero e al reinserimento sociale del detenuto e dall'altro creino le condizioni per sostenere e rendere autonome le persone sottoposte a misure penali, in cui spesso alla fragilità di tipo sociale, economica e culturale si somma allo stigma derivante dal coinvolgimento nel circuito penale.

Si procederà pertanto a rafforzare la collaborazione e l'integrazione tra Aziende USL, Comuni e Amministrazione Penitenziaria, con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, e gli Enti del Terzo settore, per sostenere misure alternative alla detenzione, favorire e implementare i percorsi formativi per i detenuti e implementare i percorsi di inserimento socio-lavorativo.

Particolare attenzione sarà data poi al completamento e rafforzamento della rete regionale di servizi, che coinvolgendo soprattutto i Dipartimenti di Salute mentale, siano finalizzati alla presa in carico in percorsi terapeutico-riabilitativi dei pazienti psichiatrici autori di reato, assicurando il collegamento tra i Dipartimenti di Salute mentale, le strutture residenziali territoriali e la REMS e favorendo il coinvolgimento e la sinergia con i competenti Organi dell'Autorità Giudiziaria.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.
- La salute dei detenuti in Toscana a 10 anni dalla Riforma. I risultati della IV rilevazione del 2018. Serie In Cifre n.14. Ars Toscana. Maggio 2018.

Target (N)

DEDICATO A TUTTI I CITTADINI

“ **La salute di tutti i cittadini è garantita dall’impegno delle istituzioni che assicurano servizi sanitari efficienti ed appropriati e dall’impegno personale di ciascuno, adottando corretti stili di vita** ”

I toscani sembrano godere di buona salute a giudicare dalla durata della vita, che assicura a chi nasce oggi in Toscana di arrivare a più di 85 anni, se femmina e a 81, se maschio. Un’attesa di vita tra le più alte in Italia, che a sua volta ha l’attesa di vita tra le più alte del mondo, ed ancora oggi in aumento. Negli anni ’60 si sono guadagnati anni di vita soprattutto con la diminuzione della mortalità infantile e giovanile, mentre dagli anni ’80 con quella negli anziani. La buona notizia è che la maggioranza degli anni di vita guadagnati sono vissuti in buona salute. Da tempo sappiamo che quasi tutto dipende da corretti stili di vita, ambiente sano, e servizi sanitari che funzionano.

Gli indicatori sanitari ci dicono che la salute dei toscani è buona, spesso migliore di quella dei loro connazionali. Si registra la riduzione della mortalità prematura, cioè prima dei 65 anni, e della mortalità evitabile e questo fenomeno è ascrivibile agli interventi di prevenzione e cure tempestive che il SSR sembra assicurare, trasferendo i benefici delle innovazioni della medicina, come nuovi farmaci e cure attente contro ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, trombosi, tumori e un po’ tutte le malattie croniche, insieme a trapianti, interventi sulle coronarie, protesi ortopediche, interventi chirurgici più mirati e meno invasivi.

Il Servizio Sanitario Regionale garantisce in modo universale cure e prevenzione, è il cardine del welfare



attesa di vita
tra le più alte
in aumento



salute dei toscani
è buona e
in miglioramento



riduzione
mortalità prematura
mortalità evitabile
con interventi di
prevenzione e cure
tempestive



SSR
i giudizi dei cittadini
sono positivi



nascite
in continua riduzione



anziani non
autosufficienti
in aumento

e della coesione sociale, dimostrando di non lasciare soli i cittadini con problemi, come è continuato a succedere anche durante la recente profonda crisi economica i cui effetti stiamo ancora subendo.

Secondo gli indicatori misurati, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione sostenuti dal sistema sanitario toscano sono quasi costantemente al di sopra o in linea con gli standard nazionali, spesso ai vertici dei livelli internazionali, a volte con vere e proprie eccellenze. I giudizi dei cittadini toscani che hanno avuto esperienze dirette del servizio sanitario sono in larga maggioranza positivi o molto positivi.

In una cornice complessivamente soddisfacente si riscontrano anche alcuni elementi di criticità su cui intervenire in futuro: la continua riduzione delle nascite, che contribuisce ad un aumento del numero di anziani non autosufficienti, che avranno sempre più bisogno di assistenza continua, a fronte di risorse decrescenti. Questo è un problema globale e la soluzione è un nuovo modo di fare prevenzione e cura. Le nuove tecnologie informatiche e sanitarie, insieme atteggiamenti di cura più orientati ad aggredire in tempo le cronicità, saranno la soluzione più adeguata ai crescenti bisogni della popolazione che invecchia.

Il sistema sociosanitario integrato deve essere in grado di operare per agevolare le azioni e gli stili di vita che promuovono salute e per garantire l'accesso di tutti i cittadini a cure e servizi appropriati ed efficaci. Ridurre la domanda di prestazioni per malattie evitabili e per interventi inappropriati consente di aumentare la salute delle persone e di sostenere il sistema sanitario nello specifico ed il sistema di welfare, in senso lato. In tal senso, verrà avviato l'intervento di accorpamento degli applicativi per la gestione del territorio, già in uso presso le ASL della Regione Toscana, al fine di razionalizzare l'infrastruttura, consentire l'omogeneizzazione dei processi socio-sanitari in collegamento tramite un'unica piattaforma con tutte le amministrazioni coinvolte nonché al soddisfacimento del debito informativo regionale ministeriale.

La salute mentale

I dati epidemiologici correnti indicano come occorra ampliare le partnership comunitarie per costruire e sviluppare adeguati servizi di salute mentale per far fronte alla crescita il bisogno da parte di soggetti che presentano sintomi di disturbi emotivi comuni (ansia, depressione, sindromi subcliniche).

Questo significa agire lungo due linee direttrici. Da un lato, è importante coinvolgere gli utenti, i loro familiari e le realtà associative interessate nella riflessione sull'organizzazione dei servizi, nella definizione delle finalità e degli obiettivi dei servizi di salute mentale e nella valutazione delle azioni e degli interventi in salute mentale. Dall'altro, è altrettanto fondamentale interloquire con gli Enti locali e le altre istituzioni per coinvolgerli in strategie territoriali che favoriscano la difesa e la promozione della salute mentale individuale e collettiva e per promuovere una cultura della difesa e della promozione della salute mentale nelle azioni che quegli enti e quelle istituzioni portano avanti.

La base concettuale ed operativa a partire dalla quale muoversi lungo le suddette direttrici è costituita dalla cornice giuridica dei diritti democratici riconosciuti e garantiti costituzionalmente e, più in generale, dei diritti umani. È importante sottolineare come le evidenze scientifiche riconoscano nell'assenza o nella violazione dei diritti umani una condizione fondamentale di decadenza della salute mentale, e della salute *tout court*, delle popolazioni.

Alla luce di quanto sopra, le azioni prioritarie da sviluppare in vigenza del presente piano sono le seguenti:

- Introduzione della metodologia del budget di salute quale strumento attraverso cui promuovere la partecipazione degli utenti alla definizione del proprio percorso di cura nella prospettiva della *recovery* e a supporto dell'integrazione degli interventi sanitari e sociali individuati nei **Progetti Individuali Personalizzati e riferiti anche all'abitare supprotato e all'inclusione lavorativa**.
- Promuovere la costruzione di ambienti fisici e contesti sociali e culturali abilitanti, come ad esempio quelli costituiti dalle migliori esperienze di fattoria sociale o dalle esperienze di *green care* e *health landscape*.
- Sviluppare PDTAS **integrati tra servizi di salute mentale e le cure primarie** per favorire la diagnosi e il trattamento tempestivo ed efficace dei disturbi così detti comuni, come la depressione e l'ansia.
- Sostenere le esperienze dell'auto mutuo aiuto e del protagonismo del cittadino utente anche ai fini della valutazione e miglioramento dei servizi.

L'empowerment del cittadino

Tutte le scelte pubbliche devono favorire la salute e il benessere dei cittadini, anche attraverso azioni efficaci di promozione della salute e prevenzione delle malattie.

Concetti centrali e largamente diffusi sono quelli delle *life skills*, dell'*empowerment* dei singoli, conquistare il massimo potenziale di salute richiede di essere in grado di conoscere i fattori determinanti di salute, adottando sani stili di vita.

L'educazione alle *life skills* (capacità personali e sociali per rapportarsi con fiducia ed in modo competente con se stessi e con la comunità in generale), genera la motivazione a prendersi cura, efficacemente, di sé e dell'altro, promuovendo un percorso formativo fondamentale in tutti gli ambiti della vita di ognuno di noi, contribuendo a creare il senso di autoefficacia indispensabile per poter contrastare i comportamenti a rischio. Attraverso l'addestramento alle *life skills* è possibile agire su un numero elevato di fattori protettivi nei confronti delle condizioni di vulnerabilità. Attraverso l'*empowerment* (processo che può essere sociale, culturale, psicologico o politico, individuale e di comunità) gli individui e i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale ed intraprendere azioni che consentano loro di soddisfare tali bisogni. In questo modo gli individui riescono a percepire una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi di vita e il modo in cui raggiungerli, ma anche una correlazione tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti.

L'approccio personalizzato e la relazione fra pari, tipica dell'approccio integrato, contribuisce a sostenere l'*empowerment* del cittadino e le sue scelte in materia di salute che, anche tramite l'adozione di stili di vita salutari funzionali a una visione di benessere a 360°, ne rafforzano la resilienza.

All'interno di questa visione sistemica, interdisciplinare e sostanzialmente moderna della salute, anche le discipline del benessere e bionaturali normate dalla LR 2/2005, dato il loro valore di prevenzione e di promozione della salute, sono una risorsa da tenere in considerazione per rafforzare i percorsi di *empowerment* del cittadino e il suo protagonismo per migliorare salute e qualità di vita personale, con ricadute positive anche sulla salute dell'ambiente. Queste discipline possono pertanto affiancare progetti a sostegno dell'invecchiamento attivo della popolazione nell'ambito dell'attività fisica adattata (AFA) e delle azioni della sanità d'iniziativa.

Un approccio integrato che si pone come obiettivo l'intervento sui principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili più comuni, di importanza epidemiologica e di impatto sulla sanità pubblica, risulta un investimento per ridurre nel lungo periodo il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società ma anche un modo per agire direttamente sulle condizioni di vita dei singoli cittadini seguendo un'alimentazione corretta, svolgendo attività fisica regolare, smettendo di fumare e limitando il consumo di alcol: Regione Toscana lavora ormai da anni su questi 4 fattori con il programma Guadagnare Salute.

In questo modo la promozione della salute mira soprattutto a raggiungere l'eguaglianza nelle condizioni di salute. Il suo intervento si prefigge di ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale della salute, offrendo a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute possibile. Questo comprende un saldo

radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria salute. Le azioni da sviluppare nel triennio vedi "Target dedicato ai giovani".

Il tema delle liste d'attesa

Il giudizio sulla qualità e la responsività del servizio sanitario regionale è fortemente influenzato dalla percezione di quanto sia garantito un tempestivo accesso alle prestazioni sanitarie. Le liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, cliniche o diagnostiche o chirurgiche sono oggetto di particolare attenzione da parte dei media e della collettività.

L'obiettivo in questo campo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, riducendo l'inappropriatezza e garantendo a tutti i cittadini i servizi e le prestazioni ad elevato valore. Ad oggi, la mancanza di una gestione unitaria della rete dell'offerta, sia pubblica che privata, determina difficoltà nella risposta alla domanda espressa e il ritardo nell'analisi strutturata dei fabbisogni, è stato uno degli elementi di maggior debolezza nella ricerca di efficienza e coordinamento della fase erogativa delle prestazioni specialistiche nelle aziende sanitarie. Occorre superare la logica della compartimentazione e operare all'interno dell'intero sistema della domanda e dell'offerta con una gestione unitaria delle attività ambulatoriali e di quelle erogate in regime di ospedalizzazione, considerandole quali componenti di un unico sistema che condivide le stesse logiche e le stesse risorse.

L'implementazione di nuove competenze e di approcci gestionali avanzati mediante la gestione operativa è la strada intrapresa a livello regionale che nel suo potenziamento e sviluppo ulteriore consentirà di affrontare in modo adeguato e attuale la necessità di dare risposta nei tempi e modi appropriati alla domanda di prestazioni sanitarie.

È compito delle aziende sanitarie perseguire l'utilizzo efficiente delle risorse umane, strumentali e logistiche nei diversi setting di erogazione delle prestazioni con una modalità ben strutturata di gestione dell'intero processo, dalla fase di definizione dei livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni da assicurare sulla base dell'analisi della domanda (Piano di offerta specialistica aziendale) fino alla programmazione e alla gestione operativa degli spazi e delle tecnologie presenti nella rete dei servizi aziendali. Un elemento che può aggiungere valore all'offerta di prestazioni e quindi al governo delle liste di attesa è se, parallelamente all'efficientamento della produzione, si adottano oculati criteri sia di appropriatezza clinica sia di priorità temporale, identificandoli con la collaborazione di tutti gli attori, sia i prescrittori sia i cittadini.

Solo con questa modalità si consente una presa in carico dei pazienti tempestiva e di adeguato valore clinico, sia in ambito di prestazioni di primo accesso, relative alla definizione o ad un approfondimento diagnostico sia in ambito di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei protocolli diagnostici terapeutici definiti nei PDTA.

La costruzione di protocolli clinico-assistenziali, l'identificazione e l'esplicitazione del fabbisogno di prestazioni per la fase di diagnosi e di follow-up, l'organizzazione della fase erogativa per pacchetti di prestazioni o secondo la modalità di Day Service, la certezza della prenotabilità della prestazione prescritta rappresentano criteri irrinunciabili nell'organizzazione erogativa delle reti cliniche e dei servizi specialistici regionali.

La salute in tutte le politiche

Da molti anni in Toscana la sanità lavora in modo integrato con i sindacati, gli imprenditori, l'associazionismo e soprattutto gli amministratori locali per garantire ambienti sani, alimenti salubri e lavoro sicuro.

Agricoltura e zootecnia di qualità, attività produttive attente alla sicurezza sul lavoro, rispetto dell'ambiente, servizi che offrono sicurezza sulle strade, disponibilità di acqua potabile di qualità per tutti, sono solo alcuni degli esempi in cui la prevenzione garantisce salute alla collettività e che nel corso degli anni è migliorata grazie allo sviluppo tecnologico e al modificarsi dei comportamenti. Se uno strumento cardine resta l'attività di vigilanza, evolutasi profondamente nel corso degli ultimi 10 anni, trovano tuttavia sempre più spazio le attività di assistenza, comunicazione e supporto alla formazione.

Per il prossimo triennio gli obiettivi da perseguire sono:

- Implementazione e completamento della realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione: attualmente in fase di conclusione il Piano 2014-2018 (rimodulato per il 2018 e prorogato al 2019). A livello nazionale è in fase di avvio l'elaborazione del nuovo Piano di durata quinquennale.
- Adeguamento dell'attività dei servizi Veterinari e di Sicurezza alimentare per l'attuazione dei nuovi Regolamenti Comunitari ed agli aggiornamenti del Piano Nazionale Integrato; sviluppo della sorveglianza epidemiologica in ambito di igiene degli alimenti e sanità pubblica veterinaria, nell'ottica della prevenzione delle malattie correlate con l'alimentazione e delle zoonosi, del miglioramento della salute animale e del benessere animale e della sorveglianza dell'utilizzo dei farmaci ad uso veterinario nell'ambito del Piano Nazionale di Contrasto all'antimicrobico-resistenza:
 - Reg. (UE) 2017/625 relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuate per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari ...entrerà in vigore il 14/12/2019;
 - Reg. (UE) 2016/429 relativo alle malattie animali trasmissibili, già in vigore, sarà applicato a partire dal 21 aprile 2021.
- La vita sociale e politica della Toscana si è sempre caratterizzata per una forte presenza di animali d'affezione. Lo Statuto della Regione riconosce tra le finalità (art. 4 comma L) "...la promozione della cultura del rispetto per gli animali..." La

concretizzazione delle azioni a sostegno di questa finalità si è realizzata con un articolato corpo normativo, oggetto di periodiche revisioni che ha portato ad un ottimo controllo del randagismo. Ma con circa 3.000 morsicature e aggressioni annue, il cui rischio infettivo è praticamente nullo ma che genera allarme sociale in quanto il cane viene frainteso quale mezzo di offesa o prepotenza con giudizio di insicurezza verso le istituzioni, impone di rivedere i protocolli di profilassi antirabbica previsti per Legge e, attraverso la promozione di un corretto rapporto uomo animale, valorizzare la valutazione predittiva del cane condotto in modo inadeguato, con susseguenti azioni di tipo formativo, integrate da azioni di vigilanza e controllo sanitario.

- Sviluppo del sistema integrato dei laboratori per la prevenzione della Toscana per assicurare servizi adeguati rispetto all'evoluzione delle strategie di prevenzione regionali
- Sviluppo di programmi regionali per assicurare la sicurezza chimica negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso l'attuazione dei regolamenti europei (REACH, CLP, Biocidi) e della normativa nazionale (ad esempio fitosanitari, cosmetici).
- Sviluppo di azioni per il miglioramento della sicurezza delle abitazioni, per la prevenzione degli eventi infortunistici e il miglioramento della salubrità degli ambienti di vita, attraverso la promozione di regolamenti urbanistici ed edilizi mirati alla sostenibilità ambientale.
- Potenziamento delle azioni regionali finalizzate alla promozione della salute e della cultura della sicurezza per tutte le fasce di età ed in tutti i luoghi (comunità, scuola, lavoro, servizi sanitari), programmate sulla base delle evidenze di efficacia e orientante alla riduzione delle disuguaglianze, ed integrate con le attività delle strutture del Servizio Sanitario Regionale, in primis con la Medicina generale, in coerenza con la visione regionale della sanità di iniziativa.
- Sviluppo dei sistemi di sorveglianza epidemiologica regionale nell'ottica del miglioramento della conoscenza e dell'interpretazione dei fenomeni, con particolare riferimento agli stili di vita ed alla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

La prevenzione

Mantenersi in salute attraverso la prevenzione è positivo per l'individuo ma anche per la comunità, portando a un alleggerimento degli oneri sociali ed economici legati allo stato di malattia.

Per ottenere questo vi deve essere un impegno della collettività e della persona: è la strategia propugnata dall'OMS ormai da anni della "salute in tutte le politiche" e dell'*empowerment* dei cittadini.

Inoltre per svolgere efficacemente le attività di prevenzione è fondamentale che i decisori e gli operatori della sanità pubblica abbiano a disposizione i dati riguardanti la salute e le abitudini della popolazione raccolti dalle specifiche sorveglianze, mentre per la scelta

delle strategie si utilizzano i criteri dell'*Evidence Based Prevention*, promuovendo solo ciò che è realmente efficace.

Ambiente e salute

L'esposizione alle sostanze nocive presenti nell'aria, nell'acqua, nel suolo o negli alimenti rappresenta un importante determinante di salute ed il nesso tra ambiente e salute è da tempo all'attenzione del dibattito politico e scientifico nazionale ed internazionale. In generale, la necessità di fronteggiare le sfide presentate dalla carenza delle risorse naturali, dal deterioramento dei sistemi ambientali e dei cambiamenti climatici, rende la sostenibilità ambientale uno dei criteri principali nella scelta delle priorità.

La rete di monitoraggio regionale della qualità dell'aria mostra per il 2017 valori delle medie annuali di PM10 pressoché stabili rispetto a quanto osservato negli anni più recenti. Il limite normativo di 40 µg/m³ è rispettato in tutte le stazioni ma i valori medi annuali sono superiori alle linee guida dell'Organizzazione mondiale di sanità (20 µg/m³), sia nelle stazioni di fondo che di traffico. Anche per il PM2.5 i valori nel 2017 sono stabili rispetto al passato: il limite normativo di 25 µg/m³ risulta rispettato in tutte le stazioni, mentre il valore di 10 µg/m³ raccomandato dell'OMS è superato in 13 stazioni su 15, come era accaduto anche nel 2016. I dati del 2017 confermano la criticità del fattore traffico sui livelli di il biossido di azoto (NO₂). Come per gli anni passati anche nel 2017 i valori di ozono superano nell'80% delle stazioni di monitoraggio sia il limite normativo per la protezione della salute umana che quello per la protezione della vegetazione. Autorevoli revisioni sulle evidenze relative agli impatti sulla salute da inquinamento atmosferico hanno evidenziato rischi per la salute umana (sia effetti a breve sia a lungo termine, compresi effetti di tipo oncogeno) per livelli di PM2,5 e PM10 inferiori a quelli degli standard attuali di qualità dell'aria, tanto che l'OMS ne ha raccomandati altri largamente inferiori. Nel 2016 la IARC ha inoltre classificato l'inquinamento atmosferico esterno come "cancerogeno certo per l'uomo" (Gruppo 1) per il tumore al polmone. Da ciò emerge la necessità che i livelli per il PM2,5 e il PM10 raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità siano perseguiti ovunque, sia nelle aree regionali che non presentano sforamenti sia in quelle che presentano i pochi e limitati sforamenti registrati degli standard attuali.

Relativamente alla produzione di rifiuti urbani anche nel 2016 la Toscana, con 616 kg per abitante, conferma il secondo posto nel panorama nazionale rispetto ad una media italiana di 497 kg. La raccolta differenziata nel 2016 si attesta in Toscana al 51,1% (media nazionale: 52,5%), quindi ancora lontana dagli obiettivi fissati dall'UE e dal Piano Rifiuti della regione Toscana che prevede di raggiungere il 70% entro il 2020. Anche per quanto riguarda la percentuale di conferimento in discarica sul totale dei rifiuti urbani la Toscana presenta un livello superiore alla media nazionale (31% in Toscana e 24,7% in Italia. I dati dell'ARPAT 2013-2015 sulla qualità delle acque superficiali riportano che nel 49% dei punti monitorati lo stato chimico è classificato al livello "buono". Relativamente allo

stato ecologico il 64% dei siti risulta in stato inferiore al buono. Per le acque destinate alla potabilizzazione, i monitoraggi dei periodi 2013-2015 e 2014- 2016 confermano i dati negativi degli anni precedenti. Dal 2004 nessun corpo idrico ha raggiunto la classificazione A1 (qualità buona) e nell'ultimo triennio più del 70% è classificato come A3 o SubA3, ovvero categorie che richiedono interventi più consistenti per la potabilizzazione.

La tutela delle matrici acqua, aria e suolo, le politiche sulla gestione dei rifiuti, la prevenzione dalle esposizioni ad agenti fisici e chimici, il contrasto alle produzioni clima alteranti, la qualità degli interventi in edilizia, costituiscono una necessità di sviluppo delle politiche intersettoriali e un'opportunità d' integrazione tra gli obiettivi di salute e di sostenibilità delle attività umane.

Per rispondere alle criticità ambientali la regione Toscana si è dotata di un Coordinamento regionale per la gestione degli aspetti sanitari in tema di ambiente e salute, istituito con Decreto n. 2040 del 27/02/2017, come previsto dalla Delibera n. 1252 del 05/12/2016 "Attuazione progetto n. 46 del Piano Regionale per la Prevenzione. Indirizzi operativi in materia di ambiente e salute". Tale Coordinamento è costituito da referenti dei Settori competenti per la Prevenzione della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana, delle tre Aziende USL toscane, da un referente della UO Epidemiologia di un'Azienda USL in rappresentanza delle analoghe strutture presenti nelle Aziende USL toscane, e dai referenti dell'Agenzia Regionale di Sanità, dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ex ISPO), e del CNR – Istituto Fisiologia Clinica. Il Coordinamento prevede come invitati permanenti un referente del Dipartimento di Medicina generale di ciascuna azienda USL toscana (in fase di nomina) e si avvale della collaborazione dei LSP, di IZS, di ARPAT, e di altri enti eventualmente interessati, sulla base di specifiche esigenze.

Le funzioni del Coordinamento sono le seguenti:

- analisi delle criticità territoriali e riesame delle strategie regionali in tema di ambiente e salute nell'ottica dell'appropriatezza e dell'omogeneità degli interventi, coordinamento delle attività riguardanti la realizzazione del progetto n. 46 del Piano Regionale per la Prevenzione;
- coordinamento e indirizzo delle attività riguardanti la gestione, limitatamente agli aspetti sanitari, dei procedimenti VIA, VAS, AIA e AUA, e di altri procedimenti che richiedono l'espressione di parere tecnici;
- indirizzo delle azioni di prevenzione, ricerca e formazione in tema di ambiente e salute.

Per garantire questa ultima attività è necessario aggiornare e sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori del Servizio Sanitario regionale, realizzando percorsi formativi e informativi sulle evidenze scientifiche disponibili dell'impatto sanitario dell'inquinamento ambientale nonché la conoscenza dello stato dell'ambiente e degli esiti dei monitoraggi ambientali.

Il miglioramento della capacità di gestione delle tematiche riguardanti ambiente

e salute va promosso anche conoscendo meglio la percezione delle problematiche ambientali e sanitarie da parte della popolazione e dall'individuazione di modalità, condivise con gli enti locali, per la prevenzione, gestione e comunicazione in tema di relazioni ambiente-salute, individuando, soprattutto per la gestione di situazioni di crisi e di allarmi, giustificati e non, un unico e condiviso canale di comunicazione, per fornire un'informazione chiara, certa e univoca ai cittadini.

Politiche per lo sport e l'attività motoria

Lo sport rappresenta uno dei pilastri contemporanei della buona socialità, tiene assieme salute, benessere individuale e collettivo e privilegia percorsi di integrazione. Con la diffusione dell'attività sportiva si costruiscono le fondamenta civili e culturali della vita collettiva, a partire dal coinvolgimento delle giovani generazioni. Pratica sportiva e attività motoria sono una risposta alle esigenze personali di natura salutistica e al desiderio di curare passioni e piaceri. Inoltre lo sport, riducendo la sedentarietà e quindi le probabilità di ammalarsi di alcune patologie, produce benefici alle persone che lo praticano e vantaggi all'intero sistema pubblico con un risparmio della spesa sanitaria. In Toscana è presente un contesto favorevole frutto di una serie di fattori che nel tempo hanno contribuito a definire profili e sfondi del mondo sportivo: dalla vocazione sportiva delle collettività locali toscane (movimento dilettantistico e amatoriale, soggetti del Terzo settore) che rappresentano un presidio sociale formidabile per la tenuta e la coesione sociale, all'azione delle istituzioni pubbliche per la valorizzazione e diffusione dei luoghi e degli spazi per lo sport (impiantistica sportiva) e più in generale dell'attività fisica, fino all'impegno delle istituzioni nel sostegno alle organizzazioni sportive e alla promozione di corretti stili di vita.

L'impegno di Regione Toscana è da tempo orientato alla promozione e valorizzazione della pratica sportiva e dell'attività motoria come fattori determinanti per la salute ed il benessere dei cittadini e delle comunità locali in quanto lo sport è salute, aiuta a costruire relazioni significative, favorisce il rispetto delle regole e alimenta il senso di comunità e di appartenenza. Possiamo evidenziare come sia presente nella nostra regione l'impegno a sviluppare la pratica sportiva e fisica anche come elemento propedeutico ai processi di integrazione, affinché i cittadini toscani o coloro che hanno deciso di progettare la loro vita nella nostra regione, possano trovare un maggior benessere psicofisico, vivere meglio e più a lungo, perché ci siano per tutte le stagioni della vita (infanzia, adolescenza, giovinezza, maturità, terza età) opportunità per fare sport, svolgere attività fisica in modo sano, inclusivo, etico e partecipativo.

Tra gli obiettivi strategici possiamo segnalare il rafforzamento del ruolo dell'educazione fisica e dell'attività motoria fin dai primi anni di vita, anche attraverso lo sviluppo di percorsi integrati tra mondo sportivo e scolastico, e la rimozione di tutte le barriere, fisiche, culturali, economiche e sociali come condizione essenziale per garantire appieno pari opportunità d'accesso e di fruizione in materia di attività fisica. Inoltre attraverso le

strutture di Medicina dello Sport delle ASL sarà fondamentale sviluppare la promozione dell'attività fisica e un corretto approccio alle discipline sportive, non solo attraverso le certificazioni previste dalle vigenti normative, ma soprattutto con l'avvio ed il sostegno finalizzato all'effettuazione delle attività sportive di soggetti di tutte le età, anche con patologie croniche.

Il sostegno alle manifestazioni sportive, la promozione dei progetti di interesse regionale e il finanziamento dell'impiantistica sportiva rappresentano gli strumenti attraverso cui raggiungere gli obiettivi strategici individuati, per la cui attuazione che verranno adottati gli atti amministrativi necessari.

Le nuove dipendenze

In questi anni si è definitivamente configurato un nuovo scenario dei consumi e delle dipendenze soprattutto delle dipendenze senza sostanze (es. Gioco d'Azzardo Patologico, videogiochi, internet, shopping compulsivo, etc.).

Rispetto al consumo di eroina o all'abuso di alcol, il gioco d'azzardo è socialmente accettato e percepito come un normale passatempo. Ciò ha in parte influenzato la consapevolezza del reale rischio che questa attività rappresenta nella sua forma patologica. Per di più l'accessibilità al gioco nell'ultimo ventennio è aumentata sensibilmente e, con questa, anche la proporzione dei giocatori e l'entità del fenomeno della dipendenza da gioco.

I maschi risultano più coinvolti delle femmine in questa problematica (rapporto M/F=9:1), anche se nel tempo questa differenza tende a diminuire. L'età media delle donne con problemi legati al gioco è più alta dei maschi, ma il percorso verso la dipendenza è più veloce. Tuttavia, le donne con problemi o dipendenza da gioco d'azzardo, si recano prima in trattamento.

In Toscana si stima circa 30.000 residenti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP); nel 2017, erano circa 1.500 gli utenti in carico presso i Servizi per le Dipendenze in cura per la stessa patologia (oltre il 10% di tutta l'utenza afferente in Toscana). La fascia di popolazione giovanile appare più vulnerabile ciò che rende ancor più alto il rischio è la rapida diffusione del remote gambling, una modalità di gioco che si attua per mezzo di internet, telefonia (fissa e mobile) e TV digitale e/o interattiva.

Nel 2018 la Toscana ha adottato il primo Piano regionale di attività per il contrasto al gioco d'azzardo.

Occorre collaborare in maniera intersettoriale e inter-istituzionale per la rimozione delle cause sociali e culturali che possono favorire le forme di dipendenza da gioco e promuovere una risposta coordinata e continuativa alle persone che manifestano un problema di gioco d'azzardo patologico.

La priorità è quella di agire prevalentemente sul versante della prevenzione, non trascurando indispensabili azioni di conoscenza e ricerca sul fenomeno a livello

regionale, nonché azioni tese alla formazione/informazione di tutti gli operatori coinvolti nella tematica sia dei servizi pubblici che delle Associazioni di volontariato, del terzo settore e dei gruppi di mutuo-auto-aiuto.

È inoltre un obiettivo prioritario rafforzare e consolidare la rete di aiuto alle persone e alle loro famiglie con problemi di Gioco d'azzardo attraverso l'integrazione degli interventi tra servizio pubblico, privato sociale e territorio e incentivare iniziative dirette al potenziamento dei servizi sociosanitari di comunità rivolti al cittadino.

Sono inoltre obiettivi prioritari:

- perseguire la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo all'interno e in collaborazione con le istituzioni scolastiche;
- sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo e delle associazioni territoriali affinché vi sia il riconoscimento dei segni legati alla presenza di gioco patologico nelle famiglie promuovendo una responsabilità sociale diffusa;
- coinvolgere in iniziative di sensibilizzazione anche il personale operante nei locali che offrono gioco d'azzardo per il riconoscimento dei giocatori patologici e la conoscenza della rete di trattamento;
- favorire l'apertura di spazi di riflessione per la popolazione generale o mirati a fasce specifiche (gli adolescenti con interventi nella scuola, gli insegnanti e le famiglie, gli anziani con i centri di aggregazione sociale, gli extracomunitari con le comunità di immigrati).

Medicina trasfusionale

Il Sistema trasfusionale rappresenta un settore strategico della sanità e attraverso la donazione di plasma, sangue e piastrine garantisce la disponibilità di emocomponenti e emoderivati indispensabili per la quotidiana attività sanitaria.

Il Sistema trasfusionale è anche un momento importante di costruzione e di verifica del rapporto di fiducia tra cittadini e sistema sanitario perché i donatori sono persone sane che non hanno bisogno di prestazioni, ma che per valori etici e per condivisione delle esigenze generali di una comunità, si recano in ospedale per mettere a disposizione parte del proprio tempo e parte di sé stessi senz'altro ritorno se non la convinzione di aver contribuito ad erogare cure salvavita.

È quindi appropriato parlare del Servizio trasfusionale come luogo e occasione per la verifica del capitale sociale di una comunità e per il rafforzamento della coesione sociale di un territorio.

La ricerca e la sperimentazione clinica nelle scienze della vita

Cardine fondamentale di un Sistema sociosanitario integrato regionale evoluto è quello di investire nella formazione, nella ricerca, nell'innovazione e nella sperimentazione clinica,

favorendo il necessario raccordo con i bisogni assistenziali (anche in merito alle aree orfane di ricerca, quali ad esempio le malattie rare) e il trasferimento dei risultati, al fine di rendere disponibili ai cittadini l'accesso alle innovazioni più avanzate in regimi di costi sostenibili.

In tal senso, la Regione Toscana individua quali obiettivi strategici da perseguire:

- sostegno alla ricerca nel campo delle scienze della vita, sia attraverso l'adozione di specifici bandi regionali, sia attraverso il supporto alla partecipazione a bandi ed iniziative nazionali ed internazionali e il cofinanziamento di bandi nazionali e transnazionali, nonché attraverso l'implementazione di infrastrutture di ricerca ad accesso aperto;
- valorizzazione dei risultati e trasferimento alla pratica assistenziale e organizzativa delle innovazioni prodotte, dei risultati della ricerca, delle competenze e del *know-how* più innovativi in ambito biomedico e di organizzazione sanitaria e sociale integrata;
- sinergie fra i vari attori della sistema regionale per l'attrazione di risorse e scambio di *know how* anche in ambito internazionale, in raccordo con il Distretto Scienze della Vita;
- condivisione e valorizzazione fra i soggetti del sistema delle infrastrutture, quali piattaforme organizzative e di ricerca integrate, nell'ambito delle nuove frontiere della medicina (quali, fra l'altro, *Big Data* e *Precision and Personalized Medicine*);
- attivare sinergie utili alla ricerca e allo sviluppo in contesti non profit, con particolare attenzione ai farmaci orfani per malattie rare o neglette;
- valorizzazione della sperimentazione clinica, al fine di promuovere un sistema pubblico sempre più efficiente e ispirato ai principi di trasparenza ed eticità degli interventi.

Anche i sistemi di eccellenza, ed il Sistema trasfusionale toscano è sicuramente un sistema di eccellenza, hanno bisogno di "manutenzione evolutiva" e di innovazione e nei prossimi anni alcune grandi trasformazioni già in atto arriveranno a compimento:

- completamento del Sistema Officina trasfusionale attraverso l'attivazione e la piena inter-operatività dei poli di lavorazione di Pisa, Siena e Firenze;
- completa implementazione del nuovo sistema informatico unico per tutta la Regione Toscana che centralizza tutte le attività dalla donazione al letto del paziente;
- esecutività della nuova gara interregionale di plasma lavorazione di cui la Regione Toscana è capofila (Accordo PLANET con Marche, Lazio, Campania, Molise e Forze Armate) con sviluppo di sinergie tra le regioni aderenti per tutti gli aspetti connessi;
- applicazione della Direttiva europea 2016/1214 in materia di qualità e sicurezza dei Servizi Trasfusionali che introduce le GPGs (*Good Practice Guidelines*), e le GMPs (*Good Manufacturing Practice*) da cui discenderanno i nuovi requisiti di accreditamento.

La sicurezza delle cure

La sicurezza delle cure è uno dei pilastri della sanità moderna e un vero e proprio motore di miglioramento della qualità dell'assistenza a livello internazionale.

Secondo la WHO ancora nel 2017 nel mondo 9 pazienti su 100 vanno incontro a un evento avverso, nella metà dei casi giudicato prevenibile, durante un ricovero in ospedale. Una carenza di sicurezza delle cure comporta, inoltre, una spesa poco sostenibile e non solo è difficilmente giustificabile eticamente ma comporta spese che contribuiscono a mettere in difficoltà la sostenibilità dei servizi sanitari nazionali.

Oggi l'Italia è una delle poche nazioni a disporre di una Legge dedicata in modo specifico alla sicurezza delle cure, come ci ha riconosciuto lo stesso British Medical Journal in un editoriale del 2017 e la Toscana, da ben prima, disponeva dotata un proprio Centro regionale di governo clinico per la gestione del rischio.

Questi i principali obiettivi strategici, in conformità anche ai principi ed azioni stabilite dai più recenti Summit sulla sicurezza delle cure dell'OMS:

- rispettare la qualità e sicurezza delle cure rispetto allo scopo di un accesso universale all'assistenza (misurare volumi ed esiti delle cure per valutare l'affidabilità della struttura sanitaria);
- promuovere ad attuare un approccio sistemico e proattivo per individuare le criticità nei PDTA (evitare di attivare percorsi in situazioni di risorse umane e tecnologiche insufficienti);
- definire indicatori di qualità e sicurezza comuni per monitorare le performance in una ottica di confrontabilità nazionale e internazionale;
- mettere in atto modalità di apprendimento reciproco con le strutture sanitarie che hanno gli esiti migliori con lo scopo di promuovere e attuare la *"value based medicine"* (anche favorendo gemellaggi con strutture di riferimento nazionali e internazionali);
- condividere le pratiche migliori per la sicurezza delle cure mediante campagne di diffusione e implementazione, in ottemperanza alle Legge 24/2017;
- sviluppare la sicurezza delle cure sul territorio e nelle reti sociosanitarie attraverso una partecipazione innovativa delle comunità (vedi modello *"Triple aim"* dell'Institute for Healthcare Improvement);
- migliorare, anche alla luce della Legge 219/2017, la qualità del processo d'informazione e comunicazione al paziente, incluso il consenso informato, utilizzando gli strumenti che la tecnologia mette oggi a disposizione per valutare la leggibilità e comprensibilità del contenuto;
- migliorare l'ergonomia e usabilità degli applicativi informatici, in primis della cartella clinica, al fine di snellire la gestione amministrativa che prevede un impegno dei clinici e liberare tempo disponibile per la cura e la relazione con il paziente.

In rapporto a suddette attività il Centro GRC opera in stretta collaborazione con le associazioni di pazienti e cittadini esperti che sono rappresentati nel GART (Gruppo Accademia Regionale del Cittadino).

Tra le attività che andranno attuate da sottolineare l'opportunità di formare il personale sanitario sulle "*non technical skills*" e sulle pratiche sulla sicurezza mediante simulazione. Lo scopo è ridurre i costi umani ed economici derivanti dagli eventi avversi prevenibili mediante la corretta e diffusa applicazione di pratiche della sicurezza basate su evidenze.



Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.
- Uso ed abuso di sostanze psicotrope illegali. Aggiornamenti, tendenze e nuovi pattern. Serie In cifre n.12. Luglio 2017.
- Primo Rapporto sullo sport in Toscana. Anno 2018. Regione Toscana.

IL RUOLO DELLA ZONA DISTRETTO E IL SUO ASSETTO

1. La funzione - finalità e riferimenti normativi

La LR 84/2015 pone grande attenzione alle attività territoriali innovando fortemente l'art. 64 della 40/2005; la zona-distretto è considerata l'ambito ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. Analogamente la LR 41/2005, disciplina la zona-distretto come l'ambito territoriale sia per l'integrazione sociosanitaria sia per l'esercizio coordinato della funzione fondamentale in ambito sociale, e la individua come la dimensione adeguata per l'assolvimento dell'obbligo di esercizio associato della medesima funzione fondamentale da parte dei comuni a ciò tenuti ai sensi della legislazione statale.

La funzione delle zone è di tipo pro attivo, potremmo dire di orientamento, a partire dai territori, del Sistema sociale e sanitario regionale (art. 71 ter LR 40/2005). Le funzioni della zona-distretto sono esercitate nel rapporto complesso che intercorre tra assetto organizzativo, funzioni tecnico-professionali, attività assistenziali e governance istituzionale. Rapporto da costruire e gestire sia in relazione alle materie sanitarie territoriali e sociosanitarie, sia in relazione ai processi di integrazione e ai processi di tipo comunitario.

La LR 11/2017 definisce in particolare 3 questioni: la dimensione adeguata delle zone distretto riducendole da 34 a 26; sono inseriti importanti elementi per una maggiore autonomia e un miglior funzionamento delle zone; viene individuata una preferenza verso il modello della Società della Salute a gestione diretta.

Nella LR 11/2017, al fine di valorizzare le identità territoriali delle ex zone che si sono accorpate dal primo gennaio 2018, sono previste articolazioni territoriali (art. 1, art.4, art. 22 della LR 11/2017), la cui finalità è quella di garantire una migliore partecipazione delle istituzioni locali ai livelli di programmazione. La LR 65/2018 "Disposizioni in merito alle articolazioni territoriali delle zone-distretto" prevede entro il 31.12.2018, la possibilità che il 75 per cento dei comuni della zona distretto dove non è presente Sds, possa chiedere alla Giunta il riconoscimento alle articolazioni territoriali previste all'articolo 22, comma 2, della LR 11/2017, dell'autonomia funzionale in materia di programmazione e definizione degli indirizzi concernenti l'organizzazione e l'erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.

2. La struttura dell'ambito zonale

Vengono individuate nell'ambito zonale tre grandi aree che ricomprendono funzioni, processi e attività omogenei tra loro a cui si aggiunge una interazione sistematica di particolare rilievo con le reti cliniche per le cronicità:

Il ruolo della zona distretto e il suo assetto

- l'organizzazione funzionale e operativa distrettuale;
- la filiera assistenziale extraospedaliera;
- il sistema per l'integrazione basato sulle società della salute e sulle convenzioni sociosanitarie;
- l'interazione con le reti cliniche strutturate e integrate per le criticità.

a. La zona-distretto costituisce sia il livello organizzativo (direzionale, professionale e tecnico-amministrativo) deputato alla costruzione, alla gestione e al controllo dei sistemi di servizi territoriali; sia l'ambito territoriale di riferimento per la costruzione delle reti afferenti alle materie della sanità territoriale, del socio-sanitario e dell'integrazione. La coincidenza delle due macro funzioni rappresenta il cardine principale per la costruzione dei nuovi assetti della sanità territoriale. L'aspetto più delicato che riguarda l'assetto organizzativo è costituito dal rapporto tra la zona e i dipartimenti, indipendentemente dal fatto che sia presente una Sds o una convenzione sociosanitaria. La l.r.40/2005, all'art. 69 bis, nel primo comma recita: "I dipartimenti sono lo strumento organizzativo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali". Al comma 3 dello stesso articolo è previsto che ogni azienda USL, nel proprio statuto e, di conseguenza, nel regolamento di organizzazione, declini le finalità e i compiti del dipartimento. Lo scopo è quello di evitare che i modelli a matrice attivati nelle diverse USL non siano coerenti nell'assegnazione delle responsabilità (gerarchiche e funzionali) e dunque nella costruzione del budget, nell'assegnazione delle risorse (umane, finanziarie e strumentali). La matrice organizzativa deve essere centrata sui livelli di integrazione che sono richiesti alle Sds/zone: integrazione delle Sds/zone con i servizi della sanità territoriale e socio-sanitari; integrazione delle Sds/zone con l'ospedale per la continuità ospedale – territorio; integrazione delle Sds/zone con gli enti locali per la parte socio-assistenziale. Nella matrice organizzativa tra Zona distretto e Dipartimenti, per quanto riguarda la definizione di "chi fa che cosa", è chiaro un reciproco allineamento relativamente alle rispettive responsabilità dei Dipartimenti (es. standardizzazione dell'offerta, formazione, qualità professionale, etc.) e delle Sds/zone (responsabilità del percorso). Insieme, nella definizione e costruzione del percorso, non basta l'allineamento, ma serve un accordo tra direttori di Dipartimento e direttore di Sds/zona. Lo strumento principale è la negoziazione, anche del budget, attraverso la quale si deve condividere la definizione e la costruzione di un percorso assistenziale. Il percorso consiste e si integra non solo in servizi, ma anche in rapporti con i cittadini e le Istituzioni. Il presente PSSIR rimanda ad atto di Giunta la definizione un modello standard di organizzazione a matrice tra zona e dipartimenti".

b. Se il complesso dei presidi distrettuali può essere strutturato intorno a centri fortemente organizzati ed articolati come le Case della Salute, occorre nel contempo dotare il territorio di servizi residenziali e domiciliari che siano realmente in grado di sostenere il carico assistenziale esterno all'ospedale. A questo scopo l'elemento decisivo è rappresentato dalla creazione di una vera e propria 'filiera assistenziale' formata da una serie continua di strutture e di servizi organizzata su differenti intensità assistenziali. La continuità della filiera

assistenziale e la sua 'circolarità', cioè la possibilità di utilizzare le varie soluzioni residenziali o domiciliari seguendo i miglioramenti o gli aggravamenti delle persone prese in carico, rappresentano l'investimento indispensabile per creare una alternativa reale e appropriata rispetto al ricovero ospedaliero. Oltre alla presa in carico delle cronicità, la filiera assistenziale del territorio deve essere in grado di rispondere anche alle condizioni di fragilità e di complessità. Le singole strutture o i singoli servizi che compongono una filiera completa e consistente non devono essere necessariamente presenti in ogni singolo ambito territoriale, poiché la loro diffusione dipende dall'entità del relativo bacino di servizio. Occorre dunque passare ai concetti di 'sistema dei servizi territoriali' e di 'reti dei sistemi territoriali', in modo da garantire i necessari livelli di efficacia, appropriatezza e accessibilità in tutte le zone, individuando, quando necessario, su dimensioni territoriali più vaste la pertinenza delle risposte offerte.

c. L'approccio sistemico all'integrazione adottato dalla Regione Toscana porta a comprendere come i processi di integrazione possano essere consolidati in un sistema durevole solo attraverso un'azione contestuale capace di affrontare contemporaneamente più livelli organizzativi: istituzionale; programmatico e finanziario; professionale; gestionale; comunitario (istituti per la partecipazione). A questo scopo sono stati destinati due strumenti associativi complessi: la società della salute e la convenzione sociosanitaria.

d. L'organizzazione di reti cliniche dedicate in modo stabile alle cronicità necessita di strategie di sviluppo piuttosto complesse e di azioni mirate all'integrazione programmatica e organizzativa, azioni da attuare sia in direzione orizzontale con la creazione di team, mono e multi professionali, con modelli a rete multiprofessionali, sia in direzione verticale con sistemi assistenziali integrati con l'ospedale.

3. La programmazione e i processi operativi zonali

La missione della programmazione di zona è quella di confrontarsi con un quadro complesso e frammentato che deve essere ricondotto a un'unità attraverso la costruzione di scenari locali, frutto anche della valorizzazione di dati, informazioni e conoscenze rese disponibili dall'Osservatorio Sociale regionale e dagli altri soggetti pubblici che si occupano di ricerca e analisi sociale e sanitaria. Questo patrimonio informativo contribuisce alla costruzione del sistema dei servizi e dei percorsi assistenziali, la definizione degli obiettivi essenziali di assistenza, la valutazione del soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere in ambito zonale. Inoltre la programmazione richiede una coerenza con il livello della gestione dell'erogazione dei servizi.

I Piani Integrati di Salute (PIS) sono il luogo della ricomposizione tra le finalità degli enti locali e delle aziende USL, le funzioni sociali e funzioni sociosanitarie; le risorse comunali, aziendali o di altri fondi pubblici o privati.

Il ruolo della zona distretto e il suo assetto

E' necessaria la condivisione dei percorsi tra i livelli istituzionali e il Terzo settore, così come previsto dal Dlg 117/2017, per implementare la collaborazione tra Pubbliche Amministrazioni e soggetti delle economie solidali, a partire dall'utilizzo degli istituti della coprogrammazione e coprogettazione.

Le linee di indirizzo PIS e PIZ sulla programmazione zonale (DGR 573/2017) hanno introdotto l'obiettivo di fornire un metodo di lavoro comune, favorire l'elaborazione e la comparazione delle informazioni raccolte, sviluppare e implementare un sistema di valutazione dei risultati ma soprattutto degli esiti, in una logica non competitiva ma di comparazione, imitazione e diffusione delle buone pratiche tra SDS/Zone-distretto. In questa direzione è opportuno anche soffermarsi sul tema dell'impatto sociale generato dagli effetti dei programmi e dei progetti messi in atto in ogni singolo ambito zonale, individuando una metodologia condivisa che potrà essere definita e adottata a livello regionale.

L'art. 21, comma 7, della LR 40/2005 prefigura un livello di integrazione tra sanitario e sociale sempre più avanzato, fino a prevedere che il ciclo di elaborazione del PIS possa assorbire quello del PIZ (art. 21, comma 4, LR 40/2005). Le linee di indirizzo precisano che l'elaborazione unica dei due piani è prioritaria: il PIZ può essere separato dal PIS solo se non c'è accordo nella conferenza zonale, ma deve essere comunque garantito il coordinamento dei due piani.

4. La Società della Salute e la convezione sociosanitaria

La LR 40/2005 dispone che ogni zona possa scegliere tra due diversi modelli organizzativi: la Società della Salute oppure la convenzione sociosanitaria. Nell'ambito della Conferenza zonale, è necessario che le amministrazioni locali attivino uno dei due strumenti.

La convenzione sociosanitaria si occupa dell'ambito sociosanitario, ma può essere ampliata con ulteriori funzioni di carattere sociale e socioassistenziale. L'ente gestore è, di norma, l'azienda USL. La Società della Salute si occupa dell'ambito sociosanitario e sociale e dell'organizzazione della sanità territoriale. L'ente gestore è il consorzio e questo facilita l'aggregazione dei servizi attraverso un'organizzazione unitaria e un bilancio economico zonale.

L'art. 7 della LR 11/2017, al comma 3 prevede l'attivazione della modalità di gestione diretta da parte delle Società della Salute: il PSSIR ne deve specificare "i contenuti minimi i tempi e le modalità". Per gestione diretta si intendono la gestione e l'organizzazione delle attività sociosanitarie e di quelle socioassistenziali (LR 40/2005, art. 71 bis, comma 3 lettere c e d).

Il presente PSSIR deve individuare le materie oggetto di organizzazione e gestione da parte della Società della Salute, in attuazione del comma 3 dell'articolo 71 bis della LR 40/2007, lettera c) e d):

- c) organizzazione e gestione delle attività sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3 septies, comma 3 del decreto delegato, individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale;

d) organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel piano sanitario e sociale integrato regionale.

Ambito di applicazione delle Funzioni C e D

Per quanto riguarda la regolazione della Funzione C, le materie individuate sono:

- le attività sociosanitarie e le attività sanitarie a rilevanza sociale di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare dei settori Anziani e Disabili, nonché le attività amministrative e professionali dei relativi percorsi di accesso, valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata;
- le attività sanitarie a rilevanza sociale, dei settori Materno-Infantile, Salute Mentale, Dipendenze patologiche di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare, nonché quelle inerenti prestazioni per il sostegno psicologico e socioeducativo, quelle inerenti prestazioni di mediazione interculturale e quelle inerenti prestazioni per il sostegno lavorativo.

Per quanto riguarda la regolazione della Funzione D, le materie individuate sono:

- l'intero complesso delle attività di assistenza sociale individuate dal nomenclatore regionale;
- le attività di assistenza sociale riferite alle azioni relative al sistema REI, al sistema SPRAR e al sistema CAS.

Ambito di gestione diretta delle Funzioni C e D

Il presente Piano sanitario e sociale integrato regionale individua seguenti contenuti minimi per la gestione diretta da parte delle Società della Salute:

- per quanto riguarda i contenuti minimi riferiti alla Funzione C, le materie individuate sono: Le attività sociosanitarie e le attività sanitarie a rilevanza sociale di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare dei settori Anziani e Disabili; nonché le attività amministrative e professionali dei relativi percorsi di accesso, valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata;
- per quanto riguarda i contenuti minimi riferiti alla Funzione D, le materie individuate sono: l'intero complesso delle attività di assistenza sociale individuate dal nomenclatore regionale;
- i tempi con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta delle funzioni C e D sono così determinati:
 - la gestione diretta da parte della società della salute delle materie definite in attuazione del comma 3 ter dell'articolo 71 bis della LR 40/2005 decorre dal 1.1.2020;
 - entro il 30.6.2019 le società della salute trasmettono alla Giunta regionale la documentazione attestante il passaggio alla gestione diretta e quella relativa alla gestione unitaria delle altre materie comprese nelle Funzioni C e D. La Giunta

Il ruolo della zona distretto e il suo assetto

regionale, sentita la Conferenza regionale dei sindaci, verifica la completezza della documentazione trasmessa dalle società della salute e avvia il processo di monitoraggio delle modalità di gestione delle Funzioni C e D.

Le modalità con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta delle funzioni C e D sono così determinate:

- la Società della Salute provvede tramite le proprie strutture organizzative all'intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione del complesso dei servizi, delle prestazioni e delle attività inerenti le materie oggetto della gestione diretta individuate dal presente PSSIR;
- la Società della Salute provvede tramite le proprie strutture organizzative, nonché tramite specifici accordi di avalimento stipulati con uno o più degli enti aderenti, all'intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione del complesso dei servizi, delle prestazioni e delle attività inerenti le materie oggetto della gestione diretta individuate dal presente PSSIR. Gli accordi di avalimento sono esplicitamente funzionali in modo esclusivo agli assetti organizzativi della società della Salute; devono trovare opportune e specifiche declinazioni operative in relazione al ciclo complessivo di produzione ed erogazione oggetto della gestione diretta da parte della Società della Salute e possono riferirsi unicamente a: avalimento per servizi inerenti i processi di tipo amministrativo, per servizi inerenti i processi di tipo contabile e di controllo gestionale, per processi di tipo tecnico;
- la modalità di attuazione della gestione diretta possono prevedere, nella fase di avvio, per i percorsi di tipo residenziale e semiresidenziale di Anziani e Disabili, nonché relativamente alle attività amministrative e professionali, l'utilizzo dello strumento dell'assegnazione di budget, anziché il trasferimento diretto di risorse e personale. Il budget, in coerenza con le attività oggetto di programmazione operativa annuale del territorio, ed al fine di garantirne un corretto e puntuale utilizzo, dovrà essere condiviso con la SDS entro un tempo congruo e per importi certi e appropriati rispetto ai bisogni territoriali, ove non sia prevista da atti regionali una ripartizione economica sui diversi percorsi. Resta inteso che il governo del percorso nonché la responsabilità dei relativi risultati raggiunti, sulla base del budget, della programmazione operativa zonale e degli indicatori di risultato e di processo stabiliti, resta in carico alla SDS;
- le modalità con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta tengono conto di quanto previsto ai commi 5 e 6 dell'art. 71 bis ovvero la possibilità per la SdS di avvalersi di Enti già costituiti prima del 1° gennaio 2008, sulla base di un contratto di servizio per l'erogazione delle attività di cura e assistenza di competenza, comprese le prestazioni socio-sanitarie già attivate alla stessa data in servizi residenziali e semiresidenziali.

PROGRAMMAZIONE MULTILIVELLO E STRUMENTI DI INTEGRAZIONE

Nel sistema sanitario e sociale della Regione Toscana la governance istituzionale si articola attraverso un sistema di conferenze dei sindaci, dal livello di zona distretto (Conferenza zonale e zonale integrata con il direttore generale USL, o Assemblea dei soci della Società della Salute) al livello dell'azienda USL (Conferenza aziendale) e infine al livello regionale (Conferenza regionale dei sindaci).

La funzione principale di tali conferenze è quella di formulare e/o approvare gli atti fondamentali di programmazione per il livello di propria competenza, rappresentano il momento decisionale nel quale si traducono le finalità istituzionali dei comuni in obiettivi e azioni concrete.

1. I livelli e gli strumenti di programmazione

La riforma della normativa regionale operata tra il 2014 e il 2015 ha definito con chiarezza i livelli regionali di gestione dei sistemi sanitario e sociale, e ha allineato secondo questa stessa scansione gli organismi della governance istituzionale. A ciascun livello corrisponde un insieme di strumenti di programmazione.

Livello Regionale:

- Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR); Atto regionale di definizione delle linee annuali di programmazione e individuazione degli obiettivi.

Livello di Area Vasta / Aziendale:

- Piano di Area Vasta; Piano Attuativo Ospedaliero delle aziende ospedaliero-universitarie (PAO), Piano Attuativo locale delle aziende sanitarie (PAL).

Livello Zonale:

- Piano Integrato di Salute (PIS); Piano d'Inclusione zonale (PIZ).

Tra le altre funzioni, il PSSIR definisce le azioni programmate di rilievo regionale e i progetti obiettivo da realizzare mediante il concorso di tutti i soggetti del sistema regionale sanitario e sociale. Il sistema multilivello regionale è predisposto in modo che le azioni programmate di rilievo regionale possano essere assunte nei livelli di area vasta e nei livelli zonali.

In ciascun passaggio le azioni programmate del livello superiore diventano gli obiettivi da realizzare mediante la programmazione operativa pluriennale o annuale recata dai piani di ambito aziendale o dai piani di ambito zonale.

I diversi strumenti di programmazione integrano tra i propri obiettivi pluriennali le azioni programmate regionali secondo la declinazione operativa più adeguata, efficace e sostenibile. I competenti organismi decisionali della governance istituzionale (Conferenze aziendali o Conferenza integrate zonali-assemblee dei soci SDS) e le strutture direzionali e professionali, esprimono le proprie prerogative di indirizzo e di elaborazione ricercando la migliore complementarietà tra le azioni programmate di rilievo regionale e gli obiettivi e le azioni programmate del proprio livello di area vasta/aziendale o zonale.

A loro volta, gli obiettivi e le azioni programmate del livello di area vasta / aziendale o zonale possono contribuire alla elaborazione e alla definizione delle azioni di rilievo regionale, creando così gli elementi cardine per la costituzione ordinata e sistematica dei necessari cicli discendenti e ascendenti della programmazione regionale multilivello.

2. Gli obiettivi di servizio

Gli obiettivi di servizio sono processi o servizi da erogare, aventi caratteristiche di generalità e di permanenza, verso cui orientare le azioni di convergenza dei vari livelli di programmazione allo scopo di garantire, al pari dei Livelli Essenziali di Assistenza, equità di accesso ai servizi. Vengono determinati nel rispetto dei vincoli di bilancio e della compatibilità economico-finanziaria degli enti interessati. Costituiscono gli obiettivi comuni, corredati con le caratteristiche qualitative e quantitative da raggiungere, che gli strumenti di programmazione devono perseguire in relazione ai caratteri dei singoli ambiti territoriali di competenza. Gli obiettivi di servizio permettono all'insieme degli strumenti di programmazione di acquisire coerenza, efficacia, misurabilità, verificabilità, offrendo una griglia di riferimento facilmente comprensibile, monitorabile e comunicabile.

Per ciascuna delle aree assistenziali oggetto della programmazione integrata, chiamate 'macrolivelli', sono identificati due tipologie di obiettivi di servizio: gli obiettivi che riguardano i processi da attuare; e gli obiettivi che riguardano le dotazioni di servizi e prestazioni da raggiungere in modo stabile e strutturato.

Per ogni macrolivello la programmazione regionale definisce con apposito atto:

- gli obiettivi di servizio, distinti in obiettivi di processo e obiettivi di dotazione;
- i parametri di riferimento;
- il livello territoriale adeguato in cui realizzare i contenuti degli obiettivi di servizio;
- le modalità di convergenza verso i parametri di riferimento.

3. Il rapporto tra PAL e PIS

Il rapporto tra il principale strumento di programmazione aziendale (PAL) e il principale strumento di programmazione zonale (PIS) è definito dalla normativa regionale agli articoli 21 e 22 della LR 40/2005.

Il PIS a sua volta è posto in strettissima connessione con il principale strumento di programmazione sociale (PIZ) definito all'art. 29 della LR 41/2005.

Il piano attuativo locale (PAL) è lo strumento di programmazione delle aziende sanitarie locali, relativamente alle attività sanitarie territoriali e sociosanitarie recepiscono i PIS zonali. Il piano integrato di salute (PIS) è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale, definisce gli obiettivi di salute e benessere, i relativi standard quantitativi e qualitativi, e ne individua le modalità attuative.

Il piano d'inclusione zonale (PIZ) è lo strumento di programmazione della funzione fondamentale in ambito sociale dei comuni che viene esercitata nell'ambito ottimale della zona-distretto, definisce le attività da perseguire tramite le reti del welfare territoriale e determina gli obiettivi di servizio.

Allo scopo di connettere tra loro questi tre strumenti generali di programmazione, il PAL contiene al suo interno due dispositivi specifici articolati per zone:

- il Programma operativo delle cure primarie è lo strumento per la progettazione operativa del sistema dei servizi territoriali extra-ospedalieri. Definisce i programmi attuativi delle cure primarie, della sanità d'iniziativa, dei presidi distrettuali, delle unità complesse e delle forme associate della Medicina generale; tale programma operativo definisce anche i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali delle cronicità e le relative modalità di lavoro interprofessionale;
- l'Atto per l'integrazione è lo strumento di base della programmazione sociosanitaria e comporta la compartecipazione diretta delle amministrazioni comunali e dell'azienda sanitaria. Definisce i programmi attuativi dei servizi e delle attività ad alta integrazione sociosanitaria determinando nel contempo il relativo budget di livello zonale costituito dalle risorse sanitarie e dalle risorse sociali; tale programma operativo definisce anche i percorsi di valutazione multidimensionale delle non autosufficienze e delle fragilità e le relative modalità di lavoro interprofessionale.

I due dispositivi interni al PAL sono articolati per zone e sono predisposti per essere connessi con il processo di programmazione integrata del PIS e con il processo di elaborazione del PIZ.

In ciascun ambito zonale vengono allineati: la specifica sezione zonale del Programma operativo delle cure primarie, la specifica sezione zonale dell'Atto per l'integrazione, gli ulteriori Programmi operativi recati dal PIS.

Il Piano Integrato di Salute è dunque lo strumento che produce l'integrazione operativa tra queste tre sezioni e le orienta verso i bisogni di salute degli ambiti zonal, nel rispetto della programmazione economico-finanziaria relativa alle dotazioni e alle risorse zonal.

4. Dispositivi di integrazione della programmazione

Per realizzare una efficace governance regionale è necessario un collegamento tra i territori e le aziende USL che possa rendere cooperativo e coordinato il lavoro di entrambi in relazione agli indirizzi regionali.

La Legge 40/2005 e s.m.i. prevede tra gli strumenti di integrazione tra SDS/zone distretto e Aziende USL gli Uffici di piano zonal (art. 64 comma 2 LR 40/2005; art 29 comma 7 e art. 35 comma 3 LR 41/2005) che coordinati a livello di Azienda USL, supportano le conferenze aziendali dei sindaci (art.12 comma 7, LR 40/2005) nella predisposizione del Piano attuativo locale (PAL) e, per quanto riguarda gli aspetti economici, il documento, allegato al bilancio delle aziende USL, di riclassificazione delle risorse per le zone distretto collegato agli strumenti di programmazione zonale e aziendale (art.120 comma 5 e 5 bis LR 40/2005).

Il presente PSSIR si pone di raggiungere i seguenti obiettivi:

- attuazione uniforme, da parte delle aziende USL e delle SDS, agli articoli che riguardano l'Ufficio di piano (art. 64 comma 2 LR 40/2005; art. 29 comma 7 e art. 35 comma 3 LR 41/2005; art. 12 comma 7, LR 40/2005) e il documento di riclassificazione delle risorse per le zone distretto (art. 120 comma 5 e 5 bis LR 40/2005);
- integrazione della programmazione fra i suoi vari livelli, in particolare tra il Piano Integrato di Salute (PIS) e il Piano Attuativo Locale (PAL);
- elaborazione di un linguaggio condiviso per la programmazione zonale e per la programmazione aziendale;
- strutturare e dare continuità ai processi di programmazione zonale e aziendale;
- contribuire al miglioramento della governance regionale coordinando gli obiettivi attraverso un maggiore integrazione tra le varie conferenze dei sindaci e i rispettivi livelli di programmazione sociale e sanitaria.

L'obiettivo è attivare e strutturare in ogni zona distretto un Ufficio di piano capace di supportare la programmazione zonale attraverso l'individuazione e la messa a disposizione di personale adeguato e lo sviluppo delle competenze necessarie.

Per quanto riguarda la creazione di un linguaggio comune relativamente alle risorse economiche è necessaria la rappresentazione di significati comuni attraverso una condivisa scheda di budget di zona. Si intende per budget di zona una modalità condivisa ed omogenea per la rappresentazione delle risorse del SSR che le Aziende sanitarie

e la Regione impegnano a vario titolo sul livello zonale. La relativa scheda di budget utilizza come riferimento il linguaggio della programmazione così come definito nelle “Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale” (DGRT 573/2017) e già concretizzato nella compilazione della programmazione operativa annuale POA 2018.

In apposite linee di indirizzo verrà proposto il modello di Ufficio di piano per le SDS/zone distretto e la scheda di budget zonale verso la quale dovranno convergere le Aziende USL della Toscana.

LA RIPARTIZIONE DELLE RISORSE

Assetti economici

Il Fondo Sanitario Regionale

Ai sensi dell'art. n. 25, comma 1, della LR n. 40/2005, il Fondo Sanitario Regionale viene suddiviso in tre parti:

1. Fondo ordinario di gestione, destinato alle aziende unità sanitarie locali ed al funzionamento dell'ESTAR;
2. Fondi finalizzati allo sviluppo dei servizi;
3. Fondi finalizzati alla organizzazione del sistema.

Alle tre parti sopra elencate se ne aggiunge, di norma, una quarta, prevista dall'art. n. 25, comma 2, della LR n. 40/2005, destinata al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario complessivo del sistema, da attribuire alle aziende sanitarie anche sulla base della individuazione negoziale di specifici obiettivi e risultati.

L'importo del fondo ordinario di gestione è determinato con il seguente procedimento:

- calcolo del costo pro-capite ponderato di ciascuna azienda USL nell'ultimo bilancio d'esercizio adottato;
- definizione del costo pro-capite standard, individuato nel costo medio pro capite dell'azienda USL avente costo pro-capite ponderato minore;
- determinazione del Fondo ordinario di Gestione, ottenuto moltiplicando il costo pro-capite standard, al netto della quota coperta dalle entrate proprie, per il totale della popolazione ponderata regionale. Tale valore rappresenta il fabbisogno regionale complessivo di risorse delle aziende USL, qualora avessero costi pro-capite ponderati medi pari alla USL con costi minori.

L'importo del Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario è calcolato come differenza fra Il Fondo sanitario regionale, al netto dei Fondi finalizzati allo sviluppo dei servizi e dei Fondi finalizzati alla organizzazione del sistema, ed il Fondo Ordinario di Gestione.

In ogni caso il Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario non può essere determinato per un importo superiore al 7,5% del Fondo sanitario regionale.

Per l'attribuzione dello stesso alle Aziende sanitarie potranno essere tenuti in considerazione anche criteri legati alla densità abitativa e alle caratteristiche infrastrutturali, economiche e sociali del territorio.

Ripartizione delle risorse

Qualora non vi sia sufficiente disponibilità di contributi in c/capitale da destinare al finanziamento degli investimenti necessari a garantire il mantenimento del patrimonio tecnologico e strutturale delle aziende sanitarie, l'attribuzione di quota del fondo di riequilibrio potrà essere legata anche all'eventuale finanziamento di investimenti con contributi in c/esercizio, o alla necessità di contribuire alla copertura dei costi diretti ed indiretti derivanti dai mutui stipulati dalle aziende sanitarie per il finanziamento di investimenti.

In termini programmatici, si conferma il vincolo di destinazione del fondo sanitario regionale per la prevenzione previsto dal precedente piano sanitario regionale nel 5%, alla cui determinazione concorrono i finanziamenti ordinari per quota capitaria alle aziende unità sanitarie locali e parzialmente i fondi speciali a destinazione vincolata, che dovranno tener conto anche dell'allocazione dei Laboratori di Sanità Pubblica.

Del 5% così definito, si assume nel triennio al 2% l'obiettivo di spesa per l'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro.

Il Fondo Sociale Regionale

Il Fondo Sociale Regionale rappresenta il principale strumento finanziario regionale per lo sviluppo omogeneo sul territorio del sistema degli interventi e dei servizi sociali.

Contribuiscono alla sua composizione il Fondo Regionale di Assistenza Sociale ed il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali.. Il fondo viene ripartito in tre parti:

- trasferimenti ordinari Zone distretto (quota non inferiore all'80% del totale) a carattere contributivo e perequativo, rispetto all'impegno finanziario dei Comuni e degli Enti Locali, per il mantenimento ed il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi sociali in particolare per l'attuazione degli obiettivi di servizio correlati ai Livelli Essenziali di Prestazione di assistenza sociale;
- fondo di solidarietà interistituzionale per sostenere le zone distretto (quota non inferiore al 10% del totale) per interventi urgenti non programmabili che creano squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni;
- interventi di interesse regionale che assumono valenza di strumenti di qualificazione del sistema e di progressiva attuazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni, di sperimentazione di azioni trasversali e di interventi conseguenti ad obblighi di Legge (utilizzando le risorse non destinate agli interventi precedenti e comunque non superiore al 10% del totale).

Criteri di ripartizione economica

a. IL FINANZIAMENTO ORDINARIO ALLE AZIENDE SANITARIE

Il totale del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali è determinato annualmente dalla Giunta regionale sulla base di quanto già indicato nel paragrafo 9.1.1

Per l'assegnazione del fondo ordinario di gestione alle aziende unità sanitarie locali si seguono i seguenti criteri:

a. l'85% del fondo è ripartito a livello regionale tra i livelli e i sottolivelli di assistenza in quote determinate, tenendo conto delle risorse effettivamente impiegate negli esercizi precedenti, corrette da indicazioni programmatiche e depurate delle quote finalizzate relative ai fondi speciali, che non si distribuiscono uniformemente tra tutti i livelli di assistenza; per gli anni 2012-2015 le quote nette di distribuzione del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali sono le seguenti:

Livelli e sottolivelli	Composizione del fondo %
Prevenzione collettiva	5
Assistenza territoriale	53
di cui:	
Assistenza medica di base	5,5
Assistenza farmaceutica	14
Assistenza specialistica ambulatoriale	14
Assistenza distrettuale	7,5
Riabilitazione	2,5
Assistenza agli anziani	3,5
Salute mentale	4,5
Dipendenze	1,5
Assistenza ospedaliera	42

La quota di fondo per la prevenzione è attribuita, nei limiti dell'ammontare complessivamente determinato in relazione alla precedente tabella, in quota parte in sede di assegnazione del fondo ordinario ed in quota parte, determinata annualmente dalla Giunta regionale, sulla base di specifici progetti, in linea con le linee guida definite dal Piano in vigore. Per ciascun livello l'attribuzione alle aziende unità sanitarie locali delle risorse di cui al fondo ordinario di gestione è determinata sulla base della popolazione residente suddivisa per classe d'età con pesi differenziati per ciascuna classe in relazione ai differenti e specifici consumi per abitante rilevati. Per popolazione residente si intende quella ufficialmente riconosciuta nei flussi regionali relativi alle rilevazioni anagrafiche dei comuni toscani, nonché, in quanto aventi diritto all'assistenza, gli stranieri extracomunitari non residenti con o senza regolare permesso di soggiorno. I pesi attribuiti alle classi d'età per livello e sotto-livello sono riportati nella tabella allegata al presente Piano sanitario e sociale integrato regionale (allegato 1). La ripartizione di tale quota di risorse tra le Zone distretto presenti all'interno di ciascuna

Ripartizione delle risorse

Azienda USL è concordata tra le direzioni aziendali e la Conferenza dei Sindaci.

b. Il 10% del fondo è attribuito alle aziende sanitarie sulla base della popolazione residente pesata in relazione alle condizioni socio-ambientali del territorio delle aziende medesime, come segue:

- il 5% per le caratteristiche morfologiche del territorio, con pesi applicati alla popolazione come di seguito indicato:

Caratteristiche del territorio	Peso
Pianura	1
Collina litoranea	1,5
Collina interna	2
Montagna	3
Isole	10

- il 5% destinato a riconoscere i maggiori fabbisogni derivanti dal grado di accentramento della popolazione in ragione dei maggiori costi registrati nelle zone ad alta dispersione abitativa e dei maggiori consumi presenti nelle aree a forte concentrazione urbana. Il parametro utilizzato, definito di "accentramento/rarefazione" della popolazione, valuta le caratteristiche insediative dei territori delle diverse aziende unità sanitarie locali individuando sei classi caratteristiche alla cui popolazione relativa è attribuito un peso così determinato:

Distribuzione della popolazione	Peso
Popolazione in centri abitati inferiori a 2.500 abitanti	10
Popolazione in centri abitati da 2.501 a 5.000 abitanti	8
Popolazione in centri abitati da 5.001 a 10.000 abitanti	3
Popolazione in centri abitati da 10.001 a 50.000 abitanti	2
Popolazione in centri abitati da 50.001 a 100.000 abitanti	1,5
Popolazione in centri abitati superiori a 100.001 abitanti	2,5

- il 5% del fondo è attribuito in proporzione ai tassi di prevalenza, standardizzati per età, moltiplicati per la popolazione residente maggiore di 16 anni, relativi alle diverse patologie croniche, rilevate dall'ARS, e ponderate con i pesi della seguente tabella:

Patologia Cronica	Peso
Diabete Mellito	1,11
Pregresso Ictus	1,55
Insufficienza Cardiaca	1,35
BPCO	1,11
Cardiopatía Ischemica	1,61

b. IL FINANZIAMENTO ORDINARIO ALLE AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE E ALLA FONDAZIONE MONASTERIO

I criteri sono i seguenti:

- In via principale la remunerazione delle prestazioni erogate e valorizzate in base ai tariffari regionali;
- politica tariffaria regionale tendente a incentivare o a disincentivare forme di erogazione, o particolari prestazioni, al fine di ottenere maggiori livelli di appropriatezza e di favorire la concentrazione delle funzioni di alta specializzazione;
- l'entità dei trasferimenti tra aziende unità sanitarie locali ed aziende ospedaliero universitarie e Fondazione Monasterio può essere regolata, in sede di concertazione di Area Vasta, da accordi tra le stesse, in cui si possono determinare:
 - i volumi massimi erogabili per settore di prestazioni e il livello atteso;
 - alcuni valori tariffari particolari anche articolati per percorsi assistenziali;
 - sistemi alternativi di pagamento per funzioni assistenziali particolari;
 - volumi finanziari di scambio onnicomprensivi, definiti in base a volumi di prestazioni complessivamente predeterminati.

La Giunta regionale promuove gli accordi, anche intervenendo sulla loro congruità e correttezza in relazione agli indirizzi della programmazione regionale.

c. FONDI FINALIZZATI

Annualmente, la Giunta regionale provvede ad accantonare sul fondo sanitario regionale le quote corrispondenti ai finanziamenti necessari:

- al funzionamento di enti o organismi regionali costituiti ai sensi di Legge e all'esercizio delle funzioni svolte direttamente dalla Regione a supporto del sistema;

Ripartizione delle risorse

- al finanziamento delle Aziende Ospedaliere e della Fondazione Monasterio;
- alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale;
- al finanziamento delle funzioni regionali di riferimento delle Aziende sanitarie.

C.1. Fondi destinati al funzionamento di enti o organismi regionali costituiti ai sensi di Legge e all'esercizio delle funzioni svolte direttamente dalla Regione a supporto del sistema

Rientrano in questa categoria di fondi:

- il finanziamento dell'ARS, determinato in misura pari all'importo complessivamente assegnato nell'esercizio precedente eventualmente modificabile in relazione alla dinamica delle risorse e alla sostenibilità del sistema ed ai bisogni di informazione della Regione Toscana. L'ammontare del finanziamento annuo tiene conto anche dei risultati economici degli esercizi precedenti e dei programmi di attività predisposti dall'agenzia;
- il finanziamento di quota parte delle attività dell'ARPAT determinato ai sensi della LR 66/1995;
- il finanziamento delle attività dell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) di cui all'art. 15 comma 1, lettera a) della LR 74/2017 (ex ISPO). Tale fondo è quantificato per ciascun esercizio di vigenza del Piano in misura pari all'importo complessivamente assegnato nell'esercizio precedente eventualmente modificabile in relazione alla dinamica delle risorse e alla sostenibilità del sistema;
- le spese dirette della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale.

C.2. Fondi destinati al finanziamento delle aziende ospedaliere universitarie e della Fondazione Gabriele Monasterio

Rientrano in questa categoria di fondi:

- fondo di sostegno all'attività di alta specializzazione delle aziende ospedaliere universitarie e della Fondazione Monasterio. Il fondo è determinato, per ciascun anno di vigenza del Piano in 155 Meuro ed è ripartito fra aziende ospedaliere e la Fondazione Monasterio in proporzione al valore tariffario dei DRG di alta specialità (peso superiore a 2,5);
- fondo per la funzione di didattica, ricerca e diffusione dell'innovazione nelle aziende ospedaliere universitarie e nella Fondazione Monasterio per attività gestite con risorse del Servizio sanitario regionale e dell'università. Il fondo è ripartito tra le aziende ospedaliere universitarie e la Fondazione Monasterio in proporzione a specifici indicatori basati sull'*impact factor* totale aziendale, elaborato nell'ambito del sistema della valutazione della performance della sanità toscana. Il fondo è determinato, per ciascun anno di vigenza del Piano, in 20 milioni di Euro;

- specifici finanziamenti per le attività non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario;
- specifici fondi per l'integrazione nella rete formativa delle aziende sanitarie.

C.3. Fondi destinati alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale
Costituiscono fondi speciali la cui assegnazione può avvenire da parte della Giunta regionale o sulla base di progetti specifici, anche in funzione degli obiettivi contenuti nel presente Piano.

L'assegnazione dei fondi speciali di finanziamento destinati a progetti specifici seguirà i seguenti criteri:

- i progetti devono riguardare argomenti o settori specifici definiti;
- i progetti devono contenere in modo esplicito indicatori di risultato o, eventualmente di processo, la cui tipologia è definita sulla base di un atto di indirizzo regionale, con i quali è valutata l'esecuzione del progetto stesso;
- per i finanziamenti di natura pluriennale, in mancanza di una valutazione finale o in presenza di una valutazione negativa, l'assegnatario non potrà usufruire, per l'anno successivo, di finanziamenti specifici dello stesso tipo. La valutazione del progetto e l'utilizzo delle risorse attribuite fa parte della valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende.

Per tali Fondi, la Giunta regionale può stabilire che la erogazione negli esercizi successivi al primo sia condizionata alla valutazione positiva degli obiettivi raggiunti ed alla disponibilità di una adeguata rendicontazione economica. I fondi speciali finalizzati sono definiti annualmente con Legge di bilancio.

C.4. Fondi destinati al finanziamento delle funzioni regionali di riferimento delle aziende sanitarie

Costituiscono fondi speciali la cui assegnazione può avvenire da parte della Giunta regionale sulla base di progetti specifici relativi a funzioni regionali di riferimento anche in funzione degli obiettivi contenuti nel presente Piano.

Ripartizione delle risorse

Composizione F.S.R. %		ASSISTENZA TERRITORIALE										ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Livello	Sottolivello	5	53										42
			5,5	14	3,5	7,5	2,5	14	4,5	1,5	Dipendenze		
Classi di età			Assistenza medica di base	Assistenza farmaceutica	Assistenza agli anziani	Assistenza distrettuale	Riabilitazione	Assistenza specialistica ambulatoriale	Salute mentale				
0 - 4		2,5	1	1	0	1,5	1,5	1,5	0,5	1	0,5	0	1
5 - 9		2,5	1	1,458	0	1,5	1,5	1,5	2	0,782	2	0	0,194
Oct-14		2,5	1	1,574	0	1,5	1,5	1,5	2	1,008	2	0,1	0,203
15 - 19		2,5	1	1,678	0	1	1,5	1,5	1,5	1,103	1,5	3	0,258
20 - 24		1,5	1	1,563	0	1	1	1	1	1,138	1	3	0,28
25 - 29		1,5	1	1,875	0	1	1	1	1	1,363	1	3	0,336
30 - 34		1,5	1	2,321	0	1	1	1	1	1,614	1	3	0,404
35 - 39		1,5	1	3,233	0	1	1	1	1	1,684	1	3	0,411
40 - 44		1,5	1	3,774	0	1	1	1	1	1,653	1	3	0,395
45 - 49		1,5	1	4,886	0	1	1	1	2	1,816	2	3	0,475
50 - 54		1,5	1	5,873	0	1	1,5	1,5	2	2,185	2	3	0,627
55 - 59		1,5	1	7,631	0	1	1,5	1,5	2	2,563	2	1	0,798
60 - 64		1,5	1	9,598	0	1	2	2	2	3,073	2	1	1,101
65 - 69		1	1	12,278	1	2	2,5	2,5	1	3,861	1	1	1,436
70 - 74		1	1	14,561	1	2	2,5	2,5	1	4,935	1	0,5	1,956
75 - 79		1	1	16,63	2	3	2,5	2,5	0,5	5,306	0,5	0	2,35
80 - 84		1	1	17,749	2	3	2	2	0,5	5,282	0,5	0	2,805
Oltre 84		1	1	16,78	3	4	2	2	0,3	3,691	0,3	0	3,086

Valutazione di fattibilità economico-finanziaria

Le risorse complessivamente stanziare in bilancio per l'anno 2018, sono state 7.382,00 milioni di euro per la parte sanitaria e 102,40 milioni di euro per la parte sociale.

Relativamente agli anni 2019 e 2020, invece, le risorse attualmente utilizzabili per la parte sanitaria per sono quantificabili, rispettivamente, in 6.952,63 milioni di euro per l'anno 2019 e 6.493,00 milioni di euro per l'anno 2020. Queste risorse verranno quasi certamente incrementate durante ciascuno dei due esercizi in questione, a seguito di specifiche assegnazioni di ulteriori contributi in c/esercizio e rimborsi che al momento, però, non esattamente quantificabili. Le ulteriori risorse attese dovrebbero provenire, per esempio, dalle quote di F.S.N. vincolato a specifiche destinazioni e dal parziale ripiano del superamento dei tetti stabiliti da norme di livello nazionale per la spesa farmaceutica (payback), ripiano che, in base alla Legge 326/2003, art. 48, è dovuto dalle aziende farmaceutiche alle Regioni.

Per la parte sociale, le risorse attualmente utilizzabili per gli anni 2019 e 2020 sono quantificabili in 79,17 milioni di euro per l'anno 2019 e 49,42 milioni di euro per l'anno 2020. La previsione non tiene conto, al momento, di alcune risorse statali, quali il Fondo non autosufficienza e il Fondo Nazionale Politiche Sociali, risorse che sono previste da Leggi nazionali attualmente vigenti, ma che non sono attualmente inscrivibili nei bilanci di previsione in quanto vengono quantificate di anno in anno, attraverso decreti ministeriali specifici.

Ripartizione delle risorse

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SANITARIA

FONTI FINANZIARIE		2019	2020
Fondi statali	Corrente	6.832.905,42	1.105.950,56
	Investimento	10.711.660,35	1978751,58
Fondo sanitario	Corrente	6.919.466.576,45	6.915.938.296,42
	Investimento	4.475.685	6.201.525
Risorse regionali	Corrente	3.424.000	9.000.000
	Investimento	0	1.080.000
Risorse UE - Stato	Corrente	9598,5	0
Risorse vincolate	Corrente	70.000	70.000
Trasferimenti ESTAV - ARPAT - ISPRO - Fondazione Monasterio	Corrente	7.641.000	7.641.000
Totale		6.952.631.425,72	6.943.015.523,56

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SANITARIA

COSTI		2019	2020
Accentrata	Corrente	42.436.181,48	47.418.148,14
	Investimento	2.475.685	5.281.525
Fondi finalizzati destinati alle aziende sanitarie	Corrente	7.326.905,42	1.175.950,56
	Investimento	10.711.660,35	1.978.751,58
Fondo sanitario Aziende sanitarie	Corrente	6.783.540.993,47	6.781.021.148,28
	Investimento	2.000.000	2.000.000
Trasferimenti ESTAR - ARPAT- ARS- ISPRO	Corrente	104.140.000	104.140.000
Totale		6.952.631.425,72	6.943.015.523,56

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SOCIALE

FONTI FINANZIARIE		2019	2020
Cofinanziamento UE-Stato	Corrente	5.867.052,62	3.358.155,95
	Investimento	2.760.302,96	174.130,37
Fondi statali	Corrente	1.143.307,21	0
	Investimento	661.716,81	992.575,22
Fondo sanitario	Corrente	151.000,00	151.000,00
Risorse regionali	Corrente	11.907.361,00	11.884.108,00
	Investimento	3.975.000,00	2.970.000,00
Risorse UE - Stato	Corrente	36.504.970,42	28.901.685,85
	Investimento	15.641.714,00	986.738,77
Risorse vincolate	Corrente	556.146,97	0
Totale		79.168.571,99	49.418.394,16

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SOCIALE

COSTI		2019	2020
Azione di base dei servizi sociali - trasferimenti per il sostegno del sistema ordinario dei servizi sociali	Corrente	34.501.104,06	37.257.862,86
Azioni sociali rivolte all'accessibilità dei servizi, trasporti e mobilità, progetti di iniziativa regionale e interventi specifici	Corrente	21.628.734,16	7.037.086,94
	Investimento	23.038.733,77	5.123.444,36
Totale		79.168.571,99	49.418.394,16

Ripartizione delle risorse

PARTE SANITARIA

MISSIONE	PROGRAMMA	CORR/INV	FONDI FINANZIARIE	2019	2020
Sviluppo economico e competitività	Ricerca e innovazione	Corrente	Fondi statali	0	1.105.950,56
			Fondo sanitario	14.700.000,00	12.200.000,00
Tutela della salute	Servizio sanitario regionale - finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA	Corrente	Fondo sanitario	920.000,00	920.000,00
			Fondo sanitario	6.896.702.079,73	6.895.621.769,37
			Risorse regionali	800.000,00	0
	Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA	Corrente	Trasferimenti ESTAV - ARPAT - ISPRO - Fondazione Monasterio	7.641.000,00	7.641.000,00
			Fondi statali	10.711.660,35	1.978.751,58
	Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari	Investimento	Fondo sanitario	3.681.005,00	2.181.005,00
			Risorse regionali	0	1.080.000,00
	Ulteriori spese in materia sanitaria	Corrente	Fondi statali	6.832.905,42	0
			Fondo sanitario	7.144.496,72	7.196.527,05
			Risorse regionali	2.624.000,00	9.000.000,00
Risorse UE - Stato			9.598,50	0,00	
Risorse vincolate			70.000,00	70.000,00	
	Investimento	Fondo sanitario	794.680,00	4.020.520,00	
Totale			6.952.631.425,72	6.943.015.523,56	

PARTE SOCIALE

Missione	Programma	CORR/INV	FONTE	2019	2020
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Cooperazione e associazionismo	Corrente	Fondi statali	911.544,68	0
			Risorse regionali	205.000,00	290.000,00
	Interventi per le famiglie	Corrente	Risorse regionali	4.690.910,00	4.353.170,00
			Risorse regionali	2.118.265,00	2.124.270,00
	Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale	Corrente	Risorse UE - Stato	571.417,08	0
			Fondi statali	504.460,50	0,00
	Interventi per la disabilità	Investimento	Risorse regionali	697.600,00	692.600,00
			Fondi statali	661.716,81	992.575,22
	Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	Corrente	Risorse regionali	1.060.000,00	1.080.000,00
			Fondi statali	100.000,00	0
	Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia (solo per le Regioni)	Corrente	Fondo sanitario	90.000,00	90.000,00
			Risorse regionali	805.000,00	805.000,00
Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	Investimento	Cofinanziamento UE-Stato	5.867.052,62	3.358.155,95	
		Risorse UE - Stato	35.927.175,09	28.894.451,60	
Giovani	Corrente	Cofinanziamento UE-Stato	2.760.302,96	174.130,37	
		Risorse UE - Stato	15.641.714,00	986.738,77	
Politiche giovanili, sport e tempo libero	Investimento	Risorse regionali	1.835.686,00	2.050.868,00	
		Risorse regionali	795.000,00	810.000,00	
Sport e tempo libero	Corrente	Fondi statali	183.449,00	0	
		Risorse regionali	150.000,00	150.000,00	
Totale	Investimento	Fondo sanitario	61.000,00	61.000,00	
		Risorse regionali	1.404.900,00	1.418.200,00	
			Risorse UE - Stato	6.378,25	7.234,25
			Risorse regionali	2.120.000,00	1.080.000,00
			Totale	79.168.571,99	49.418.394,16

Ripartizione delle risorse

RISORSE ATTESE*

Missione	Programma	2019	2020
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali (Fondi Statali - fondo povertà art. 1 comma 195 e 250 L. 205/2017)	20.000.000,00	30.000.000,00
	Programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali (Fondi Statali - Innovazione sociale art. 1 comma 205 L. 205/2017)	656.000,00	656.000,00
	Interventi per la disabilità (Fondi Statali - caregiver familiare art. 1 comma 254 L. 205/2017)	1.312.000,00	1.312.000,00
Politiche giovanili, sport e tempo libero	Sport e tempo libero (Fondi statali - caregiver familiare art. 1 comma 254 L. 205/2017)	460.000,00	530.000,00
	Totale	22.428.000,00	32.498.000,00

(* Le risorse attese sono stimate sulla base dell'indice di accesso ai finanziamenti.

INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITÀ DI CONFRONTO ESTERNO

L'impianto del Piano Sanitario e Sociale Integrato è stato presentato alla Conferenza regionale dei Sindaci nella seduta del 26 luglio 2018. L'Assessore Saccardi ha affermato che il PSSIR è imperniato sull'integrazione sociosanitaria e affronta in particolare la "presa in carico integrata" sulla base dei bisogni di salute complessi che necessitano di risposte integrate. È questo il caso delle cronicità e delle malattie oncologiche, ma anche dei settori Salute mentale e Dipendenze.

I principi che ispirano il PSSIR si concretizzano nel superamento delle disuguaglianze di accesso alle cure, nel superamento delle liste di attesa, nell'organizzazione di risposte non più prestazionali ma che consentano la presa in carico complessiva, nei PTAS come caratteristica precipua del Piano, nel rafforzamento delle reti di cure palliative.

Un altro elemento fondante del PSSIR è costituito da un nuovo rapporto con i cittadini, affinché possano essere padroni del proprio percorso di cura.

Il Piano è stato presentato e discusso in oltre dieci incontri, tenutosi dalla fine di luglio all'inizio di novembre 2018 con i seguenti soggetti/ organizzazioni:

- Direzioni Aziendali e Uffici di Direzione Area vasta Nord Ovest
- Direzioni Aziendali e Uffici di Direzione Area vasta Centro
- Direzioni Aziendali e Uffici di Direzione Area vasta Sud est
- Conferenza dei sindaci area vasta Nord Ovest
- Conferenza dei sindaci area vasta Centro
- Conferenza dei sindaci area vasta Sud Est
- Consiglio dei cittadini
- Conferenza regionale dei sindaci
- Ordini delle professioni infermieristiche
- Organizzazioni Sindacali
- Rettori delle Università
- Ordini dei medici
- Associazioni Volontariato, cooperazione sociale e forum disabilità
- Dipendenti assessorato
- Soggetti gestori associazioni di categoria e comitato ex art. 7

L'attività concertativa si è conclusa nella metà di dicembre attraverso la convocazione del tavolo della Conferenza regionale dei Sindaci e del tavolo di Concertazione generale.

B. SEZIONE VALUTATIVA

VALUTAZIONE DI COERENZA ESTERNA

La valutazione della relazione con gli altri pertinenti piani e programmi, denominata analisi di coerenza esterna, rappresenta la verifica della compatibilità, integrazione e raccordo degli obiettivi del PSSIR rispetto alle linee generali della programmazione regionale di settore.

Nel presente paragrafo è stata effettuata la valutazione di coerenza del PSSIR con gli altri Piani e Programmi regionali. È stata valutata la coerenza verticale del Piano rispetto ai Piani sovraordinati (PRS e PIT) e la coerenza orizzontale rispetto agli altri Piani e Programmi settoriali e intersettoriali.

Elenco dei Piani e Programmi considerati nell'analisi di coerenza del PSSIR:

COERENZA ESTERNA VERTICALE	
DENOMINAZIONE PIANO	FASE ITER PROGRAMMAZIONE
PRS 2016 - 2020	Approvato dal CR il 15 marzo 2017 dal Consiglio regionale con la risoluzione n. 47
Piano di Indirizzo Territoriale (PIT)	Approvato dal Consiglio regionale il 24 luglio 2007 con delibera n. 72 (nonché atto integrativo del PIT con valenza di piano paesaggistico approvato dal Consiglio regionale il 27 marzo 2015 con delibera n. 37)
COERENZA ESTERNA ORIZZONTALE	
DENOMINAZIONE PIANO	FASE ITER PROGRAMMAZIONE
Piano Ambientale ed Energetico Regionale (PAER)	Approvato dal CR l'11 febbraio 2015 con delibera n. 10
Proposta di Piano regionale Cave (per la concertazione)	Approvata dalla GR il 24 settembre 2018 con decisione n. 8
Piano di gestione dei rifiuti e bonifica dei siti inquinati (PRB)	Approvato dal CR il 18 novembre 2014 con delibera n. 94
Modifica del Piano regionale di gestione dei rifiuti e bonifica dei siti inquinati (PRB) per la razionalizzazione del sistema impiantistico di trattamento dei rifiuti	Approvata dal CR il 24 luglio 2017 con delibera n. 55
Piano regionale integrato infrastrutture e mobilità (PRIIM)	Approvato dal CR il 12 febbraio 2014 con delibera n. 18
Piano regionale sulla qualità dell'aria e dell'ambiente (PRQA)	Approvato dal CR il 18 luglio 2018 con delibera n. 72
Informativa Piano pesca nelle acque interne (documento preliminare)	Approvata dalla GR il 29 ottobre 2018 con delibera n. 1

L'analisi di coerenza è stata condotta con l'utilizzo di matrici a doppia entrata, in cui sono correlati gli obiettivi generali e le linee strategiche del PSSIR con gli obiettivi generali o specifici degli altri piani regionali e programmi, indicando la tipologia di interazione secondo la seguente legenda:

- ↑↑ forte correlazione tra obiettivi
- ↑ coerenza degli obiettivi
- X potenziale contrasto tra obiettivi
- indifferenza degli obiettivi

Coerenza esterna verticale con PRS e PIT

ANALISI DI COERENZA DEL PSSIR CON IL PROGRAMMA REGIONALE DI SVILUPPO (PRS) 2016-2020

Il Programma di Governo 2010-2015 e il PRS 2016-2020 costituiscono gli strumenti per indirizzare le politiche regionali verso la piena realizzazione dei 5 macro-obiettivi di Europa2020 inerenti occupazione, investimenti in ricerca e sviluppo, ambiente ed energia, abbandono scolastico ed istruzione universitaria, riduzione della povertà.

In particolare, all'interno del PRS 2016-2020 ritroviamo due fondamentali principi ispiratori che si esprimono nella duplice esigenza di sfruttare le eccellenze del nostro territorio, al fine di sostenere lo sviluppo, e di fronteggiare, con tutti gli strumenti a disposizione, le situazioni di disagio e di esclusione sociale; infatti è fortemente aumentata l'area della popolazione a rischio di povertà: 18 milioni di persone a rischio povertà e/o esclusione sociale e circa 4 milioni di persone in situazione di povertà assoluta.

Il PSSIR è lo strumento programmatico che specifica e definisce le politiche settoriali a partire dai principi ispiratori descritti e, a tal fine, relativamente a quanto specificato nell'Area tematica 3 del PRS, si collega ai seguenti progetti regionali, di cui costituisce la cornice programmatica di riferimento:

2) Politiche per il mare, per l'Elba e per l'arcipelago toscano e 3) Politiche per la montagna e per le aree interne, ai quali si ricollegano gli interventi tesi a garantire, in maniera uniforme ed appropriata su tutto il territorio regionale, l'accesso ai servizi sanitari e l'integrazione di questi con i servizi socio-sanitari, in continuità con il "Progetto pilota per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e località caratterizzate da difficoltà di accesso" approvato dalla Conferenza Stato Regioni nel 2015 (vedi driver 1 - Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali e target L - Dedicato alle popolazioni residenti

nelle aree interne ed insulari);

14) Ricerca, sviluppo ed innovazione, a cui si ricollega l'intento di coniugare innovazione e sostenibilità, favorendo il necessario raccordo con i bisogni assistenziali e la condivisione delle buone pratiche (vedi driver 4 - Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione);

16) GiovaniSi, al quale si ricollegano gli interventi per rendere i giovani cittadini attivi della realtà toscana e per sostenere la loro emancipazione dal nucleo familiare (vedi driver 5 - Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e welfare etico e partecipato e target C - Dedicato ai giovani oltre a target A - Dedicato ai genitori);

17) Lotta alla povertà ed all'inclusione sociale, al quale, in coerenza con le strategie di Europa2020 (obiettivo 6), si ricollegano tutte le misure straordinarie tese al sostegno delle famiglie, dei lavoratori e dei soggetti vulnerabili (vedi driver 1 - Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali);

18) Tutela dei diritti civili e sociali, al quale afferiscono gli interventi rivolti, tra l'altro, al mondo della non autosufficienza e della disabilità, nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria (vedi target F - Dedicato agli anziani e target G - Dedicato alle persone con disabilità);

19) Riforma e sviluppo della qualità sanitaria, i cui interventi sono volti a facilitare l'accesso alle prestazioni e la riduzione delle liste di attesa, a garantire inoltre l'appropriatezza dei percorsi assistenziali e, sempre in coerenza con le strategie di Europa 2020 (obiettivo 8), la riduzione delle disparità territoriali (vedi driver 1 - Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali e target N - Dedicato a tutti i cittadini);

22) Politiche per l'accoglienza e l'integrazione dei cittadini stranieri, al quale afferiscono gli interventi tesi a rispondere alle crescenti esigenze di accoglienza e volti a realizzare politiche orientate alla tempestività ed alla collaborazione tra tutti i livelli istituzionali (vedi target H - dedicato agli stranieri).

ANALISI DI COERENZA DEL PSSIR CON PIANO DI INDIRIZZO TERRITORIALE (PIT)

La coerenza del PSSIR con il Piano di Indirizzo Territoriale (PIT) è stata valutata innanzitutto con riferimento alla strategia di sviluppo territoriale delineata dal PIT, successivamente in relazione alle disposizioni contenute nella l.r. 65/2014, che affida agli strumenti della pianificazione territoriale e agli atti del governo del territorio la tutela e la riproducibilità funzionale delle risorse naturali, ambientali e paesaggistiche, nonché la definizione dei parametri di sostenibilità per i fattori culturali, sociali ed economici dello sviluppo.

Infine abbiamo verificato che le politiche descritte nel PSSIR sono in sinergia con le previsioni contenute nell'atto integrativo del PIT, con valenza di piano paesaggistico, approvato dal Consiglio regionale con delibera 37/2015.

PSSIR	PIANO DI INDIRIZZO TERRITORIALE (PIT)						Sviluppare e consolidare la presenza industriale
	Integrare e qualificare la Toscana come "città policentrica"					Governance integrata su scala regionale	
Obiettivi Generali	Accoglienza mediante moderne e dinamiche modalità dell'offerta di residenza urbana	Accoglienza organizzata e di qualità per l'alta formazione e la ricerca	Mobilità intra e inter-regionale	Qualità della "città toscana"	Qualità della "città regionale"		
	Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	↑↑	-	↑	↑	↑↑	
Gestire la cronicità	↑	↑	↑↑	↑	↑↑		-
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	↑	↑	↑		-
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	↑	↑	↑	↑	↑↑		↑
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	↑	↑	↑	↑	↑↑		-
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	↑	↑	↑	↑	↑		↑
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	↑	↑	↑	↑	↑		-
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	-	-	↑		-

Coerenza esterna orizzontale

PSSIR	PIANO AMBIENTALE ED ENERGETICO REGIONALE (PAER)					
	Energia e cambiamenti climatici	Natura e biodiversità	Ambiente, salute e qualità della vita	Risorse naturali e rifiuti	Obiettivi trasversali	
Obiettivi Generali						
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	-	-	↑	-	↑	
Gestire la cronicità	↑	-	↑↑	↑	↑	
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	↑	-	↑	
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	↑	-	↑↑	↑	↑	
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	↑↑	↑	↑↑	↑	↑	
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	-	-	↑	-	-	
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	-	-	↑↑	-	↑	
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	↑	-	-	

PSSIR	PROPOSTA DI PIANO REGIONALE CAVE (PRC)		
	Approvvigionamento sostenibile e tutela delle risorse minerarie	Sostenibilità ambientale, paesaggistica e territoriale	Sostenibilità economica e sociale
Obiettivi Generali			
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	-	-	↑↑
Gestire la cronicità	-	↑	↑↑
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	↑
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	-	-	↑↑
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	-	↑	↑↑
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	-	-	↑
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	-	↑	↑↑
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	↑

PIANO DI GESTIONE DEI RIFIUTI E BONIFICA DEI SITI INQUINATI (PRB)							
PSSIR	Prevenzione e preparazione per il riutilizzo	Attuazione della strategia per la gestione dei rifiuti	Autosufficienza, prossimità ed efficienza nella gestione dei rifiuti	Criteri di localizzazione degli impianti per rifiuti urbani e speciali	Bonifica dei siti inquinanti e delle aree minerarie dismesse	Informazione, promozione della ricerca e dell'innovazione	
Obiettivi Generali							
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	-	-	-	-	-	↑	
Gestire la cronicità	-	-	-	-	↑	↑	
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	-	-	-	↑	
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	-	-	-	-	-	↑↑	
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	-	-	-	-	-	↑	
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	-	-	-	-	-	-	
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	-	-	-	-	-	↑	
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	-	-	-	-	

PSSIR	PIANO REGIONALE INTEGRATO INFRASTRUTTURE E MOBILITA' (PRIIM)				
	Realizzare le grandi opere per la mobilità d'interesse nazionale e regionale	Qualificare il sistema dei servizi di trasporto pubblico	Sviluppare azioni per la mobilità sostenibile e per il miglioramento dei livelli di sicurezza stradale e ferroviaria	Interventi per lo sviluppo della piattaforma logistica toscana	Azioni trasversali per l'innovazione e comunicazione, ricerca e innovazione, sistemi di trasporto intelligenti
Obiettivi Generali					
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	↑	↑	↑	↑	↑
Gestire la cronicità	-	↑	↑	↑	↑
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	-	-	-
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	↑	↑	↑	↑	↑
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	↑	↑	↑	↑	↑
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	↑	↑	↑	↑	↑
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	↑	↑	↑	↑	↑
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	-	-	-

PSSIR	PIANO REGIONALE SULLA QUALITÀ DELL'ARIA E DELL'AMBIENTE (PRQA)			
Obiettivi Generali	Portare a zero la percentuale di popolazione esposta a superamenti oltre i valori limite di biossido di azoto NO2 e materiale particolato fine pm10 entro il 2020	Ridurre la percentuale della popolazione esposta a livelli di ozono O3 superiori al valore obiettivo	Mantenere una buona qualità dell'aria nelle zone e negli agglomerati in cui i livelli degli inquinamenti siano stabilmente al di sotto dei valori limite	Aggiornare e migliorare il quadro conoscitivo e diffusione delle informazioni
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	↑	↑	↑	↑
Gestire la cronicità	↑	↑	↑	↑
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	-	-
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	↑	↑	↑	↑
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	↑	↑	↑	↑
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	-	-	-	-
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	↑	↑	↑	↑
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	-	-

PSSIR	PIANO REGIONALE PER LA PESCA NELLE ACQUE INTERNE			
	Tutela delle specie ittiche autoctone	Contrasto alle specie ittiche alloctone	Promuovere attraverso la pesca sportiva un uso sostenibile delle risorse naturalistiche del territorio	Pianificare la pratica della pesca professionale in acque interne e la pesca con i retoni in un quadro di sostenibilità ambientale
Obiettivi Generali				
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	-	-	-	-
Gestire la cronicità	-	-	-	-
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	-	-
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	-	-	-	-
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	-	-	↑	↑
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	-	-	-	-
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	-	-	↑	↑
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	-	-

VALUTAZIONE DI COERENZA INTERNA

In questa sezione viene valutata la coerenza dei contenuti del Piano relativamente a:

- eventuali linee di indirizzo del Consiglio Regionale – obiettivi generali – obiettivi specifici
- coerenza interna verticale;
- articolazione degli obiettivi specifici in azioni e risultati attesi rispetto agli indicatori utilizzati- coerenza interna orizzontale.

Coerenza interna verticale

Gli obiettivi generali e gli indirizzi strategici del Piano, delineati dall’informativa preliminare della Giunta regionale n. 11, sono stati discussi dal Consiglio che si è espresso con la Risoluzione 196 del 18 gennaio 2018, dando una serie di indirizzi alla Giunta, di cui si è tenuto conto nella successiva elaborazione del Piano.

L’analisi di coerenza verticale, pertanto, espone, nell’ambito dello scenario della salute in toscana, i livelli di coerenza tra obiettivi generali (DRIVER) e i relativi obiettivi specifici.

Di seguito si riporta la traduzione operativa di tali indirizzi nel Piano:

- la sostenibilità del sistema sanitario pubblico costituisce uno degli obiettivi strategici (Driver 7) del nuovo Piano, quale ambito nel quale far convergere un impegno congiunto tra tutti i diversi soggetti coinvolti sul versante dei servizi e dei cittadini, che devono essere informati e responsabilizzati. Anche lo sviluppo delle reti cliniche è uno degli ambiti di innovazione organizzativa, espressamente previsti dall’obiettivo strategico Driver 3, finalizzato a promuovere e sostenere lo sviluppo e l’adozione di nuovi modelli di *care*;
- ad oggi, la mancanza di un governo unitario della rete dell’offerta è stato sicuramente uno degli elementi di maggiore debolezza nella ricerca di efficienza e coordinamento della fase erogativa delle prestazioni specialistiche a livello aziendale. Occorre superare la logica della compartimentazione tra diversi *setting* di erogazione nell’affrontare la problematica dei tempi di attesa, operando all’interno dell’intero sistema della domanda e dell’offerta che comprende unitariamente sia le attività ambulatoriali sia quelle erogate in regime di ospedalizzazione, quali componenti di un unico sistema che condivide le stesse logiche e le stesse risorse; tale obiettivo è da perseguire operando per una concreta presa in carico dei pazienti sia in ambito di prestazioni di primo accesso, relative alla definizione o ad un approfondimento diagnostico e assicurate attraverso criteri di priorità clinica condivisi tra i professionisti, sia in ambito di gestione integrata dell’assistenza per pazienti cronici, attraverso l’attuazione e la gestione programmata dei protocolli diagnostici terapeutici definiti nei PDTA;

- la riduzione dei tempi di attesa è uno degli impegni assunti nei confronti di tutti i cittadini nel Target N, portando avanti gli interventi strutturali introdotti con le recenti Deliberazioni. GR n.476/2018 e 750/2018;
- in perfetta coerenza con quanto indicato dal Consiglio Regionale il PSSIR evidenzia la necessità di promuovere salute e stili di vita sani per i cittadini di tutte le età, per favorirne il benessere e prevenire problematiche di salute, contrastando, con azioni *evidence based*, i principali fattori di rischio come meglio descritto nel capitolo "Articolazione del Piano" nonché nei successivi capitoli (Driver 2, Driver 5, Target A, Target B, Target C, Target E, Target F, Target I e Target M). L'approccio è *multi-stakeholders*, per la Salute in tutte le politiche, con il coinvolgimento degli attori di comunità, scuola, lavoro. Il proseguo delle sorveglianze epidemiologiche per età fornisce dati a supporto delle azioni. Parimenti si richiama la necessità di potenziare l'utilizzo degli screening e favorire la diagnosi precoce;
- il PSSIR, all'interno del Driver 1, definisce quale obiettivo strategico, la cooperazione tra le istituzioni territoriali per presidiare pro-attivamente tutti i settori (salute, scuola, mobilità, occupazione, ambiente) ed i contesti geografici che rappresentano fattori di rischio sovra individuali e promuovere la salute individuale e collettiva. In particolare, in relazione al tema della promozione e della qualità delle cure è assunto l'impegno ad aumentare l'accesso delle mamme con basso titolo di studio o in condizioni di vulnerabilità ai servizi offerti dai Consultori per il sostegno e l'accompagnamento alla maternità e alla genitorialità. All'interno del Target A dedicato ai genitori sono poi definite le linee di indirizzo per lo sviluppo del percorso nascita e la promozione del benessere e del sostegno alla genitorialità;
- occorre organizzare interventi, sin dall'inizio del percorso nascita, per individuare precocemente difficoltà e situazioni di rischio psichico e psicosociale della gestante e/o del partner dalla fase pre-concezionale in poi (visite pre-concezionali, consegna libretto gravidanza, CAN, visite ostetriche-ginecologiche in gravidanza); inoltre è necessario attivare percorsi per favorire e sostenere un'adeguata funzione genitoriale nei momenti di crisi nella coppia e durante i processi di separazione quando particolarmente conflittuali; il Target A, infine, in particolare tra gli adolescenti e i giovani adulti, prevede la promozione di sani stili di vita e, in relazione alla salute riproduttiva, la diffusione di una cultura della preservazione della fertilità;
- per quanto attiene l'approccio della medicina di precisione, si specifica che costituisce cardine fondamentale di un Sistema socio sanitario integrato evoluto il fatto di investire nella formazione, nella ricerca, nell'innovazione e nella sperimentazione clinica, favorendo il necessario raccordo con i bisogni assistenziali e il trasferimento dei risultati. In tal senso, si individua fra gli obiettivi strategici da perseguire: "condivisione e valorizzazione fra i soggetti del sistema delle infrastrutture, quali piattaforme organizzative e di ricerca integrate, nell'ambito delle nuove frontiere della medicina (quali, fra l'altro, *Big Data* e *Precision and Personalized Medicine*)". - (TARGET N- paragrafo "La ricerca e la sperimentazione clinica nelle scienze della vita);

- all'interno del Driver 4 sono stati esplicitati in dettaglio i tre argomenti evidenziati: formazione, informatizzazione e medicina di precisione. In particolare l'attivazione di nuovi percorsi formativi è stato considerato come uno degli sviluppi chiave per il rimodellamento della forza lavoro. L'utilizzo migliore della tecnologia e dei dati è stato inserito come un prerequisito per supportare e abilitare gli sviluppi necessari per rimodellare il sistema sanitario e sociale. In tal senso ad esempio si pensi all'utilizzo di sistemi di telemedicina che è stato citato come necessario per lo sviluppo di nuovi modelli di presa in carico ed integrazione della rete assistenziale come pure, sviluppo chiave, è stata considerata la personalizzazione delle cure, incluso il benessere individuale e la cura di sé e l'impatto della genomica;
- all'interno del Driver 6 si fa esplicito riferimento alla coerenza dei piani formativi aziendali con lo sviluppo delle tecnologie, con particolare riferimento alla medicina di precisione nel campo oncologico;
- occorre rendere immediatamente visibile e fruibile la mappatura dei singoli servizi sul territorio ai case manager che si trovino ad organizzare l'assistenza ai pazienti cronici secondo gli standard definiti nei PDTAS in un qualsiasi punto del territorio regionale diventi un requisito minimo di funzionamento della rete. L'incremento della cronicità, della disabilità e lo sviluppo di bisogni complessi rinnova il ruolo dei medici di medicina generale (MMG) e richiede uno sviluppo del lavoro in team. Un sistema di cure che può usufruire del buon funzionamento di forme organizzate di cure primarie, come in questa regione le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) degli MMG, garantisce soddisfacenti risultati clinici e relazioni di cura, anche a lungo termine, tra i pazienti e i curanti, in un contesto capace di considerare le preferenze delle persone e i loro bisogni combinati, biomedici e psicosociali. I PDTAS saranno anche il riferimento per il principale strumento di lavoro oggi impiegato dai team multi professionali: i Piani Assistenziali Individuali (PAI) (Driver 2);
- nel Target F vengono definiti gli obiettivi di implementazione e omogeneizzazione delle azioni dedicate alla non autosufficienza (l.r. 66/08) per garantire, attraverso il Sistema Sociosanitario Pubblico regionale, sia in termini di presa in carico che di accesso, i servizi per la persona non autosufficiente. Nel Target H si prevede tempestività, omogeneità e certezza delle prime visite mediche all'arrivo nel territorio ed efficace ed efficiente presa in carico sul lungo periodo, nell'ambito del sistema delle Cure Primarie; il Target G, inoltre, definisce come le risposte del sistema integrato dei servizi socio sanitari debbano essere finalizzate a coniugare la sostenibilità degli interventi con la realizzazione di risultati di efficacia ed appropriatezza che mirino al pieno rispetto dei Livelli essenziali di assistenza ove previsti, e come debbano essere volte a incentivare la vita indipendente al fine di migliorare le opportunità di vita e di lavoro e ad inserire in modo strutturato la logica del "durante e dopo di noi", avviata con la L. 112/2016, all'interno dei percorsi territoriali, garantendo risposte inclusive, appropriate, partecipate e sostenibili dei cittadini.

Obiettivi generali / DRIVER	Obiettivi specifici	Livello di coerenza
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	Contrasto alla povertà attraverso la misura del reddito di inclusione (REI)	Alto
	Azioni per l'integrazione dei migranti	Alto
Gestire la cronicità	Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce	Alto
	Realizzazione dell'integrazione multiprofessionale	Alto
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	Maggiore integrazione tra risposte sanitarie e sociali	Alto
	Lavorare in rete	Alto
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	Servizi al cittadino (prenotazione, pagamento, fascicolo sanitario elettronico, ecc.)	Alto
	Gestione integrata socio-sanitaria del territorio (inclusi ospedali)	Alto
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	Promuovere la comunicazione e l'informazione come strumento per la partecipazione e l'empowerment	Alto
	Sostenere i valori e le scelte individuali nei percorsi di cura.	Alto
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	Coerenza della programmazione della formazione continua agli obiettivi rilevanti per il sistema Sst e ai processi di trasformazione e sviluppo delle aziende sanitarie toscane	Alto
	Promozione presso le aziende ed enti del Ssr di modelli organizzativi e di sviluppo di carriera evoluti, orientati alla valorizzazione delle competenze professionali della dirigenza e del comparto	Alto
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	Promuovere la responsabilità da parte dei professionisti nelle scelte di cura e la partecipazione dei pazienti e dei cittadini	Alto
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	Garantire la pianificazione condivisa delle cure	Alto
	Garantire l'attivazione precoce di percorsi di cure palliative nella cura delle persone affette da patologie croniche	Alto

Coerenza interna orizzontale

Per la varietà dei temi trattati e l'ampiezza e la complessità della materia, l'analisi di coerenza orizzontale tra obiettivi specifici ed azioni, risultati e indicatori, è stata effettuata attraverso il collegamento degli obiettivi specifici, come riportati nel paragrafo precedente sulla coerenza verticale, e i capitoli nei quali tali obiettivi trovano maggiore esplicazione e vengono ulteriormente dettagliati e sviluppati in azioni, interventi e risultati. Per questo il quadro riportato copre solo in piccola parte il dispiegarsi delle tematiche comprese nel piano, non potendo addentrarsi nella varietà di interventi previsti nei capitoli del piano.

Per quanto riguarda gli indicatori di risultato ed i valori attuali/attesi degli stessi ci si è avvalsi delle seguenti famiglie di indicatori:

- Indicatori Bersaglio MeS
- Indicatori nuovo sistema di Garanzia LEA
- Indicatori Documento Tavolo Tecnico MEF per la Verifica degli Adempimenti Regionali
- Indicatori del Reddito di Inclusione (REI) - Decreto legislativo n.147 del 15 settembre 2017

Sono stati inoltre utilizzati Indicatori procedurali individuati dai competenti uffici della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale (Regione Toscana).

I suddetti strumenti di valutazione risultano idonei a garantire il monitoraggio dei risultati del sistema sanitario e sociale regionale, ai vari livelli di attività: alcuni di essi (Indicatori nuovo sistema di Garanzia LEA e Indicatori Documento Tavolo Tecnico MEF per la Verifica degli Adempimenti Regionali) inoltre fanno parte di nuovi sistemi di valutazione delle regioni su scala nazionale.

Essi sono non solo costantemente aggiornati dai soggetti che li gestiscono ma anche pubblicati con modalità che ne garantiscono la trasparenza e l'accessibilità.

Per maggiore chiarezza è stato riportato nella tabella, a fianco della descrizione dell'indicatore, il codice o i codici dei medesimi indicatori come organizzati nei rispettivi sistemi di valutazione.

Per i valori attuali/valori attesi è generalmente segnalata nell'apposita colonna prevalentemente la direzione della variazione che si intende verificare in quanto si tratta di indicatori che pur connotandosi come misura delle azioni previste, non sono da queste direttamente dipendenti.

Nell'elenco dei "Collegamenti a Documenti Esterni" sono riportati anche i link relativi ai siti internet dei sistemi di valutazione sopra elencati dove sono dettagliati i rispettivi razionali e schede di calcolo.

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI DEFINITE NEI CAPITOLI DEL PIANO INDICATI	INDICATORI (vedi legenda in calce per fonte indicatore)	VALORE ATTUALE/ATTESO
1	CONTRASTO ALLA POVERTÀ ATTRAVERSO LA MISURA DEL REDDITO DI INCLUSIONE (REI); AZIONI PER L'INTEGRAZIONE DEI MIGRANTI	1. REI BENEFICIARI AMMESSI ALLA MISURA REI; 2. REI NUMERO PUNTI DI ACCESSO REI SUL TERRITORIO REGIONALE;	1. Incremento 2. Incremento
2	DEDICATO AGLI STRANIERI DEDICATO AI BAMBINI	1. RT N. MINORI IN CARICO AI SERVIZI TERRITORIALI ; 2. RT N. PROGETTI F.A.M.I. ATTIVATI DA REGIONE TOSCANA (2014/2020)	1. Aumento dei minori intercettati dai servizi territoriali e presi in carico; 2. Partecipazione al 100% degli Avvisi FAMI dedicati alle Regione
3	PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE	1. NSG-LEA P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto; 2. NSG-LEA P14C Indicatore composito sugli stili di vita;	1. Adesione Corretta screening cervice uterina: 56,6 / 60 % Adesione Corretta screening mammografico: 72,9 / 75% Adesione Corretta screening Screening Colon: 49,3 / 55% 2. P14C: miglioramento
4	REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE	1. NSG-LEA D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3) 2. NSG-LEA D23Z Tasso di PIC (Prese in Carico) in cure domiciliari integrate I livello (CIA 1), Il livello (CIA 2), III livello (CIA 3)	Tasso di pazienti trattati in ADI: 14 /18 *1000 Tasso di PIC in ADI CIA III e CIA IV: 3,3 / 4 * 1000
5	MAGGIORE INTEGRAZIONE TRA RISPOSTE SANITARIE E SOCIALI	1. NSG-LEA D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per complicanze per diabete, BPCO e scompenso cardiaco 2. MES C8b.1.1 tasso di accesso al ps codici bianchi e azzurri non seguiti da ricovero per 1.000 residenti std per età e sesso	1. Valore atteso: miglioramento standard attuale 2. Valore 2017: 82,72 Valore atteso: <70
6	LAVORARE IN RETE	1. TTMEF AAV attivazione dei centri di senologia secondo i criteri e le modalità organizzative contenuti nel documento di intesa "linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia" 2. TTMEF AK riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio	1. Valore atteso: attivazione 2. Valore atteso: riorganizzazione della rete

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI DEFINITE NEI CAPITOLI DEL PIANO INDICATI	INDICATORI (vedi legenda in calce per fonte indicatore)	VALORE ATTUALE/ATTESO
7	SERVIZI AL CITTADINO (PRENOTAZIONE, PAGAMENTO, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO, ECC.)	<p>TTIMEF AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE);</p>	<p>1. AAD.1) realizzazione FSE; 2. AAD.2) disponibilità dati ad FSE-INI</p>
8	GESTIONE INTEGRATA SOCIO-SANITARIA DEL TERRITORIO (INCLUSI OSPEDALI)	<p>1. TTIMEF J) TESSERA SANITARIA: Dematerializzata;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione TS-CNS; • 730-precompilato; <p>2. TTIMEF K) TESSERA SANITARIA: Stato di attuazione delle attività per la trasmissione telematica dell'associazione medico-ricettario;</p>	<p>Miglioramento stato di utilizzo ricette dematerializzate</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento stato di attivazione tessere sanitarie - Attuazione procedure inerenti la trasmissione dei dati sanitari ai fini del 730 - Miglioramento livello copertura ricettari con i medici prescrittori
9	PROMUOVERE LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE COME STRUMENTO PER LA PARTECIPAZIONE E L'EMPOWERMENT	<p>MES Comunicazione e partecipazione del cittadino (B 16)</p>	<p>Valore attuale (2017): Performance impegni raggiunti (media regionale) 81,72.</p> <p>Valore atteso: Performance impegni raggiunti- riduzione variabilità interaziendale- raggiungimento per ciascuna azienda di un valore $\geq 80\%$.</p>
10	SOSTENERE I VALORI E LE SCELTE INDIVIDUALI NEI PERCORSI DI CURA	<p>MES Valutazione utenti (D.19)</p>	<p>Valore attuale (2016): Performance del SSR = 80,75.</p> <p>Valore atteso: Performance del SSR ≥ 85.</p>

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI DEFINITE NEI CAPITOLI DEL PIANO INDICATI	INDICATORI (vedi legenda in calce per fonte indicatore)	VALORE ATTUALE/ATTESO
<p>COERENZA DELLA PROGRAMMAZIONE DELLA FORMAZIONE CONTINUA AGLI OBIETTIVI RILEVANTI E AI PROCESSI DI TRASFORMAZIONE E SVILUPPO DELLE AZIENDE SANITARIE TOSCANE</p> <p>11</p>	<p>DEDICATO AI LAVORATORI DEDICATO ALLE DONNE</p>	<p>1. RT. Provvedimento Di Individuazione Degli Obiettivi Formativi Regionali E Di Indirizzo Alle Strutture Sanitarie</p> <p>2. RT. Controllo della programmazione dei provider anche attraverso le visite di audit -indicatori lea</p>	<p>1. Valore attuale: coerenza della programmazione alle indicazioni della DGR 1448/2017.1</p> <p>Valore atteso: coerenza della programmazione ai nuovi indirizzi sulla redazione dei piani (oltre che alla DGR 1448/2017)</p> <p>2. Valore attuale: esito positivo degli audit per l'accreditamento dei provider ECM.</p> <p>Valore atteso: esito positivo anche delle visite di audit sulla qualità degli eventi formativi erogati.</p>
<p>PROMOZIONE PRESSO LE AZIENDE ED ENTI DEL SSR DI MODELLI ORGANIZZATIVI E DI SVILUPPO DI CARRIERA EVOLUTI, ORIENTATI ALLA VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI DELLA DIRIGENZA E DEL COMPARTO</p> <p>12</p>	<p>DEDICATO AI LAVORATORI DEDICATO A TUTTI I CITTADINI</p>	<p>RT Emanazione di Linee di indirizzo da parte della Regione e numero di modelli di sviluppo di carriera adottati in coerenza con le stesse da parte delle Aziende ed Enti del SSR (valore atteso: tutte le Aziende ed Enti devono adottare i nuovi modelli)</p>	<p>Valore atteso: tutte le Aziende ed Enti devono adottare i nuovi modelli</p>
<p>PROMUOVERE LA RESPONSABILITÀ DA PARTE DEI PROFESSIONISTI NELLE SCELTE DI CURA E LA PARTECIPAZIONE DEI PAZIENTI E DEI CITTADINI</p> <p>13</p>	<p>DEDICATO A TUTTI I CITTADINI</p>	<p>1. NSG-LEA H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente</p> <p>2. NSG-LEA D12C, D13C Consumo procapite di prestazioni diagnostiche</p> <p>3. NSG-LEA D14C, D15C, D16C, D17C Consumo procapite di farmaci sentinelle/traccianti</p>	<p>1. Mantenimento valori attuali</p> <p>2. Riduzione</p> <p>3. Riduzione</p>

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI DEFINITE NEI CAPITOLI DEL PIANO INDICATI	INDICATORI (vedi legenda in calce per fonte indicatore)	VALORE ATTUALE/ATTESO
GARANTIRE LA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE 14	DEDICATO ALLE POPOLAZIONI RESIDENTI NELLE AREE INTERNE ED INSULARI	1. NSG-LEA D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore 2. NSG-LEA D31C Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	1. Incremento 2. Incremento
GARANTIRE L'ATTIVAZIONE PRECOCE DI PERCORSI DI CURE PALLIATIVE NELLE CURA DELLE PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE CRONICHE 15	DEDICATO AI PAZIENTI ONCOLOGICI	NSG-LEA D32Z Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica.	Incremento

LEGENDA FONTE INDICATORI

NSG-LEA (Indicatori nuovo sistema di Garanzia LEA)

MES (Indicatori Bersaglio MeS)

TTMEF (Indicatori Documento Tavolo Tecnico MEF per la Verifica degli Adempimenti Regionali)

REI (Indicatori REI - Decreto n.147 del 15 settembre 2017)

RT (Indicatori procedurali della Regione Toscana)

VALUTAZIONE DI FATTIBILITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA

Le risorse complessivamente stanziare in bilancio per l'anno 2018, sono state 7.382,00 milioni di euro per la parte sanitaria e 102,40 milioni di euro per la parte sociale.

Relativamente agli anni 2019 e 2020, invece, le risorse attualmente utilizzabili per la parte sanitaria per sono quantificabili, rispettivamente, in 6.952,63 milioni di euro per l'anno 2019 e 6.493,00 milioni di euro per l'anno 2020. Queste risorse verranno quasi certamente incrementate durante ciascuno dei due esercizi in questione, a seguito di specifiche assegnazioni di ulteriori contributi in c/esercizio e rimborsi che al momento, però, non esattamente quantificabili. Le ulteriori risorse attese dovrebbero provenire, per esempio, dalle quote di F.S.N. vincolato a specifiche destinazioni e dal parziale ripiano del superamento dei tetti stabiliti da norme di livello nazionale per la spesa farmaceutica (payback), ripiano che, in base alla Legge 326/2003, art. 48, è dovuto dalle aziende farmaceutiche alle Regioni.

Per la parte sociale, le risorse attualmente utilizzabili per gli anni 2019 e 2020 sono quantificabili in 79,17 milioni di euro per l'anno 2019 e 49,42 milioni di euro per l'anno 2020. La previsione non tiene conto, al momento, di alcune risorse statali, quali il Fondo non autosufficienza e il Fondo Nazionale Politiche Sociali, risorse che sono previste da Leggi nazionali attualmente vigenti, ma che non sono attualmente iscrivibili nei bilanci di previsione in quanto vengono quantificate di anno in anno, attraverso decreti ministeriali specifici.

Valutazione di fattibilità economico finanziaria

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SANITARIA

FONTI FINANZIARIE		2019	2020
Fondi statali	Corrente	6.832.905,42	1.105.950,56
	Investimento	10.711.660,35	1.978.751,58
Fondo sanitario	Corrente	6.919.466.576,45	6.915.938.296,42
	Investimento	4.475.685	6.201.525
Risorse regionali	Corrente	3.424.000	9.000.000
	Investimento	0	1.080.000
Risorse UE - Stato	Corrente	9598,5	0
Risorse vincolate	Corrente	70.000	70.000
Trasferimenti ESTAV - ARPAT - ISPRO - Fondazione Monasterio	Corrente	7.641.000	7.641.000
Totale		6.952.631.425,72	6.943.015.523,56

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SANITARIA

COSTI		2019	2020
Accentrata	Corrente	42.436.181,48	47.418.148,14
	Investimento	2.475.685	5.281.525
Fondi finalizzati destinati alle aziende sanitarie	Corrente	7.326.905,42	1.175.950,56
	Investimento	10.711.660,35	1.978.751,58
Fondo sanitario Aziende sanitarie	Corrente	6.783.540.993,47	6.781.021.148,28
	Investimento	2.000.000	2.000.000
Trasferimenti ESTAR - ARPAT- ARS- ISPRO	Corrente	104.140.000	104.140.000
Totale		6.952.631.425,72	6.943.015.523,56

Valutazione di fattibilità economico finanziaria

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SOCIALE

FONTI FINANZIARIE		2019	2020
Cofinanziamento UE-Stato	Corrente	5.867.052,62	3.358.155,95
	Investimento	2.760.302,96	174.130,37
Fondi statali	Corrente	1.143.307,21	0
	Investimento	661.716,81	992.575,22
Fondo sanitario	Corrente	151.000,00	151.000,00
Risorse regionali	Corrente	11.907.361,00	11.884.108,00
	Investimento	3.975.000,00	2.970.000,00
Risorse UE - Stato	Corrente	36.504.970,42	28.901.685,85
	Investimento	15.641.714,00	986.738,77
Risorse vincolate	Corrente	556.146,97	0
Totale		79.168.571,99	49.418.394,16

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SOCIALE

COSTI		2019	2020
Azione di base dei servizi sociali - trasferimenti per il sostegno del sistema ordinario dei servizi sociali	Corrente	34.501.104,06	37.257.862,86
Azioni sociali rivolte all'accessibilità dei servizi, trasporti e mobilità, progetti di iniziativa regionale e interventi specifici	Corrente	21.628.734,16	7.037.086,94
	Investimento	23.038.733,77	5.123.444,36
Totale		79.168.571,99	49.418.394,16

PARTE SANITARIA

MISSIONE	PROGRAMMA	CORR/INV	FONTI FINANZIARIE	2019	2020
Sviluppo economico e competitività	Ricerca e innovazione	Corrente	Fondi statali	0	1.105.950,56
			Fondo sanitario	14.700.000,00	12.200.000,00
Tutela della salute	Servizio sanitario regionale - finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA	Corrente	Fondo sanitario	920.000,00	920.000,00
			Fondo sanitario	6.896.702.079,73	6.895.621.769,37
			Risorse regionali	800.000,00	0
	Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA	Corrente	Trasferimenti ESTAV - ARPAT - ISPRO - Fondazione Monasterio	7.641.000,00	7.641.000,00
			Fondi statali	10.711.660,35	1.978.751,58
	Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari	Investimento	Fondo sanitario	3.681.005,00	2.181.005,00
			Risorse regionali	0	1.080.000,00
	Ulteriori spese in materia sanitaria	Corrente	Fondi statali	6.832.905,42	0
			Fondo sanitario	7.144.496,72	7.196.527,05
			Risorse regionali	2.624.000,00	9.000.000,00
Risorse UE - Stato			9.598,50	0,00	
Risorse vincolate			70.000,00	70.000,00	
	Investimento	Fondo sanitario	794.680,00	4.020.520,00	
Totale				6.952.631.425,72	6.943.015.523,56

Valutazione di fattibilità economico finanziaria

PARTE SOCIALE

Missione	Programma	CORR/INV	FONTE	2019	2020
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Cooperazione e associazionismo	Corrente	Fondi statali	911.544,68	0
			Risorse regionali	205.000,00	290.000,00
	Interventi per le famiglie	Corrente	Risorse regionali	4.690.910,00	4.353.170,00
			Risorse regionali	2.118.265,00	2.124.270,00
	Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale	Corrente	Risorse UE - Stato	571.417,08	0
			Fondi statali	504.460,50	0,00
	Interventi per la disabilità	Investimento	Risorse regionali	697.600,00	692.600,00
			Fondi statali	661.716,81	992.575,22
	Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	Corrente	Risorse regionali	1.060.000,00	1.080.000,00
			Fondi statali	100.000,00	0
	Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia (solo per le Regioni)	Corrente	Fondo sanitario	90.000,00	90.000,00
			Risorse regionali	805.000,00	805.000,00
Programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali	Investimento	Cofinanziamento UE-Stato	5.867.052,62	3.358.155,95	
		Risorse UE - Stato	35.927.175,09	28.894.451,60	
Giovani	Corrente	Cofinanziamento UE-Stato	2.760.302,96	174.130,37	
		Risorse UE - Stato	15.641.714,00	986.738,77	
Sport e tempo libero	Investimento	Risorse regionali	1.835.686,00	2.050.868,00	
		Risorse regionali	795.000,00	810.000,00	
Politiche giovanili, sport e tempo libero	Corrente	Fondi statali	183.449,00	0	
		Risorse regionali	150.000,00	150.000,00	
Sport e tempo libero	Corrente	Fondo sanitario	61.000,00	61.000,00	
		Risorse regionali	1.404.900,00	1.418.200,00	
Investimento	Investimento	Risorse UE - Stato	6.378,25	7.234,25	
		Risorse regionali	2.120.000,00	1.080.000,00	
Totale			79.168.571,99	49.418.394,16	

RISORSE ATTESE*

Missione	Programma	2019	2020
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali (Fondi Statali - fondo povertà art. 1 comma 195 e 250 L. 205/2017)	20.000.000,00	30.000.000,00
	Programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali (Fondi Statali - Innovazione sociale art. 1 comma 205 L. 205/2017)	656.000,00	656.000,00
	Interventi per la disabilità (Fondi Statali - caregiver familiare art. 1 comma 254 L. 205/2017)	1.312.000,00	1.312.000,00
Politiche giovanili, sport e tempo libero	Sport e tempo libero (Fondi statali - caregiver familiare art. 1 comma 254 L. 205/2017)	460.000,00	530.000,00
	Totale	22.428.000,00	32.498.000,00

(* Le risorse attese sono stimate sulla base dell'indice di accesso ai finanziamenti.

LA VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI ATTESI

Gli effetti sulla dimensione ambientale

Da un punto di vista ambientale, gli effetti del Piano Sanitario e Sociale Integrato possono ritenersi complessivamente significativi con particolare riferimento al miglioramento dell'integrazione fra le politiche socio-sanitarie ed ambientali.

La tutela delle matrici acqua, aria e suolo, le politiche sulla gestione dei rifiuti, la prevenzione dalle esposizioni ad agenti fisici e chimici, il contrasto alle produzioni climalteranti, la qualità degli interventi in edilizia, costituiscono opportunità di sviluppo delle politiche intersettoriali e di possibile integrazione tra gli obiettivi di salute e di sostenibilità delle attività umane.

Sul fronte delle criticità ambientali la regione Toscana si è dotata di un Coordinamento regionale per la gestione degli aspetti sanitari in tema di ambiente e salute, istituito con Decreto n. 2040 del 27/02/2017, come previsto dalla Delibera n. 1252 del 05/12/2016 "Attuazione progetto n. 46 del Piano Regionale per la Prevenzione. Indirizzi operativi in materia di ambiente e salute". Le principali funzioni del coordinamento riguardano infatti le analisi delle criticità territoriali ed il riesame delle strategie regionali in tema di ambiente e salute nell'ottica dell'appropriatezza e dell'omogeneità degli interventi, il coordinamento delle attività riguardanti la realizzazione del progetto n. 46 del Piano Regionale per la Prevenzione; Il coordinamento e indirizzo delle attività riguardanti la gestione, limitatamente agli aspetti sanitari, dei procedimenti VIA, VAS, AIA e AUA, e di altri procedimenti che richiedono l'espressione di parere tecnici;

La finalità è quindi quella di migliorare la salute attraverso la promozione di un ambiente di qualità, da conseguire appunto attraverso l'integrazione funzionale delle competenze tra strutture di tutela dell'ambiente e di salvaguardia della salute.

Il Piano riconferma una strategia volta all'appropriatezza dei percorsi assistenziali e dell'assetto organizzativo, in grado di favorire l'uso integrato dei servizi ospedalieri territoriali di area vasta, ricorrendo alla riorganizzazione della rete dei presidi sanitari e considerando adeguata la dotazione di infrastrutture ospedaliere esistenti. In questo modo si riducono la frammentazione, le dispersioni e le ridondanze oggi non più sostenibili, migliorando al tempo stesso la qualità e la sicurezza delle risposte assistenziali. Da queste considerazioni, è possibile sottolineare il contenimento di nuovo consumo di suolo.

E' obiettivo prioritario, inoltre, far sì che la riorganizzazione delle strutture sanitarie esistenti, attraverso interventi appropriati sulle strutture stesse, possa determinare miglioramenti relativi ai consumi, in particolare al contenimento dei consumi di carattere energetico e all'attivazione di fonti rinnovabili. Nella stessa maniera si ritiene significativo anche il potenziale contributo relativo al miglioramento della gestione dei rifiuti urbani e speciali prodotti dalle strutture sanitarie.

A livello operativo il Piano prevede inoltre che il sistema sanitario regionale attivi/ riconfermi collaborazioni con una molteplicità di soggetti (tra cui l'ARPAT, l'ARS, i Dipartimenti di Prevenzione e alcune istituzioni di ricerca qualificate come l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete oncologica), riguardanti azioni di ricerca, formazione e informazione rivolte, tra l'altro, a specifiche criticità rilevate a livello territoriale, a valutazioni di impatto sanitario, al supporto alle politiche ambientali regionali mirate alla riduzione della percentuale di popolazione esposta a livelli superiori ai valori limite di inquinamento atmosferico, di inquinamento acustico, di inquinamento elettromagnetico e di radiazioni ionizzanti, alla prevenzione degli incidenti rilevanti nelle industrie che trattano materiali di particolare rischio, alla sicurezza chimica, al monitoraggio dei contaminanti ambientali, al miglioramento della sostenibilità ambientale delle strutture del sistema sanitario regionale.

Per il prossimo triennio gli obiettivi da perseguire sono:

- Implementazione e completamento della realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione: attualmente in fase di conclusione il Piano 2014-2018 (rimodulato per il 2018 e prorogato al 2019). A livello nazionale è in fase di avvio l'elaborazione del nuovo Piano di durata quinquennale.
- Adeguamento dell'attività dei servizi Veterinari e di Sicurezza alimentare per l'attuazione dei nuovi Regolamenti Comunitari ed agli aggiornamenti del Piano Nazionale Integrato; sviluppo della sorveglianza epidemiologica in ambito di igiene degli alimenti e sanità pubblica veterinaria, nell'ottica della prevenzione delle malattie correlate con l'alimentazione e delle zoonosi, del miglioramento della salute animale e del benessere animale e della sorveglianza dell'utilizzo dei farmaci ad uso veterinario nell'ambito del Piano Nazionale di Contrasto all'antimicrobico-resistenza.
- Sviluppo del sistema integrato dei laboratori per la prevenzione della Toscana per assicurare servizi adeguati rispetto all'evoluzione delle strategie di prevenzione regionali
- Sviluppo di programmi regionali per assicurare la sicurezza chimica negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso l'attuazione dei regolamenti europei (REACH, CLP, Biocidi) e della normativa nazionale (ad esempio fitosanitari, cosmetici).
- Sviluppo di azioni per il miglioramento della sicurezza delle abitazioni, per la prevenzione degli eventi infortunistici e il miglioramento della salubrità degli ambienti di vita, attraverso la promozione di regolamenti urbanistici ed edilizi mirati alla sostenibilità ambientale.
- Potenziamento delle azioni regionali finalizzate alla promozione della salute e della cultura della sicurezza per tutte le fasce di età ed in tutti i luoghi (comunità, scuola, lavoro, servizi sanitari), programmate sulla base delle evidenze di efficacia

e orientante alla riduzione alle disuguaglianze, ed integrate con le attività delle strutture del Servizio Sanitario Regionale, in primis con la Medicina generale, in coerenza con la visione regionale della sanità di iniziativa.

- Sviluppo dei sistemi di sorveglianza epidemiologica regionale nell'ottica del miglioramento della conoscenza e dell'interpretazione dei fenomeni, con particolare riferimento agli stili di vita ed alla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.
- Per svolgere efficacemente le attività di prevenzione è fondamentale che i decisori e gli operatori della sanità pubblica abbiano a disposizione i dati riguardanti la salute e le abitudini della popolazione raccolti dalle specifiche sorveglianze, mentre per la scelta delle strategie si utilizzano i criteri dell'Evidence Based Prevention, promuovendo solo ciò che è realmente efficace.
- Infine, il Piano riconferma lo sviluppo dei servizi di telecomunicazione in grado di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e ai servizi diagnostici presenti sul territorio riducendo gli spostamenti degli utenti: considerando la potenziale mobilità evitata grazie all'accesso via internet a tutti i livelli, si può prevedere un contributo positivo in termini di riduzione di CO2 ed altre emissioni inquinanti in atmosfera nonché dei consumi di carburante.

Gli effetti sulla dimensione economica

Il sistema sanitario regionale, oltre alla sua funzione fondamentale di far fronte alle esigenze dei cittadini, ha un impatto significativo sull'economia dell'intera regione. La spesa sostenuta è infatti diretta, da un lato, all'acquisto di beni e servizi -attivandone per questa via la produzione- mentre la parte restante rappresenta il valore aggiunto creato dal settore e composto principalmente da retribuzioni e ammortamenti, ovvero dalla remunerazione dei due principali fattori produttivi (lavoro e macchinari).

Complessivamente dei circa 8.17 miliardi di euro di spesa, 4.14 miliardi sono i costi intermedi per l'acquisto di beni e servizi, mentre la parte restante è il valore aggiunto realizzato. Questa spesa complessiva mette in moto un'intera filiera che vede coinvolti settori (e quindi anche territori) diversi. In altre parole i fornitori di beni e servizi del servizio sanitario regionale, a loro volta, per realizzare la produzione richiesta acquisteranno altri beni e servizi, così come i lavoratori coinvolti in tale processo useranno i redditi percepiti per acquistare beni e servizi di consumi; vi è in altre parole un rilevante effetto moltiplicativo della spesa regionale, che in parte si trasmetterà anche in altre regioni dal momento che non tutti i beni e servizi acquistati in tale processo proverranno dall'interno della regione.

In particolare il prodotto interno lordo attivato dal bilancio regionale della sanità

Valutazione degli effetti attesi

raggiunge quasi gli 11 miliardi di euro di cui 7,9 in Toscana (**tab. 1**) e altri 3,1 nel resto del paese tramite le importazioni, mentre una parte va all'estero perché alcuni dei beni acquistati nel processo sopra descritto hanno origine straniera.

Tabella1

Risultati di impatto aggregati (dati in migliaia di euro ed unità di lavoro in unità)

Conto risorse impieghi	Toscana	Resto Italia	Totale
Pil	7.856.766	3.083.831	10.940.597
Importazioni dalle altre regioni	2.488.848	69.397	2.558.245
Importazioni dell'estero	1.420.190	728.082	2.148.272
Unità di lavoro dipendenti	97.840	32.443	130.283
Unità di lavoro autonome	37.520	16.189	53.709
Unità di lavoro totali	135.360	48.632	183.992

Il PIL attivato in Toscana è circa il 7% dell'intero PIL regionale facendo della sanità uno dei settori più importanti dell'intera economia regionale. Il contributo è ancora più importante in termini occupazionali: le unità di lavoro attivate in Toscana ammontano a 135 mila e sono circa il 9% del totale regionale, mentre altre 48.6 mila unità sono attivate nel resto del paese.

In sintesi si tratta di un settore che ha un elevato effetto moltiplicativo (per ogni 1000 euro di spesa si attivano 1340 euro di PIL) e in cui una parte rilevante (il 72%) resta in regione.

Dal punto di vista settoriale il settore maggiormente coinvolto è chiaramente quello sanitario con un valore aggiunto attivato pari a 4.86 miliardi, ma come abbiamo già osservato l'effetto di attivazione si propaga anche in altre settori, alcuni dei quali fornitori di servizi (la sanità privata tramite le convenzioni; il commercio e i trasporti), altri fornitori di beni, in particolare il settore farmaceutico con una attivazione di 11 milioni in Toscana ad altri 35,3 nel resto d'Italia e una serie di settori della meccanica (ed anche dei mezzi di trasporto) per l'utilizzo di macchinari spesso sofisticati.

Proprio quest'ultimo aspetto sottolinea l'importanza del settore non solo dal punto di vista dell'attivazione macroeconomica qui commentata, ma anche dal punto di vista della attivazione di attività ad alto contenuto tecnologico (ricerca e sviluppo compresi). Inoltre relativamente al lavoro attivato vale la pena di richiamare l'elevata qualità del delle professioni coinvolte in grado di assorbire lavoratori laureati, contribuendo a coprire una lacuna del sistema produttivo regionale (ma anche nazionale), tradizionalmente non in grado di offrire prospettive adeguate ai lavoratori laureati.

Gli effetti sulla dimensione territoriale

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato produce un impatto rilevante sulla dimensione territoriale: gli interventi e gli strumenti previsti per migliorare l'offerta sanitaria territoriale sono principalmente di riorganizzazione dei servizi, in termini di reti territoriali più efficienti ed efficaci, capaci di rispondere in modo sempre più adeguato alle esigenze del cittadino-utente. Infatti, il modello toscano sociale e di salute è basato sulla responsabilizzazione dell'intera comunità, sulla partecipazione diffusa dei soggetti pubblici e privati e sul coinvolgimento di istituzioni e cittadini nelle decisioni. All'interno di questo quadro, il sistema socio-sanitario svolge azioni di promozione della salute, orientamento della domanda e sviluppo e razionalizzazione della offerta dei servizi. Queste ultime, grazie anche all'evoluzione delle tecnologie e delle pratiche assistenziali, hanno determinato la trasformazione dei servizi presenti sul territorio toscano e la crescita di varie tipologie di strutture territoriali (ad esempio, strutture a carattere residenziale e semiresidenziale) che impattano sul territorio con modalità assai diverse dal passato; infatti, rispetto al centro di salute unico ed attrattore di istanze anche di tipo sociale, si va consolidando una configurazione a rete, nella quale si collocano piccole e medie strutture che si rivelano più funzionali alle esigenze di una popolazione che ha bisogno, tra le tante cose, di una collocazione abitativa più compatibile alle diverse necessità socio-sanitarie. Tale tendenza prefigura la possibilità di passare ad una vera e propria gestione a rete, in un quadro di rapporti con altri soggetti non facenti strettamente parte dell'organizzazione sanitaria. Si configura in tal modo la possibilità di realizzare una configurazione gestionale tipo "holding" e di procedere in una logica di sistema in cui si individuano:

- una organizzazione di governo territoriale;
- una organizzazione gestionale, organizzativa e produttiva territoriale;
- un sistema socio-sanitario e ambientale integrato su base territoriale ed epidemiologica.

Inoltre, la crescente richiesta, anche a livello europeo ed internazionale, di supportare l'invecchiamento sano e attivo della popolazione sulla base di un approccio integrato di comunità, nel quale prima ancora che l'accesso ai servizi sanitari deve essere promosso l'accesso ad iniziative e risorse presenti sul territorio di riferimento capaci di supportare l'adozione ed il mantenimento di corretti stili di vita, determina una possibilità di valorizzazione e trasformazione dei territori in un'ottica di "produzione di salute".

Il Piano determina possibili effetti di entità rilevante e significativa (e di segno atteso positivo sulle seguenti variabili del modello di valutazione:

- Efficienza del sistema insediativo;
- Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio;
- Efficienza delle reti infrastrutturali e tecnologiche;
- Minimizzazione del consumo di suolo;
- Valorizzazione delle risorse culturali e paesaggistiche.

EFFETTI RILEVANTI

- Efficienza del sistema insediativo
- Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio

La Regione Toscana negli ultimi anni ha promosso la creazione di condizioni strutturali finalizzate a favorire le sinergie di rete e la cooperazione piuttosto che la competizione fra produttori interni, . In tale contesto, il Piano Sanitario e Sociale Integrato ribadisce la necessità dell'integrazione nel momento del passaggio fra l'assistenza ospedaliera e territoriale e viceversa, ovvero il "fare rete fra ospedale e territorio", così come particolare attenzione viene rivolta alla realizzazione ed al continuo miglioramento della rete dell'emergenza.

Il progressivo consolidamento del network assistenziale nell'ambito delle tre Aree Vaste ha prodotto rilevanti processi di cooperazione fra i diversi livelli specialistici ed ha reso possibile la definizione e l'avvio di percorsi di cura integrati e multi-professionali.

Le Società della Salute (SdS) e l'Ente di Supporto Tecnico-amministrativo regionale (Estar), contribuiscono all'espressione dell'impatto territoriale del Piano, nella misura in cui le prime permettono una migliore integrazione di servizi sanitari e sociali a livello territoriale, mentre il secondo permette un'ottimizzazione organizzativa del livello aziendale, consentendo la gestione unificata delle funzioni aziendali "no core" in ambito di area vasta, nonché il conseguimento di economie di scala, oltre che un proficuo confronto interaziendale ed in una certa misura sovra-aziendale.

Il sistema regionale di welfare che il Piano intende consolidare ruota poi intorno alla centralità della persona e all'intervento che su di essa si realizza attraverso la metodologia dei piani personalizzati di intervento e della valutazione professionale del bisogno. Obiettivo del Piano è quindi quello di garantire in ciascun ambito territoriale gli interventi ed i servizi così come previsti e definiti per ciascuna area di intervento dal Titolo V, Capo I della l.r. 41/2005.

Il Piano conferma la configurazione dei Livelli delle Prestazioni sociali regionali (LEP); tale configurazione costituisce il quadro riassuntivo degli obiettivi dei servizi sociali sul territorio, tesi a consolidare e ampliare la consistenza e la qualità delle risposte presenti.

Il "diritto alla casa" assunto dal Piano ed, in particolare, le strategie di "promozione di nuove politiche sociali abitative e di supporto all'alloggio", lo "sviluppo dell'edilizia sociale" e "l'innalzamento degli standard qualitativi dell'edilizia residenziale e sociale", sono azioni potenzialmente in grado di determinare condizioni di riqualificazione dei sistemi urbani più degradati dove si registrano gravi problemi di inclusione sociale. I nuovi scenari della "questione abitativa" sono caratterizzati da una crescita della domanda abitativa non solo in termini quantitativi, ma anche in termini di diversa e plurale articolazione del bisogno. Da un lato la situazione sociale, economica, demografica, in

continuo e veloce mutamento, con crescente frammentazione sociale, nuovi bisogni e nuove povertà; le rigidità del mercato immobiliare dall'altro, necessitano di risposte adeguate anche attraverso la creazione di scenari innovativi.

Modelli abitativi nuovi (come il *cohousing*) e procedure di realizzazione e di accesso basate sulla partecipazione dei destinatari (come l'autorecupero e l'autocostruzione) possono efficacemente integrare l'offerta convenzionale, così come la realizzazione di alloggi temporanei può svolgere un ruolo decisivo nella prevenzione di situazioni di grave disagio socio-abitativo. Si aumentano così le possibilità di accesso all'alloggio, favorendo maggiore coesione sociale.

EFFETTI SIGNIFICATIVI

- Minimizzazione del consumo di suolo
- Efficienza del sistema insediativo
- Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio
- Efficienza delle reti infrastrutturali e tecnologiche
- Valorizzazione delle risorse culturali e paesaggistiche

Relativamente all'effetto di minimizzazione del consumo di suolo, si rimanda al paragrafo di valutazione degli effetti ambientali.

Il nostro sistema sanitario è un sistema universale, garantito ad ogni cittadino, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. La Regione Toscana, a tal proposito, da tempo persegue l'obiettivo della riduzione delle disuguaglianze nella fruizione e qualità dei servizi, oltre che dal punto di vista socio-economico, dal punto di vista territoriale, migliorando in modo indiretto anche l'efficienza dei sistemi insediativi complessivamente considerati.

Si riconferma l'azione di coordinamento dei servizi territoriali, in quanto l'offerta integrata dei servizi sul territorio completa un processo normativo e di programmazione nel quale è stata data un'attenzione particolare al tema della intersectorialità degli interventi. Così come per l'assistenza ospedaliera, è necessario che anche sul territorio venga meglio programmata e rimodellata l'offerta assistenziale per intensità di cure, e ciò in coerenza con i criteri di adeguatezza delle prestazioni sanitarie definiti in base ai livelli di complessità e dipendenza rilevati nell'analisi dei bisogni o alle diverse fasi del percorso assistenziale. Tutto ciò tenendo anche presente i bisogni della popolazione in riferimento alla necessità di una equa distribuzione territoriale dei servizi offerti.

Il Piano pone inoltre attenzione al tema dei rischi sulla salute che possono derivare dalle scelte economiche e di governo del territorio, sottolineando la necessità di realizzare gli opportuni interventi per il miglioramento dell'integrazione tra le politiche sanitarie e ambientali.

Le politiche sociali prefigurate dal Piano, possono determinare condizioni di riqualificazione dei sistemi urbani più degradati dove si registrano problemi di inclusione sociale: la presenza di strutture sociali che favoriscono le informazioni e l'accesso si pone in rapporto con il contenimento dei fenomeni di degrado. Una influenza positiva è determinata anche dall'efficienza delle reti, soprattutto per l'attivazione delle reti tecnologiche che rappresentano una effettiva e ulteriore possibilità di risposta ai problemi di comunicazione e inclusione sociale.

Lo sviluppo su più fronti dei servizi di telecomunicazione, delle reti dei servizi offerti anche via internet, dei sistemi informativi socio-sanitari, potrebbe infine rappresentare anche un importante strumento per ridurre la mobilità nei centri urbani maggiormente congestionati, prevedendo quindi un generico e positivo effetto sull'efficienza dei sistemi insediativi.

Gli effetti sulla dimensione sociale

Gli effetti attesi sulla dimensione sociale rientrano nel campo di azione diretta del Piano sanitario e sociale integrato: infatti l'obiettivo prioritario del Piano è quello di procedere nel percorso di qualifica e di sviluppo del sistema di welfare toscano, con particolare riferimento sia all'appropriatezza degli interventi, valutata sui bisogni delle persone, sia all'equilibrio territoriale dell'offerta.

Nell'ambito della promozione e difesa dei diritti di cittadinanza assumono carattere fondamentale tutte le azioni volte all'individuazione di livelli base di cittadinanza sociale territorialmente omogenei e riconosciuti, all'eliminazione di tutte le forme di marginalità e di discriminazione per favorire l'inclusione sociale, nonché alla costruzione di una società solidale e coesa.

Quanto maggiore è il dislivello socio-economico tra gruppi di popolazione all'interno di una società, tanto più accentuati sono i danni per la salute per l'intera popolazione, registrando livelli maggiori di malessere sociale. E' necessario allora intervenire attraverso il coinvolgimento di tutte le energie, interne ed esterne al sistema, presenti nel contesto territoriale e in grado di ricomporre quelle relazioni fondamentali per passare dal concetto di individuo isolato a quello di comunità partecipe, dalla situazione di solitudine alle relazioni di sostegno e, se necessario, di aiuto. Alla base di tutto ciò si pone quanto previsto nel driver 1, che punta ad Equità, giustizia sociale e centralità della persona nelle politiche, anche al fine di ridurre le forme di disagio e le disuguaglianze. Pertanto, sulla base di ciò, sono individuabili i seguenti effetti attesi:

- attenzione ai servizi ed agli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti e fragili, ai giovani ed adulti con disabilità, alle persone in stato di povertà ed a

rischio di esclusione, alle vittime di tratta e di violenza, alle famiglie ed ai minori, con particolare riferimento ai minori fuori famiglia, anche nell'ambito dei percorsi di affidamento familiare, nonché ai minori stranieri non accompagnati; a questo proposito rileva quanto specificato nel target D - Dedicato alle donne, in relazione al lavoro di cura sostenuto dalle donne all'interno della famiglia, nel target F - Dedicato agli anziani, in relazione all'attivazione della Rete della cronicità, nel target B - Dedicato ai bambini, nel target A - Dedicato ai genitori e nel target G - Dedicato alle persone con disabilità;

- incremento dei livelli organizzativo/prestazionali relativi all'accesso, alla valutazione, alla predisposizione del percorso assistenziale personalizzato e alla presa in carico, attraverso il mantenimento, in tutte le Zone/Società della salute, del Punto Unico di Accesso, del Segretariato Sociale e del Pronto intervento sociale, per la conseguente piena realizzazione del carattere universalistico del sistema dei servizi socio-assistenziali: vedi in proposito il driver 5 - Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato;
- accompagnamento dei servizi istituzionali e del terzo settore al rafforzamento delle capacità d'ascolto delle nuove vulnerabilità sociali ed allo sviluppo di specifiche competenze per la gestione di processi inclusivi e partecipativi con i nuovi soggetti vulnerabili in ambito sociale e socio-sanitario; a questo proposito rileva, in particolare, il target N - Dedicato a tutti i cittadini, in cui si parla di appropriatezza e di politiche per l'equità e si punta a combattere il disagio con un approccio integrato e multidimensionale.

A tal fine è fondamentale attivare percorsi partecipati di conoscenza dei fenomeni sociali emergenti e confermare il carattere di proattività delle politiche sociali toscane, le quali, mettendo anticipatamente in evidenza i bisogni, ne eviteranno la trasformazione in motivi di disagio sociale che conferirebbero agli interventi una connotazione di tipo meramente assistenziale.

SISTEMA DI MONITORAGGIO

Per la parte valutativa del Piano Regionale Socio Sanitario Integrato è stato deciso di ricorrere a due sistemi di valutazione già fortemente affermati ed inseriti in diversi riferimenti normativi:

- una batteria di indicatori riferiti agli indicatori di garanzia previsti anche per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In particolare nei sistemi di monitoraggio attualmente previsti in Regione Toscana verranno implementati gli indicatori per macro aree di assistenza.
- una batteria di indicatori già individuata da Istat per formulare il dominio salute all'interno del "Rapporto Bes: il benessere equo e sostenibile in Italia" che abbia riportato il dato per la Regione Toscana (benchmarking dato dell'Italia).

Ai fini del monitoraggio del presente Piano si confermano inoltre quali strumenti di verifica e monitoraggio:

- **La Relazione Sanitaria Regionale e la Relazione Sociale Regionale**, di cui all'art. 20 della L.R. 40/2005, e **il Profilo di salute**, curati dall'Agenzia regionale di sanità e dalla DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale. All'interno della relazione si trovano sviluppate analisi di trend sugli indicatori dello stato di salute e dei fattori di rischio nella popolazione oltre che gli indicatori sui risultati delle attività del Servizio sanitario regionale
- **Il sistema di valutazione della performance in sanità** (curato dal Laboratorio MeS, annuale). Il sistema di valutazione (www.meslab.sssup.it) costituito da oltre 200 indicatori in benchmarking, raggruppati in circa 50 indicatori di sintesi.
- **Indicatori Documento Tavolo Tecnico MEF per la Verifica degli Adempimenti Regionali**
- **Indicatori del Reddito di Inclusione (REI)** - Decreto n.147 del 15 settembre 2017

Gli indicatori oggetto di monitoraggio sono di seguito raggruppati per macro area. Nell'elenco dei "Collegamenti a Documenti Esterni" sono riportati anche i link relativi ai siti internet dei sistemi di valutazione sopra elencati dove sono dettagliati i rispettivi razionali e schede di calcolo.

Indicatori di garanzia previsti per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

ID.	INDICATORE
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
P03C	Copertura vaccinale anti-pneumococcica
P04C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C
P05C	Copertura vaccinale anti-HPV
P06C	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano
P07C	Denunce d'infortunio sul lavoro; Denunce d'infortunio mortale sul lavoro
P08Z	Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nella fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)
P09Z	Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
P11Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
P13Z	Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti
P14C	Indicatore composito sugli stili di vita
P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto
P16C	Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori <i>screen-detected</i>) ai round successivi a quello di prevalenza

ASSISTENZA DISTRETTUALE

ID.	INDICATORE
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (<i>Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE</i>) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (<i>Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE</i>) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
D05C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)
D06C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)
D07C	Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti); tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)
D08C	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.
D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D.
D12C	Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio.
D13C	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.
D14C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici
D15C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antidepressivi
D16C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Inibitori di pompa
D17C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antiipertensivi
D18C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Statine.

D19C	Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza.
D20Z	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente
D21Z	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente
D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)
D23Z	Tasso di PIC (Prese in Carico) in cure domiciliari integrate I livello (CIA 1), II livello (CIA 2), III livello (CIA 3)
D24C	Numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG.
D25C	Percentuale di IVG con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare.
D26C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne.
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.
D28C	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.
D29C	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti.
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
D31C	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.
D32Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica.
D33Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

ID.	INDICATORE
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.
H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente.
H07Z	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente.
H08Z	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)
H09Z	Donazione di organi (Donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).
H10Z	Tempi di attesa per trapianto (numero pazienti in lista di attesa per trapianto, tempo medio di attesa di trapianto per organo, numero dei pazienti trapiantati per singolo organo).
H11Z	Donazione di tessuti (numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto in rapporto al numero di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici, numero di donatori di tessuti per tipologia di tessuto in rapporto al numero di decessi in ospedale).

H12C	Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.
H14C	Percentuale di ricoveri di riabilitazione post-acuti inappropriati dal punto vista clinico.
H15S	Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche.
H16S	Frequenza di infezioni post-chirurgiche.
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti.
H19S	Percentuale di parti fortemente pre-termine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN
H20S	Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)
H21S	Numero di punti nascita attivi con volumi <500 parti/anno, per i quali, secondo i dati forniti dal Comitato Percorso nascita nazionale, non è stata chiesta deroga alla chiusura
H22C	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC).
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.
H24C	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata

Indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)

ID.	INDICATORE
PDTA01	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)
PDTA02	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)
PDTA03	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)
PDTA04	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)
PDTA05	Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Diabete)
PDTA06	Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDTA Tumore operato della mammella nella donna)
PDTA07	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)

PDTA08	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
PDTA09	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
PDTA010	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)

Indicatori per il monitoraggio BES (benessere equo e sostenibile)

Questa batteria è stata integrata successivamente dagli indicatori presenti all'interno de "IL MONITORAGGIO DEL PRS 2016-2020 Il concetto di benessere ad integrazione degli indicatori di monitoraggio" per la regione Toscana redatto da IRPET.

1. Speranza di vita alla nascita: La speranza di vita esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere. Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Registro Mortalità regionale.
2. Eccesso di peso: Proporzione standardizzata* di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in Kg, e il quadrato dell'altezza, in metri). Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
3. Fumo: Proporzione standardizzata* di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente sul totale delle persone di 14 anni e più. Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
4. Sedentarietà: Proporzione standardizzata* di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica sul totale delle persone di 14 anni e più. Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
5. Alimentazione: Proporzione standardizzata* di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale delle persone di 3 anni e più. Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
6. Indice di stato fisico (Pcs): La sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 (Short Form

- Health Survey), consente di costruire un indice di salute fisica (Physical Component Summary-Pcs). Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
7. Indice di stato psicologico (Mcs): La sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 consente anche di costruire un indice di salute psicologica (Mental Component Summary-Mcs). Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.
 8. Mortalità infantile: Decessi nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi residenti. Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Registro Mortalità regionale.
 9. Mortalità per tumore: Tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) standardizzati* all'interno della fascia di età 20-64 anni, per 100.000 residenti.
 10. Mortalità sistema circolatorio: Tassi di mortalità sistema circolatorio (causa iniziale) standardizzati* per 100.000 residenti. Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Registro Mortalità regionale.
 11. Mortalità sistema respiratorio: Tassi di mortalità sistema respiratorio (causa iniziale) standardizzati* per 100.000 residenti. Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Registro Mortalità regionale.
 12. Prevalenza malati cronici. Fonte MaCro ARS Toscana.

ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI

AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
BES	Benessere Equo e Sostenibile
BPCO	BroncoPatie Croniche Ostruttive
CV	Copertura Vaccinale
ICT	Information Communication Technology)
IFC	Infermiere di Famiglia e Comunità
IVG	Interruzioni Volontarie di Gravidanza
MCNT	Malattie Croniche Non Trasmissibili
MMG	Medici di Medicina Generale
MGF	Mutilazioni Genitali Femminili
MPR	Vaccino per Morbillo-Rosolia-Parotite
MST	Malattie Sessualmente Trasmesse
NEET	Not Engaged in Education, Employment or Training (persone non impegnate nello studio, né nel lavoro, né nella formazione)
PAER	Piano Ambientale ed Energetico Regionale
PAI	Piani Assistenziali Individuali
PDTAS	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Sociali
PIT	Piano di Indirizzo Territoriale
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PRB	Piano di gestione dei rifiuti e bonifica dei siti inquinati
PRIIM	Piano regionale integrato infrastrutture e mobilità
PRQA	Piano regionale per la qualità dell'aria
PRS	Piano Regionale di Sviluppo
PSSIR	Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale
REI	Reddito di inclusione
RT	Regione Toscana
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
SSR	Sistema Sanitario Pubblico Regionale

COLLEGAMENTI A DOCUMENTI ESTERNI

1. RAPPORTO "WELFARE E SALUTE IN TOSCANA - 2017"

<http://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale>

<https://www.ars.toscana.it/2-articoli/3985-welfare-e-salute-in-toscana-2017.html>



2. RELAZIONE SOCIALE DELL'OSSERVATORIO SOCIALE REGIONE (OSR)

<http://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale/attivita/programmazione-socio-sanitaria/le-pubblicazioni>



3. PROFILI DI SALUTE - SCHEDE E INDICATORI A SUPPORTO DELLA PROGRAMMAZIONE DI ZONE DISTRETTO E SOCIETÀ DELLA SALUTE

<http://www.regione.toscana.it/-/profili-di-salute-2018>



4. INTERVENTI SOCIALI PER BAMBINI E RAGAZZI IN FAMIGLIA E FUORI FAMIGLIA - IL MONITORAGGIO CON LE ZONE E SDS

<https://www.minoritoscana.it/?q=node/481>



5. I SERVIZI PER L'ACCOGLIENZA RESIDENZIALE - IL SISTEMA INFORMATIVO ASSO - ASMI
<https://www.minoritoscana.it?q=node/216>

