REGIONE TOSCANA

PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE

2018
2020

PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2018-2020

Sommario

A. SEZIONE CONTENUTISTICA

Premessa 3
Articolazione del piano 11
I nuovi scenari sociali ed economici della Regione Toscana. Cambiamenti del contesto 15

OBIETTIVI STRATEGICI CHE GUIDANO LE AZIONI DEL PIANO (I DRIVER) 17
Obiettivo 1 Prevenzione 19
Obiettivo 2 Disuguaglianze di salute e sociali 29
Obiettivo 3 Liste di attesa 37
Obiettivo 4 Vivere la cronicità 45
Obiettivo 5 Nuovi modelli di "care" 57
Obiettivo 6 Innovazione e informazione 63
Obiettivo 7 Welfare etico e partecipazione 67
Obiettivo 8 Competenze e lavoro fra sicurezza e modernità 75
Obiettivo 9 Sostenibilità 79
Obiettivo 10 Qualità del fine vita 85

UN UNICO SISTEMA TANTI DESTINATARI: I TARGET E I FOCUS 89
Destinatari A Dedicato ai genitori 91
Destinatari B Dedicato ai bambini 97
Destinatari C Dedicato ai giovani 109
Destinatari D Dedicato alle donne 119
Destinatari E Dedicato agli anziani 129
Destinatari F Dedicato agli stranieri 135
Destinatari G Dedicato ai lavoratori 141
Destinatari H Dedicato alle popolazioni residenti nelle aree interne, montane e insulari 147
Destinatari I Dedicato alle persone detenute negli istituti penitenziari 153

Focus 1 Dedicato ai pazienti oncologici 157
Focus 2 Dedicato alle persone con disabilità 163
Focus 3 Dedicato alla salute mentale 167

La ricerca e la sperimentazione clinica nelle scienze della vita 177
Il ruolo della zona distretto e il suo assetto 179
Programmazione multilivello e strumenti di integrazione 187
La ripartizione delle risorse 191
Individuazione delle modalitá di confronto esterno 205

B. SEZIONE VALUTATIVA

Valutazione di coerenza esterna 207
Valutazione di coerenza interna 217
Valutazione di fattibilità economico-finanziaria 227
Valutazione degli effetti attesi 233
Sistema di monitoraggio 243

Elenco delle abbreviazioni 251
Collegamenti a documenti esterni 253

A. SEZIONE CONTENUTISTICA
PREMESSA

1. *Finalità*. Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale è l'atto di indirizzo all'interno del quale viene rappresentata la visione del nostro sistema della salute per i prossimi anni in termini di obiettivi strategici e di declinazione sui rispettivi destinatari, così da definire una cornice a partire dalla quale possono essere concretizzati obiettivi specifici, azioni e risorse.

   Merita ricordare che tra il 1990 ed il 2001 si sviluppava, contestualmente ad un riassetto complessivo dello Stato sociale italiano, quel processo di regionalizzazione "forte" del Sistema sanitario, di cui il Piano sanitario sociale integrato regionale 2018-2020 costituisce il prodotto più recente in termini temporali. Il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 dispone un generale conferimento di competenze in favore degli enti territoriali, ed in particolare alle regioni, assicurandone il coinvolgimento nella definizione della programmazione sanitaria e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza. In quest'ottica il piano sanitario regionale viene a rappresentare "il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale, anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale".

   Il processo di regionalizzazione trovava nuovo slancio con la legge n. 419 del 1998 ed il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; in tale contesto le Regioni venivano ad assumere maggiori facoltà nell'ambito della programmazione di competenza e della gestione dei servizi. Il Servizio sanitario nazionale diveniva il risultato del complesso delle funzioni e delle attività dei servizi sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale, mentre il distretto assumeva il ruolo di struttura portante delle aziende, in quanto luogo di rilevazione delle istanze in materia di salute. Successivamente le leggi costituzionali 22 novembre 1999 n. 1 e 18 ottobre 2001 n. 3 e la modifica dell'articolo 117 della Costituzione, riconducevano la materia "tutela della salute" all'interno della competenza concorrente collocando, allo stesso tempo, importanti materie legate o complementari alla stessa tutela della salute all'interno della potestà esclusiva regionale, come ad esempio gli interventi nel campo dell'assistenza sociale.

2. *Valori***.** Come prima considerazione è fondamentale ribadire il valore insostituibile del sistema sanitario pubblico come garanzia per la tutela e promozione della salute seguendo i principi di universalità, eguaglianza ed equità di accesso, nonché criteri efficacia, efficienza ed economicità. Oggi nuove possibilità si aprono declinando il principio costituzionale della sussidiarietà attraverso la partecipazione della cittadinanza attiva e il coinvolgimento del terzo settore anche attraverso la co-programmazione e la co-progettazione. L'obiettivo è quello di creare valore pubblico nella rete dei servizi.

Il SSR non può essere letto solo tramite numeri e indicatori, dietro questi ci sono singole persone che richiedono una cura fatta anche di ascolto, relazione e umanità. Ci dobbiamo occupare della salute di ogni persona all'interno della sua comunità prevedendo percorsi di inclusione qualora siano ritenuti utili. Oggi il principio di universalità va ampliato. Dobbiamo partire da servizi rivolti a tutti indistintamente, ma declinati su ogni persona considerata nella sua individualità e nel suo sistema di relazioni. In questa direzione diventa ancora più importante la valorizzazione e formazione degli operatori sanitari e sociali che rimangono il presupposto imprescindibile per concretizzare i valori e le nuove strategie del sistema della salute regionale.

Il concetto di salute va oltre il benessere psicofisico, secondo la definizione dell'OMS nel 1948. Oggi è necessario un impegno a considerare la salute in tutte le politiche e una promozione alla sensibilizzazione verso la salute secondo un approccio culturale orientato alla comunità e all'ambiente, nell'enciclica Laudato sì di papa Francesco parla di "ecologia integrale", e allo sviluppo delle capacità individuali (A. Sen, M. Nussbaum).

Sempre più la questione di fondo si riconduce ad affrontare le "diseguaglianze di salute" (M. Marmot). Il sistema sanitario e sociale regionale si deve rivolgere a tutti per essere di qualità, ma insieme si deve porre l'obiettivo di ridurre la forbice tra le famiglie più avvantaggiate e quelle meno, diminuire le diseguaglianze di salute. Nel fare questo devono essere considerate anche le peculiarità territoriali legate alle "aree interne" e alle specificità urbane. Per raggiungere questo obiettivo le politiche devono essere integrate così da agire sia sulle determinanti così dette distali (istruzione, occupazione, reddito, caratteristiche sociali dell'area nella quale viviamo) che su quelle prossimali (stili di vita, condizioni ambientali, fattori igienici o biologici). La diseguaglianza di salute può essere declinata come possibilità di accesso alle cure e alla ricerca della propria salute. In questa direzione promuovere un welfare etico e partecipato significa considerare i singoli cittadini e le loro aggregazioni sociali, a cominciare dalle famiglie, non solo come potenziali beneficiari dei servizi di welfare, ma come risorse della comunità locale che concorrono alla definizione degli stessi interventi volti a risolvere gli stati di bisogno che via via si rendono evidenti. Si tratta di far scattare un meccanismo connettivo che crei fiducia e che aiuti le reti anche ad autosostenersi.

A questo possiamo aggiungere che per la Toscana il grado di civiltà di uno Stato, di una Regione o di una qualsiasi comunità, si misura anche dalla qualità delle cure per i non autosufficienti, le persone con disabilità, i detenuti e le persone con problemi di salute mentale.
In particolare lo Statuto della Regione Toscana, approvato nel 2004, tra le finalità prioritarie perseguite, come si evince dall'articolo 4, annovera il diritto alla salute ed alla protezione sociale.

3. *Livelli di programmazione*. Il passaggio tra la fase dell'enunciazione di principio e quella attuativa è affidato al PSSIR quale strumento di programmazione intersettoriale con il quale la Regione, nell'ambito del programma regionale di sviluppo, definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale regionale e i criteri per l'organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali integrati in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione.

   La programmazione rappresenta il luogo della ricomposizione degli obiettivi e della negoziazione delle richieste degli stakeholder istituzionali e sociali. L'attuale PSSIR è il punto di riferimento imprescindibile per gli altri livelli di programmazione, per il loro collegamento e la loro interazione. La programmazione di Area Vasta, la programmazione delle AUSL e delle AOU e la programmazione territoriale con i Piani integrati di salute e Piani di inclusione zonale, devono trovare dispositivi di integrazione che permettano di condividere un medesimo linguaggio e una governance regionale di indirizzo e coordinamento.

4. *Territorio*. Il territorio è un ambito che parte dalla prevenzione nella comunità (sociale, sociosanitario, scuola, urbanistica e infrastrutture, etc.) e arriva alla continuità con l'ospedale. Il ruolo del territorio si ridefinisce e riposiziona attraverso una nuova alleanza virtuosa tra Istituzioni locali, AUSL e AOU, SdS, associazioni, volontariato e privato sociale, e si riposiziona in una strategia di governance degli assetti istituzionali che viene ricondotta ad unità dalla funzione guida regionale.

   È importante ripartire da quelli che sono gli elementi peculiari del modello toscano, da quelle caratteristiche che si sono storicamente sedimentate e proiettarle, rinnovate, nel futuro. Valorizzare il territorio indica un taglio culturale orientato a responsabilizzare la comunità e l'ente locale. La risposta ai problemi sociali e sanitari, viene data con politiche orizzontali, che si organizzano nella comunità locale, unico luogo dove si possono tenere in relazione le politiche della salute (sociali e sanitarie), con le politiche educative, con le politiche economiche e con le politiche ambientali. Una risposta che si è basata e si deve basare ancor più oggi, più sui servizi e progetti personalizzati che sui trasferimenti monetari alle famiglie e agli individui. Sono importanti anche gli aiuti monetari alle famiglie, ma l'elemento caratterizzante deve essere il servizio pubblico a cui il cittadino si rivolge, e a cui gli operatori pubblici, o privati sotto la regia del pubblico, danno una risposta. É la modalità di presa in carico, centrata sulla comunità, che distingue un percorso di inclusione da un semplice assistenzialismo.

   In questa chiave di lettura del ruolo svolto dal territorio assume una valenza particolare la politica di attenzione messa in atto dalla Regione in materia di valorizzazione e qualificazione dell'assistenza socio-sanitaria nei territori cosiddetti periferici.

5. *Processi riorganizzativi*. Il processo riorganizzativo trova la sua base normativa in particolare nella L.R. 84/2015 e nella l.r. 11/2017. Il presente PSSIR si pone di implementare i processi attuativi relativi a tali normative. Nello specifico le finalità generali della legge regionale n. 84/2005 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005" si dipanano intorno all'accorpamento delle dodici aziende USL in tre aziende USL, al rafforzamento della programmazione di area vasta, al potenziamento dell'organizzazione del territorio e alla revisione dei processi di governance. Finalità complementari sono quelle della legge regionale n. 11/2017 "Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto. Modifiche alla l.r. 40/2005 ed alla l.r. 41/2005", nella quale in particolare viene individuata la dimensione adeguata delle zone distretto riducendole da 34 a 26, vengono inseriti importanti elementi per una maggiore autonomia e un miglior funzionamento delle zone e viene delineata una scelta di campo verso il modello della Società della salute a gestione diretta.

   Se, da una parte, l'efficacia dei processi richiede di accentrare il livello decisionale per necessità di adeguate dimensioni, risorse finanziarie e competenze, dall'altra parte deve essere contemperato il bilanciamento attraverso una valorizzazione del territorio, così da non rischiare un allontanamento dai cittadini. Sul territorio è comunque importante ricercare una convergenza sui regolamenti per la presa in carico e una omogeneità delle prestazioni cercando di ridurre le sperimentazioni a favore di percorsi strutturati nei servizi. Inoltre a maggior ragione dopo il ridimensionamento del ruolo delle province, il territorio riorganizzato in zone distretto diventa il luogo di raccordo tra Regione e comuni.

   Da un punto di vista operativo la riorganizzazione riguarda la modalità di lavoro degli attori del sistema sanitario e sociale regionale e il presente PSSIR evidenzia due elementi dirimenti: l'interdisciplinarità e allargamento dei confini; la centralità del paziente in un'ottica di *responsiveness*. Per garantire interdisciplinarità è necessario affrontare i problemi con gruppi multiprofessionali che lavorino in un'ottica di complementarietà e individuare persone disposte a mettere le loro capacita al servizio del SSR, ognuno con le proprie responsabilità, ma tutti assieme per il paziente. La centralità dei pazienti va interpretata verso il *patient engagement*, cioè il loro coinvolgimento nel percorso di cura. Si tratta di un'alleanza in cui il paziente e co-protagonista, un gioco di squadra nel quale il valore si crea orientando l'agire clinico verso una rete in cui si muovono medico e paziente.

   Mettersi dal punto di vista dei cittadini significa sviluppare il concetto di rete e di percorso, al di là di confini organizzativi e gestionali. Nel farlo, la modalità di presa in carico diviene incentrata sulla comunità, contraddistinguendo un percorso di inclusione

e partecipazione, da un semplice percorso fatto di singole prestazioni e assistenzialismo. Seconda la definizione dell'OMS (1998), la rete è raggruppamento di individui, organizzazioni o istituzioni organizzate su base non-gerarchica intorno a problemi o obiettivi comuni, che sono alimentate in modo proattivo e fondate su impegno (commitment) e fiducia (trust). In questo senso, le reti rappresentano modelli di governo imperniati sulla risoluzione di questioni che non possono essere risolte, o non possono esserlo con facilità, da singole organizzazioni (Agranoff R. e McGuire M., 2001). Nel concetto di rete così come nel suo attuarsi, i diversi processi necessitano di una permeabilità dei confini che riconosca nell'abbattimento delle barriere lo strumento in grado di promuovere l'identificazione di risposte quanto più esaurienti ed esaustive possibili.

6. *Innovazioni del PSSIR 2018-2020*. Il nuovo piano integrato si connota per alcuni progetti che ne rappresentano il nucleo innovativo, fra questi la realizzazione della medicina di iniziativa e dell'assistenza sociosanitaria alla cronicità compresa la soluzione delle problematiche della lungodegenza, la creazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali e sociali (PDTAS), la soluzione del problema delle liste d'attesa, l'omogeneità delle soluzioni adottate in tutto il territorio regionale, il monitoraggio dei progetti personalizzati e delle prestazioni, valutandone i risultati anche in termine di sviluppo della relazione con i cittadini ed il coinvolgimento di quest'ultimi e delle loro forme associative nella progettazione dei servizi.

   Particolare rilievo assume nel piano l'affermazione della logica dell'attivazione sociale e il cambiamento del paradigma delle politiche di welfare verso obiettivi di natura promozionale, di sostegno all'autonomia delle persone e delle famiglie, di determinazione della persona rispetto alle proprie cure (testamento biologico e fine vita), con particolare attenzione alle diverse vulnerabilità sociali; ed ancora 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. In quest'ottica si inserisce 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, 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 valorizzazione dell'apporto delle professioni attraverso gli strumenti del governo clinico, oltre all'impegno a incrementare le borse di studio per

le specializzazioni e la medicina generale; mentre ad un contesto più ampio, rispetto alle tematiche strettamente socio-sanitarie, è ascrivibile il progetto volto a riservare particolare attenzione ai rischi ambientali ed ai determinati di salute.

7. *La partecipazione al PSSIR*. 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. Sulla spinta di quanto enunciato nella Dichiarazione di Alma-Ata (1978), per cui "le persone hanno il diritto ed il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla programmazione e all'attuazione delle misure di tutela sanitaria che sono loro destinate", il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini rappresentano uno dei pilastri su cui si fonda il SSR; a tale scopo la Regione, così come previsto e ben definito dalle l.r. n. 75/2017, intende riconoscere, valorizzare e stimolare la partecipazione dei cittadini e delle loro forme associative. Inoltre alle organizzazioni sindacali, maggiormente rappresentative sul territorio nazionale, sia confederali che di categoria, sarà riservato un ruolo di confronto nei pertinenti atti esecutivi al piano.

   In particolare il coinvolgimento dell'Ordine dei medici, dell'Ordine degli Infermieri e Ostetriche, dell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica, delle Professioni della riabilitazione e della Prevenzione, delle Professioni sanitarie, sociali, tecniche e amministrative, è ritenuto necessario per l'attuazione del PSSIR nelle forme che verranno ritenute opportune dall'organo e dai settori competenti. 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.

   Hanno contribuito alla realizzazione del Piano sociale sanitario integrato sia mediante la fase della consultazione, sia mediante l'elaborazione di osservazioni:
   AIOP Associazione Italiana Ospedalità privata;
   ANAAO Donne Toscana;
   Anci Toscana;
   ANDI Toscana- Associazione Nazionale Dentisti Italiani;
   ANSDIPP Toscana;
   AOU Meyer;

Associazione Auser Toscana;
Associazione CUI-I ragazzi del sole;
Associazione Genitori nella Consulta Tecnica della Rete Pediatrica;
Associazione Ippogrifo;
Associazione mediatori familiari (AIMEF);
Associazione Siena Soccorso;
Associazione Noi per Voi Onlus;
AUSL toscana centro;
AUSL toscana nord ovest;
AUSL toscana sud est;
Centro di coordinamento regionale per la salute e la medicina di genere;
Centro regionale per la medicina Integrata;
Centro regionale sangue (CRS);
Centro studi "Gianni Selleri";
CIA- Agricoltori Italiani Toscana;
Confartigianato imprese Toscana;
Conferenza dei Sindaci- Azienda USL Toscana Centro;
Confindustria Toscana;
Consiglio dei cittadini per la salute;
Coordinamento DIPOI-Durante e Dopo di Noi;
Coordinamento toscano delle Associazioni per la Salute mentale;
Difensore Civico;
Farmaindustria;
Federsolidarietà Confcooperative;
Federfarma Toscana;
Forum salute mentale;
Garante dei diritti dei detenuti;
Intersexioni;
ISPRO;
Nursind;
Ordine Assistenti Sociali della Toscana;
Ordine dei medici della Provincia di Arezzo;
Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della prevenzione;
Ordine infermieri Firenze-Pistoia;
Sindacati CGIL-CISL-UIL Confederali;
Società della Salute Firenze;
Società della Salute Mugello;
Società italiana di geriatria e gerontologia;
Zona distretto Versilia;
Zona distretto Lucca.

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 Servizio Sociosanitario 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 Destinatari/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.

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/lepubblicazioni), 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 10 grandi obiettivi strategici (Driver) che rappresentano le forti linee di indirizzo cui il PSSIR è ispirato. La Legge 8 marzo 2017 n. 24 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 9 destinatari (Destinatari/Target) che ricomprendono nel loro insieme la nostra popolazione di riferimento distinta per età, fasi della vita e o particolari condizioni. Inoltre sono individuati 3 focus come ambiti di particolare attenzione trasversale a più Destinatari/Target.

Da evidenziare come, in particolare, relativamente ad uno specifico destinatari/target, costituito dai cittadini stranieri, con l'adozione del presente PSSIR, in base all'art. 6 bis 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 (DEFR) e delle note di aggiornamento, verranno successivamente predisposte 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. Tali schede operative saranno approvate con atto di Giunta regionale.

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% 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 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.

Il piano si concentra quindi su **dieci obiettivi chiave (Driver).**

1. Prevenzione
2. Disuguaglianze di salute e sociali
3. Liste di attesa
4. Vivere la cronicità
5. Nuovi modelli di 'care'
6. Innovazione e informazione
7. Welfare etico e partecipazione
8. Competenze di Lavoro tra sicurezza e modernità
9. Sostenibilità
10. Qualità del fine vita

Obiettivo 1
PREVENZIONE

La salute è un concetto positivo, che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche di tutti i cittadini. È garantita dall'impegno delle istituzioni che assicurano, in tutte le politiche, servizi sanitari efficienti, interventi appropriati a partire dai corretti stili di vita e puntando al benessere collettivo in tutte le azioni pubbliche.

I toscani sembrano godere di buona salute a giudicare dall'aspettativa di vita, che in media consente 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 e, ancora oggi, è 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.

attesa di vita
tra le più alte
in aumento

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 quali 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.

salute dei toscani
è buona e
in miglioramento

Il Servizio Sanitario Regionale garantendo in modo universale cure e prevenzione, è il cardine del welfare e della coesione sociale. 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 all'invecchiamento della popolazione e, quindi, all'aumento del numero degli 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 ad 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.

Le politiche pubbliche devono promuovere la conoscenza nella popolazione rispetto agli effetti dei cambiamenti climatici sulla salute e sui fattori che aumentano le vulnerabilità correlate; promuovere strategie di mitigazione nei diversi settori trasportistico, energetico, edilizio in coerenza con l'obiettivo della transizione ad un'economia di tipo circolare; prevedere meccanismi premiali rispetto alla progettazione di nuove costruzioni ospedaliere o a ristrutturazioni di presidi sanitari che favoriscano progetti verdi ed ecoefficienti, ad emissione zero; sviluppare sistemi alimentari sani e capaci di contribuire al contrasto del cambiamento climatico, promuovendo linee guida per una dieta sostenibile; valutare l'impatto sulla salute delle strategie di adattamento e mitigazione dei cambiamenti climatici; mettere in connessione il cambiamento climatico e gli obiettivi di salute con tutte le altre politiche, con particolare riferimento agli obiettivi stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

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 e che promuove salute.
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:
  - attuazione del 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 che entrerà in vigore il 14/12/2019;
  - attuazione del 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 "...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 fenomeno 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, si 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 e della normativa nazionale (ad esempio (REACH, CLP, Biocidi, fitosanitari, cosmetici ecc.).

- 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, anche 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.

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 al limite previsto dalle 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 l'attività fisica riduce le probabilità di ammalarsi di alcune patologie nonché complicanze e recidive, produce benefici alle persone che la 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 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 segnaliamo 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.

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.

Attualmente la promozione dell'attività fisica si può avvalere di linee di indirizzo nazionali recepite con D.G.R.T. 737/2019.

Le linee di indirizzo nazionali forniscono elementi tecnico operativi per la promozione dell'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottograuppi specifici di popolazione.

La promozione della salute, gli stili di vita, il benessere sociale, l'empowerment del cittadino

Le politiche di promozione della salute ed i relativi interventi per le scuole, la comunità, il mondo del lavoro ed il setting sanitario, non possono prescindere dal coinvolgimento attivo dei territori, dei cittadini e dei beneficiari stessi nel definire gli obiettivi, assumere le decisioni, dare attuazione alle strategie di miglioramento del livello di vita collettiva ed individuale. Tutte le scelte pubbliche devono favorire la salute ed il benessere dei cittadini,

anche attraverso azioni efficaci per la promozione della salute e per facilitare l'adozione di comportamenti salutari soprattutto in relazione al contrasto dei fattori di rischio e prevenzione delle MCNT.

Per facilitare questo processo è necessario promuovere la consapevolezza e la responsabilità delle persone nei confronti della propria salute ed un approccio integrato, continuativo, sostenibile, multifattoriale e multidisciplinare da parte delle istituzioni che tenda ad una governance della salute oltre l'ambito strettamente sanitario.

È così che si introducono forme di reale co-programmazione e di cittadinanza responsabile e si dà spazio ad un dialogo strutturato tra cittadini, terzo settore, mondo delle professioni sanitarie e sistema sociale. 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, anche i saperi non professionali e le esperienze aggregative di natura informale. In tal senso occorre adottare strumenti che promuovono prossimità, proattività ed integrazione dei servizi per 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.

Concetti centrali ed imprescindibili sono quelli delle life skill e dell'empowerment dei singoli, dei gruppi e delle comunità, perché conquistare il massimo potenziale di salute richiede di essere in grado di conoscere i fattori determinanti di salute, per fare scelte consapevoli e adottare sani stili di vita. In particolare: alimentazione corretta, attività fisica regolare, cessazione e non iniziazione al fumo e consapevolezza nel consumo limitato di alcol sono i pilastri di una strategia di prevenzione su cui Regione Toscana lavora ormai da anni anche con il programma Guadagnare Salute ed in allineamento al Piano Nazionale della Prevenzione, i cui programmi di promozione della salute e di prevenzione delle patologie croniche sono declinati localmente in interventi di promozione della salute e di stili di vita sani.

All'interno della cosiddetta community care e delle politiche di self help, è auspicabile attivare un processo di sviluppo e diffusione della cultura dell'auto aiuto e della promozione capillare dei gruppi di auto aiuto che, nei contesti che vanno dalla salute mentale alle dipendenze e alle situazioni di cronicità, rappresentano oramai una metodologia in grado di accrescere le competenze e orientare rapidamente le scelte sanitarie dei pazienti, migliorare la compliance ai trattamenti, sostenere il carico assistenziale delle famiglie e degli stessi caregiver. Promuoverne lo sviluppo anche in altri settori dell'assistenza territoriale avrebbe anche ricadute positive sulla spesa sociale e sanitaria.

La scuola si configura come un ambiente privilegiato per attivare con successo politiche di

promozione della salute per i piccoli, i giovani, i docenti e le famiglie. La promozione della salute in ambito scolastico, si ottiene con un approccio di policy integrate che non si configura come una "nuova materia" ma come una proposta educativa continuativa ed integrata lungo tutto il percorso scolastico, dalla scuola materna, alla primaria, alla secondaria di primo e secondo grado, lungo l'intero processo educativo per il miglioramento della salute e del benessere di tutta la comunità scolastica.

Adottare un approccio sistemico e globale alla promozione della salute a scuola, permette di raggiungere obiettivi di salute e di miglioramento dell'apprendimento e dei livelli di istruzione. Occorre, dove necessario per tale finalità, stipulare appositi accordi e protocolli con l'ufficio scolastico regionale, gli uffici scolastici territoriali, il sistema sanitario includendo anche altri attori opportuni in un'ottica di intersettorialità che tenga conto degli obiettivi, dei soggetti, delle risorse per direzionare gli sforzi verso la co-progettazione e la co-costruzione di ambienti educativi sfidanti.

Parimenti nel mondo del lavoro occorre sensibilizzare e sostenere, tramite appositi programmi ed interventi evidence-based, le imprese e gli enti che promuovono la salute perché si impegnino a costruire, attraverso un processo partecipato, un contesto lavorativo che, dal punto di vista organizzativo e relazionale, favorisca l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute e per la sicurezza, nel proprio interesse e nell'interesse della collettività, agendo su tematiche di prevenzione quali alcool, alimentazione ed attività fisica, droghe e stress, aspetti relazionali. Investire su interventi che facilitano nei lavoratori la capacità di orientare la propria esistenza verso un benessere biopsicosociale e comportamenti ed abitudini salutari, è dimostrato produrre una riduzione dell'assenteismo, delle malattie croniche non trasmissibili e dei tassi di mortalità, dei conflitti interpersonali ed accrescere il senso di appartenenza alla propria comunità e la motivazione. L'ambiente di lavoro è quindi un contesto favorevole per influenzare in modo positivo le abitudini di vita dei lavoratori, esso rappresenta un luogo di aggregazione, una comunità in cui le persone passano buona parte della giornata e dove, pertanto, assume grande rilevanza l'interazione dell'individuo con la dimensione organizzativa e relazionale. Lavorare e quindi vivere in un contesto che offre opportunità di benessere, si è dimostrato efficace per lo sviluppo e il rafforzamento di consapevolezza ed autoefficacia nel contrastare comportamenti sfavorevoli alla salute.

Un approccio integrato si pone come obiettivo l'intervento sui principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili più comuni e per essere maggiormente efficace deve basarsi su dati epidemiologici e sui risultati delle sorveglianze quali OKKio alla Salute, HBSC, Edit, Espad, Passi e Passi d'Argento fondamentali per guidare e orientare le priorità e per monitorare gli interventi a livello di popolazione.

Le politiche sanitarie attraverso questo approccio, risultano 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 e delle comunità.

Risulta imprescindibile intervenire in un'ottica di urban health dove la politica regionale sostenga la cooperazione tra le istituzioni territoriali per presidiare pro-attivamente tutti i settori (salute, scuola, mobilità, occupazione, pianificazione urbanistica, ambiente) ed i contesti geografici che possono rappresentare fattori di rischio individuali e della comunità perché mantenersi in salute è positivo per l'individuo ma anche per la comunità: la prevenzione genera un alleggerimento degli oneri sociali ed economici che sono invece legati allo stato di malattia. Nell'ottica della promozione della salute vanno anche considerate le opportunità legate all'utilizzo del sistema termale toscano attraverso una sua riqualificazione e all'Attività Fisica Adattata (AFA) da sviluppare insieme al mondo delle associazioni del terzo settore.

Obiettivo 2
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.

È necessario che i servizi siano capaci di affrontare le diseguaglianze legate all'orientamento sessuale, all'identità di genere e alle caratteristiche di sesso. 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, oggi superato e sostituito dalla misura del reddito di cittadinanza, come misura universale di contrasto alla povertà, costruendo un piano organico di contrasto alla povertà. Si evidenzia che già il REI, alla luce del D.Lgs 147 del 15/9/2017, aveva 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. Anche nella nuova misura universalistica Reddito di cittadinanza, che ha sostituito il REI a seguito dell'approvazione del decreto legge 4/2019 convertito con Legge n. 26/2019, il Patto per l'inclusione sociale e la valutazione multidimensionale costituiscono livello essenziale delle prestazioni (LEP) nei limiti delle risorse disponibili.

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, discriminazioni 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. Tale patto può essere concretamente rafforzato attraverso l'attivazione di azioni di responsabilizzazione e di coinvolgimento attivo dei beneficiari di talune prestazioni, al fine di aumentare il rendimento degli interventi attuati a beneficio dell'intera comunità (welfare generativo).

Il PSSIR – 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. In relazione alle discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale e/o dall'identità di genere, la Regione ha approvato la legge regionale 15 novembre 2004, n. 63 (Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere).

Merita un'ulteriore precisazione il passaggio da REI a RdC. Con la legge di bilancio 2019 viene superato l'istituto del Reddito di inclusione (REI), che era stato introdotto dal D. Lgs. n. 147/17, in favore della pensione di cittadinanza e del reddito di cittadinanza.

Più precisamente, il Reddito di Cittadinanza (RdC) ha assorbito il REI, che dal mese di aprile 2019 non è più riconosciuto, né rinnovato. Se riconosciuto in data anteriore al mese di aprile 2019, il beneficio continua ad essere erogato per la durata prevista e secondo le modalità disciplinate dalla disposizioni istitutive, salva la possibilità di far domanda per il Reddito di cittadinanza e fermo restando la incompatibilità di contemporanea fruizione del Reddito di cittadinanza e del Reddito di inclusione nell'ambito dello stesso nucleo familiare.

L'articolo 11 del decreto legge 4/2019 istitutivo del Reddito e della Pensione di cittadinanza ha abrogato, dal 1° aprile 2019, quasi per intero il Capo II del D. Lgs. 147/2017, dedicato al REI.

Restano in vigore, del D. Lgs. n. 147/2017, il Capo III, dedicato al riordino delle prestazioni assistenziali finalizzate al contrasto alla povertà e il Capo IV, dedicato al rafforzamento del coordinamento degli interventi in materia di servizi sociali.

Dell'impianto originariamente previsto per il REI, restano vigenti alcune disposizioni, seppur modificate per renderle funzionali all'attuazione del Reddito di cittadinanza.
Il Reddito di cittadinanza prevede la sottoscrizione di un Patto per il lavoro, presso il competente Centro per l'impiego, ovvero di un Patto per l'inclusione sociale presso i competenti servizi comunali (sono escluse o esonerate da tali obblighi alcune specifiche tipologie di beneficiari).

Il Patto per l'inclusione sociale di cui all'art. 4, comma 13, del decreto legge 4/2019, assume le caratteristiche del progetto personalizzato di cui all'articolo 6 del D.Lgs. 147/2017.

Il progetto personalizzato, anche ai fini REI, viene pertanto rinominato "Patto per l'inclusione sociale". I beneficiari del Reddito di cittadinanza accedono al Patto per l'inclusione sociale previa valutazione multidimensionale (analisi preliminare e, ove opportuno, quadro di analisi approfondito). La valutazione multidimensionale, il Patto per l'inclusione sociale e i sostegni in esso previsti, costituiscono livelli essenziali delle prestazioni (LEP) nei limiti delle risorse disponibili.

Ai fini della definizione e attuazione del Patto per l'inclusione sociale, a favore dei nuclei beneficiari del Reddito di cittadinanza, è pertanto prevista l'attivazione di interventi e servizi sociali di contrasto alla povertà, già definiti dall'art. 7 del D. Lgs. 147 / 2017. La Quota Servizi del Fondo Povertà che attualmente è finalizzata ad accompagnare e rafforzare tali servizi ed interventi attivati per la valutazione multidimensionale e i progetti personalizzati in favore dei beneficiari del Reddito di inclusione continuerà ad essere attribuita anche per i servizi attivati in favore dei beneficiari del Reddito di cittadinanza.

Infatti tale quota sarà attribuita agli Ambiti territoriali delle regioni per il finanziamento dei servizi per l'accesso e la valutazione e i sostegni da attivare nel Patto per l'inclusione, secondo quanto definito nell'Atto di programmazione regionale predisposto sulla base delle indicazioni programmatiche contenute nel Piano nazionale per gli interventi ed i servizi sociali di contrasto alla 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 appropriato a tutti i singoli individui di una popolazione che presenta, naturalmente, un'ampia eterogeneità degli individui: identità di genere, età, sesso, abilità, provenienza, lingua, cultura, religione, orientamento sessuale mobilità sul territorio, condizioni di vita e status economico e giuridico. Un punto di attenzione nel Pronto soccorso riguarda anche la tutela dei medici, degli infermieri e di tutti coloro che vi lavorano e troppo spesso si trovano a subire aggressioni o episodi di violenza.

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.
Prevedere, l'apporto professionale, laddove pertinente, anche nell'ambito del Pronto intervento sociale, dello psicologo e dell'assistente sociale nel Pronto soccorso, in quanto, nella struttura organizzativa del sistema sanitario, esso rappresenta il servizio dedicato alle urgenze e alle emergenze sanitarie ed opera in funzione di garantire il trattamento di situazioni patologiche che necessitano di diagnosi e terapie in condizioni d'emergenza rivolte a pazienti che in alcuni casi versano in situazione di forte stress emotivo: si pensi ad esempio alle donne vittime di violenza sessuale o domestica, per le quali da alcuni anni in Toscana è attivo uno specifico percorso di accoglienza denominato "Codice rosa", o alle situazioni di violenza assistita da parte dei minori.

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, dei cittadini e dei portatori di interesse (o stakeholder) 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. In questo contesto un importante contributo può venire dal coinvolgimento del Comitato di partecipazione di Zona distretto/Società della Salute.

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 Consultori 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 l.r. 41/2005, il PSSIR 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 legislativo 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 destinatari/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 destinatari/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 destinatari/target dedicato alle persone detenute negli istituti penitenziari.

La Regione si impegna ad accelerare, in accordo con l'amministrazione penitenziaria il percorso di ristrutturazione delle strutture sanitarie all'interno delle strutture carcerarie in modo da garantirne la rispondenza ai parametri di autorizzazione e di accreditamento delle altre strutture sanitarie e a garantire di concerto con il Dipartimento della Giustizia soluzioni che permettano ai detenuti anche la possibilità di fruire di accertamenti diagnostici e specialistici e prestazioni al di fuori della struttura carceraria.
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 PSSIR 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 l.r. 41/2005.
La parola "inclusione" indica, letteralmente, l'atto di includere un elemento all'interno di un gruppo o di un insieme. Significa appartenere a qualcosa, sia esso un gruppo di persone o un'istituzione, e sentirsi accolti. L'inclusione sociale rappresenta la condizione in cui tutti gli individui vivono in uno stato di equità e di pari opportunità.
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 sociosanitari. 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.

La sicurezza delle cure non è un lusso e può fare risparmiare sino al 15% del budget di un ospedale

Obiettivo 3
LISTE DI ATTESA

“I livelli essenziali di assistenza rappresentano l’ambito di tutela che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna a garantire in modo uniforme a tutti i cittadini sul territorio. La garanzia dell’equità di accesso alle prestazioni passa anche attraverso il governo delle liste di attesa, solo assicurando le prestazioni in tempi congrui al bisogno espresso il diritto del cittadino è tutelato. È chiaro che l’equità di accesso si può ottenere soltanto attraverso l’applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, trasparenza e favorendo l’accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini, sui loro diritti e doveri.

In tema di liste di attesa l’obiettivo prioritario è quello di promuovere la capacità del SSR di intercettare il reale bisogno di salute; fino ad oggi la difficoltà nella risposta alla domanda espressa è dipesa fortemente dal ritardo nell’analisi strutturata dei fabbisogni, e del conseguente mancato coordinamento nella fase erogativa delle prestazioni specialistiche nelle aziende sanitarie.
La possibilità per il sistema sanitario di garantire nei tempi necessari l’accesso alle prestazioni è fortemente legata alla capacità dello stesso di definire, in termini di dimensionamento e tipologia, il fabbisogno dei propri assistiti, e dunque la domanda, unita ad un governo della propria offerta che sia in grado di differenziare i canali di accesso in misura tale da rispondere alle diverse espressioni della domanda. È necessario pertanto che in tutto il ciclo di vita della ricetta (prescrizione/prenotazione/erogazione) vi sia una netta separazione tra il primo accesso e l’accesso successivo. Per primo accesso si intende il primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ovvero la prima visita o il primo esame di diagnostica strumentale.
Mentre le prestazioni per pazienti già conosciuti per un dato problema clinico, sia per utenti presi in carico che per prestazioni di follow up, sono da considerare come prestazioni di accesso successivo.
Se il paziente è già conosciuto ci deve essere una reale presa in carico da parte dello specialista che si sostanzia in primo luogo con la prescrizione degli esami di approfondimento o di follow up, senza che il paziente sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. Inoltre la realizzazione della “presa in carico” del paziente cronico, secondo precisi protocolli, si

completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo secondo le tempistiche prestabilite dal protocollo di riferimento. Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e follow up, è fondamentale consolidare il processo già avviato nella Aziende sanitarie della Toscana di prevedere apposite Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, tali Agende ad uso riservato degli specialisti devono comunque essere integrate nel sistema CUP. Per le prenotazioni di prestazioni di controllo, le aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le stesse siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile).

Fondamentale diventa inoltre l'individuazione di strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) che Specialisti, al fine di individuare modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

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.

Strumenti di prenotazione

Per quanto riguarda gli aspetti tecnici di prenotazione il presente Piano dà continuità al percorso di semplificazione e razionalizzazione dei processi sanitari portando avanti il progetto di "CUP unico regionale" nell'ambito delle misure avviate nel novembre 2016, per monitorare e migliorare le liste di attesa. La piattaforma informatica del CUP unico regionale, il cosiddetto CUP2.0, è pienamente attivo e funzionante nelle zone di Massa Carrara, Lucca, Viareggio, Livorno e Grosseto.

Il CUP2.0 viene ad oggi utilizzato da oltre 450 operatori giornalieri contemporanei, espone oltre 2.900 agende prenotabili in ASL Toscana Nord Ovest ed oltre 1.100 agende prenotabili in ASL Toscana SE – Grosseto, ed ha consentito nel periodo gennaio-marzo 2019, oltre 483.500 operazioni (prenotazioni, disdette, annullamenti e cambi). Un importante lavoro svolto quotidianamente da tanti operatori aziendali sia agli sportelli, sia al telefono, che negli uffici che gestiscono le agende.
Il cronoprogramma prevede una copertura territoriale totale con le seguenti fasi :

- Copertura totale delle Aree Vaste Sud Est e Nord Ovest entro il 2019
- Copertura Area Vasta Centro entro il 2020.

L'accesso alla specialistica e diagnostica ambulatoriale deve essere facilitato inserendo nuove modalità da affiancare alla prenotazione su sportello tradizionale e su call-center potenziando i canali di prenotazione per via telematica di tipo CUP-WEB anche attraverso applicazioni che consentono la prenotazione direttamente dal proprio smartphone, con totem assistito ecc. da affiancare alla prenotazione effettuata direttamente al momento della prescrizione. Ad aprile 2019 è partita una sperimentazione su un set di prestazioni, nelle aziende che utilizzano la piattaforma informatica CUP2.0.
L'obiettivo da perseguire e quello di consentire l'effettuazione della prenotazione nella maniera più agile e facilmente fruibile da parte del cittadino. In fase di prenotazione è fondamentale che la gestione delle Agende sia improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa, tali funzioni sono già implementate in CUP2.0.

Organizzazione dell'offerta

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.

È opportuno che le aziende attuino ogni sforzo volto a sensibilizzare l'utenza e favorire la tempestiva comunicazione in caso di disdetta, per poter massimizzare l'utilizzo da parte degli utenti di tutta l'offerta disponibile. A tal fine è necessaria la massima estensione del

recall automatizzato con servizi di messaggistica che coprano, a tendere e con adeguamento graduale, almeno l'80% delle prestazioni prenotate. Si precisa che tale funzionalità è già stata implementata nella piattaforma informatica del CUP unico regionale, il cosiddetto CUP2.0. Devono inoltre essere previsti servizi telematici (mail, sms, etc.) dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate.

Ambiti di garanzia: attenzione alla prossimità

La riorganizzazione delle aziende sanitarie comporta la necessità di rimarcare anche nel presente Piano quali siano gli ambiti territoriali ed erogativi di riferimento, per la programmazione e la valutazione de tempi di attesa, per il rispetto degli standard del Servizio Sanitario Regionale (Zona distretto, AOU, AUSL, Area Vasta). Premesso che la programmazione di Area Vasta mira a soddisfare la domanda appropriata programmando una offerta di prestazioni di analoga consistenza e a tale scopo considera in ciascun ambito territoriale l'insieme unitario delle risorse disponibili territoriali, ospedaliere e del privato convenzionato, l'ambito territoriale entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni si identifica, di norma, con la Zona Distretto; tuttavia per alcune prestazioni, in considerazione dell'offerta disponibile, ogni singola Azienda deve definire un ambito geografico di garanzia assicurato attraverso la formalizzazione di reti cliniche dell'offerta specialistica, definite assumendo un bacino demografico di riferimento, per ciascuna disciplina, tenuto conto anche delle caratteristiche oro-geografiche territoriali e non superiore ai 400.000 abitanti. In tali ambiti i tempi massimi di attesa devono essere garantiti da ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera-Universitaria di riferimento.

Per le prestazioni urgenti l'ambito di garanzia è di norma individuato nel Presidio Ospedaliero di riferimento e assicurato attraverso un percorso gestionale di presa in carico definito da ogni singola Azienda: es. numero verde dedicato, contatto diretto con il servizio specialistico, prenotazione su agenda dedicata e altre modalità previste nelle singole aziende.

Valutazione capacità soddisfazione interna ed eventuale esternalizzazione a privato convenzionato, valutazione ottimizzazione turni e macchinari

Al fine di assicurare le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'utenza esterna, le aziende devono prevedere, tra i possibili interventi, anche l'apertura delle strutture nelle ore serali e durante il fine settimana, sia nell'ambito dell'attività istituzionale

che attraverso le prestazioni aggiuntive. Le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipe, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale sarà sostenuto economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino la sola quota di partecipazione al costo (ove dovuto).
L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.
Con riferimento all'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini, le Aziende devono prevedere uno standard di riferimento pari ad almeno l'80% della capacità produttiva. Ove necessario per adeguare la produttività a tale standard, le aziende dovranno provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di tecnologie e personale elaborando un piano dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete, anche evidenziando eventualmente le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale.
È opportuno inoltre, allo scopo di migliorare la qualità del servizio, garantire la continuità assistenziale e ridurre i tempi di attesa, che le aziende promuovano l'identificazione di percorsi individuati e condivisi in ambiti disciplinari trasversali alle attività ambulatoriali e di ricovero, come il Day Service. Quest'ultima tipologia di erogazione rappresenta infatti una modalità di esecuzione della assistenza specialistica ambulatoriale avviata dallo specialista al fine di rispondere al quesito clinico per casistica complessa (sia in senso clinico che organizzativo) e al fine di facilitare la deospedalizzazione. Si compone di percorsi ambulatoriali predefiniti e formalizzati a livello aziendale o sovra aziendale.

Metadati e dati

In ogni caso, l'intero PDTA deve essere predeterminato per scaglioni e fasi, con scadenze ben precise, ed un modo per verificare l'osservanza, da parte del SSN, di tali scadenze. Un paziente deve poter sapere, all'inizio del proprio percorso, ed ovviamente in coerenza con i fattori temporali e le scelte terapeutiche dettate dagli esiti degli esami e delle visite, quale sia il proprio "cronoprogramma", anche nel dettaglio delle singole fasi. A tal scopo, il sistema informatico regionale deve poter programmare e monitorare in tempo reale l'intero processo di metadati, "nutrendo" il fascicolo sanitario elettronico del paziente di tutti i dati acquisiti, comprese immagini ed altri file relativi ad esami e prestazioni effettuate, giungendo alla totale e completa virtualizzazione della cartella sanitaria.

Percorsi di tutela

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti, l'Azienda attiva "percorsi di tutela" per soddisfare la richiesta del cittadino, in particolare per le prestazioni ambulatoriali deve essere previsto l'inserimento della stessa in una pre-lista, per una successiva evasione nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti. Il team di GO deve pertanto procedere alla ricerca di ulteriori spazi disponibili nell'ambito del SSR nel più breve tempo possibile, attraverso strumenti di riutilizzo di potenziali posti liberi nelle agende di presa in carico o con altre modalità individuate ad hoc. Al termine dell'iter l'azienda ricontatterà l'utente proponendo la prima disponibilità trovata che comunque non dovrà superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità riportato in ricetta.
Nel caso in cui il sistema non riesca comunque a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, l'azienda dovrà attivare percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche (presso un erogatore privato, in libera professione intramuraria, in attività aggiuntiva). In questo caso all'utente verrà richiesto solo il pagamento del ticket (ove dovuto).
Nel Piano attuativo aziendale dovranno essere specificate le modalità con cui l'Azienda intende attivare il percorso di tutela.
Il percorso di tutela è tra l'altro assicurato, sia per le prestazioni ambulatoriali che per quelle di ricovero, attraverso il numero verde regionale già attivo in applicazione della DGR n. 694/2014.

Trasparenza

Al fine di una corretta comunicazione e informazione sulle liste di attesa, nei siti aziendali devono essere presenti sezioni dedicate ed accessibili contenenti anche i monitoraggi periodici sui tempi di attesa per tutte le prestazioni previste dal vigente PRGLA. I contenuti da rendere disponibili ai cittadini (dettaglio territoriale, metodologia di calcolo, indicatori specifici) verranno individuati dall'Osservatorio regionale sulle liste di attesa. Inoltre la comunicazione alla cittadinanza va sostenuta attraverso vari strumenti tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato.
Devono essere rese facilmente fruibili le informazioni e le comunicazioni sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sforamento dei tempi massimi, così come le indicazioni sui diritti e doveri, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente.
I sistemi di prenotazione inoltre devono garantire la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché di quelle della libera professione intramuraria.

Per le prestazioni di ricovero, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione del Presidio Ospedaliero o agli uffici eventualmente preposti come indicato negli atti aziendali.
Anche per quanto riguarda i percorsi organizzativi di presa in carico (PDTA), devono essere previste specifiche modalità di comunicazione ed informazione per l'utente ed i familiari circa i percorsi attivi, le prestazioni di cui sono composti e le tempistiche di erogazione.
Infine, anche le eventuali sospensioni dell'erogazione delle prestazioni legate a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi devono essere oggetto di confronto ed individuazione di percorsi di garanzia per il cittadino, con le organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute.
La trasparenza da parte della Regione Toscana è garantita attraverso la pubblicazione mensile sul proprio sito web degli esiti di verifica del rispetto dei tempi massimi previsti. In particolare all'indirizzo http://www.regione.toscana.it/-/tempi-di-attesa-prestazioni-di-specialistica-ambulatoriale sono già presenti dashboard per i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali che contengono analisi dettagliate sia per prestazione che per ambito territoriale di riferimento. Lo stesso cruscotto è corredato di tutte le informazioni metodologiche utilizzate ai fini del calcolo degli indicatori. È inoltre in via di sviluppo il cruscotto relativo alle attività di ricovero.

Indicatori di risultato

L'intero programma deve essere predisposto attraverso la stesura di precisi indicatori di performance e risultato ex ante, con la previsione di un responsabile.
Linee d'azione:

- separazione dei canali di accesso in fase prescrittiva;
- separazione delle Agende di prenotazione di primo accesso e accesso successivo;
- estensione della prenotazione on line in tutte le aziende;
- garanzia delle prestazioni per ambito territoriale prossimo all'utente;
- utilizzo delle apparecchiature con standard pari ad almeno l'80% della capacità produttiva;
- sistema di programmazione e monitoraggio di ogni PDTAS e di gestione unificata dei dati del FSE relativamente al PDTAS;
- attivazione di percorsi di tutela per i cittadini in caso di sforamento dei tempi massimi di attesa;
- trasparenza delle informazioni per i cittadini: pubblicazione omogenea sul sito regionale e sui siti regionali dei tempi di attesa;

- garanzia del tempo massimo di attesa per le prestazioni urgenti nel 100% dei casi e nel 95% delle prestazioni non urgenti;
- previsione di indicatori di performance e risultato.

Obiettivo 4
VIVERE 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;
- **Interventi ispirati alle logiche del welfare generativo**: possono certamente giocare un ruolo rilevante nell'empowerment degli individui e delle comunità. In tale quadro potranno essere realizzate azioni di responsabilizzazione e di coinvolgimento dei singoli, soprattutto nella fase della prevenzione delle malattie non trasmissibili. Tali attività, stimolando un processo di crescita sia dell'individuo che delle comunità, basato sull'incremento della stima di sé, dell'auto-efficacia e dell'autodeterminazione, contribuiscono a creare e mantenere ambienti salubri e abitudini di vita sane e affiancano quanto già posto in essere a sostegno del welfare di comunità;
- **strategie basate sulle evidenze scientifiche**: perché le strategie e le pratiche devon 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, in questa direzione si ritiene utile l'implementazione degli ospedali di comunità come strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'assistenza ospedaliera con funzioni diverse da quelle delle strutture residenziali extraospedaliere per malati cronici.
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;
- Programmazione dell'offerta residenziale promuovendone la riqualificazione.

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 decadi") 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. Le malattie rare condividono con altre patologie croniche invalidanti la necessità di una assistenza integrata che risponda a bisogni di cura ma anche di supporto sociale e di sollievo per la famiglia. Le malattie rare, anche in considerazione della scarsa conoscenza e scarsa disponibilità di opzioni terapeutiche, di particolari declinazioni dell'offerta assistenziale, necessitano, in particolare, di un approccio di rete all'integrazione socio-sanitaria, che valorizzi i ruoli di centri esperti e le specifiche di percorsi all'interno di una mappatura di strutture non solo a livello regionale, ma anche nazionale ed internazionale.
Il Coordinamento regionale delle malattie rare, avvalendosi anche del Registro Toscano Malattie Rare, ha negli anni promosso sinergie di rete e la Toscana è la regione che attualmente ha più centri partecipanti alle reti europee di centri esperti per le malattie rare (European Reference Networks on Rare Diseases). I prossimi anni saranno perciò dedicati allo sviluppo di una rete finalizzata a promuovere maggiormente il ruolo dei centri esperti e l'offerta di percorsi integrati.

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

È evidente l'urgenza di superare le criticità che sino ad ora hanno rallentato e/o impedito l'adozione nel SSR 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, per i quali può essere previsto il coinvolgimento dei comitati di partecipazione delle associazioni operanti nel territorio;
- 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. Per far ciò, occorre implementare un sistema di osmosi informativa fra tutti i soggetti deputati a seguire i malati cronici, compresi i familiari, in modo che gli interventi procedano senza soluzione di continuità in qualunque dei livelli assistenziali;
- **globalità e multidimensionalità**: perché le sole misure cliniche oggettive non sono adeguate a comprendere le malattie croniche e come trattarle. È 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 format 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, in modo da ridurre il ricorso all'ospedalizzazione mediante percorsi che coinvolgano le strutture che hanno in carico al paziente ed evitando accessi inadeguati al PS;
- **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 ella 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 un requisito minimo di funzionamento della rete. Si può anche prevedere il coinvolgimento dei comitati di partecipazione delle associazioni operanti nel territorio.

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-terapeutici-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). E' da tenere presente che all'interno dei PAI può essere utilizzata l'agricoltura sociale.
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. È 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, ma chiama in causa anche gli Enti Locali (o i Comuni) e la necessità di programmazione integrata, relativamente agli ambiti di competenza socio sanitaria, laddove gli interventi sociali e sanitari siano indirizzati al completamento e al raggiungimento di programmi di migliore benessere.
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.
Sulla base della programmazione locale, le Case della Salute possono essere anche luogo di sperimentazione di livelli di integrazione socio-sanitaria in particolare per l'utenza che si connota come portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro, per l'utenza che alle caratteristiche socio-sanitarie associa la previsione di lunga assistenza e per la popolazione che ha bisogno di prestazioni socio sanitarie ad alta integrazione.
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 individualizzati che tengano in considerazione gli obiettivi riconosciuti come prioritari dal malato e dalla sua famiglia. La migliore qualità di vita possibile va ricercata, 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. 219/2017 in materia di consenso informato, con disposizioni anticipate di trattamento e 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 "Obiettivo/Driver n. 10 – Qualità del fine 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 alle 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.

Obiettivo 5
NUOVI MODELLI DI "CARE"

Interpretare e trarre il massimo dalle migliori esperienze disponibili per un sistema sociosanitario 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 e tenendo presente che l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria è costituito dal prendersi cura della persona nelle sue diverse situazioni (ovvero cause) di debolezza, ed offrire opportunità che consentano di trovare soluzione ai suoi diversi stati di bisogno.
  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;
  - **favorire**, anche in una più compiuta integrazione sociosanitaria, spazi d'intervento ispirati a un modello di welfare generativo;
  - **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, proseguendo il percorso di integrazione e sinergia tra settore pubblico e privato accreditato, in un'ottica di copertura non competitiva della domanda e sinergica rispetto all'offerta programmata.

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 sociosanitario 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 sviluppano ed utilizzano 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:

Reti cliniche e logistiche

Lavorare in rete nasce da:

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

- 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 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 Servizio Sanitario 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.
Lo sviluppo di quanto sopra passa anche dal completamento delle reti cliniche già in stato di realizzazione con l'adozione di opportuni strumenti tecnico amministrativi necessari per una loro efficace operatività.

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.

Il tema del gender gap nell'organizzazione del lavoro medico, quale insieme di politiche idonee a contemperare le esigenze di vita e di lavoro e quindi di supporto alle politiche di pari opportunità, sta emergendo come elemento di criticità rispetto al quale la letteratura organizzativa sta indagando alla ricerca di nuovi approcci nelle politiche di gestione delle risorse umane, in riferimento ai cambiamenti demografici e sociali nei modelli familiari e del mercato del lavoro, all'allungamento della vita media e all'impatto delle comorbidità e, non ultimo, al fenomeno crescente delle famiglie monocratiche. Al fine di raccogliere evidenze e porre le basi per la valutazione della performance su questa area, con il bilancio di genere si può valutare come le differenze di genere impattino sul funzionamento organizzativo e su come queste vengano valorizzate e tutelate. Il bilancio di genere, se esce da una logica di reportistica ed adempimento, può diventare uno strumento di misura e di governo del valore delle aziende, anche ma non solo attraverso l'analisi del personale.

Privacy

Il concetto di "privacy" ha acquisito progressivamente rilevanza sempre maggiore. E' evidente l'impatto che il nuovo Regolamento "Privacy" (UE) 679/2016 ha avuto sulla normativa nazionale e regionale, ed in generale su ogni fase in cui si debbano trattare dati relativi alla salute o sanitari.
La privacy deve costituire un requisito nella sanità toscana e, allo stesso tempo, la sua tutela deve essere fluida, coprogettata assieme alle variazioni del sistema e non, piuttosto, adeguata ad esse; non deve costituire, in nessun caso ed in nessuna fase, un impedimento o un rallentamento alla migliore ricerca ed alla migliore assistenza.

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 skill" 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.

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

Obiettivo 6
INNOVAZIONE E 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;
- la **digitalizzazione** dei dati e metadati relativi alle prestazioni socio-sanitarie ed ai loro contenuti (PDTAS, farmaci, prestazioni prenotate e ricevute, referti, esami diagnostica e relativi file di immagine, audio, monitoraggio in telemedicina, etc) ed il loro caricamento sul fascicolo sanitario elettronico del paziente ad opera di tutte le strutture pubbliche e private operanti in regime di accreditamento;
- l'**accessibilità di tali dati** sia da parte del paziente che da parte degli attori del sistema sanitario regionale in base ad una "need to know" basis ed in rispetto alla vigente normativa sulla privacy ed alla volontà del paziente, da parte delle strutture del sistema sanitario dell'intera regione;
- 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: integrazione dei sistemi informativi sanitari con i sistemi informativi comunali; 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 professionisti 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.
Il fascicolo sanitario elettronico rende disponibili a tutti i medici del SSR che hanno a che fare con il paziente che lo abbia attivato (e che abbia rilasciato il consenso alla consultazione da parte dei medici) tutti i dati in esso contenuti necessari alla diagnosi e alla cura.

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

Obiettivo 7
WELFARE ETICO E PARTECIPAZIONE

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 il ruolo di 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 l.r. 75/2017 valorizzando le funzioni innovative che attribuisce ai cittadini con l'adozione di metodi di programmazione e valutazione effettivamente partecipativi e assicurando il pieno sostegno allo sviluppo degli organismi del sistema di partecipazione da parte delle direzioni aziendali di Zona Distretto/SDS;
- 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 e di forme di welfare generativo, volte a promuovere il coinvolgimento attivo del beneficiario di un intervento pubblico alla vita sociale della comunità;
- 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 L.R. 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 diseguaglianze 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 è strumento di indirizzo e coordinamento di questo intervento culturale ed etico finalizzato alla creazione di contesti in cui la responsabilizzazione verso le azioni di prevenzione e cura della salute sia accompagnata dal rispetto delle identità individuali e professionali e in grado di sostenere la crescita civile di una società multiculturale, multietnica e multiconfessionale. Un sistema sanitario sostenibile è un sistema che ricerca l'equilibrio tra spesa sanitaria e benefici di salute, ma anche, in ciascun contatto del cittadino con i servizi, tra valori/preferenze individuali e interessi della collettività.

Partecipazione, solidarietà sociale e welfare generativo

Un innovativo percorso di partecipazione della persona al sistema di welfare regionale è costituito dal coinvolgimento del soggetto che beneficia di un intervento pubblico in "azioni a corrispettivo sociale", a carattere volontario ed espressione del principio di solidarietà sociale. Tali azioni comportano il coinvolgimento attivo e responsabile della persona, al fine di restituire alla società, sotto altra forma, quello che ha ricevuto attraverso gli interventi sociali di cui ha beneficiato. Al rendimento economico e sociale per l'intera collettività, si somma, dunque, il rendimento personale del singolo soggetto coinvolto, il quale è chiamato, in questo modo, a rafforzare i legami sociali, a partecipare a vario titolo alla vita sociale e, più in generale, è guidato nel processo di piena formazione della sua persona. In quest'ottica, la persona che beneficia di un intervento di welfare si colloca attivamente al centro delle

politiche sociali regionali ed è direttamente coinvolta nella comunità sociale che essa stessa contribuisce a rigenerare. Tali innovativi percorsi di inclusione possono essere sperimentati sul territorio regionale, anche in vista di un possibile intervento normativo che fornisca una cornice di riferimento per la realizzazione di adeguate procedure amministrative.

Donazione e sistema 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.
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.

Medicina complementare integrata per potenziare la salute e il protagonismo dei cittadini nei percorsi di cura

La legge regionale 40/2005 di organizzazione del servizio sanitario regionale, all'art. 4, specifica che i servizi sanitari territoriali e ospedalieri erogano anche prestazioni di medicina complementare e integrata. Si prevede di promuovere una sempre maggiore efficienza

dell'offerta dei servizi di medicina integrata nel servizio sanitario toscano. In particolare sarà, quindi, programmata una equa distribuzione dei servizi nel territorio, in modo da garantire un intervento capillare e razionale per i cittadini toscani, tutelando il principio della libertà di scelta terapeutica e di equità di accesso alle cure, a partire dai settori ritenuti prioritari in ambito regionale quali l'oncologia, la lotta al dolore, soprattutto in quello cronico, la medicina della donna con focus nei disturbi del climaterio e la prevenzione e cura delle patologie respiratorie e allergiche del bambino e dell'adulto.

Obiettivo 8
COMPETENZE E LAVORO FRA SICUREZZA E MODERNITÀ

“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 si 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 PSSIR 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 PSSIR 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 PSSIR intende in particolare valorizzare il consolidamento della equipe multi-professionali, previste dalle linee guide connesse al REI e che conservano la loro valenza anche nell'attuazione del Patto per l'inclusione del Reddito di cittadinanza (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 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 *curricola* formativi e la prassi assistenziale delimitano competenze e *skill* 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 PSSIR 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 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).

Obiettivo 9
SOSTENIBILITÀ

> **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. È 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.

Rapporto tra apparecchiature di radiodiagnostica e popolazione

22,4 RMN
31,6 TAC
per milione di abitanti

12,5 RMN
22,6 TAC
per milione di abitanti

Relazione OCSE 2011

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.

Pericolo da effetti collaterali da farmaci

3 volte maggiore
dopo i 65 anni

4 volte maggiore
dopo i 75 anni

dato AIFA

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.

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. É 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 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. È comunque obiettivo prioritario evitare l'acquisto di dosi sovrabbondanti al fine di ottenere una riduzione dei costi, dei rifiuti da smaltire e di utilizzo di farmaci non appropriati.

Farmaci in raccolta differenziata

1.980 comuni italiani

1.546 tonnellate di farmaci

rapporto ISPRA 2015

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. Si auspica, con l'interessamento presso l'AIFA (Associazione Italiana del Farmaco), che il confezionamento del farmaco tenga conto della dose/terapia.
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.
Qualora tali progetti coinvolgessero anche le farmacie per questo tipo di attività, dovranno essere concordati e definiti con le parti interessate e nel rispetto della normativa vigente.

Sostenibilità ambientale ed economia circolare

Tutela delle matrici ambientali, riduzione degli sprechi e innovazione sono elementi di imprescindibile valore per un SSR capace di cogliere appieno le sfide del presente. La Regione Toscana, in questi anni, sta consolidando fortemente le politiche che guardano ai temi dell'ambiente e della sostenibilità, come testimoniano le diverse azioni intraprese da tutti i settori dell'Istituzione regionale. In questo contesto è necessario ricordare, ad esempio, la legge statutaria regionale n. 4 del 15 gennaio 2019 che ha inserito lo sviluppo sostenibile e l'economia circolare rispettivamente nei principi generali e nelle finalità principali del nostro Statuto regionale. Nella direzione, invece, di cogliere il carattere di multisettorialità connesso ai temi della sostenibilità, come ben definito dal programma d'azione denominato "Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile", adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 25 settembre 2015, il Consiglio regionale ha approvato la l.r. n.48/2018, che prevede l'individuazione di obiettivi e contenuti minimi per facilitare e sostenere la transizione verso l'economia circolare all'interno dei molteplici piani di settore, come appunto il presente PSSIR. Sempre nel contesto della cosiddetta "economia circolare" non possono essere dimenticate le politiche adottate nel contrasto agli sprechi alimentari o, più recentemente, l'avvio del percorso di formazione della Strategia Regionale per lo Sviluppo Sostenibile, l'istituzione di un "Tavolo regionale sui rifiuti prodotti in ambito sanitario" e le azioni intraprese nell'ottica di ridurre l'incidenza di determinati prodotti di plastica sull'ambiente. Consapevoli che la sfida della sostenibilità investe le Istituzioni ad ogni livello, il PSSIR intende rafforzare gli interventi che assicurino la transizione verso l'economia circolare, determinando, di conseguenza impatti positivi sia sulla salute ed il benessere dei cittadini sia sull'ambiente sia sull'organizzazione stessa del servizio. Nel quadro di un complessivo consolidamento delle politiche regionali in materia di rifiuti risulta necessario, anche per il SSR, rafforzare le politiche di contrasto agli sprechi alimentari e implementare i livelli di raccolta differenziata, attivando ulteriori iniziative di confronto tra gli attori del SSR e gli operatori del settore del riuso e del riciclo. L'adozione di una strategia di riduzione degli sprechi dovrà necessariamente passare, inoltre, dall'individuazione di possibili soluzioni di riuso e riciclo per dispositivi e attrezzature mediche, anche mediante il diretto coinvolgimento di centri di ricerca universitari specializzati per avviare attività sperimentali su detti materiali. Sempre nell'ottica di ridurre gli sprechi e migliorare il cosiddetto "saldo ambientale" appare necessario, anche in vista della nuova programmazione dei fondi comunitari, proseguire e rafforzare le azioni rivolte all'efficientamento energetico delle strutture del SSR, mediante un graduale rafforzamento delle linee di finanziamento e la prosecuzione di un costante e proficuo confronto con il GSE (Gestore Servizi Energetici), l'ARRR (Agenzia Regionale Recupero Risorse) e il CET (Consorzio Energia Toscana). Nella medesima direzione si rende opportuno avviare una complessiva ricognizione del parco mezzi del SSR, finalizzata ad individuare eventuali criticità e valutare la possibilità di procedere ad una progressiva sostituzione con vetture

eco-sostenibili. Inoltre, nel quadro di un SSR capace di attuare con convinzione una svolta sostenibile, è necessario procedere al miglioramento dell'implementazione e dell'utilizzo del Green Public Procurement (GPP), rafforzando così le politiche di riduzione dell'impatto ambientale e assicurando un miglioramento qualitativo dei materiali utilizzati, in linea con le indicazioni contenute nel Piano d'Azione nazionale sul Green Public Procurement (PAN GPP). Infine, in particolare nell'ottica dell'innovazione, formazione e aggiornamento del management dovranno assicurare una sempre più crescente capacità di intercettare e attuare azioni che guardino alla sostenibilità. Il ricorso a profili specializzati e competenti nella realizzazione di interventi di sostenibilità ambientale, risparmio idrico ed energetico, incremento dei livelli di raccolta differenziata e Green Public Procurement rappresenta una priorità del SSR che si articolerà con il coinvolgimento delle strutture dirigenziali in percorsi di formazione ad hoc, valutando, se necessario, la possibilità relativa alla valorizzazione delle figure professionali nel campo del management sanitario e ambientale (Green Health Manager).

Obiettivo 10
QUALITÀ DEL FINE 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.
È 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.
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 l 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, rima 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

- Promuovere e sostenere l'effettiva applicazione della L. 219/2017, norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento, previo confronto con il Garante della Privacy.

- Garantire la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) e l'attivazione di percorsi di cure palliative precoci nelle 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 e armonizzazione dei sistemi di tenuta e deposito delle DAT, previo confronto con il Garante della Privacy.

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

UN UNICO SISTEMA TANTI DESTINATARI: I TARGET E I FOCUS

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 9 destinatari (TARGET) e a 3 FOCUS 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:

Destinatari:

- A Dedicato ai genitori
- B Dedicato ai bambini
- C Dedicato ai giovani
- D Dedicato alle donne
- E Dedicato agli anziani
- F Dedicato agli stranieri
- G Dedicato ai lavoratori
- H Dedicato alle popolazioni residenti nelle aree interne, montane e insulari
- I Dedicato alle persone detenute negli istituti penitenziari

Focus:

- A Dedicato ai pazienti oncologici
- B Dedicato alle persone con disabilità
- C Dedicato alla Salute mentale

Destinatari Ⓐ
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 di istruzione 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 opportunità, anche contraddittorie, che si sente il dovere di cogliere per sentirsi adeguati agli altri e al proprio tempo. La crisi della genitorialità merita un sostegno adeguato.
- 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.

cambia **ruolo dei genitori**

in aumento **separazioni divorzi crisi della coppia**

- 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. E' 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. La situazione di forte conflittualità che spesso sottende il processo di separazione può richiedere il coinvolgimento del mediatore familiare, in sinergia con psicologi, psicoterapeuti, legali e consulenti tecnici al centro del processo di riorganizzazione della vita di coppia nell'interesse preminente dei figli.
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, il padre e il contesto relazionale di riferimento.
- Favorire le pratiche che favoriscono l'attaccamento della madre e del padre 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;
  - prevenzione dell'infertilità e procreazione medicalmente assistita;
  - genitorialità in terra straniera;
  - genitorialità nel percorso adottivo con sensibilizzazione, informazione e preparazione all'adozione e sostegno post-adozione.
- Sostenere la genitorialità, dall'infanzia all'adolescenza dei figli, nel passaggio di fisiologica maturazione del ciclo di vita della famiglia, grazie:
  - a gruppi di ascolto e sostegno, che si avvalgano di specialisti del settore, dedicati ai genitori e finalizzati al progressivo inserimento dei figli nei vari contesti educativi, ricreativi e del tempo libero;
  - ai Consultori giovani e della scuola, per favorire l'uscita dall'isolamento delle famiglie 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, perché 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, responsività, 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.

Destinatari Ⓑ
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, della salute e dell'integrità fisica 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, all'aumento dell'età materna al momento del parto, delle famiglie monogenitoriali, dell'isolamento sociale, della povertà, portando ad una sostanziale crescita della fragilità del contesto in cui nascono e vivono i bambini e ragazzi toscani.

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 metaboliche

in aumento

allattamento esclusivo al seno alla dimissione

+ movimento e corretta alimentazione

migliore salute da adulto

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 è stata la prima regione ad offrire lo screening neonatale a circa 40 malattie metaboliche a partire dal 2004 e, più recentemente, a seguito degli esiti di alcuni progetti pilota, ha ulteriormente esteso lo screening, unica Regione in Italia, a 3 patologie lisosomiali e alle immunodeficienze congenite severe, 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.

Durante l'infanzia, il ruolo di alimentazione e attività fisica per la salute futura è fondamentale. In questa fase della vita la salute, più che mai, si gioca sugli stili di vita che i genitori scelgono per i propri figli. Sappiamo oggi che una corretta alimentazione e l'attività fisica già in questa età sono fondamentali per la salute del futuro adulto. I bambini in Toscana fanno più movimento e mangiano in modo più corretto rispetto ai coetanei italiani, risultando quindi 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%).

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).

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 stato approvato il Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" convertito con la Legge 31 Luglio 2017, n. 119. 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 93,8% per Morbillo Rosolia Pertosse (MRP). I bambini vaccinati contribuiscono così alla protezione della propria comunità di appartenenza.

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.

Tra le patologie rare e croniche troviamo le malattie metaboliche. Si rende necessaria la creazione di un Centro di Riferimento per il Paziente Metabolico Adulto, in grado

i bambini toscani mangiano

+ frutta
+ verdura
- dolci
- snack
- salumi
colazione più adeguata

9,3% **5,5%**
obesità (2016)

95,8%
coperture vaccinali per esavalente (2017)

in aumento
disagio psichico e disturbi della condotta

di garantire continuità nel percorso terapeutico; in questa direzione assume particolare rilievo la delibera n. 839 del 25 giugno 2019 assunta da parte della Giunta regionale e volta ad istituire un percorso multidisciplinare di transizione per la gestione dei pazienti adulti.

~ 3500
minori con bisogni assistenziali complessi

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.

30.473
cartelle sociali aperte nel 2017

59% italiani
41% stranieri

Per quanto concerne la rete dei servizi sociali e sociosanitari integrati per l'infanzia e l'adolescenza i dati (anno 2017) evidenziano che i minori 31 dicembre 2017 per i quali i servizi sociali territoriali toscani hanno aperto una cartella sociale sono 30.473 di cui:

- 18.035 sono minori italiani (pari al 59,2% del totale);
- 11.495 sono stranieri, al netto dei minori stranieri non accompagnati, (pari al 37,7% del totale);
- 943 sono minori stranieri non accompagnati (pari al 3,1% del totale).

I minori che alla stessa data del 31 dicembre 2017 risultano allontanati per ragioni diverse dalla famiglia di origine e presi in carico dai servizi sociali territoriali della Toscana (ad esclusione dei minori stranieri non accompagnati) sono pari a 1.707, di cui:

- 101 in affidamento familiare;
- 606 in struttura residenziale socio educativa.

Tali radicali mutamenti nel profilo dei bisogni di cura della popolazione pediatrica richiedono una profonda riflessione e riprogrammazione dell'offerta dei Servizi socio-sanitari impegnati nell'assistenza ai minori, attraverso lo sviluppo e l'implementazione di nuovi modelli assistenziali capaci di rispondere ai bisogni di salute dei bambini.

La rete pediatrica Toscana come sistema di equilibrio tra specializzazione e prossimità di cure

Il modello toscano recepisce quanto definito dalle Nazioni Unite e ribadito nel documento delle "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico – adolescenziale" del Ministero della Salute, anno 2017: i bambini hanno diritto ad essere curati in un ambiente pediatrico, prevedendo spazi e tecnologie adeguati, personale dedicato ed un approccio multidisciplinare, in cui non solo il pediatra, ma tutti i professionisti sanitari coinvolti abbiano specifiche competenze pediatriche, sia dal punto di vista tecnico che relazionale.
Il compito della rete pediatrica è garantire a tutti i pazienti, in base alle loro necessità, la qualità, l'accessibilità e la 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 del bambino e della famiglia, quali gli interventi assistiti con gli animali (pet therapy) previsti dalle Linee guida nazionali del 2015.

La Regione ha intrapreso un progetto di programmazione innovativa attraverso la L.R. 84/2015 e la DGR n. 707/2016, in cui definisce un nuovo modello organizzativo della Rete Pediatrica Toscana, che ha l'obiettivo di evitare ripetizioni e colmare vuoti nell'assistenza, assicurando ad ogni bambino toscano tempestività e qualità delle cure, grazie a nuove ed efficaci modalità di condivisione di conoscenze, di competenze e informazioni capaci di supportare l'attività clinica, permettendo inoltre il consolidamento e l'affiatamento dei gruppi di lavoro della Rete già attivi nei diversi ambiti.
La Rete pediatrica così concepita può dare una risposta al progressivo aumento di pazienti in età evolutiva affetti da condizioni cronico-complesse che necessitano di una forte integrazioni dei servizi territoriali distrettuali, della pediatria di famiglia e delle pediatrie ospedaliere e dell'ospedale pediatrico regionale, centro per la gestione delle patologie complesse, per garantire completezza nella risposta ai bisogni di salute. La rete pediatrica regionale valorizza il modello di rete complanare in cui nodi operativi operano in termini bidirezionali sulla base di percorsi assistenziali condivisi che garantiscano, a tutte le strutture del territorio regionale, la pari dignità operativa nel rispetto dei livelli di complessità assistenziale attribuito. Obiettivo di programma sarà quello di implementare le reti cliniche sub-specialistiche garantendo, tra le tre aree vaste, una proporzionale distribuzione territoriale dei coordinamenti di rete in modo da rendere trasversali i percorsi clinici e le responsabilità.

In questo contesto devono essere gestite le malattie croniche che si caratterizzano spesso per la complessità dei quadri clinici e dei bisogni assistenziali, e per la necessità di personalizzazione delle cure e l'importanza degli affetti e del ruolo dei caregivers quale leva positiva in periodi di cura di maggior criticità. A tale proposito nei contesti di cura diventa fondamentale che ci sia da parte di tutti gli operatori massima attenzione a

coinvolgere i genitori in iniziative volte a rinforzare la capacità del bambino con malattia cronica di affrontare le difficoltà piccole e grandi del quotidiano, sviluppandone la resilienza e l'autonomia dagli adulti e favorendo i percorsi di transizione degli adolescenti verso la medicina dell'adulto. Anche le necessità sanitarie e sociali dei bambini in condizioni cronico - complesse non guaribili, o in fase terminale, e delle loro famiglie trovano nella rete il modello atto a garantire un'assistenza globale e la migliore qualità di vita possibile. La rete delle cure palliative rappresenta un sistema articolato e integrato per realizzare una completa presa in carico, offrendo le soluzioni per rispondere ai bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali del piccolo paziente e dei suoi familiari. La rete garantisce la prossimità della cura al domicilio del paziente grazie alla creazione di un Hospice regionale dedicato ai pazienti in età pediatrica in cui da un lato si offre adeguata formazione ai familiari e caregivers, rendendoli progressivamente autonomi nella delicata fase di passaggio dalla dimissione ospedaliera al ritorno a casa, dall'altro fornendo, durante periodi di particolare affaticamento della famiglia o nella fase terminale, un adeguato luogo di cura e di assistenza, quando questa non sia gestibile a domicilio. Si conferma, come obiettivo costitutivo della rete pediatrica, la garanzia di accoglienza e cure idonee per l'area infantile in tutti i pronti soccorso regionali individuando in modo chiaro i percorsi e gli spazi dedicati con indicazioni, colori e simboli eguali per tutto il territorio regionale in modo da dare sostanza percepibile di una integrazione operativa capace di garantire la stessa qualità in termini di accoglienza e qualità delle cure in tutti gli ospedali della Regione.

In una visione di integrazione per complessità, i pazienti con gravi patologie acute saranno indirizzati direttamente dai nodi di base ai PS dei centri di secondo e terzo livello dove, indipendentemente dalla disponibilità di posti letto, si procederà alla definitiva stabilizzazione e ad indirizzare il paziente nel centro di degenza più idoneo a fornire le cure necessarie sia a livello regionale che nazionale.
Lo sviluppo delle tecnologie informatiche, grazie ad un vero e proprio piano digitale, può rappresentare lo strumento che supporta e consente la realizzazione della rete; in questo senso l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e l'utilizzo di cartelle cliniche elettroniche, con possibilità di interfaccia tra i sistemi utilizzati sia nell'ospedale pediatrico regionale, nelle pediatrie ospedaliere che dai Pediatri di libera scelta favoriscono, nel rispetto della privacy, la continuità delle informazioni sanitarie.
Il teleconsulto, la telerefertazione, la teleconsulenza e la telemedicina contribuiscono ulteriormente al buon funzionamento integrato dei Servizi regionali, garantendo equità delle cure, percorsi sanitari più appropriati, da un lato facilitando il collegamento tra i professionisti dei vari nodi della rete ed il paziente, dall'altro favorendo l'assistenza in prossimità del luogo di vita del minore e della sua famiglia.
Le nuove prospettive di cura offerte dal progresso scientifico e tecnologico in settori peculiari (neurochirurgia, chirurgia mini invasiva e robotica, grandi ustioni, oncologia, medicina perinatale, malattie rare, diagnostica, terapia intensiva), necessitano di strutture altamente specializzate dedicate alla pediatria, caratterizzate da un congruo rapporto tra

competenze professionali, dotazioni tecnologiche e numerosità della casistica presa in carico. La concentrazione e gestione delle patologie complesse nell'Ospedale pediatrico regionale garantisce standard qualitativi ottimali, non raggiungibili senza il necessario grado di specializzazione e consente inoltre l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, sia professionali che tecnologiche, offrendo al tempo stesso al bambino e alla sua famiglia un approccio integrato a tutte le dimensioni di cura, compresi l'ambito psicologico, sociale ed educativo e all'accoglienza.

L'ospedale pediatrico regionale e il suo sviluppo

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 attraverso un approccio globale al paziente e alla sua famiglia non solo centrato sulla malattia. Le nuove prospettive di cura offerte dal progresso scientifico e tecnologico in settori peculiari (neurochirurgia, chirurgia mini invasiva e robotica, grandi ustioni, oncologia, medicina perinatale, malattie rare, diagnostica, terapia intensiva), necessitano di strutture altamente specializzate dedicate alla pediatria, caratterizzate da un congruo rapporto tra competenze professionali, dotazioni tecnologiche e numerosità della casistica presa in carico. La concentrazione e gestione delle patologie complesse nell'Ospedale pediatrico regionale garantisce standard qualitativi ottimali, non raggiungibili senza il necessario grado di specializzazione e consente inoltre l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, sia professionali che tecnologiche, offrendo al tempo stesso al bambino e alla sua famiglia un approccio integrato a tutte le dimensioni di cura, compresi l'ambito psicologico, sociale ed educativo e all'accoglienza.

Nuovi spazi costituiranno l'opportunità di ricollocare in un'area a ciò riservata le attività diurne quali principalmente le attività ambulatoriali specialistiche oltre alla neuropsichiatria infantile che registra, in linea con il trend nazionale e internazionale, un netto incremento della casistica con particolare riferimento ai disturbi del comportamento alimentare e alle emergenze-urgenze psichiatriche. In questo nuovo ambito operativo le prestazioni erogate saranno supportate anche da apparecchiature di imaging che consentiranno le indagini diagnostiche in loco senza trasferire i pazienti in altri contesti assistenziali, migliorando così l'efficienza prestazionale dell'ospedale e assolvendo prontamente ai bisogni assistenziali del piccolo paziente.

Le nuove aree specificatamente riservate alle attività ambulatoriali consentiranno il recupero di spazi nella struttura ospedaliera centrale da destinarsi, con incremento della dotazione di posti letto, all'implementazione di prestazioni in regime di ricovero ad alta complessità pediatrica e chirurgica e per lo sviluppo di nuove linee assistenziali e l'introduzione di approcci terapeutici innovativi con il supporto operativo della radiologia interventistica pediatrica.

RICERCA E FORMAZIONE PER LA SALUTE DEI BAMBINI

La garanzia di offrire cure sempre più efficaci e sicure discende anche dalla ricerca e dalla condivisione e diffusione delle migliori conoscenze.
La Regione Toscana, attraverso lo sviluppo di attività didattica dedicata alla salute ed alla cura del paziente pediatrico, in un'area destinata alla formazione dei professionisti di settore, si pone l'obiettivo di favorire l'incontro e lo scambio di conoscenze, competenze e abilità tra tutti i professionisti della Rete Pediatrica Regionale. Tale contesto operativo organizzato, in collaborazione con la componente accademica, costituisce la sede delle scuole di specializzazione dell'area pediatrica, dei centri di formazione delle professioni sanitarie e del network regionale di simulazione pediatrica.

Il terzo millennio richiede inoltre di trovare adeguata risposta alle malattie insorgenti in età pediatrica ed evolutiva facendo sviluppare il luogo dell'integrazione tra ricerca, innovazione e assistenza, in un contesto al passo con la migliore pratica clinico assistenziale, preventiva, diagnostica e terapeutica.
Se da un lato occorre infatti intercettare le nuove opportunità offerte dall'evoluzione della scienza, della tecnologia e della società, sfruttando al meglio le relazioni tra clinica di avanguardia e ricerca, dall'altro è necessario sviluppare le relazioni e le conoscenze nel più ampio ambito scientifico internazionale così aumentando la competitività nell'attrazione di rilevanti finanziamenti. Ne costituiscono necessario presupposto la destinazione di spazi fisici nuovi per la ricerca ed un aggiornamento delle infrastrutture tecnologiche dell'Ospedale pediatrico regionale.

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.

È 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.

È 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

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. É 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

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.
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 che potrà essere incrementata e migliorata attraverso una sinergia territoriale.
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 e Welfare e salute in Toscana, 2019.
- Okkio alla Salute, Indagine 2016. Regione Toscana.
- Sistema di Sorveglianza Passi. Rapporto regionale 2013/2016.

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

Occorre quindi sostenere azioni quali:

- sensibilizzazione sugli effetti derivanti dall’abuso di bevande alcoliche;
- favorire campagne di comunicazione;
- iniziative *no-alcool* finalizzate a coinvolgere i giovani

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

Binge-drinking
meno frequente in adolescenti toscani

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

e le famiglie nelle politiche di prevenzione delle conseguenze del consumo delle bevande alcoliche.

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 cresce 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 diminuito 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.

Implementare la collaborazione tra il sistema socio-sanitario ed il mondo della scuola in materia di stili di vita, educazione sessuale e all'affettività, prevenzione delle dipendenze.

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 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 35 equipe alcologiche, 30 centri per la dipendenza da gioco d'azzardo, 27 centri antifumo, 10 Comunità terapeutiche pubbliche e 40 gestite

in diminuzione
uso del preservativo tra i ragazzi

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

risposta capillare
40 SERT
35 equipe alcologiche
30 centri per dipendenza da gioco
27 centri antifumo
50 comunità terapeutiche

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.
In particolare le risposte devono tendere a concorrere all'obiettivo prioritario di prevenire

l'instaurarsi di situazioni di fragilità psico-sociale, della cronicizzazione dei disturbi e di forme gravi di dipendenza farmacologica, attraverso azioni congiunte su vari piani, dirette anche al contesto familiare, educativo e formativo.

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

È 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".

Un punto di attenzione rimane la sensibilizzazione in materia di discriminazione per orientamento sessuale, per identità di genere e per variazioni nelle caratteristiche di sesso.

Sempre in materia di educazione alla sessualità ed all'affettività, saranno realizzati percorsi di sostegno alla scoperta ed alla presa di consapevolezza del proprio orientamento sessuale e/o della propria identità di genere, prevedendo anche interventi di prevenzione e contrasto della discriminazione ed alla violenza familiare a danno di minori motivate da coming out, processi di transizione e visibilità. Questo comporta anche il finanziamento di programmi specifici di protezione di minori che, in casi estremi, necessitino di trovare rifugio al di fuori del proprio nucleo familiare di origine, onde preservarne la salute fisica e psichica.

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 Deliberazione GR 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 cyberbullismo e di ogni altro disagio adolescenziale in ambito scolastico. Le scuole saranno invitate a contribuire alla realizzazione di spot contro il bullismo e il cyberbullismo, progettati e realizzati dagli studenti all'insegna di "generazioni connesse" e con particolare attenzione alla cittadinanza digitale consapevole.
Non è da sottovalutare la dimensione omo-bi-transfobica che pure impregna di sé moltissimi episodi di bullismo e cyberbullismo non solo nelle scuole, ma in tutti gli ambiti di aggregazione sociale giovanile. Un'attenzione particolare sarà dedicata al mondo dello sport giovanile, nel quale la omo-bisessualità e/o il transgenderismo dichiarati e visibili sono un tabù insuperato che può portare anche alla marginalizzazione ed all'esclusione dalla pratica sportiva.

Contrasto al bullismo informatico e promozione di uso consapevole dei dispositivi digitali nelle scuole toscane

È indiscutibile il concorso alla formazione scolastica e all'educazione giovanile di cui sono protagonisti i dispositivi digitali – computer, tablet, smartphone – il cui utilizzo negli spazi e nei tempi delle attività didattiche e all'interno delle scuole è però troppo raramente accompagnato da percorsi di educazione all'uso consapevole di tali strumenti. Sovente la cronaca ci propone episodi di bullismo tra giovani, con violenze verbali e/o fisiche perpetrate

anche all'interno degli istituti scolastici e i cui esiti nefasti vengono amplificati dall'essere replicati attraverso riprese effettuate tramite smartphone, con susseguente diffusione delle immagini attraverso internet e le piattaforme social-network, aggiungendo così al danno materiale patito dalla vittima di bullismo anche il danno alla sua identità digitale, con sconfinamento verso fenomeni ascrivibili al cosiddetto cyberbullismo.
Per contro, attraverso un utilizzo poco consapevole dei device i minori entrano in contatto, rimanendone spesso prede e vittime, di sfide pericolose definite blackout challenge – es. Blue Whale – fondate sull'induzione all'autolesionismo spinto anche sino ad esiti fatali.
Nel rispetto di quanto previsto dalla legge 29 maggio 2017 n. 71 "Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del cyberbullismo", la Regione Toscana, nell'ambito delle proprie competenze in tema di educazione e tutela della salute, potrà promuovere, anche mediante la predisposizione di uno specifico intervento normativo e/o la sottoscrizione di protocolli d'intesa, azioni rivolte ai giovani e alle famiglie finalizzate all'uso consapevole degli strumenti informatici e della rete internet, anche attraverso la metodologia dell'educazione tra pari. In tale ottica la Regione Toscana potrà altresì promuovere azioni finalizzate a fornire al personale scolastico ed educativo gli strumenti pedagogici ed educativi atti a contrastare il fenomeno del cyberbullismo.

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 e Welfare e salute in Toscana, 2019.
- Comportamenti alla guida e stili di vita a rischio nei ragazzi in Toscana. La rilevazione Edit 2018. Ars Toscana. Novembre 2018.

Destinatari Ⓓ
DEDICATO ALLE DONNE

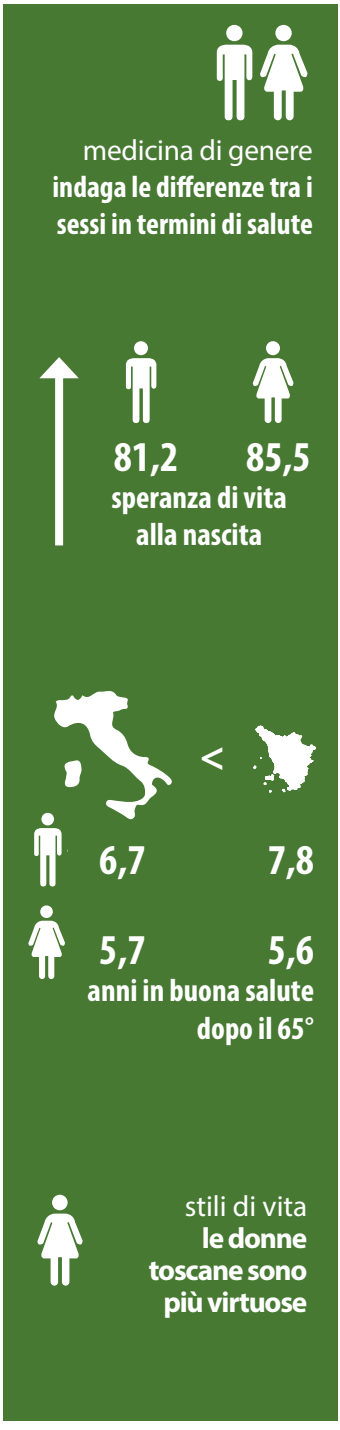
“Sostenere il ruolo delle donne è sostenere la resilienza dell’intera comunità. Facilitando alle donne l’accesso a percorsi che tengano conto della specificità di genere, si ottiene un miglioramento delle prospettive di salute dell’intera popolazione

- 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 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

32,2
età media al parto

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

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



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 bevitrici a rischio e meno in sovrappeso od obese, consumano più frutta e verdura, ma sono più sedentarie. É 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. Oltre allo studio multicentrico di Frass (2012), l'indagine Kristoffersen (2014) ha rilevato che le terapie complementari sono molto più diffuse fra le donne (42% contro 24%) di età media e con istruzione medio-alta, più attive anche nella promozione della salute personale e più interessate ai temi di salute. In Toscana (dati SPA 2017) il 75% dei pazienti che si curano con queste terapie 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.
- 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

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

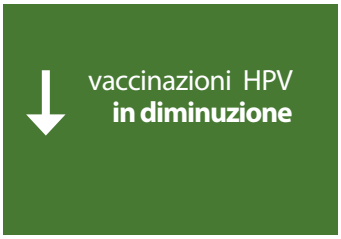
le donne ricorrono più spesso alle medicine complementari

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



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.

  Particolare rilevanza assume, all'interno dei consultori, l'attività di informazione e assistenza delle donne che scelgono l'interruzione volontaria di gravidanza, non soltanto aiutando le donne a superare le cause che potrebbero indurre l'interruzione di gravidanza, ma anche informando le donne sui diritti a loro spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti sul territorio toscano. La Regione rinnova il suo impegno a garantire l'esercizio del diritto all'interruzione volontaria di gravidanza anche nei casi in cui il personale medico eserciti il diritto all'obiezione di coscienza, come stabilito dall'art 9 comma 4 della legge 22 maggio 1978 n. 194.
- 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 si 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. É 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 equipe 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 PSSIR intende prefigurare e attuare percorsi di superamento dell'emergenza che, a seguito della presa in carico, conseguano obiettivi di reinserimento, **inclusione abitativa e lavorativa**.

Assicurare un sistema integrato volto a prevenire e contrastare la violenza di genere che in particolare consenta alla donna inserita in percorsi di fuoriuscita di realizzare un progetto di vita per inserimento/reinserimento socio-lavorativo e l'autonomia abitativa. Un sistema efficace ed efficiente non può che basarsi su una pluralità di interventi di carattere multidisciplinare (sociale, socio-sanitario, sanitario ma anche educativo e culturale, oltre alle questioni legate alla giustizia ed al perseguimento dei reati), messi in atto da soggetti diversi ma che lavorano tra di loro in rete: sui territori si sono infatti, nel tempo, costituite e rafforzate reti locali di contrasto alla violenza di genere composte da attori istituzionali e del terzo settore (in primis i centri antiviolenza) che lavorano in maniera sinergica per realizzare interventi di prevenzione e sensibilizzazione nonché per offrire alle donne percorsi di accompagnamento all'autonomia, a partire dalla fase di emergenza sino alla presa in carico complessa dei bisogni della donna e degli eventuali figli minori.

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 RETE CONSULTORIALE

La rete consultoriale costituisce, all'interno della Zona-distretto, un importante strumento di attuazione degli interventi previsti a tutela della salute globale della donna e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari. Le attività consultoriali rivestono un ruolo fondamentale nel territorio in quanto la peculiarità del lavoro multidisciplinare di équipe rende le attività stesse uniche nella rete delle risorse sanitarie e socio-assistenziali del servizio sanitario regionale.

Le attività consultoriali rivestono un ruolo centrale in alcuni settori quali:

- il percorso nascita, là dove la salute materno-infantile è una componente e un indicatore fondamentale della salute della popolazione. La sua promozione rappresenta una scelta strategica che presuppone politiche sanitarie e sociali che riconoscono nel modello sociale un arricchimento dell'assistenza. In particolare, in questa fase di denatalità e difficoltà nell'acquisizione del ruolo genitoriale, il consultorio può offrire un sostegno appropriato e multidisciplinare;
- la prevenzione, intesa nel senso ampio di prevenzione oncologica (screening Pap test e HPV test); promozione delle vaccinazioni (neonatale e pediatriche, in adolescenza, in fase pregravidica e in gravidanza); prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse (MST) e la prevenzione delle gravidanze indesiderate attraverso la promozione della contraccezione e la distribuzione gratuita;
- l'educazione alla salute che, attraverso la promozione di stili di vita corretti e consapevoli,

è obiettivo fondante delle attività consultoriali. Da promuovere gli interventi sui giovani nelle scuole, nei punti di aggregazione formale e informale, attraverso modalità comunicative vicine alle giovani generazioni (app, social, ecc).

I Consultori rivestono ancorché un ruolo centrale nell'applicazione della legge 22 maggio 1978, n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" attuando, in questo senso, finalità e obiettivi quali:

1. Garantire il diritto per le donne all'Interruzione Volontaria di Gravidanza attraverso la definizione e strutturazione di un percorso completo, facilitante l'accesso e la presa in carico, con standard omogenei su tutto il territorio regionale;
2. Garantire la possibilità di scelta tra aborto medico e aborto chirurgico in tutte le strutture sanitarie;
3. Prevedere l'organizzazione dell'aborto medico in adeguate strutture ambulatoriali e consultoriali, anche al fine di promuovere modelli alternativi che diminuiscano l'accesso in struttura ospedaliera;
4. Definire le azioni e individuare gli strumenti attraverso i quali il ricorso all'obiezione di coscienza non ostacoli il corretto svolgimento di tutte le attività che concorrono all'attuazione del percorso dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza;
5. Garantire la prescrizione e la somministrazione di mezzi contraccettivi, attraverso un'offerta ampia, che comprendano tutte le metodiche attualmente disponibili, accompagnandone l'erogazione ad un adeguato counselling e un follow up per monitorare l'effettivo e corretto utilizzo dei contraccettivi erogati.

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, anche mediante azioni di sostegno all'inserimento professionale e all'autonomia economica, nell'ottica di interrompere situazioni di aggressività e violenza domestica ed al contempo garantire alle stesse persone l'autonomia finanziaria ed evitare situazioni di disagio e povertà.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana, 2017 e Welfare e salute in Toscana, 2019.
- Sistema di Sorveglianza Passi. Rapporto regionale 2013/2016.
- Le interruzioni volontarie di gravidanza in Toscana. Serie In Cifre n.16. Ars Toscana. Novembre 2018.

Destinatari E
DEDICATO AGLI ANZIANI

“Le rughe della vecchiaia formano le più belle scritture 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.

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

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

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 altre 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 (L.R. 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, in particolare stimolando il silver co-housing, con le sue declinazioni di rigenerazione urbana di edifici pubblici, 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, garantendo maggiore appropriatezza nell'utilizzo dei posti letto.
- 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, con particolare riferimento al fondamentale ruolo rivestito dalla figura del geriatra 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 si 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.
Devono quindi essere tenute in considerazione le nuove terapie di supporto alle persone fragili, come ad esempio la doll e pet therapy, importanti per le persone adulte e anziane in condizione di salute fragile sono anche i programmi di Attività fisica adattata (AFA).

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 l'acquisizione di stili di vita salutari. In questi pazienti "fragili" trova indicazione anche la medicina complementare integrata, in particolare per dolore e disturbi dell'umore, per efficacia, gradimento dell'utenza, sostenibilità economica e scarsità di effetti collaterali, anche ai fini della riduzione del rischio di overuse.
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 l.r. 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 si che gli anziani possano vivere in una casa, la propria, oppure attivando nuovi luoghi e modelli di residenzialità, volti a garantire, come nel caso delle soluzioni alloggiative dei gruppi di appartamento e di co-housing, il benessere delle persone anziane e di quelle affette da grave disabilità, e dunque da implementare per la forte valenza sociale che le connota.
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 anche tramite un consolidamento dei rapporti tra i servizi territoriali e i MMG.

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, ridurne 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 demenze 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 PTDAS, 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 e Welfare e salute in Toscana, 2019.
- La banca dati delle malattie croniche. Aggiornamento 2018. Documento Ars n.99. Ars Toscana. Marzo 2018.

Destinatari (F)
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%.

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

28,17%
nascite nell'ultimo anno in coppie con almeno 1 genitore straniero

400mila
stranieri residenti in Toscana nel 2017 saranno 600mila nel 2030

60,6%
stranieri residenti in Toscana < 40 anni

7.900
parti da donne straniere (2016)

in diminuzione
accessi degli stranieri al PS

ricoveri
il parto è la principale causa per gli stranieri

utilizzo improprio
difficoltà a comprendere il percorso ambulatoriale

infezione tubercolare
interessa 45,2 stranieri ogni 100mila residenti

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.

26,8%
diagnosi infezione da HIV, pazienti stranieri

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 integrata[1].

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

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.

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;
- 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 affrontate 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. È 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 psico- fisiche 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 l'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 (L.R. 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 eficaci 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 e Welfare e salute in Toscana, 2019.

Destinatari G
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 percorso casa-lavoro) tra gli 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”,

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)

80%
dei ricoveri effettuato da maschi

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 53.00 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 il "paziente abbandona il PS duranti 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.

Un'impresa/ente che promuove salute si impegna a costruire, attraverso un processo partecipato, un contesto lavorativo che, dal punto di vista organizzativo e relazionale, favorisce l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute e per la sicurezza, nel proprio interesse e nell'interesse della collettività. La conformità agli obblighi normativi in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro è naturalmente

scontata per praticare la Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro ed è quindi efficace solo se si gestiscono in modo efficace i rischi professionali. Ormai è appurato che l'ambiente di lavoro è un contesto favorevole per influenzare in modo positivo le abitudini di vita dei lavoratori, esso rappresenta un luogo di aggregazione, una comunità in cui le persone passano buona parte della giornata e dove, pertanto, assume grande rilevanza l'interazione dell'individuo con la dimensione organizzativa e relazionale. L'esperienza dimostra che, per l'azienda, investire su interventi che facilitano nei lavoratori la capacità di orientare la propria esistenza verso un benessere biopsicosociale e comportamenti ed abitudini salutari promuove un'immagine positiva ed attenta ai bisogni del personale, in grado di produrre: una riduzione dell'assenteismo, una riduzione delle malattie croniche non trasmissibili, una riduzione dei tassi di mortalità, una riduzione dei conflitti interpersonali, una riduzione del ricambio del personale, un accrescimento del senso di appartenenza alla propria comunità, un accrescimento della motivazione, un accrescimento della produttività, un incremento delle assunzioni. Nell'ambito della WHP Workplace Health Promotion che la Regione Toscana ha adottato con DGR n. 1078/2016 e seguito dal decreto dirigenziale 1565/2017 con relativa modulistica, vengono infatti messe in atto in 6 aree tematiche, strategie organizzative ed opportunità che mirano a migliorare e conciliare la gestione dei tempi produttivi con quelli privati, ad incoraggiare la crescita delle competenze personali attraverso occasioni di apprendimento permanente (lifelong learning), a prevedere spazi e ad organizzare eventi di socializzazione e scambio delle esperienze, a promuovere la partecipazione del proprio personale ad attività salutari. Le ricerche dimostrano, fra le altre cose, che per ogni euro investito nel WHP si ottiene un rendimento compreso tra 2.5 e 4.8 euro per la riduzione dei costi legati al tasso di assenteismo.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità ai rischi occupazionali è attribuibile circa l'1,5% del totale degli anni di vita in buona salute persi per disabilità, malattia o morte prematura (DALYs) nei Paesi ad elevato reddito come l'Italia; mentre, altri fattori legati a comportamenti individuali (e quindi almeno in parte prevenibili), come il fumo di tabacco, il consumo dannoso di alcol, l'eccesso ponderale, la sedentarietà, la scorretta alimentazione, i comportamenti pericolosi alla guida, sarebbero invece responsabili di circa il 30% della perdita totale di anni di vita in buona salute. Considerato ciò è importante che le imprese/enti, anche nell'ambito della loro responsabilità sociale, assumano un ruolo attivo nella promozione della salute e del benessere dei propri dipendenti. Il WHP in Regione Toscana ha 3 specifici accordi anche con le associazioni di categoria (Confindustria, Confcommercio e Confesercenti) e ricorda che l'adesione alle Buone Prassi di cui all'art.2 del D.Lgs 81/2008 può contribuire al raggiungimento dei 100 punti necessari per ottenere lo sconto denominato "oscillazione per prevenzione" (OT/24), con il quale l'INAIL premia le aziende operative che, da almeno un biennio, eseguono interventi per il miglioramento delle condizioni di sicurezza e di igiene nei luoghi di lavoro, in aggiunta a quelli minimi previsti dalla normativa in materia (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.).

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 per territori o per comparti ai fini della realizzazione di misure mirate per la prevenzione delle malattie professionali;
- 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 anche attraverso azioni mirate e condivise con gli attori del sistema (sindacati, associazioni datoriali, organismi di vigilanza, etc.), in conformità a quanto previsto dal Nuovo Sistema di garanzia e dal Piano Regionale della Prevenzione, ed anche mediante la concessione di incentivi alle imprese ai fini di migliorare i livelli di salute e sicurezza sul lavoro;
- 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, al fine di implementare e migliorare sia in termini qualitativi che quantitativi i risultati delle politiche e delle azioni regionali messe in atto in materia di sicurezza sul lavoro nel corso degli anni, estendendo tale progettazione all'intero territorio regionale ed in maniera sistematica a tutte le attività classificate ad alto rischio;
- 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 e Welfare e salute in Toscana, 2019.

Destinatari Ⓗ
DEDICATO ALLE POPOLAZIONI RESIDENTI NELLE AREE INTERNE, MONTANE 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 Servizio Sanitario 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;
- l'individuazione ed il riconoscimento delle aree particolarmente disagiate ai sensi e con gli effetti del punto 9.2.2 dell'Allegato 1 del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n.70

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.
Occorre, altresì, implementare la politica di attenzione alle zone montane, in coerenza con quanto previsto dal Programma regionale di sviluppo 2016-2020, ai fini della valorizzazione, della qualificazione e del potenziamento dell'assistenza socio-sanitaria in dette aree, con particolare riferimento al fondamentale servizio dell'emergenza urgenza in territori

complessi anche sotto il profilo infrastrutturale, ed in una più ampia prospettiva volta a declinare nell'intero ambito regionale il contenuto del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), riservando il monitoraggio di tale progettualità in materia di "Sanità nelle aree interne, montane e insulari", all'interno dell'Osservatorio sociale regionale.
Facilitare inoltre i percorsi di presa in carico e superare le problematicità legate alla offerta di risposte specialistiche, alla maggior complessità di intervento per i servizi di emergenza urgenza, all'attrazione di servizi di confine. A tali territori devono essere destinate specifiche misure di pianificazione dei servizi, anche tramite l'istituzione di un tavolo tecnico politico ad hoc, 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, prevedendo per le figure di specialisti operativi in territori geograficamente complessi specifici progetti incentivanti, comprensivi anche di aspetti legati alla mobilità per raggiungere i plessi, volti a garantire la permanenza in loco per un periodo determinato;
- 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.

- 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 assicuri 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, ponendo particolare attenzione alle esigenze della popolazione residente nei territori di confine, la quale per condizioni infrastrutturali si vede costretta ad avvalersi di prestazioni sanitarie erogate in presidi ubicati fuori dai confini regionali.

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 servizi di Pronto Soccorso nelle aree interne, montane e insulari, da potenziarsi sotto il profilo della strumentazione diagnostica e alle principali problematiche di salute in area medica internistica che non richiedono specifico expertise o tecnologie avanzate, in riferimento al DM 70/2015.
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, 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 anche se, poiché nelle aree disagiate, in particolare quelle montane, non sempre risulta garantito il funzionamento della rete indispensabile all'attivazione della telemedicina, si rende quindi necessario il potenziamento del servizio internet.

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 è importante la definizione della rete complanare come luogo di erogazione di prestazioni specialistiche di 2 livello e del **DAY SERVICE**. Nell'ambito dell'offerta per *outpatient* devono inoltre essere garanti **servizi oncologici** per l'erogazione della **chemioterapia**.

Destinatari ①
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 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.

3.300
numero medio di persone detenute in Toscana

48,4%
percentuale di detenuti stranieri
(34% media nazionale)

96%
percentuale di uomini detenuti in Toscana

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%)
diabete (12,1%)

30%
detenuti con tossico-alcoldipendenza

fenomeni di suicidio
in riduzione:
8 tentativi ogni 1.000 detenuti
(38 ogni 1.000 nel 2009)

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 suicido 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 équipe sanitarie.
Ad oggi il personale sanitario operante negli istituti penitenziari ammonta a 386 unità di cui 174 medici, 149 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.
Attenzione sarà dedicata anche alle cure odontoiatriche verso tutti e tutte coloro che si trovino in stato di custodia e di detenzione.
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 e Welfare e salute in Toscana, 2019.
- 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.

Focus ①
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.

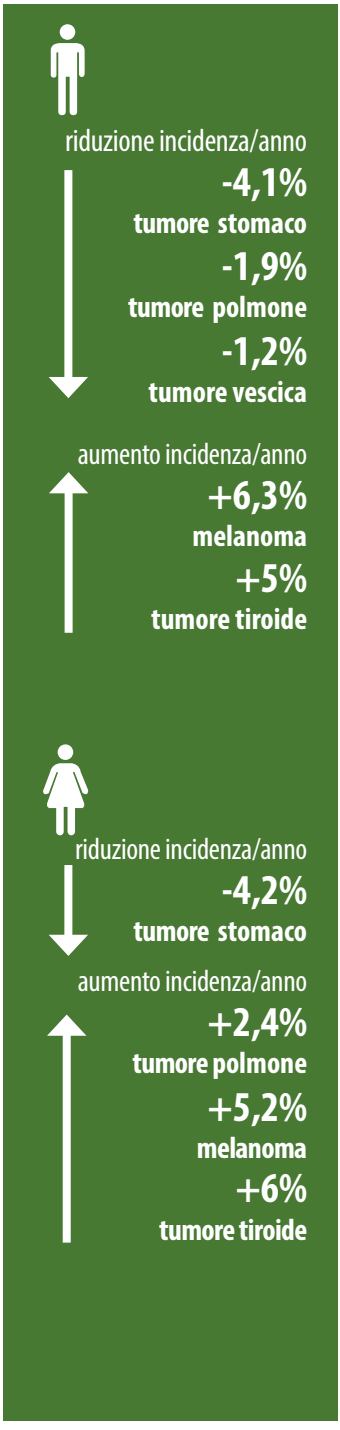
Non tutte le età sono uguali

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%
colon-retto 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.

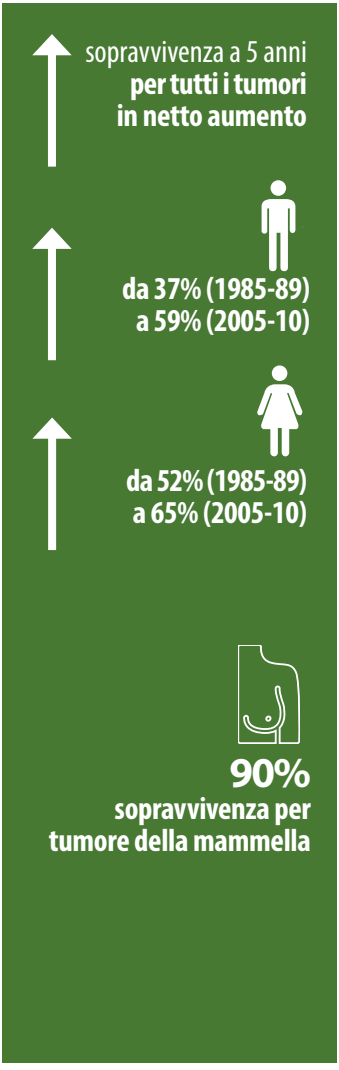
Le differenze nel sesso maschile sono sostenute principalmente dal tumore del polmone e vescica, ma anche prostata e tiroide.

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 110.000 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.



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 di servizio" 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.

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	5.160	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

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.
È 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. È 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.
Promuovere un approccio integrato anche con metodiche terapeutiche complementari che consentono miglioramenti significativi nella riduzione degli effetti collaterali e nella qualità della vita e che sono utilizzabili 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. È 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.

Focus ②
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 sociosanitari, 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".
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

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

5,5% **4,8%**

persone con limitazioni funzionali

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

1.400
posti letto per persone con disabilità

quasi 1.600
ospiti con disabilità o disturbi mentali

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 equipe 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 che consente di integrare risorse sociali, sanitarie e informali.

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:

- definire un modello regionale di presa in carico integrata come delineato con delibera GR 1449/2017, anche sulla base delle buone prassi territoriali già in atto;
- 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 attraverso una progettazione individualizzata tesa ad ampliare le soluzioni a disposizione a livello territoriale;
- 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 n. 594/14 all'interno dei percorsi territoriali, garantendo risposte inclusive, appropriate, partecipate e sostenibili, anche estendendola ad altre tipologie di persone con disabilità;

- 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, con adeguati finanziamenti, 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;
- uniformare a livello regionale il sistema di indirizzi relativi alla nutrizione artificiale;
- 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 e Welfare e salute in Toscana, 2019.
- Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari. ISTAT 2013.
- Accertamenti di invalidità L.104\82. Inps 2017.

Focus ③
DEDICATO ALLA SALUTE MENTALE

“La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere, come si evince dalla definizione di salute dell’OMS: “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità”. La salute mentale, come del resto tutti gli altri ambiti legati alla salute, è influenzata da una serie di fattori socio-economici sui quali è necessario agire attraverso strategie articolate di promozione, prevenzione, trattamento e recovery in un approccio di governance globale.

I dati epidemiologici dei Paesi dell’Unione Europea indicano che la prevalenza dei Disturbi della Salute Mentale sta diventando la prima causa di disabilità, di riduzione delle opportunità di successo scolastico e formativo nell’infanzia e nell’adolescenza, di perdita di giornate lavorative, di stigmatizzazione e di esclusione sociale nell’adulto, di deterioramento della qualità di vita indipendentemente dalla fascia di età delle persone affette da disturbi psichici e conseguentemente delle loro famiglie. L’insieme dei disturbi psichiatrici, la cui patogenesi in termini di multifattorialità è ampiamente documentata dall’ampia letteratura scientifica in merito, sono sicuramente in parte determinati e complicati dalla povertà, dalla precarietà sociale e dalla difficoltà di accesso a risorse educative, formative e di sostegno sanitario e sociale: come noto l’incidenza e la prevalenza delle malattie mentali è maggiore la dove sussistono condizioni ambientali sfavorevoli quali quelle caratterizzate da degrado sociale, deprivazione affettiva, bassa scolarizzazione e difficoltà di accesso alle cure.

Le problematiche di salute mentale devono dunque esser affrontate dai Servizi per la salute mentale all’interno di una rete che, senza prescindere ma integrandosi con le competenze mediche specifiche che li caratterizzano, coinvolga i Servizi Sociali, il Sistema Scolastico, gli Enti Locali e il Volontariato: anche alla luce delle recenti evidenze scientifiche in merito, con particolare riferimento al modello bio-psico-sociale, è oramai chiaro che un modello multidisciplinare che vede coinvolte figure sanitarie, sociali e istituzionali ha maggiori probabilità di successo nei percorsi di cura rispetto ad un modello esclusivamente basato su competenze esclusivamente mediche o sociali.
Alla luce di quanto sopra, in continuità con i precedenti Piani, le azioni da sviluppare in vigenza del presente Piano sono le seguenti:

- La garanzia di una risposta tempestiva, anche attraverso l’accesso diretto ai servizi specifici, ai bisogni degli utenti a partire dall’esordio, superando, attraverso il Progetto

Terapeutico Riabilitativo Individualizzato PTRI e partecipato dal cittadino e dalla sua rete di riferimento familiare e di comunità, il paradigma della "stabilizzazione clinica" in favore di percorsi di recovery e di autonomia con interventi multiprofessionali volti alla continuità, all'empowerment e alla promozione delle potenzialità di vita anche attraverso il lavoro con le famiglie e i contesti di vita.

- Da un punto di vista clinico è importante l'individuazione precoce del contesto diagnostico e del conseguente percorso di cura. In tal senso, anche in considerazione di un utilizzo dei farmaci non sempre appropriato, sembra che possa aprire nuove possibilità di cura, come in altri ambiti medici, quella che viene definita "medicina di precisione", laddove questa possa tener meglio conto della persona nella sua singolarità di individuo, rispetto a percorsi terapeutici standardizzati che rischiano di favorire la cronicizzazione.
- L'introduzione della metodologia del "budget di salute" quale strumento attraverso cui promuovere la partecipazione degli utenti alla definizione del proprio percorso di cura a supporto dell'integrazione degli interventi sanitari e sociali individuati nei progetti individuali personalizzati e riferiti anche all'abitare supportato, anche tramite il cohousing e il social housing, e all'inclusione lavorativa per favorire un'autonomia sociale accettabile.
- Il rafforzamento della rete territoriale dei servizi per la salute mentale anche attraverso un investimento quali-quantitativo sulle risorse umane, professionali e sulla loro formazione: la psichiatria, come del resto gran parte della medicina, ha visto negli ultimi anni una rapida evoluzione dei percorsi terapeutici individualizzati con particolare riferimento all' evoluzione delle cure sia in campo farmacologico che psicoterapico. Ne consegue la necessità di una formazione continua degli operatori e più in generale degli enti coinvolti nei percorsi di cura.
- L'integrazione socio-sanitaria nell'ottica di una presa in carico globale della persona, rafforzando le reti relazionali, sociali, economiche ed il coordinamento con la comunità di riferimento e le reti informali.
- Il sostegno alle esperienze dell'auto-mutuo-aiuto, garantendone l'autonomia e l'indipendenza e del protagonismo del cittadino utente anche ai fini della verifica della qualità e miglioramento dei servizi, della valutazione degli interventi da loro attuati e degli strumenti tecnici e operativi da loro impiegati.
- La garanzia della continuità terapeutica delle cure, attraverso un approccio multidisciplinare, con attenzione alla transizione tra la minore e la maggiore età, al coordinamento tra le figure professionali del servizio di salute mentale e delle dipendenze patologiche e alla sinergia con gli altri soggetti del sistema sociosanitario e le rispettive strutture, in particolare il sistema delle cure primarie e quello delle cure ospedaliere: è oramai esperienza consolidata quella secondo la quale la maggior parte degli utenti in salute mentale presenta il più delle volte problematiche attinenti criticità che interessano figure professionali le più diversificate.
- Lo sviluppo della conoscenza dei fattori di rischio e di protezione, rispetto ai disturbi mentali comuni (ansia e depressione) nell'ottica di una presa in carico precoce e

proattiva, attraverso lo sviluppo di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTAS) integrati tra i servizi di salute mentale e le cure primarie, al fine di favorire la diagnosi ed il trattamento tempestivo ed efficace dei disturbi cosiddetti comuni. Favorire lo sviluppo di percorsi con riferimento a fasi specifiche della vita quali: gravidanza, invecchiamento o la presenza di particolari patologie. Di fatto la collaborazione con i medici di medicina generale sta assumendo un ruolo sempre più importante nel riconoscimento precoce e tempestivo degli esordi psichiatrici essendo essi stessi più frequentemente i primi interlocutori del disagio.

- Il mantenimento e la promozione dell'enfasi sulla volontarietà della cura e sulla permanenza nei contesti abituali di vita delle persone attraverso il costante monitoraggio dei processi organizzativi e operativi al fine di prevenire fenomeni di re-istituzionalizzazione nell'ambito dei sistemi di cura.
- Garantire massima attenzione al lavoro con pazienti non collaboranti, alla prevenzione del drop-out e al contrasto ad inserimenti in strutture residenziali non coerenti con quanto disposto dalle linee di indirizzo di cui alla DGR n. 1127/2014.
- Promuovere il monitoraggio (in particolare attraverso il registro delle contenzioni) del funzionamento dei servizi psichiatrici con particolare attenzione alle pratiche di limitazione della libertà dei pazienti, individuando tutti gli indicatori necessari allo scopo.
- I sistemi di contenzione non devono essere usati in quanto rappresentano una violazione dei diritti fondamentali della persona, siamo comunque consapevoli che la giurisprudenza prevede delle eccezioni nelle quali l'utilizzo è legato esclusivamente a presupposti di necessità e urgenza proporzionate al pericolo. La Regione Toscana, nel rispetto dei protocolli e delle linee guida vigenti in materia, si pone l'obiettivo di essere un modello a livello nazionale per il superamento definitivo di ogni forma di contenzione, promuovendo lo sviluppo di pratiche incentrate sulla relazione tra operatori e pazienti.
- La promozione delle connessioni fra processi di cura e dimensione sociale dei diritti di cittadinanza (l'abitare, il lavoro, le relazioni, il contesto competente e supportivo). A tal fine è necessario promuovere convergenze e collaborazioni fra servizi e collettività locali, sia nelle loro dimensioni informali o di aggregazione sociale, sia nelle loro espressioni politico-istituzionali locali.
- Il potenziamento degli interventi di inclusione sociale, campagne di sensibilizzazione e lotta allo stigma anche in collaborazione con le Associazioni di utenti e familiari: nonostante infatti la significativa evoluzione culturale generale degli ultimi decenni rimangono ancore nicchie di popolazione sensibili allo stigma sulle quali è necessario intervenire in termini formativi e collaborativi.
- La promozione dell'accessibilità (anche linguistica) dei servizi di salute mentale e sviluppo della sensibilità culturale nei processi di cura, della vocazione multidisciplinare dei servizi e delle competenze professionali, per rispondere ai bisogni di cura delle popolazioni migranti, in particolare dei richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale che rappresentano una fascia di popolazione a forte rischio psicopatologico, al fine di garantirne il diritto alla salute.

- Lo sviluppo delle competenze personali e dell'empowerment per l'adozione da parte dei pazienti di tutte le età di stili di vita più corretti al fine di prevenire l'insorgenza o l'aggravarsi di condizioni fisiche patologiche, anche con riferimento all'adesione agli screening.
- La promozione 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 healthlandscape.
- La promozione di progetti, laddove compatibile per situazione personale, familiare e patologica, anche in relazione alla sicurezza delle persone e degli animali, all'adozione ed al mantenimento di animali d'affezione, attraverso misure di sostegno economico alle cure veterinarie ed alle necessità primarie degli stessi animali, inquadrati in percorsi di interazione e di interventi assistiti.
- La valutazione dell'efficacia degli interventi, sperimentando un sistema di rilevazione ed analisi delle attività, quale elemento centrale per la diffusione di un "cultura della valutazione", anche in collaborazione con le associazioni di utenti e familiari.

Salute mentale Infanzia e Adolescenza

In Toscana i Servizi di Salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza hanno da sempre la mission di occuparsi della diagnosi, della presa in carico e della riabilitazione dei Disturbi Neuropsichatrici dell'Età Evolutiva ivi compresi i Disturbi del Neurosviluppo, i Disturbi Psicopatologici e i Disturbi Neuromotori. La diagnosi è orientata all'individuazione precoce dei sintomi per consentire una presa in carico efficace e tempestiva. Gli interventi, tarati secondo i bisogni individuali e le esigenze che emergono nelle diverse epoche di vita, sono di tipo multidisciplinare sanitario e socio-sanitario. Gli elementi centrali su cui si basa l'intervento abilitativo-educativo sono costituiti dalle evidenze scientifiche, dalla precocità della presa in carico e dall'attivazione del massimo grado di empowerment e di supporto alla famiglia e ai partner sociali ed educativi, in particolare alla scuola.
In molti casi, proprio per la connessione fra problemi di salute mentale e situazioni di basso reddito familiare (se non di povertà) è indispensabile un atteggiamento proattivo; il sistema sanitario e sociale deve trovarsi, come punto di ingresso, "prossimo" al cittadino, alla famiglia, al minore. In caso contrario, in assenza di territorio, attendere che chi ha problemi mentali (e che è spesso restio a chiedere aiuto) si avvicini a centri maggiori significa accettare il rischio che a quel punto la problematica si esacerbi al punto da rendere indipensabili misure ben più invasive e con conseguenze più gravi soprattutto nel caso dell'infanzia ed adolescenza, laddove il fattore "tempo" è cruciale.
Alla luce di quanto sopra, in continuità con i precedenti Piani, le azioni da sviluppare in vigenza del presente Piano sono le seguenti:

- integrazione con la rete dei Punti Nascita, attuando tutte le misure possibili per salvaguardare, in quanto risorsa già presente e preziosa, anche i punti nascita in deroga, per una presa in carico integrata e senza discontinuità delle situazioni a rischio e follow up dei nati con rischio neuro-evolutivo;

- potenziamento dei percorsi integrati con i Pediatri di Famiglia per la diagnosi e la presa in carico tempestiva dei Disturbi dello Spettro Autistico e degli altri Disturbi del Neurosviluppo e potenziamento della rete di intervento abilitativo-educativo; particolare attenzione deve essere data ai percorsi integrati con la Salute Mentale adulti per la transizione verso l'età adulta con un modello di Chronic Case Management e l'implementazione delle azioni previste dalle Linee d'Indirizzo dell'Intesa Stato-Regioni del 2018;
- realizzazione di PDTAS per i bambini e gli adolescenti con Disabilità complesse geneticamente determinate, per la presa in carico per il corso della vita, secondo quanto previsto dalla DGR n.1339/2018;
- individuazione precoce delle condizioni conseguenti all'esposizione fetale all'alcol, condizioni drammaticamente sotto-diagnosticate che causano conseguenze neuropsicologiche e psicopatologiche gravi che possono essere contenute da interventi appropriati e tempestivi;
- promozione della salute mentale dei minorenni immigrati o figli di immigrati, particolarmente esposti alle conseguenze negative dei processi di adattamento al contesto;
- potenziamento della rete di presa in carico dei Disturbi dell'Alimentazione attraverso Servizi multiprofessionali integrati per tutti i livelli di intervento previsti dalle Linee d'Indirizzo Nazionali e Regionali, promozione del ruolo dei Pediatri di Famiglia e dei Medici di Medicina Generale nella diagnosi e presa in carico. Coinvolgimento dei familiari in tutte i le fasi della cura;
- sviluppo della collaborazione con le Istituzioni scolastiche per favorire l'individuazione precoce dei Disturbi del linguaggio e dell'apprendimento e azioni di potenziamento scolastico delle abilità;
- promozione dell'adeguatezza dei percorsi diagnositici e di presa in carico dei bambini con disturbo da deficit di attenzione e iperattività;
- presa in carico tempestiva e adeguata delle emergenze e urgenze psicopatologiche nell'infanzia e nell'adolescenza, in particolare per quanto riguarda la continuità Territorio-Ospedale-Territorio e implementazione di risposte abilitative appropriate e adeguate nel contesto di vita, con l'obiettivo di ridurre il tempo che intercorre tra emergenza dei sintomi e diagnosi/presa in carico e limitare le conseguenze di esclusione sociale delle condizioni psicopatologiche gravi.

Il disagio e la psicopatologia nell'adolescenza e nei giovani adulti

L'obiettivo delle future azioni è implementare l'attività di promozione della Salute mentale e di presa in carico nell'adolescenza e nei giovani adulti che presentino disturbi psichici e/o del comportamento, nei vari luoghi di vita e assicurare la continuità assistenziale attraverso la presa in carico "longitudinale", evitando così fratture e drop out e garantendo un approccio per intensità di cure in base ai bisogni.
I percorsi di prevenzione, riconoscimento del disagio, accoglienza, presa in carico, si attuano attraverso una maggiore integrazione tra i Servizi territoriali (SMIA, SMA, SERD, Consultori

Giovani, Servizio sociale) e gli altri soggetti che si occupano a vari titolo della fascia di età giovanile, anche per facilitare l'accesso ai percorsi di prevenzione del rischio e cura.
Sono 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.
I disturbi psicopatologici dell'infanzia e dell'adolescenza sono in continuo aumento e rappresentano una sfida importante per i servizi sanitari, sociali ed educativi. La possibile gravità delle manifestazioni cliniche (sovente rappresentate da momenti di acuzie o di crisi) fa emergere la necessità di instaurare interventi terapeutico-riabilitativi precoci ed efficaci anche nella risposta nell'emergenza-urgenza, per 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 e in una prospettiva di guarigione possibile ciò rappresenta una priorità sanitaria e sociale. È pertanto necessario sostenere e promuovere interventi su famiglia, scuola e contesto di vita per migliorare l'efficacia dei percorsi terapeutico-riabilitativi e per una positiva inclusione scolastica 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 per evitare che il passaggio degli adolescenti ai servizi per i giovani adulti sia contrassegnato da discontinuità in termini di approccio, di operatori di riferimento, di frequenza del trattamento.
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 PDTAS congiunto che comportino un appropriato utilizzo delle risorse sanitarie e sociali dei due servizi.

I disturbi del comportamento alimentare

I "Disturbi del Comportamento Alimentare" (DCA) rappresentano un problema significativo per numerose persone e per i loro familiari. Si tratta di patologie che concernono il rapporto tra le persone, il cibo e la percezione della immagine corporea; lo spettro dei DCA si caratterizza anche per la compromissione importante di quasi tutti gli organi e apparati del corpo (cardiovascolare, gastrointestinale, endocrino, ematologico, scheletrico, sistema nervoso centrale, dermatologico ecc.).
Seguendo quanto già indicato dalla deliberazione della Giunta regionale n. 279 del 2006 "Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei Disturbi del comportamento Alimentare nella Regione Toscana", integrata dalla deliberazione n. 441 del 2010, si individuano più livelli di intervento (format) che prevedono

un ambito territoriale (rete di prevenzione, centro ambulatoriale, centro diurno, struttura residenziale terapeutico-riabilitativa) e uno ospedaliero (ricovero medico, psichiatrico e specialistico intensivo).
Per fare questo, valorizzando le competenze professionali già acquisite, ogni Azienda unità sanitaria locale, attraverso un percorso graduale e progressivo, dovrà sviluppare al proprio interno dei punti di riferimento ben identificati e visibili facenti parte di una rete integrata di servizi per la prevenzione e la cura dei DCA articolata su più livelli di intervento sia territoriali che ospedalieri. Occorre realizzare in tutte le aree vaste della Toscana uno o più centri ambulatoriali e diurni per i disturbi del comportamento alimentare (DCA).

Le dipendenze

Le strategie di azione dei Servizi per le Dipendenze sono, per legge, orientate alla prevenzione, cura e riabilitazione della dipendenza da sostanze psicoattive legali e illegali.
Con la legge 79 del 2014 i servizi sono stati rinominati "Ser.D" – Servizi pubblici per le dipendenze. Tale modifica evidenzia il cambiamento culturale e di mandato istituzionale ormai riconosciuto a questi servizi: non si tratta più di assistere tossicodipendenti, principalmente da eroina, ma di fornire servizi di elevata specializzazione a soggetti con diverse tipologie di patologie da dipendenza, sia da sostanze illegali e legali che con dipendenze senza sostanza.
I Ser.D assicurano l'accesso diretto alle cure, con garanzia dell'anonimato, in un'ottica di integrazione multidisciplinare; offrono consulenza e assistenza medica, psicologica e sociale ad oltre 24.000 utenti l'anno, offrendo una gamma di trattamenti differenziata, flessibile, accogliente e prossima alla domanda per tutte le tipologie di consumo, con attenzione anche alle nuove forme di dipendenza, senza però abbassare la guardia nei confronti della dipendenza da eroina più tradizionale e prevedendo percorsi innovativi per la maggior parte delle persone in carico ai servizi.
In continuità con i precedenti Piani, le azioni da sviluppare in vigenza del presente Piano sono le seguenti:

- Rafforzare e sostenere le équipe territoriali in modo da permettere agli operatori di sviluppare azioni di sistema all'interno delle istituzioni pubbliche e col privato sociale ai fini della costruzione di un sistema di protezione per le persone, le famiglie e le comunità locali.
- Ribadire la necessità di spostare l'attenzione dalle sostanze ai comportamenti, promuovendo, soprattutto nelle fasce più giovani, una coscienza critica sui consumi.
- Favorire l'integrazione sociosanitaria per garantire una reale assistenza integrata in particolare per quanto concerne le situazioni più complesse, di difficile incasellamento nei tradizionali settori di intervento.
- Consolidare la rete dei servizi residenziali e diurni. Il riordino delle strutture, sia a gestione pubblica che degli Enti Ausiliari, avviata dal 2003, ha perfezionato la specificità dei servizi e si è dimostrata di fondamentale importanza nel percorso di cura e riabilitazione per le persone con problemi di tossico-alcoldipendenza. Tutte le strutture, sia pubbliche

che degli Enti Ausiliari, hanno raggiunto l'adeguamento ai requisiti minimi strutturali, organizzativi e funzionali previsti dalla normativa regionale in materia ai fini di garantire risposte qualificate e appropriate ai molteplici e mutevoli bisogni delle persone con problemi di dipendenza, allargando l'orizzonte di azione anche in contesti e interventi innovativi, diversi dalla ormai consolidata rete sulla residenzialità.

- Supportare politiche e normative che intervengano sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto, dimostrati interventi utili a ridurre i danni causati dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia. Potenziare le azioni dirette alla promozione del divertimento sicuro tra i giovani finalizzate alla prevenzione dei rischi causati dal consumo rischioso/dannoso di alcol.
- Sostenere il ruolo di coordinamento tecnico-scientifico del Centro Alcologico Regionale (CAR) ubicato presso l'AOU Careggi, valorizzando le funzioni di: prevenzione, assistenza, formazione, ricerca.
- Promuovere l'integrazione tra gli operatori dei Servizi e le associazioni e gruppi di auto aiuto maggiormente coinvolte nella tematica quali l'ARCAT, gli Alcolisti Anonimi, Alateen e Alanon, l'OGAP ecc.
- Coinvolgere l'intera comunità locale (Istituzioni pubbliche, Enti locali, Associazionismo, Cooperative, rappresentanti delle associazioni di categoria, volontariato, ecc.) affinché vengano promosse politiche, azioni e interventi coerenti finalizzati alla protezione della popolazione dai rischi causati da un uso eccessivo e non responsabile di alcol, secondo l'approccio di comunità.
- Promuovere interventi di bassa soglia e riduzione del danno, da poco inseriti nel LEA, rivolti a coloro che consumano sostanze psicoattive legali ed illegali e che, spesso, vivono in condizioni di forte marginalità sociale e che scelgono di rimanere "invisibili" ai servizi deputati al trattamento, e sostenere l'attività degli operatori impegnati negli interventi di prossimità, con una specifica formazione alla relazione con i consumatori.
- Potenziare percorsi di assistenza differenziati e che possano prevedere l'inserimento lavorativo sia come parte del trattamento che come anello conclusivo di un percorso terapeutico che trova in questo il raggiungimento di un obbiettivo, dimostrato come una delle risposte efficaci maggiormente utilizzate nei trattamenti.

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, gaming patologico, sexual addiction, ecc.). 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 2018 erano circa 1.600 gli utenti in carico presso i Servizi per le Dipendenze in cura per la stessa patologia: il tasso grezzo di giocatori prevalenti in toscana è stato pari a 5,9 per 10.000 abitanti residenti ovvero lo 0,06% della popolazione era in trattamento per GAP nei SER.D toscani. 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).

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. In questo quadro s'intende sviluppare il supporto regionale alla ricerca biomedica e farmaceutica come strumento indispensabile per la programmazione dell'assistenza sanitaria efficace ed appropriata;
- 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. In questo ambito la Regione Toscana, allo scopo di supportare, monitorare e trasferire lo sviluppo della ricerca nel settore biomedico e farmaceutico, ha costituito un ufficio di riferimento regionale denominato UVAR. La struttura, creata in collaborazione con la Fondazione Toscana Life Sciences ed inserita nella Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, fornisce supporto all'attività dei ricercatori delle Aziende sanitarie e degli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale, delle Università e degli organismi di ricerca toscani, per la gestione dei relativi progetti, dei diritti di proprietà intellettuale e del trasferimento e valorizzazione dei risultati;
- sinergie fra i vari attori del sistema regionale per l'attrazione di risorse e scambio di know how anche in ambito internazionale, in raccordo con il Distretto Scienze della Vita. Nell'ambito del sostegno al Distretto Tecnologico Scienze della Vita, luogo virtuale nel quale convergono interessi di imprese, enti di ricerca e Servizio Sanitario, verranno implementate azioni volte a facilitare il dialogo tra le imprese del settore e i centri di ricerca pubblici al fine di favorire la ricerca, incrementare la competitività del sistema, senza dimenticare l'obiettivo ultimo che rimane quello di rafforzare la ricerca per migliorare la qualità della vita e in particolare lo stato di salute dei cittadini. È necessario sviluppare alleanze stabili con l'industria (farmaceutica, biotecnologica, biomedicale, e di altri comparti produttivi che prevedano sinergie con il Servizio Sanitario Toscano) e promuovere un ruolo attivo delle imprese nella ricerca, in particolare in quelle aree tematiche di specifico interesse per la Regione Toscana quali la medicina personalizzata, la genomica e gli omics in generale e le patologie croniche e di rilevanza sociale. Tutto ciò

nella consapevolezza che la sostenibilità della filiera ricerca–sviluppo–innovazione passa da una partnership strategica con le aziende private, pur nella chiarezza dei rispettivi ruoli e nel vincolo della funzione pubblica del Servizio Sanitario Toscano. Nell'ambito dei rapporti con le imprese proseguirà il supporto al progetto "Toscana Pharma & Device Valley" coordinato dalla Fondazione Toscana Life Sciences;

- condivisione e valorizzazione fra i soggetti del sistema regionale della ricerca 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). In questo ambito sarà dato particolare impulso al Progetto Medicina di Precisione, già avviato per quanto attiene alla immunoncologia, e finalizzato alla realizzazione di un Centro con piattaforme tecnologiche ad accesso aperto. La Salute Personalizzata rappresenta infatti un paradigma innovativo che integra la prevenzione, la diagnosi e la cura secondo un approccio che tenga conto della variabilità del patrimonio genetico, dell'ambiente e dello stile di vita, nonché delle differenze di genere, dei singoli individui;
- attivazione di sinergie utili alla ricerca e allo sviluppo in contesti non profit, con particolare attenzione ai farmaci orfani per malattie rare o neglette, anche in un'ottica di cooperazione sanitaria internazionale;
- valorizzazione della sperimentazione clinica, al fine di promuovere un sistema pubblico sempre più efficiente e ispirato ai principi di trasparenza ed eticità degli interventi.

Vanno sottolineati con interesse l'ascolto e i contributi scaturiti in Terza Commissione consiliare tra il 2016 e il 2019 relativamente a: nevralgia da trigemino, celiachia, fibromialgia, deficit da ormone GH, MCS - Sensibilità Chimica Multipla, sindrome PANDAS, problematiche diabetici e cefalee. Tali patologie, così come altre qualificabili come "rare", dovranno essere seguite tramite attivazione e risposta con idonei atti esecutivi.

IL RUOLO DELLA ZONA DISTRETTO E IL SUO ASSETTO

1. La funzione - finalità e riferimenti normativi

La l.r. 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 l.r. 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 l.r. 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 L.R. 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 l.r. 11/2017, al fine di valorizzare le identità territoriali delle ex zone che si sono accorpate dal primo gennaio 2108, sono previste articolazioni territoriali (art. 1, art.4, art. 22 della l.r. 11/2017), la cui la finalità è quella di garantire una migliore partecipazione delle istituzioni locali ai livelli di programmazione. La l.r. 65/2018 "Disposizioni in merito alle articolazioni territoriali delle zone-distretto" prevede entro il 31.12.2018, la possibilità che il 75 percento 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 l.r. 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. Tale autonomia funzionale è stata richiesta dalla zona distretto Aretina Casentino Valtiberina per le proprie articolazioni territoriali e riconosciuta con DGR n. 445 del 1 aprile 2019.

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:

- l'organizzazione funzionale e operativa distrettuale;
- la filiera assistenziale extra ospedaliera;
- 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 sociosanitario 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 sociosanitari; integrazione delle Sds/zone con l'ospedale per la continuità ospedale – territorio; integrazione delle Sds/zone con gli enti locali per la parte socioassistenziale. 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.
Nella DGR n. 269 del 4 marzo 2019 è definito il modello standard di organizzazione a matrice tra zona e dipartimenti che può essere così, in sintesi, delineato:

- il criterio distintivo sul "chi fa che cosa" della matrice tra zona distretto/Società della Salute e Dipartimenti attribuisce al direttore di zona distretto/Società della Salute la responsabilità sul "che cosa" c'è da fare e al direttore di Dipartimento la responsabilità di "come" farlo;
- la responsabilità dei Percorsi assistenziali/PDTAS ricade sulla zona distretto/Società della Salute, mentre la dipendenza gerarchica delle risorse professionali sui Dipartimenti,

anche con riferimento alla proprie unità funzionali;
- la definizione e costruzione dei Percorsi assistenziali/PDTAS richiede una negoziazione tra direttore di zona distretto/Società della Salute e direttori di Dipartimento, anche con riferimento alle proprie unità funzionali;
- gli accordi sono la modalità attraverso la quale si formalizzano responsabilità e risorse nel Percorso assistenziale/PDTAS;
- il budget del Percorso assistenziale/ PDTAS comprende le risorse previste negli accordi integrate con le altre eventuali fonti di finanziamento a partire da quelle di provenienza comunale.

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 incarico 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; programmatorio 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 multi professionali, 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.
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 n. 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 L.R. 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, L.R. 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 L.R. 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 L.R. 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 (L.R. 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 L.R. 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 e RDC, 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 L.R. 40/2005 deve essere realizzata entro il 1.1.2021;
    - entro il 30.6.2020 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 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 gestione diretta delle Società della salute richiede personale adeguato alle nuova modalità di gestione. Pertanto nella delibera della Giunta n.269/2019 sono definiti i criteri di base per l'individuazione del personale nelle Società della salute;
- la Società della Salute provvede tramite le proprie strutture organizzative, avvalendosi delle opportune figure professionali e delle necessarie risorse finanziarie, nonché tramite specifici accordi di avvalimento 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 avvalimento 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: avvalimento 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 L.R. 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 L.R. 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 zonali, nel rispetto della programmazione economico-finanziaria relativa alle dotazioni e alle risorse zonali.

Si rimandano a successiva delibera di giunta i tempi per l'allineamento degli strumenti di programmazione al presente PSSIR con riferimento:

- tempi di approvazione dei PIS e dei PAL;
- tempi e modalità di aggiornamento della programmazione operativa annuale POA;
- durata dei nuovi PIS.

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 l.r. 40/2005 e s.m.i. prevede tra gli strumenti di integrazione tra SDS/zone distretto e Aziende USL gli Uffici di piano zonali (art. 64.2, comma 5 l.r. 40/2005; art 29 comma 7 e art. 35 comma 3 l.r. 41/2005) che coordinati a livello di Azienda USL, supportano le conferenze aziendali dei sindaci (art.12 comma 7, l.r. 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 l.r. 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 l.r. 40/2005; art. 29 comma 7 e art. 35 comma 3 l.r. 41/2005; art. 12 comma 7, l.r. 40/2005) e il documento di riclassificazione delle risorse per le zone distretto (art. 120 comma 5 e 5 bis L.R. 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" (DGR n. 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 L.R. 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 L.R. 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.
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 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
Cardiopatia 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;
- 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 parti 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 L.R. 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 L.R. 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 ospedaliero 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 ospedaliero universitarie e nella Fondazione Monasterio per attività gestite con risorse del Servizio sanitario regionale e dell'università. Il fondo è ripartito tra le aziende ospedaliero-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.

Composizione F.S.R. %	PREVENZIONE COLLETTIVA	ASSISTENZA TERRITORIALE								ASSISTENZA OSPEDALIERA
Livello		53								
Sottolivello		5,5	14	3,5	7,5	2,5	14	4,5	1,5	
Classi di età	5	Assistenza medica di base	Assistenza farmaceutica	Assistenza agli anziani	Assistenza distrettuale	Riabilitazione	Assistenza specialistica ambulatoriale	Salute mentale	Dipendenze	42
0 – 4	2,5	1	1	0	1,5	1,5	1	0,5	0	1
5 – 9	2,5	1	1,458	0	1,5	1,5	0,782	2	0	0,194
10-14	2,5	1	1,574	0	1,5	1,5	1,008	2	0,1	0,203
15 - 19	2,5	1	1,678	0	1	1,5	1,103	1,5	3	0,258
20 - 24	1,5	1	1,563	0	1	1	1,138	1	3	0,28
25 - 29	1,5	1	1,875	0	1	1	1,363	1	3	0,336
30 - 34	1,5	1	2,321	0	1	1	1,614	1	3	0,404
35 - 39	1,5	1	3,233	0	1	1	1,684	1	3	0,411
40 - 44	1,5	1	3,774	0	1	1	1,653	1	3	0,395
45 - 49	1,5	1	4,886	0	1	1	1,816	2	3	0,475
50 - 54	1,5	1	5,873	0	1	1,5	2,185	2	3	0,627
55 - 59	1,5	1	7,631	0	1	1,5	2,563	2	1	0,798
60 - 64	1,5	1	9,598	0	1	2	3,073	2	1	1,101
65 - 69	1	1	12,278	1	2	2,5	3,861	1	1	1,436
70 - 74	1	1	14,561	1	2	2,5	4,935	1	0,5	1,956
75 - 79	1	1	16,63	2	3	2,5	5,306	0,5	0	2,35
80 - 84	1	1	17,749	2	3	2	5,282	0,5	0	2,805
Oltre 84	1	1	16,78	3	4	2	3,691	0,3	0	3,086

Valutazione di fattibilità economico-finanziaria

Le risorse complessivamente stanziate 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 sono quantificabili, rispettivamente, in 6.952,63 milioni di euro per l'anno 2019 e 6.943,02 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 81,17 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.

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIO-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	9.598,50	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-FINANZIARIO-SANITARIA

COSTI		2019	2020
Accentrata	Corrente	42.966.181,48	47.948.148,14
	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	6.783.010.993,47	6.780.491.148,28
	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-FINANZIARIO-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	151.000
Risorse regionali	Corrente	12.907.361	11.884.108
	Investimento	4.980.000	2.970.000
Risorse UE - Stato	Corrente	36.504.970,42	28.901.685,85
	Investimento	15.641.714	986.738,77
Risorse vincolate	Corrente	556.146,97	0
Totale		**81.173.571,99**	**49.418.394,16**

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIO-SOCIALE

COSTI		2019	2020
Azione di base dei servizi sociali - trasferimenti per il sostegno del sistema ordinario dei servizi sociali	Corrente	35.501.104,06	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	24.043.733,77	5.123.444,36
Totale		**81.173.571,99**	**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	12.200.000
Tutela della salute	Servizio sanitario regionale - finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA	Corrente	Fondo sanitario	920.000	920.000
	Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA	Corrente	Fondo sanitario	6.896.702.079,73	6.895.621.769,37
			Risorse regionali	800.000	0
			Trasferimenti ESTAV - ARPAT - ISPRO - Fondazione Monasterio	7.641.000	7.641.000
	Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari	Investimento	Fondi statali	10.711.660,35	1.978.751,58
			Fondo sanitario	3.681.005	2.181.005
			Risorse regionali	0	1.080.000
	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	9.000.000
			Risorse UE - Stato	9.598,50	0
			Risorse vincolate	70.000	70.000
		Investimento	Fondo sanitario	794.680	4.020.520
			Totale	**6.952.631.425,72**	**6.943.015.523,56**

PARTE SOCIALE

Missione	Programma	CORR/INV	FONTI FINANZIARIE	2019	2020
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Cooperazione e associazionismo	Corrente	Fondi statali	355.397,71	0
			Risorse regionali	205.000	290.000
			Risorse vincolate	556.146,97	0
	Interventi per le famiglie		Risorse regionali	4.690.910	4.353.170
	Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale		Risorse regionali	3.118.265	2.124.270
			Risorse UE - Stato	571.417,08	0
	Interventi per la disabilità	Corrente	Fondi statali	504.460,50	0
			Risorse regionali	697.600	692.600
		Investimento	Fondi statali	661.716,81	992.575,22
			Risorse regionali	1.060.000	1.080.000
	Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	Corrente	Fondi statali	100.000	0
			Fondo sanitario	90.000	90.000
			Risorse regionali	805.000	805.000
	Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia (solo per le Regioni)	Corrente	Cofinanziamento UE-Stato	5.867.052,62	3.358.155,95
			Risorse UE - Stato	35.927.175,09	28.894.451,60
		Investimento	Cofinanziamento UE-Stato	2.760.302,96	174.130,37
			Risorse UE - Stato	15.641.714	986.738,77
	Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	Corrente	Risorse regionali	1.835.686	2.050.868
		Investimento	Risorse regionali	1.800.000	810.000
Politiche giovanili, sport e tempo libero	Giovani	Corrente	Fondi statali	183.449	0
			Risorse regionali	150.000	150.000
	Sport e tempo libero	Corrente	Fondo sanitario	61.000	61.000
			Risorse regionali	1.404.900	1.418.200
			Risorse UE - Stato	6.378,25	7.234,25
		Investimento	Risorse regionali	2.120.000	1.080.000
			Totale	**81.173.571,99**	**49.418.394,16**

RISORSE ATTESE*

Missione	Programma	2019	2020
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali (Fondi Statali - fondo povertà art. 1 comma 195 e 250 L. 205/2017)	20.000.000	30.000.000
	Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali (Fondi Statali - Innovazione sociale art. 1 comma 205 L. 205/2017)	656.000	656.000
	Interventi per la disabilità (Fondi Statali - caregiver familiare art. 1 comma 254 L. 205/2017)	1.312.000	1.312.000
Politiche giovanili, sport e tempo libero	Sport e tempo libero (Fondi statali - caregiver familiare art. 1 comma 254 L. 205/2017)	460.000	530.000
	Totale	**22.428.000**	**32.498.000**

(*) Le risorse attese sono stimate sulla base dell'indice di accesso ai finanziamenti.

INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITÁ 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 PTDAS 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.

DEFINIZIONE DEL CRONOGRAMMA DI ELABORAZIONE DEL PIANO

Anno		2017			2018												2019	
Mese		10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
FASE	**AZIONE**																	
A INFORMATIVA	1.1: fase di ascolto dei cittadini e delle associaz.																	
	1.2: fase di ascolto dei professionisti																	
	1.3: esame CD			**14**														
	1.4: adozione GR e trasmissione al CR per indirizzi (previsti entro gennaio)			**28**														
B PROPOSTA DI PIANO	2.0 Definizione nuovo impianto PSSIR																	
	2.1: seconda fase di ascolto e partecipazione																	
	2.2: invio al NURV del documento																	
	2.3: validazione NURV																	
	2.4: esame CD															**6/12**		
	2.5: concertazione															**Entro 14/12**		
C PROPOSTA FINALE	3.1: esame Giunta regionale															**Entro 31/12**		
	3.2: esame ed approv. del consiglio regionale																**Entro 30/09**	
D AVVIO OPERATIVITÀ	4.1 comunicazione e diffusione																	

I tempi previsti potranno subire variazioni subordinate alle tempistiche delle attività consiliari.

Il Cronoprogramma sopra riportato differisce da quello inserito nella Informativa preliminare, in quanto è stata necessaria un'ulteriore fase (2.0 "Definizione nuovo impianto PSSIR") dedicata allo sviluppo del nuovo impianto del PSSIR e, conseguentemente, per lo svolgimento di una fase di secondo ascolto e partecipazione che garantisse un maggiore coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

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 Obiettivo/ Driver 2 - Disuguaglianze di salute e sociali e Destinatari/Taget H - Dedicato alle popolazioni residenti nelle aree interne, montane e 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 Obiettivo/Driver 6 – Innovazione e informazione);
16) GiovaniSì, 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 Obiettivo/ Driver 7 – Welfare etico e partecipazione e Destinatari/Target C – Dedicato ai giovani oltre a Destinatario/Target A - Dedicato ai genitori);
17) Lotta alla povertà e 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 Obiettivo/ Driver 2 – 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 Destinatari/Target E – Dedicato agli anziani e Focus 2 – 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 (Obiettivo/Driver 2 – Disuguaglianze di salute e sociali, Obiettivo/Driver 3 "Liste di attesa" e trasversale a tutti i destinatari/Target e i Focus);
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 Destinatari/ Target F – 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)					
Obiettivi Generali	Integrare e qualificare la Toscana come "città policentrica"					Sviluppare e consolidare la presenza industriale
	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 e nella "città toscana"	Governance integrata su scala regionale	
Prevenzione	-	↑	-	↑↑	↑	-
Disuguaglianze di salute e sociali	↑↑	-	↑	↑	↑↑	-
Liste di attesa	-	-	↑	-	↑	-
Vivere la cronicità	↑	↑	↑↑	↑	↑↑	-
Nuovi modelli di "care"	-	-	↑	↑	↑	-
Innovazione e informazione	↑	↑	↑	↑	↑↑	↑
Welfare etico e partecipazione	↑	↑	↑	↑	↑↑	-
Competenze e lavoro tra sicurezza e modernità	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Sostenibilità	↑	↑	↑	↑	↑	-
Qualità del fine vita	-	-	-	-	↑	-

PSSIR	PIANO AMBIENTALE ED ENERGETICO REGIONALE (PAER)				
Obiettivi Generali	Energia e cambiamenti climatici	Natura e biodiversità	Ambiente, salute e qualità della vita	Risorse naturali e rifiuti	Obiettivi trasversali
Prevenzione	↑↑	↑↑	↑↑	↑	↑
Disuguaglianze di salute e sociali	-	-	↑	-	↑
Liste di attesa	-	-	-	-	-
Vivere la cronicità	↑	-	↑↑	↑	↑
Nuovi modelli di "care"	-	-	↑	-	↑
Innovazione e informazione	↑	-	↑↑	↑	↑
Welfare etico e partecipazione	↑↑	↑	↑↑	↑	↑
Competenze e lavoro tra sicurezza e modernità	-	-	↑	-	-
Sostenibilità	-	-	↑↑	-	↑
Qualità del fine vita	-	-	↑	-	-

PSSIR	PROPOSTA DI PIANO REGIONALE CAVE (PRC)		
Obiettivi Generali	Approvvigionamento sostenibile e tutela delle risorse minerarie	Sostenibilità ambientale, paesaggistica e territoriale	Sostenibilità economica e sociale
Prevenzione	↑	↑	↑
Disuguaglianze di salute e sociali	-	-	↑↑
Liste di attesa	-	-	↑
Vivere la cronicità	-	↑	↑↑
Nuovi modelli di "care"	-	-	↑
Innovazione e informazione	-	-	↑↑
Welfare etico e partecipazione	-	↑	↑↑
Competenze e lavoro tra sicurezza e modernità	-	-	↑
Sostenibilità	-	↑	↑↑
Qualità del fine vita	-	-	↑

PSSIR	PIANO DI GESTIONE DEI RIFIUTI E BONIFICA DEI SITI INQUINATI (PRB)					
Obiettivi Generali	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
Prevenzione	↑	↑	↑	-	↑	↑
Disuguaglianze di salute e sociali	-	-	-	-	-	↑
Liste di attesa	-	-	-	-	-	-
Vivere la cronicità	-	-	-	-	↑	↑
Nuovi modelli di "care"	-	-	-	-	-	↑
Innovazione e informazione	-	-	-	-	-	↑↑
Welfare etico e partecipazione	-	-	-	-	-	↑
Competenze e lavoro tra sicurezza e modernità	-	-	-	-	-	-
Sostenibilità	-	-	-	-	-	↑
Qualità del fine vita	-	-	-	-	-	-

PSSIR	PIANO REGIONALE INTEGRATO INFRASTRUTTURE E MOBILITA' (PRIIM)				
Obiettivi Generali	Realizzare le grandi opere per la mobilità diinteresse 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'informazione e comunicazione, ricerca e innovazione, sistemi di trasporto intelligenti
Prevenzione	↑	↑	↑	↑	↑
Disuguaglianze di salute e sociali	↑	↑	↑	↑	↑
Liste di attesa	-	-	-	-	↑
Vivere la cronicità	-	↑	↑	↑	↑
Nuovi modelli di "care"	-	-	-	-	-
Innovazione e informazione	↑	↑	↑	↑	↑
Welfare etico e partecipazione	↑	↑	↑	↑	↑
Competenze e lavoro tra sicurezza e modernità	↑	↑	↑	↑	↑
Sostenibilità	↑	↑	↑	↑	↑
Qualità del fine 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
Prevenzione	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
Disuguaglianze di salute e sociali	↑	↑	↑	↑
Liste di attesa	-	-	-	-
Vivere la cronicità	↑	↑	↑	↑
Nuovi modelli di "care"	-	-	-	-
Innovazione e informazione	↑	↑	↑	↑
Welfare etico e partecipazione	↑	↑	↑	↑
Competenze e lavoro tra sicurezza e modernità	-	-	-	-
Sostenibilità	↑	↑	↑	↑
Qualità del fine vita	-	-	-	-

PSSIR	PIANO REGIONALE PER LA PESCA NELLE ACQUE INTERNE			
Obiettivi Generali	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
Prevenzione	↑	↑	↑	↑
Disuguaglianze di salute e sociali	-	-	-	-
Liste di attesa	-	-	-	-
Vivere la cronicità	-	-	-	-
Nuovi modelli di "care"	-	-	-	-
Innovazione e informazione	-	-	-	-
Welfare etico e partecipazione	-	-	↑	↑
Competenze e lavoro tra sicurezza e modernità	-	-	-	-
Sostenibilità	-	-	↑	↑
Qualità del fine 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 dal documento preliminare decisione Giunta regionale n. 65 del 27/12/2017, sono stati discussi dal Consiglio che si è espresso con la Risoluzione 196 del 17 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 (OBIETTIVI/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 (Obiettivo/Driver 9 - Sostenibilità) 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/Driver 5 – Nuovi modelli di "care", 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 (vedi Obiettivo/Driver 3 – Liste di attesa);
- la riduzione dei tempi di attesa (Obiettivo/Driver 3 - Liste di attesa) è uno degli impegni assunti nei confronti di tutti i cittadini nei rispettivi Destinatari/Target e Focus, portando

avanti gli interventi strutturali introdotti con le recenti Deliberazioni. GR n. 604/2019 (Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-21), 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 (Obiettivo/Driver 1 – Prevenzione, Obiettivo/Driver 4 - Vivere la cronicità, Obiettivo/Driver 7 - Welfare etico e partecipazione, Destinatari/Target A - Dedicato ai genitori, Destinatari/Target B - Dedicato ai bambini, Destinatari/Target C - Dedicato ai giovani, Focus 1 - Dedicato ai pazienti oncologici, Destinatari/Target E - Dedicato agli anziani, Destinatari/Target G - Dedicato ai lavoratori e Destinatari/Target I - Dedicato alle persone detenute negli istituti penitenziari). 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 dell'Obiettivo/Driver 2 - Disuguaglianze di salute e sociali, 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 Destinatari/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 Destinatari/Target A – Dedicato ai genitori, 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 sociosanitario 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), (capitolo "La ricerca e la sperimentazione clinica nelle scienze della vita");

- all'interno dell'Obiettivo/Driver 6 - Innovazione e informazione 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 dell'Obiettivo/Driver 8 - Competenze e lavoro tra sicurezza e modernità 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) (Obiettivo/Driver 4 - Vivere la cronicità);
- nei Destinatari/Target E - Dedicato agli anziani 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. Nei Destinatari/Target F - Dedicato agli stranieri 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 Focus 2 - Dedicato alle persone con disabilità, 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
Prevenzione	Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce	**Alto**
Disuguaglianze di salute e sociali	Contrasto alla povertà attraverso la misura del reddito di cittadinanza	**Alto**
	Azioni per l'integrazione dei migranti	**Alto**
Liste di attesa	Lavorare in rete	**Alto**
Vivere la cronicità	Realizzazione dell'integrazione multiprofessionale	**Alto**
Nuovi modelli di "care"	Maggiore integrazione tra risposte sanitarie e sociali	**Alto**
Innovazione e informazione	Servizi al cittadino (prenotazione, pagamento, fascicolo sanitario elettronico, ecc.)	**Alto**
	Gestione integrata socio-sanitaria del territorio (inclusi ospedali)	**Alto**
Welfare etico e partecipazione	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**
Competenze e lavoro tra sicurezza e modernità	Coerenza della programmazione della formazione continua agli obiettivi rilevanti per il sistema SSR 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**
Sostenibilità	Promuovere la responsabilità da parte dei professionisti nelle scelte di cura e la partecipazione dei pazienti e dei cittadini	**Alto**
Qualità del fine vita	Garantire la pianificazione condivisa delle cure	**Alto**
	Garantire l'attivazione precoce di percorsi di cure palliative nelle 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 e del Reddito di Cittadinanza (RdC) legge 27 marzo 2019 n. 26.

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 cittadinanza	Dedicato ai bambini Trasversale a tutti i target/ focus	**1. Nuclei beneficiari destinatari patto inclusione** **2. RDC** Numero punti di accesso sul territorio regionale	1. Incremento 2. Incremento
2	Azioni per l'integrazione dei migranti	Dedicato agli stranieri Dedicato ai bambini	3. **RT** N. minori in carico ai servizi territoriali 4. **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	Dedicato alle donne Dedicato ai giovani	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 colon: 49,3 / 55% 2. P14C: Miglioramento
4	Realizzazione dell'integrazione multiprofessionale	Dedicato agli anziani Dedicato alle persone con disabilità	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), II 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 IIV: 3,3 / 4 * 1000
5	Maggiore integrazione tra risposte sanitarie e sociali	Dedicato agli anziani Trasversale a tutti i target/ focus	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	Dedicato ai pazienti oncologici Trasversale a tutti i target/focus	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	Trasversale a tutti i target/focus	Trasversale a tutti i target/focus	**TTMEF** AAD) Sistema fascicolo sanitario elettronico (FSE)	1. AAD.1) realizzazione FSE; 2. AAD.2) disponibilità dati ad FSE-INI
8	Trasversale a tutti i target/focus	Trasversale a tutti i target/focus	1. **TTMEF** J) TESSERA SANITARIA: Dematerializzata • Attivazione TS-CNS • 730-precompilato 2. **TTMEF** K): TESSERA SANITARIA: Stato di attuazione delle attività per la trasmissione telematica dell'associazione medico-ricettario	Miglioramento stato di utilizzo ricette dematerializzate • 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	Trasversale a tutti i target/focus	Trasversale a tutti i target/focus	**MES** Comunicazione e partecipazione del cittadino (B16)	Valore attuale (2017): Performance impegni raggiunti (media regionale) 81,72 Valore atteso: Performance impegni raggiunti- riduzione variabilità interaziendale- raggiungimento per ciascuna azienda di un valore ≥ 80%
10	Trasversale a tutti i target/focus	Trasversale a tutti i target/focus	**MES** Valutazione utenti (D.19)	Valore attuale (2016): Performance del SSR = 80,75. Valore atteso: Performance del SSR ≥ 85
11	Coerenza della programmazione della formazione continua agli obiettivi rilevanti per il sistema ssr e ai processi di trasformazione e sviluppo delle aziende sanitarie toscane	Dedicato ai lavoratori Dedicato alle donne	1. **RT**. Provvedimento di individuazione degli obiettivi formativi regionali e di indirizzo alle strutture sanitarie 2. **RT**. Controllo della programmazione dei provider anche attraverso le visite di audit - indicatori LEA	1. Valore attuale: coerenza della programmazione alle indicazioni della DGR 1448/20171.1 Valore atteso: coerenza della programmazione ai nuovi indirizzi sulla redazione dei piani (oltre che alla DGR 1448/2017) 2. Valore attuale: esito positivo degli audit per l'accreditamento dei provider ECM. Valore atteso: esito positivo anche delle visite di audit sulla qualità degli eventi formativi erogati

OBIETTIVI SPECIFICI		AZIONI DEFINITE NEI CAPITOLI DEL PIANO INDICATI	INDICATORI (vedi legenda in calce per fonte indicatore)	VALORE ATTUALE/ATTESO
12	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	Dedicato ai lavoratori Trasversale a tutti i target/focus	**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)	Valore atteso: tutte le Aziende ed Enti devono adottare i nuovi modelli
13	Promuovere la responsabilità da parte dei professionisti nelle scelte di cura e la partecipazione dei pazienti e dei cittadini	Trasversale a tutti i target/focus	1. **NSG-LEA** H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente 2. **NSG-LEA** D12C, D13C Consumo procapite di prestazioni diagnostiche 3. **NSG-LEA** D14C,D15C,D16C,D17C Consumo procapite di farmaci sentinelle/traccianti	1. Mantenimento valori attuali 2. Riduzione 3. Riduzione
14	Garantire la pianificazione condivisa delle cure	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
15	Garantire l'attivazione precoce di percorsi di cure palliative nelle cura delle persone affette da patologie croniche	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 legislativo n.147/2017 e Reddito di cittadinanza legge n.26/2019)
RT (Indicatori procedurali della Regione Toscana)

VALUTAZIONE DI FATTIBILITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA

Le risorse complessivamente stanziate 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 sono quantificabili, rispettivamente, in 6.952,63 milioni di euro per l'anno 2019 e 6.943,02 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 81,17 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.

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIO-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	9.598,50	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-FINANZIARIO-SANITARIA

COSTI		2019	2020
Accentrata	Corrente	42.966.181,48	47.948.148,14
	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	6.783.010.993,47	6.780.491.148,28
	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-FINANZIARIO-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	151.000
Risorse regionali	Corrente	12.907.361	11.884.108
	Investimento	4.980.000	2.970.000
Risorse UE - Stato	Corrente	36.504.970,42	28.901.685,85
	Investimento	15.641.714	986.738,77
Risorse vincolate	Corrente	556.146,97	0
Totale		**81.173.571,99**	**49.418.394,16**

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIO-SOCIALE

COSTI		2019	2020
Azione di base dei servizi sociali - trasferimenti per il sostegno del sistema ordinario dei servizi sociali	Corrente	35.501.104,06	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	24.043.733,77	5.123.444,36
Totale		**81.173.571,99**	**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	12.200.000
Tutela della salute	Servizio sanitario regionale - finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA	Corrente	Fondo sanitario	920.000	920.000
	Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA	Corrente	Fondo sanitario	6.896.702.079,73	6.895.621.769,37
			Risorse regionali	800.000	0
			Trasferimenti ESTAV - ARPAT - ISPRO - Fondazione Monasterio	7.641.000	7.641.000
	Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari	Investimento	Fondi statali	10.711.660,35	1.978.751,58
			Fondo sanitario	3.681.005	2.181.005
			Risorse regionali	0	1.080.000
	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	9.000.000
			Risorse UE - Stato	9.598,50	0
			Risorse vincolate	70.000	70.000
		Investimento	Fondo sanitario	794.680	4.020.520
			Totale	**6.952.631.425,72**	**6.943.015.523,56**

PARTE SOCIALE

Missione	Programma	CORR/INV	FONTI FINANZIARIE	2019	2020
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Cooperazione e associazionismo	Corrente	Fondi statali	355.397,71	0
			Risorse regionali	205.000	290.000
			Risorse vincolate	556.146,97	0
	Interventi per le famiglie		Risorse regionali	4.690.910	4.353.170
	Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale		Risorse regionali	3.118.265	2.124.270
			Risorse UE - Stato	571.417,08	0
	Interventi per la disabilità	Corrente	Fondi statali	504.460,50	0
			Risorse regionali	697.600	692.600
		Investimento	Fondi statali	661.716,81	992.575,22
			Risorse regionali	1.060.000	1.080.000
	Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	Corrente	Fondi statali	100.000	0
			Fondo sanitario	90.000	90.000
			Risorse regionali	805.000	805.000
	Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia (solo per le Regioni)	Corrente	Cofinanziamento UE-Stato	5.867.052,62	3.358.155,95
			Risorse UE - Stato	35.927.175,09	28.894.451,60
		Investimento	Cofinanziamento UE-Stato	2.760.302,96	174.130,37
			Risorse UE - Stato	15.641.714	986.738,77
	Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	Corrente	Risorse regionali	1.835.686	2.050.868
		Investimento	Risorse regionali	1.800.000	810.000
Politiche giovanili, sport e tempo libero	Giovani	Corrente	Fondi statali	183.449	0
			Risorse regionali	150.000	150.000
	Sport e tempo libero	Corrente	Fondo sanitario	61.000	61.000
			Risorse regionali	1.404.900	1.418.200
			Risorse UE - Stato	6.378,25	7.234,25
		Investimento	Risorse regionali	2.120.000	1.080.000
			Totale	**81.173.571,99**	**49.418.394,16**

RISORSE ATTESE*

Missione	Programma	2019	2020
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali (Fondi Statali - fondo povertà art. 1 comma 195 e 250 L. 205/2017)	20.000.000	30.000.000
	Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali (Fondi Statali - Innovazione sociale art. 1 comma 205 L. 205/2017)	656.000	656.000
	Interventi per la disabilità (Fondi Statali - caregiver familiare art. 1 comma 254 L. 205/2017)	1.312.000	1.312.000
Politiche giovanili, sport e tempo libero	Sport e tempo libero (Fondi statali - caregiver familiare art. 1 comma 254 L. 205/2017)	460.000	530.000
	Totale	**22.428.000**	**32.498.000**

(*) Le risorse attese sono stimate sulla base dell'indice di accesso ai finanziamenti.

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.
È 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 abbiamo 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 mobilita 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 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 1.340 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 intersettorialità 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 nell'obiettivo/driver 2, 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 destinatari/target D - Dedicato alle donne, in relazione al lavoro di cura sostenuto dalle donne all'interno della famiglia, nel destinatari/target E - Dedicato agli anziani, in relazione all'attivazione della Rete della cronicità, nel destinatari/target B - Dedicato ai bambini, nel destinatari/target A - Dedicato ai genitori e nel Focus 2 - 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 l'obiettivo/driver 7 - Welfare etico e partecipazione;

- 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 il piano rileva, in particolare, trasversalmente in tutti i Target e Focus in cui si parla di appropriatezza e di politiche per l'equità, e 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 nomativi:

- 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 legislativo n.147 del 15 settembre 2017 e **Reddito di cittadinanza (RDC)** legge n.26/2019

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 cancri in stadio II + rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri *screen-detected*) ai round successivi a quello di prevalenza

ASSISTENZA DISTRETTUALE

ID.	INDICATORE
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event* - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event* - MACCE) 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 *First Hour Quintet* (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie *First Hour Quintet* (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 inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza 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 clearence 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

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
AFA	Attività Fisica Adattata
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ANCI	Associazione Nazionale Comuni Italiani
AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
ARPAT	Agenzia regionale per la Protezione Ambientale della Toscana
ARS	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
AV	Area Vasta
BES	Benessere Equo e Sostenibile
BPCO	BroncoPatie Croniche Ostruttive
CPL	Classification, Labelling and Packaging
CRS	Centro regionale sangue
CUP	Centro Unico Prenotazioni
DCA	Disturbi del Comportamento Alimentare
DGR	Deliberazione Giunta Regionale
DRG	Diagnosis-related group corrispondente all'italiano ROD, ossia Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi
ECM	Educazione continua in medicina
ESTAR	Ente di Supporto Tecnico-Amministrativo Regionale
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
GAP	Gioco d'Azzardo Patologico
GRC	Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza dei Pazienti
HCV	Hepatitis C Virus
HPV	Human Papilloma Virsu
ICT	Information Communication Technology)
IFC	Infermiere di Famiglia e Comunità
IRPET	Istituto Regionale per la Programmazione Economica della Toscana
ISPRO	Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica
IVG	Interruzioni Volontarie di Gravidanza
LEA	Livelli essenziali di assistenza sanitaria
LEP	Livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale
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)

NURV	Nucleo unificato regionale di valutazione e verifica
OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO Word Health Organization)
PAER	Piano Ambientale ed Energetico Regionale
PAI	Piani Assistenziali Individuali
PAL	Piano Attuativo Locale
PAO	Piano Attuativo Ospedaliero
POR FSE	Fondo sociale europeo
PdF	Pediatri di Famiglia
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PDTAS	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Sociali
PIS	Piano Integrato di Salute
PIT	Piano di Indirizzo Territoriale
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PRB	Piano di gestione dei rifiuti e bonifica dei siti inquinati
PRGLA	Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa
PRIIM	Piano regionale integrato infrastrutture e mobilità
PRQA	Piano regionale per la qualità dell'aria
PRS	Piano Regionale di Sviluppo
PS	Pronto Soccorso
PSSIR	Piano Sanitario e Sociale Integrato egionale
REACH	Regristration, Evaluation, Authorisation and Resctriction of Chemicals
REI	Reddito di inclusione
RDC	Reddito di cittadinanza
RSA	Residenza sanitaria assistenziale
RT	Regione Toscana
RTRT	Rete telematica regionale toscana
SdS	Società della Salute
SPDC	Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
SSR	Sistema Sanitario Regionale
TIX	Tuscany Internet Exchange
TS-CNS	Tessera sanitaria-Carta nazionale dei servizi
UVAR	Ufficio Regionale Valorizzazione Ricerca
UVM	Unità di Valutazione Multidisciplinare

COLLEGAMENTI A DOCUMENTI ESTERNI

1. RAPPORTO "WELFARE E SALUTE IN TOSCANA"
http://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale
https://www.ars.toscana.it/2-articoli/3985-welfare-e-salute-in-toscana-2017.html
https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4136-welfare-e-salute-in-toscana-2019.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

PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2018-2020